



Yann Viredaz, MEDECINE 3^{EME} ANNEE
Leila Sahinpasic, DIETETIQUE, 2^{EME} BSc
Viviana Niculescu, MEDECINE 3^{EME} ANNEE

Tuteurs :

Prof. B. Elger, professeur, Faculté de Médecine, Université de Genève
Dr. B. Cerutti, médecin, Faculté de Médecine, Université de Genève

Pour commencer, voici quelques citations qui suscitent une réflexion sur la problématique que nous allons aborder...

« Dans le trafic d'idées comme dans le trafic de drogue, on punit l'utilisateur sans toucher au dealer ».

Guy Bedos

« Les merveilleuses découvertes de la chimie sont surpassées peut-être par la confiserie. Jadis toute drogue avait un goût particulier ; aujourd'hui, c'est le contraire ».

Alexandre Pothey

« Dans la vie, j'ai eu le choix entre l'amour, la drogue et la mort. J'ai choisi les deux premières et c'est la troisième qui m'a choisi ... »

Jim Morrison

« La cocaïne, c'est la façon qu'a Dieu de nous montrer qu'on a trop d'argent ».

Sting

Remerciements

Tout d'abord, nous tenons à remercier nos deux tuteurs, le Prof. B. Elger et le Dr. B. Cerutti, pour leur aide précieuse et leurs conseils.

Nous souhaiterions également présenter tous nos remerciements aux personnes qui nous ont donné de leur temps et sans qui ce travail n'aurait pu se faire.

Mesdames et Messieurs,

- ✦ Dr. B. Broers, médecin chef, service de médecine de premier recours
- ✦ Dr. T. Rathelot, médecin psychiatre, service d'addictologie
- ✦ Dr. E. Sekera, médecin interniste, Fondation Phenix
- ✦ N. Constan, fondateur de la « Coulou », centre pour SDF
- ✦ Y-A. Repond, infirmier en psychiatrie, spécialisé en art-thérapie
- ✦ B. Kaye, infirmier chef, service de la Navigation
- ✦ A. Schwartz, diététicienne, CAMH Toronto
- ✦ A-S. Ruedin, diététicienne, Hôpital Intercantonal de la Broye à Payerne
- ✦ D. Egger, responsable chef du poste de police de Cornavin
- ✦ T. Musset, infirmier spécialisé en psychiatrie, aux HUG
- ✦ Patient X

Table des matières

1. Introduction	4
1.1. Immersion en communauté	4
1.2. Choix du thème	4
2. Problématique de la toxicodépendance	6
2.1. Définitions	6
2.2. Données socio-économiques	6
2.3. Législation cantonale	10
2.3.1. La prévention	10
2.3.2. L'action thérapeutique	10
2.3.3. L'action sociale	10
2.3.4. La répression	10
3. Méthodologie	11
3.1. Choix de la problématique	11
3.2. Choix des intervenants	11
3.3. Elaboration et contenu du questionnaire	13
3.4. Déroulement des entretiens et récolte des données	13
4. Développement théorique de la problématique	14
4.1. Facteurs de risque	14
4.2. Conséquences sur le niveau de vie	20
4.2.1. Vie familiale	20
4.2.2. Vie professionnelle	23
4.2.3. Vie sociale	25
4.3. Effets des différents produits et leurs traitements	29
4.3.1. Cocaïne	30
4.3.2. Héroïne	31
4.4. Substances et psychisme	33
4.5. Alimentation avant la prise en charge	34
4.6. Alimentation en période de sevrage	35
5. Discussion	41
6. Résultats	45
7. Conclusion	87
8. Bibliographie	88
9. Annexes	90

1. Introduction

1.1. Immersion en communauté

Dans le cadre du module/unité d'immersion en communauté, nous avons été amenés à choisir une thématique à approfondir durant quatre semaines. L'idée principale consistait à étudier et à nous « immerger » dans une thématique touchant la communauté. C'est d'un commun accord que nous nous sommes décidés à nous intéresser au milieu de la toxicodépendance, pour diverses raisons qui seront évoquées ci-dessous.

L'idée aussi de ce travail était d'apprendre à travailler en interdisciplinarité étant donné que notre groupe de travail était composé de deux étudiants de médecine et d'une étudiante diététicienne.

Pour mener à bien ce travail, nous avons donc contacté et rencontré différents acteurs du terrain et à travers ce rapport nous allons exposer les différents aspects que nous avons eu la possibilité de traiter.

Nous vous souhaitons une bonne lecture de notre rapport et espérons qu'il vous apportera quelques éclaircissements quant aux problèmes de la toxicodépendance.

1.2. Choix du thème

La toxicomanie ou toxicodépendance est la prise de façon répétée de substances psychoactives sans indication thérapeutique et l'installation de ce comportement, auquel le patient ne peut plus se soustraire. Aujourd'hui, on emprunte plus volontiers le terme d'addiction provenant de l'anglais pour décrire cette assuétude comme synonyme à la toxicomanie. Ce terme vient du latin et signifie « s'abandonner à » ce qui montre bien la perte de contrôle de la personne sur son propre comportement. Les définitions varient selon les classifications, mais durant ce rapport on réservera le terme de dépendance pour les symptômes physiques alors que le terme d'addiction exprimera la composante psychique de la dépendance.

L'image des personnes toxicomanes dérange dans notre société, surtout depuis les années 80 où l'on a commencé à associer certaines maladies transmissibles par le sang telles que l'hépatite et le VIH à ce groupe marginalisé. Cette association vient du mode d'administration intraveineux. Les aiguilles et seringues n'étant pas des produits en libre accès, il n'est pas rare de voir les toxicomanes se les échanger. Malgré les programmes de prévention qui luttent activement contre cette pratique en permettant l'échange de seringues utilisées contre des propres, des contaminations arrivent encore fréquemment. Un autre problème corrélé à la voie d'administration intraveineuse est l'abandon des seringues dans les lieux publics après leur usage comme les caves, parcs, halls d'entrées.

Les modifications de perceptions provoquées par les substances utilisées et les pressions financières pour pouvoir se les procurer conduisent, trop souvent, à des comportements à risques tels que des relations sexuelles non protégées, l'entrée dans le monde de la prostitution ou encore à de la petite criminalité.

Malheureusement, il n'est pas rare que l'on considère à tort, la toxicomanie comme un choix de vie et non pas comme une pathologie à part entière.

Toutefois le système de santé suisse est sensibilisé au fléau de la toxicomanie et a mis en place différentes structures, qui diffèrent selon les cantons, pour permettre à ces patients d'entrer en contact avec le système de soin. En outre, il existe aussi des associations qui essaient de faire le

lien entre ces personnes et les professionnels de la santé ou simplement d'émettre des recommandations pour la prévention de risques de transmission de maladies infectieuses.

La prise en charge des patients toxicodépendants est multidisciplinaire et doit faire face à différents facteurs potentiellement néfastes à la bonne conduite des traitements entrepris. Une prise en charge complète doit s'intéresser, certes, d'un côté, à la stabilisation de la prise ou à la substitution de la substance et dans l'idéal à son sevrage. D'un autre, il faut également tenter d'aider le patient à rétablir un environnement social stable. Lui permettre de pouvoir réintégrer autant que possible une activité professionnelle, ainsi que de modifier ses comportements pour éviter l'exposition à des situations pouvant conduire à des risques de rechute.

La démarche qui nous intéresse dans ce rapport est de confronter quelques aspects de la prise en charge du patient toxicomane à trois hypothèses qui sont :

En premier lieu, il nous semble que le contexte environnemental du patient est un facteur primordial pour limiter les risques d'une toxicodépendance, mais est aussi un outil thérapeutique important pour limiter les risques de rechute.

Deuxièmement, il nous a paru essentiel d'aborder les traitements possibles pour lutter contre la dépendance mais aussi des morbidités associées à celle-ci.

Finalement, l'alimentation nous apparaît comme trop souvent négligée par cette catégorie de patient, ce qui influence négativement le bien être du patient.

2. Problématique de la toxicodépendance

2.1. Définitions

Toxicomane : Ce terme porte en lui aujourd'hui une valeur qui devenue trop négative pour qu'on l'emploie autrement que pour désigner l'archétype de la personne toxicodépendante. Aujourd'hui, on parle plus volontiers de personnes addictes à une substance, comme nous l'ont appris les professionnels que nous avons rencontrés.

Sympathomimétique : adjectif signifiant une action semblable au système sympathique.

Les scènes ouvertes : A la fin des années 80, pour lutter contre les dealers et la propagation du VIH liée à l'usage de la drogue, les autorités de Zurich et d'autres villes acceptent les «scènes ouvertes» où les toxicomanes peuvent s'injecter de la marchandise «sûre» dans des conditions hygiéniques acceptables et sous surveillance sanitaire. Exemples : la Platzspitz (1989-1991) puis la gare désaffectée de Letten (1991-1992), en plein centre de Zurich (district 5) deviennent des marchés ouverts de la drogue mais malheureusement il y a souvent des règlements de compte et des décès. Ce qui conduira à leurs fermetures.

2.2. Données socio-économiques ¹

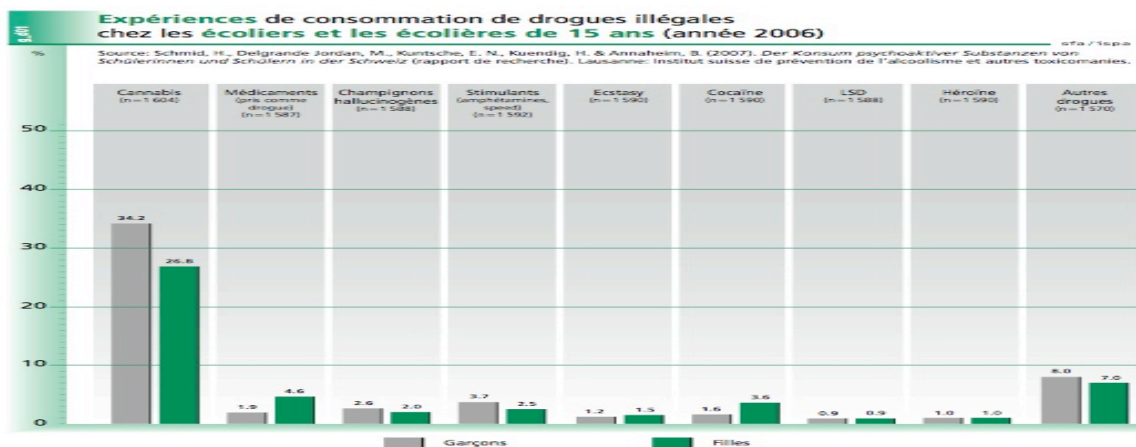
Quand on parle de toxicomanie, il est intéressant de se demander la proportion de personnes touchées, les quantités de drogues consommées,...

Il n'est certes pas facile de trouver des chiffres, mais grâce à l'institut suisse de la prévention de l'alcoolisme (ISPA), nous avons trouvé des données statistiques des enquêtes effectuées ces dernières années.

◆ Informations concernant la consommation :

D'après le graphique ci-dessous, on peut voir la consommation de différentes substances (minimum 1x) chez les jeunes de 15 ans, en 2006 :

- ☛ Pour la cocaïne : 1.6% des garçons et 3.6% des filles
- ☛ Pour l'héroïne : 1% tout sexe confondu



¹¹ Tous les tableaux sont du site de l'ISPA : <http://www.sfa-ispa.ch/index.php?IDcat=72&IDcat72visible=1&langue=F>

Avec la mention : « Merci de prendre bonne note que la reproduction des textes ainsi que des graphiques et tableaux est autorisée sous réserve de la mention de leur source. »

CONSOMMATION chez les ADULTES de 15 à 39 ans en 1992, 1997 et 2002 :

- ☛ **La cocaïne** : consommation en diminution autant chez les hommes que les femmes
Diminution de 1997 en 2002 avec un pourcentage chez les hommes de 4.3 à 4% et chez les femmes de 2.2 à 1.9%.
- ☛ **L'héroïne** : consommation en diminution autant chez les hommes que les femmes
Diminution de 1997 en 2002 avec un pourcentage chez les hommes de 1.4 à 1.3% et chez les femmes de 0.7 à (0.5)%.

Proportion des personnes de 15 à 39 ans ayant déjà consommé de la drogue Comparaisons entre 1992, 1997 et 2002 en %

Sources: 1992: ISPA (1997). Chiffres calculés sur la base de l'Enquête suisse sur la santé 1992. n = 6 838.
1997: ISPA (1999). Chiffres calculés sur la base de l'Enquête suisse sur la santé 1997. n = 5 709.
2002: ISPA (2004). Chiffres calculés sur la base de l'Enquête suisse sur la santé 2002. n = 6 991.

	Femmes			Hommes			Ensemble		
	1992	1997	2002	1992	1997	2002	1992	1997	2002
N'importe quelle drogue (polyconsommation possible)	11.5	20.4	21.5	22.0	33.8	34.8	16.7	27.1	28.2
Cannabis	11.1	19.9	21.1	21.5	33.4	34.2	16.3	26.7	27.7
Héroïne	0.7	0.7	(0.5)	1.9	1.4	1.3	1.3	1.0	0.9
Cocaïne	1.8	2.2	1.9	3.5	4.3	4.0	2.7	3.3	2.9
Méthadone	0.3	0.3	*	0.5	0.5	*	0.4	0.4	(0.2)
Ecstasy (pas de données disponibles pour 92)	-	1.5	1.5	-	2.8	2.9	-	2.2	2.2
Amphétamines et autres stimulants	0.6	0.8	(0.3)	1.5	1.7	1.6	1.1	1.2	1.0
Hallucinogènes	1.2	1.7	1.2	3.0	3.8	2.9	2.1	2.7	2.1
Autres	0.3	0.3	*	0.7	0.5	0.3	0.5	0.4	(0.2)

() = proportion représentant moins de 30 cas * = proportion non représentative (moins de 10 cas)

◆ Informations concernant les traitements :

AGE lors de l'ENTREE en CONSULTATION AMBULATOIRE, selon le sexe et la principale substance, en 2006:

- ☛ **La cocaïne** : consommation la plus forte pour les hommes à 22.2% entre 20-24 ans et chez les femmes à 30.1% (attention n=73) entre 20-24 ans.
- ☛ **L'héroïne** : consommation la plus forte pour les hommes à 23.3% entre 35-39 ans et chez les femmes à 22.1% entre 20-24 ans ET 35-39 ans.

Age à l'entrée des client(e)s des services de consultation ambulatoires selon le sexe et la principale substance posant problème, pour l'année 2006

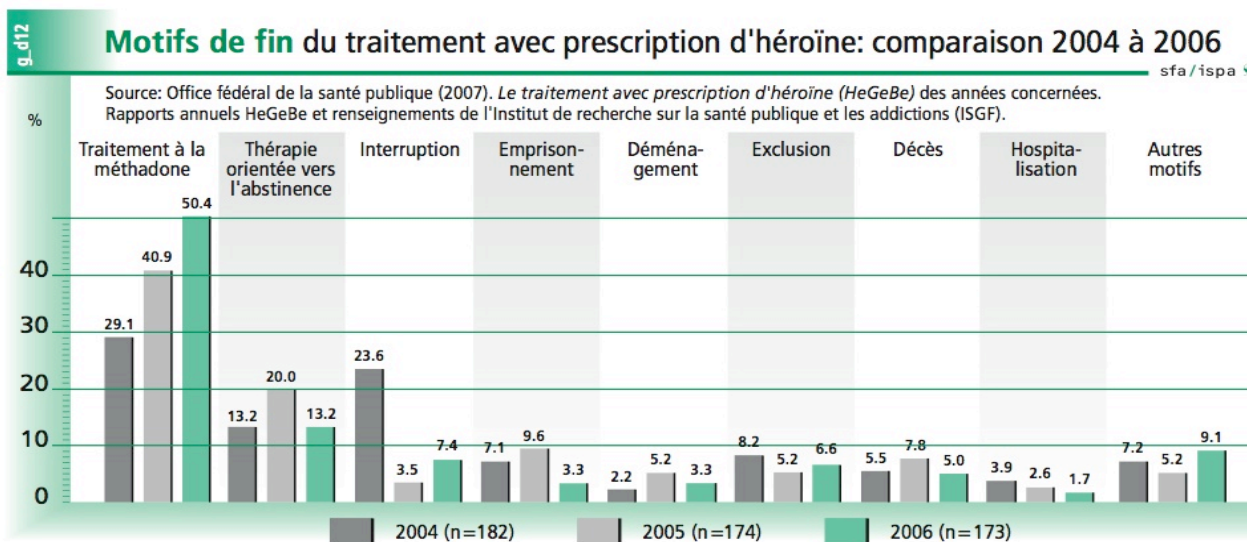
Source: Astudillo, M., Maffii, E. (2008). *Prise en charge ambulatoire des problèmes de dépendance. Résultats de l'enquête auprès des client(e)s 2006. Recueil de tableaux statistiques.* Lausanne: ISPA.

Age	Opiacés*		Cocaïne / Crack / Freebase		Cannabis	
	Hommes (n = 477)	Femmes (n = 140)	Hommes (n = 230)	Femmes (n = 73)	Hommes (n = 487)	Femmes (n = 110)
- 14	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.1%	5.5%
15 - 19	3.1%	12.9%	7.0%	23.3%	53.2%	56.4%
20 - 24	14.7%	22.1%	22.2%	30.1%	20.1%	20.0%
25 - 29	18.7%	11.4%	20.9%	19.2%	9.7%	5.5%
30 - 34	22.4%	15.0%	18.3%	4.1%	5.5%	5.5%
35 - 39	23.3%	22.1%	17.0%	17.8%	4.3%	1.8%
40 - 44	10.7%	12.9%	10.0%	4.1%	1.6%	4.5%
45 - 49	5.2%	2.9%	3.5%	1.4%	0.8%	0.0%
50 +	1.9%	0.7%	1.3%	0.0%	0.6%	0.9%

*Opiacés = héroïne, cocktails (héroïne et cocaïne), méthadone, morphine et autres opiacés

Prescription d'héroïne : MOTIFS de FIN de traitement : comparaison de 2004-2006

- Traitement à la **méthadone** : constante progression avec 50.4% en 2006
- Thérapie orientée vers l'**abstinence** : progression de 6.8% de 2004 à 2005 puis diminution et retour à 13.2% en 2006.
- **Interruption** du traitement : 2004 23.6% diminué à 3.5% puis remonté à 7.4% en 2006.



AGE au DEBUT DE LA CONSOMMATION, selon le sexe et la principale substance, en 2007:

- La cocaïne : consommation la plus forte pour les **hommes** à 57.5% entre > 20 ans et chez les **femmes** à 37.8% (attention n=37) entre > 20 ans.
- L'héroïne : consommation la plus forte pour les **hommes** à 43.8% entre > 20 ans et chez les **femmes** à 37.8% entre > 20 ans.

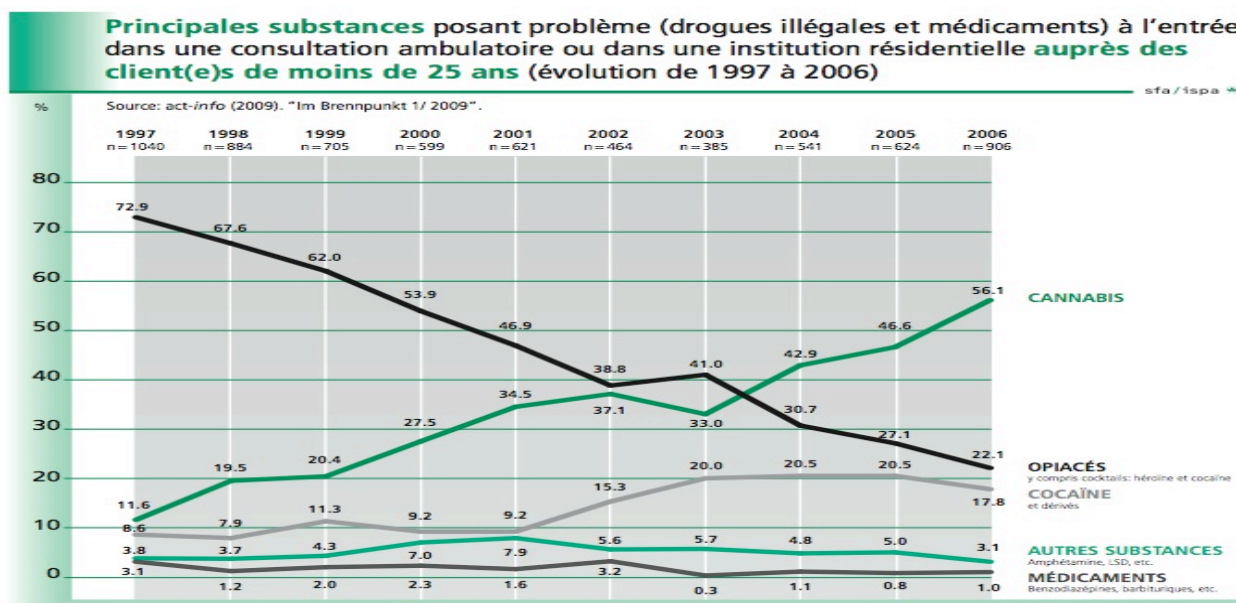
t_007 Age au début de la consommation régulière de la principale substance posant problème chez les client(e)s des institutions résidentielles spécialisées en 2007 sfa/ispa

Source: Service de coordination de la Ligue FOS c/o Institut de recherche sur la santé publique et les addictions (2008). act-info-FOS Rapport d'activités et statistique annuelle 2007.

Age	Hommes				Nombre	Femmes				Nombre
	<15	15-17	18-20	>20		<15	15-17	18-20	>20	
Alcool	12.5%	35.0%	17.5%	35.0%	40	0.0%	33.3%	20.0%	46.7%	55
Cocktail (héroïne et cocaïne)	0.0%	28.6%	48.2%	23.2%	56	12.0%	44.0%	20.0%	24.0%	25
Opiacés (héroïne, méthadone, morphine, autres)	3.1%	21.6%	31.5%	43.8%	162	4.9%	39.0%	24.4%	31.7%	41
Cocaïne (aussi crack, freebase)	0.7%	17.8%	24.0%	57.5%	146	10.8%	18.9%	32.4%	37.8%	37
Stimulants (amphétamines, ecstasy, MDMA, Khat...)	-	28.6%	57.1%	14.3%	7	-	37.5%	50.0%	12.5%	8
Médicaments (somnifères et tranquillisants)	-	-	22.2%	77.8%	18	-	100.0%	0.0%	0.0%	1
Cannabis	20.7%	58.6%	6.9%	13.8%	29	0.0%	50.0%	0.0%	50.0%	2

PRINCIPALES SUBSTANCES, à l'entrée en consultation ambulatoire auprès des < 25 ans:

- ☛ La cocaïne : consommation la plus forte pour les **hommes** à 57.5%% entre > 20 ans et chez les **femmes** à 37.8% (attention n=37) entre > 20 ans.
- ☛ L'héroïne : consommation la plus forte pour les **hommes** à 43.8% entre > 20 ans et chez les **femmes** à 37.8% entre > 20 ans.



(La somme des pourcents peut varier du 100% à cause d'arrondis vers le haut/le bas).

Remarque: Les données se basent sur les statistiques SAMBAD (Statistique du traitement et de l'assistance ambulatoires dans le domaine de l'alcool et de la drogue) et act-info-FOS (Statistique de la Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie).

✦ Informations concernant les infractions à la loi sur les stupéfiants :

QUANTITE DE DROGUES SAISIÉS, au cours de 1999 à 2007:

- ☛ La cocaïne : forte **augmentation** de 116.1kg en 9 ans.
- ☛ L'héroïne : forte **diminution** de 262.8 kg de 1999 en 9 ans.

Quantités de drogues saisies au cours des dernières années (évolution de 1999 à 2007)

Source: Office fédéral de la police (2008). Statistique suisse des stupéfiants des années concernées. sfa / ispa *

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Marijuana (kg)	7 800.3	18 313.6	11 106.5	21 893.2	13 032.2	5 877.9	4 505.4	2 298.8	3 530.6
Haschich (kg)	651.5	1 258.2	317.6	1 317.6	323.2	300.6	392.7	394.6	484.0
Huile de haschich (kg)	0.6	9.5	17.6	191.6	0.7	1.2	1.7	1.4	0.2
Chanvre, culture (pièce)	79 746	22 747.6	189 008	557 262	570 704	482 071	388 112	149 960	132 712
Héroïne (kg)	397.5	372.0	227.5	208.5	300.1	177.9	256.3	231.1	134.7
Cocaïne (kg)	288	207.4	168.6	185.9	188.6	361.4	282.6	354.3	404.1
Crack (g)	25	10	12	2	7	5	20	75	16
Opium (g)	775	9		5	16	9	855	666	3 912
Morphine-héroïne-base (g)	537	135	492	146	73	16	46	20	54
Amphétamines (kg)	10.7	39.1	4.6	10.4	23.6	15.7	10.2	10.7	9.1
LSD (dose)	3 130	15 525	8 707	1 552	657	5 490	392	928	4 978
Party drogues (dose)	67 353	189 569							
Ecstasy (dose)			86 959	88 342	19 942	115 561	202 326	216 811	50 107
Méthadone (pièce)	5 006	5 472	6 630	4 079	6 323	10 517	7 963	5 969	15 454
Méthamphétamines (kg)						3.5	2.6	14.9	2.1
Champignons hallucinogènes (kg)						15.3	9.0	6.8	6.0
Khat (kg)						276.4	605.3	550.8	1 351.6

2.3.Législation cantonale

La législation cantonale genevoise repose sur une action convergente et intégrée des différentes fonctions de l'Etat.

Les effets recherchés sont la diminution des décès dus à la consommation de drogue, la réduction de la criminalité, l'amélioration de la santé des toxicodépendants et la disparition des scènes ouvertes.

Elle suit quatre grands principes

2.3.1. La prévention

Comme pour toute prévention la première fonction est d'informer le plus de personnes possible pour réveiller les consciences dans l'espoir que les connaissances acquises soit suffisamment convaincantes pour que le moins de nouvelles personnes possibles ne se laissent tenter par les diverses drogues.

2.3.2. L'action thérapeutique

Dépister pour pouvoir soigner aussi vite que possible et éviter que les patients multiplient les risques de transmission et d'essayer d'enrayer le processus d'addiction avant d'en arriver à une récupération trop compromise

2.3.3. La réduction des risques

Mettre en place, les structures nécessaires et les moyens pour aider les personnes marginalisées à réintégrer la société le mieux possible.

C'est le pilier révolutionnaire en matière de politique des drogues. En effet, cette approche au lieu de continuer à refuser les drogues fait face aux effets délétères de celles-ci et mets en place des moyens de diminuer tant les risques d'infection. Mais sert aussi de faire une première entrée dans le système de soin.

2.3.4. La répression

La répression est le pilier le plus ancien. La nature dangereuses des drogues ont vite amenés une législation qui les interdits. Dorénavant elle fait partie de cette politique cohérente qui se bat sur plusieurs fronts. La répression limite l'accès à la substance entre autre par une réglementation du marché.

Cette législation par sa globalité permet finalement de laisser place plus à la compréhension qu'au jugement. Un aspect sur lequel cette politique se base c'est l'acceptation que les drogues sont une réalité dans notre société et qu'il faut accepter le fait qu'il est difficilement envisageable de réussir un jour à s'en débarrasser complètement !

3. Méthodologie

Nous sommes partis avec une hypothèse générale de départ qui était que la prise en charge des personnes souffrant de toxicodépendance qui est déjà bien implantée dans notre pays, quoique peu uniformisée, pouvait probablement être élargie, améliorée ou simplement généralisée au plan fédéral.

3.1. Choix de la problématique

La problématique était de s'intéresser à une thématique d'ordre communautaire qui soit une réalité pour la santé publique. La toxicodépendance nous semblait être un tabou qui méritait d'être étudié plus en profondeur. Nous avons donc souhaité faire un état des lieux, pour voir ce qui existe réellement sur le terrain, et plus spécifiquement à Genève. Il nous semblait important et pertinent de connaître les différentes structures, afin que dans nos futures professions respectives, nous soyons capables d'orienter de manière ou de prendre en charge le plus adéquatement possible chaque patient, mais également de relever les regards de différents acteurs sur cette catégorie de patient bien particulière.

Le sujet étant très vaste, nous avons consciemment décidé de nous orienter sur trois hypothèses que nous voulions confronter à la réalité clinique et sociale :

Les hypothèses que nous avons formulées se porte sur :

- ✦ Leur mode de vie : des facteurs de risques génétiques et environnementaux peuvent favoriser ou prédisposer l'entrée dans la toxicodépendance et engendrer des conséquences délétères sur le niveau de vie.
- ✦ Les traitements : le traitement d'un problème de nature multifactoriel comme la toxicodépendance et aux origines si diverses ne peut probablement pas reposer sur un plan de traitement unique et nécessite l'intervention de plusieurs professionnels différents et de modalités différentes adaptées à l'individu.
- ✦ Leur alimentation : alimentation, au début, déséquilibrée et insuffisante aboutissant à des carences, puis en période de sevrage, évoluant vers des troubles du comportement alimentaire (TCA) dû à l'état de manque.

3.2. Choix des intervenants

Dès le début, notre désir était de contacter à la fois différents prestataires de soin afin d'avoir un panel de points de vue en fonction de leurs expériences respectives, et également de réussir à trouver des toxicomanes acceptant de témoigner. Le tout afin de confronter les différents points de vue et opinions reçues, se rejoignant ou pas et par la suite, de les confronter à nos hypothèses de départ.

De manière générale, nous avons eu beaucoup de chance, car la grande partie des intervenants que nous avons contactés ont accepté de nous recevoir. Nous avons quand même eu beaucoup de difficulté à trouver un(e) diététicien(ne) spécialisé(e) dans le domaine. Bien que les diététicien(ne)s sont souvent appelé(e)s en cours de traitements afin de réguler certains troubles du comportement alimentaire, ils ne sont pas encore intégrés de manière systématique à la prise en charges des personnes présentant des comportements addictifs. On a pu observer que cette systématisation existait par exemple dans certains centres canadiens ce qui laisse espérer que cet exemple sera suivi par notre pays prochainement.

Pour commencer nous avons contacté la Dresse Broers qui dirige le service d'addictologie des HUG afin qu'elle puisse répondre à nos questions préliminaires et nous assurer un background de départ. Elle nous a de plus orienté vers des structures de soins, lesquelles pensait-elle pouvaient nous apporter des informations suffisamment diversifiées pour nous offrir des points de vues qui diffèrent et des approches différentes et/ou complémentaires.

Durant ce mois d'immersion, nous avons eu l'occasion d'assister à des « lunch-meeting » où différents intervenants extérieurs venaient nous faire part de leurs expériences et c'est ainsi que nous avons connu M. Noël Constan, fondateur et responsable de la « Coulou », un centre pour SDF. L'opportunité de lui poser des questions nous a semblés être la possibilité d'avoir un regard moins médicalisé et apporté une dimension sociale unique. La catégorie de toxicomane qu'il a été amené à rencontrer durant sa longue expérience diffère souvent de celle qui se présente au système de soins et représente ceux et celles qui se sont probablement le plus marginalisés.

Après ces intervenants, l'idée de rencontrer des infirmiers qui passent beaucoup de temps avec les patients à vite mûri dans notre réflexion. Le hasard a fait que par le biais d'une intervention dans le cadre de l'enseignement de la filière diététique de la HES on a pu obtenir le nom de Mr Y.A. Repond, infirmier art thérapeute, qui avait eu une expérience bien particulière avec les toxicomanes quelques années auparavant. La rencontre qui en est sortie, nous a apporté un regard et une démarche de prise en charge globale et innovante qui a amené notre réflexion à une ouverture bienvenue.

Pour pouvoir répondre pratiquement à notre hypothèse diététique, nous avons eu du mal à trouver des intervenants qui soit spécialisées dans la prise en charge des toxicomanes. Mais ayant eu vent que le Canada avait déjà lancé plusieurs programmes dans ce sens là, nous avons contacté par le biais d'e-mails Amanda Schwartz, la diététicienne en charge d'un centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto (CAMH). Laquelle a suscité un intérêt pour notre travail et s'est rendue disponible pour répondre à nos questions. Nous avons également rencontré, Valérie Miserez, la diététicienne en charge des patients s'adressant au service de médecine de premiers recours aux HUG, qui rencontre parfois les patients toxicomanes ayant des problèmes nutritionnels majeurs. Elle nous a, gentiment, orienté vers une autre diététicienne, Anne-Sylvie Ruedin, ayant travaillé dans le cadre de son mémoire sur la prise en charge des toxicomanes.

Nous avons contacté un policier, D. Egger, du quartier de Cornavin, périmètre où se déroule passablement de faits concernant les stupéfiants. Cet entretien nous a amené une vision de l'action au niveau de la répression du trafic et du désordre occasionné parfois par les usagers, mais aussi de quelle manière la police arrive à intervenir pour maintenir l'ordre tout en ayant une interaction provoquant le moins de vagues possibles.

La Navigation est une structure qui a une place centrale dans la politique genevoise de réduction de risques liée à la dépendance des opiacés. Car la substitution des opiacés se déroule bien souvent là-bas. Pour pouvoir répondre à nos questions nous avons pris rendez-vous avec un infirmier, Mr Bart Kaye, qui nous a fait partager son expérience au sein de cette unité de soin de bas seuil.

Notre tutrice nous ayant parlé de son expérience pénitentiaire en collaboration avec la Dresse Eva Sekera nous l'avons contacté afin de découvrir le fonctionnement du centre envol de la fondation Phenix dont elle est la fondatrice.

Juste avant la fin de notre immersion, nous avons eu la chance de rencontrer T. Musset qui est infirmier en psychiatrie et qui travaille depuis plus de 25 ans avec les patients toxicomanes. Sa rencontre tombée au point nommé, nous a donnée une vision globale très enrichissante et une approche de la personne toxicomane, lorsque celle-ci est dans le système de soin pour d'autres raisons que son addiction, ce qui était un élément dont nous manquions d'informations jusqu'alors.

Nous avons contacté tous ces différents intervenants par le biais d'appels téléphoniques et/ou de courriers électroniques afin de leur demander un entretien.

3.3. Elaboration et contenu du questionnaire

Nous avons commencé par faire un brainstorming, puis nous avons regroupé par thèmes nos questions respectives. Nous avons ensuite retravaillé nos questions afin d'en avoir le plus possible sous forme de questions ouvertes. Cependant, nous avons vite réalisé que nous avions beaucoup de questions et que nous ne pouvions pas les présenter de la même façon à chaque intervenant. C'est pourquoi nous avons repris toutes nos questions de bases et les avons réparties dans trois questionnaires² différents à savoir :

- ✦ un questionnaire adressé aux soignants
- ✦ un questionnaire adressé aux structures d'accueils
- ✦ un questionnaire adressé aux toxicomanes

De nombreuses questions sont reprises dans deux voire même les trois questionnaires. Notre idée était de pouvoir faire des comparaisons par la suite entre les divers intervenants. C'est pour cette raison que nous ne voulions pas que toutes les questions soient forcément différentes.

Cependant, malgré un tri considérable, il nous en restait quand même trop, c'est pourquoi nous avons dû en supprimer certaines ou les remodifier afin de les rendre plus générale.

La forme des questionnaires a servi de base, tel un fil rouge, pour la conduite de nos entretiens, mais nous avons préférés privilégier une certaine liberté à l'évolution de ces derniers, tout en veillant à répondre au final à nos préoccupations thématiques les plus importantes.

Les thématiques abordées dans notre questionnaire visaient à nous permettre d'amener l'expérience pratique de multiples intervenants dans ce rapport, et à nous amener peu à peu à confronter nos hypothèses de départ à la réalité du terrain, principalement genevois.

3.4. Déroulement des entretiens et récolte des données

Nous nous sommes rendus chez les différents intervenants. Chaque entretien a duré en moyenne 1-1h15, pendant lesquels ils ont répondu à nos différentes questions. Chaque intervenant a été d'accord qu'on enregistre tout l'entretien, cela afin de ne perdre aucune information.

Suite à cela, nous avons retranscrit tous les entretiens et les avons mis en commun dans la partie des résultats.

² Voir annexe I et II, le questionnaire du toxicomane est lui directement dans les résultats.

4. Développement théorique de la problématique

Nos trois hypothèses se sont confirmées ou affinées au fur et à mesure de nos entretiens et de la littérature trouvée. En respectant l'ordre nos hypothèses nous allons essayer d'illustrer par ces deux sources d'informations les constats et les visions recueillies.

4.1. Facteurs de risque

Les facteurs de risque liés à l'entrée dans la toxicomanie sont permissifs de comprendre l'origine de cette maladie et les conséquences qu'elle engendre sur le comportement social de l'individu, comportement dont les éventuelles « dérives asociales » sont parfois source de craintes et mépris vis-à-vis du toxicomane dans la population générale. Comprendre les facteurs de risque c'est aussi savoir où agir précisément afin de faire, dans la mesure du possible, une prévention efficace et éviter le premier contact avec la drogue.

Le modèle qui prévaut actuellement pour expliquer l'origine multifactorielle de la toxicomanie est la relation triangulaire de trois catégories de facteurs de risque : (Savary, J.F, (2007), p.5-6)

- 1) Facteurs de risque liés à l'individu (ses gènes, ses relations familiales, maltraitance pendant enfance, troubles de la personnalité)
- 2) Facteurs de risque liés à la substance (caractéristiques biochimiques)
- 3) Facteurs de risque liés à l'environnement (contexte social, représentations, disponibilité de la drogue, influence des pairs)

La toxicomanie est donc vue comme la rencontre d'un individu présentant certaines particularités psycho-affectives avec une substance pouvant induire l'addiction dans un environnement social donné.

La consommation de drogue et l'installation de phénomènes de dépendance ont une plus forte probabilité de survenir lorsque les facteurs de risque sont plus nombreux et présents plus précocement. Une première consommation ne va pas systématiquement déboucher sur une toxicomanie.

Nous avons choisi ici de nous intéresser de plus près aux facteurs de risque individuels, les mécanismes d'action de la substance et leur physiologie étant traités dans un chapitre à part.

Les facteurs de risque :

Les comportements liés à la drogue au sein de la famille ont des répercussions sur la conduite à venir de l'enfant : dans une famille où l'on consomme des drogues dures, l'enfant a entre 30% et 50% de chances de reproduire le même comportement. Le contexte environnemental et la transmission génétique peuvent expliquer, en partie, ce phénomène. L'étude Shuckett datant de 1985 s'est penchée sur la problématique de la prédisposition génétique ; elle a porté sur des enfants adoptés de parents alcooliques ainsi que sur des jumeaux et a montré que plus de 50% de ces enfants ont reproduit le comportement de consommation, même si dans la famille d'accueil aucun autre membre ne consommait.

De plus, si l'âge à la première consommation est inférieur à 15 ans, le risque de comportement addictif, aussi associé à d'autres toxicomanies, est accru.

Certains traits de comportement peuvent aussi influencer dans une certaine mesure sur l'envie du jeune à vouloir expérimenter la drogue. Un comportement hyperactif, une personnalité impulsive, des déficits d'attention et de concentration, des difficultés d'apprentissage pouvant mener jusqu'à l'échec scolaire, un comportement agressif et antisocial.

L'instabilité émotionnelle, des tendances dépressives, des difficultés relationnelles mais aussi une personnalité extravertie pourraient favoriser l'envie d'entrer en contact avec la drogue un jour ou l'autre.

Il y a par ailleurs aussi une composante culturelle à la consommation de la drogue, qui est peut-être liée à la culture ancestrale des plantes dont l'héroïne et la cocaïne sont dérivées. Ainsi, en Amérique du Sud et en Extrême-Orient, la consommation de ces substances perdure depuis des siècles, sans que l'on évoque pourtant une quelconque pharmacodépendance. Plus proches de nos sociétés, en Occident ce sont plus souvent des populations issues de l'immigration de pays défavorisés ou dont la culture et le style de vie sont très différents, qui se retrouvent dans la drogue. Les causes sont semblables à celles des jeunes en mal de repères et dépressifs, avec des difficultés relationnelles et en échec, facteurs auxquels s'ajoutent l'exclusion sociale et la mauvaise estime de soi, ainsi que l'angoisse de ce changement. Ce sont par exemple les populations hispaniques et afro-américaines aux Etats-Unis et la population maghrébine en France qui peuvent être touchées dans ce contexte.

Parmi les facteurs de risque familiaux, de manière générale, on peut tirer quelques conclusions : l'âge de l'enfant lorsque un membre de la famille consomme a un impact important, de même que l'éducation que lui donne sa famille, ainsi que les règles que lui sont imposées, la place de l'enfant dans le couple, les conflits familiaux et les éventuels traumatismes et abus subis, le degré de socialisation de la famille ainsi que son rapport à la consommation et enfin la tendance de l'enfant à imiter ou à adopter le comportement de ses parents en les prenant comme modèle. Les frères et sœurs consommateurs peuvent aussi avoir une influence sur l'entrée dans la drogue, notamment en fournissant du produit.

Les enfants traumatisés :

La tendance des enfants à s'adapter après un traumatisme, à résister, peut être trompeuse. Des attitudes comme celle qui consiste à s'inventer une histoire, voire une réalité, différentes, à considérer leur parent sous un angle idéalisé, à évacuer la tension en devenant hyperactifs, ne permettent jamais d'effacer des blessures profondes.

Comme on a pu le voir, la dimension familiale joue presque toujours un rôle important dans les toxicomanies. Nous avons trouvé qu'il existe le centre Monceau à Paris et qui est un centre de thérapie familial. Un livre a été écrit par Sylvie Angel, psychiatre, thérapeute familiale, fondatrice et directrice médicale de ce centre ainsi que par Pierre Angel psychiatre, thérapeute familial et directeur général du centre. Ils ont écrit un livre regroupant des spécialistes sur les thérapies familiales et plus spécifiquement sur celles en contact de patients toxicomanes. Nous avons donc trouvé pertinent d'insérer dans notre rapport certaines de leurs expériences, car pour parler de la problématique complexe de la toxicomanie, il est nécessaire de s'intéresser aux interactions familiales. Pour cela, il faut souvent remonter à l'enfance, là où se trouvent les racines de ces patients.

Nous avons décidé d'aborder les points qui nous paraissaient les plus pertinents, et ceux qui reviennent souvent quand on essaie de trouver des causes aux malaises des personnes toxicodépendantes.

☛ **Les conflits familiaux :**

Il n'est malheureusement pas rare de voir un enfant au centre de conflits notamment parentaux. Cependant, il peut également se retrouver au milieu de rivalités entre les générations (exemple : les parents et leurs propres parents).

Dans tous les cas, il servira de prétexte aux déclenchements des différentes disputes voire même à des ruptures. Dans ce genre de situations, on peut constater que « les parents ont une incapacité

fondamentale à se situer précisément comme parent. Les responsabilités vis-à-vis de l'enfant ne sont pas identifiées, ni acceptées. (...) L'enfant est instrumentalisé. » (Angel, S. & Angel, P, 2002, p.73-77). Le besoin d'autonomie de l'enfant lors de l'adolescence ne peut alors pas se faire normalement, car il sera devenu l'instrument de ses parents, leur permettant de maintenir leur position dans la structure familiale. Le jeune risquera donc de répondre à cette situation par une réaction violente et cherchera « dans la drogue une solution à la souffrance née de son instrumentalisation. Dans ce dessein, la drogue plus qu'une esquivance de ces problèmes, va retourner l'enjeu du conflit. En fournissant un objet véritable à la fixation des conflits, le comportement déviant va permettre au jeune de se faire reconnaître comme personne. Il arrive que les comportements inquiétants du jeune permettent, dans certains groupes familiaux, de renforcer des coalitions et, quelquefois, d'éviter un éclatement de la famille, qui se rassemble pour faire front autour et contre le toxicomane. » (Angel, S. & Angel, P, 2002, p.73-77)

Il faut, toutefois, noter que ce jeu est dangereux, car le jeune joue avec son propre corps afin de réguler la structure familiale. Ce comportement anormal ne peut être que le symptôme d'un dysfonctionnement familial et ne devrait pas passer inaperçu.

« Karol, 15 ans, a recours à différentes drogues, en particulier à l'héroïne depuis quelques mois. En fait, des troubles graves (instabilité, violences, fugues) ont précédé la toxicomanie. L'adolescent est le dernier d'une fratrie de trois. L'aîné, Julien, âgé de 22 ans, après avoir échoué à ses examens de Faculté de droit, est revenu vivre depuis quelques mois dans la famille. La seconde, Marie-Jo, 20 ans, poursuit des études d'architecture. Elle a quitté la maison, il y a deux ans. Les parents se présentent comme un couple uni, n'ayant d'autre souci que de faire face aux problèmes posés par Karol. La mère, Janine, est cadre dans une entreprise. Son mari, Milek, est géologue et son travail nécessite de nombreux déplacements en province.

Trois entretiens sont nécessaires pour dénoncer le mythe de la bonne harmonie familiale. On apprend à la quatrième séance que Germaine, la grand-mère maternelle, n'a jamais accepté son gendre. Janine évoque ce conflit classique (belle-mère/gendre) avec indulgence. Karol s'indigne à ce moment, disqualifie son père et l'injurie. Marie-Jo, tout au long de cette altercation, reste en retrait tandis que Julien, dans un premier temps agresse son père, puis, dans un second temps, raconte l'histoire suivante: lorsqu'il avait une dizaine d'années, ses parents le placèrent chez sa grand-mère maternelle car il était en violente rivalité avec son frère. Il ne revit son père que de rares fois pendant les huit années qui suivirent. La haine était si forte entre Germaine et son gendre que ce dernier était « interdit de séjour ». Janine venait pourtant rendre visite à son fils en compagnie de ses autres enfants. Les détails de cette histoire familiale sont livrés au cours des entretiens ultérieurs: orphelin de père, Milek, d'origine yougoslave, se retrouve seul en France après la guerre et reprend courageusement des études. Sa mère et son frère cadet ont émigré aux États-Unis. Peu après, Milek rencontre Janine, mais d'emblée, sa famille le rejette en raison de sa nationalité. Janine rompt avec ses parents pendant plusieurs années; Un télégramme lui annonce que son père est mourant. Elle accourt à son chevet, d'autant plus culpabilisée que Germaine lui dit: «tu as tué ton père en épousant Milek ». Janine renoue avec sa famille peu avant le décès de son père. La haine de Germaine vis-à-vis de Milek se renforce encore. Pour réparer sa faute, Janine lui propose de prendre chez elle Julien dont l'agressivité vis-à-vis de Karol se renforce. En offrant son fils à sa mère, Janine espère alléger sa culpabilité et permettre à Germaine d'être moins seule après ce décès. Milek n'est pas d'accord avec cette décision. Janine passe outre. Encore une fois, le père baisse les bras. La rivalité fraternelle entre Julien et Karol devient la version officielle de cette décision, renforçant par là la culpabilité de Karol.

Au moment où nous rencontrons cette famille, Janine et ses enfants avaient l'habitude de fêter Noël chez Germaine en province, tandis que Milek réveillonnait seul, à Paris. Au cours des dix années passées chez sa grand-mère maternelle, Julien l'entend sans cesse dénigrer son père, l'opposant au grand-père paternel, décrit comme intègre, brillant et bon. Julien adhère volontiers à ce discours, manifestant mépris et aversion à l'égard de son père au cours de leurs rares rencontres.

Au début de la thérapie, Julien rapporte qu'il a découvert que son grand-père maternel, sans cesse cité en exemple, a fait autrefois un séjour en prison, ce qui n'avait jamais été révélé et qui est un secret soigneusement gardé par Germaine et Janine. Julien apprend également que le grand-père, médecin, a bâti une confortable fortune sur la pratique d'avortements clandestins. Une dénonciation a interrompu cette carrière illégale, et la justice l'a condamné. Le faible degré d'autonomisation de Janine par rapport à ses parents est frappant. Non seulement elle passe les fêtes avec Germaine, elle lui "offre" son Julien, mais elle continue à cacher des événements. Marie-Jo sort avec un garçon d'origine maghrébine, ce qui serait insupportable pour Germaine. Marie-Jo répète ainsi l'histoire familiale en choisissant un partenaire d'une autre culture. Germaine a refusé de venir aux séances, mais son rôle dans l'évolution des symptômes de la famille a pu être éclairé. À la suite de ce travail, chacun reprend sa véritable place. La toxicomanie de Karol disparut en premier, Janine et Milek réveillonnent ensemble, mais Germaine ne revoit pas son gendre. »

Source : Angel, S. & Angel, P. 2002, p76-77

☛ L'inceste :

Quand on parle de famille, on parle surtout de relations à l'intérieur de celle-ci. L'inceste est du point de vue psychologique, la relation la plus déstructurante au niveau des liens interfamiliaux. Il y a autant de situations d'inceste que de « réponses » toxicomaniaques à chacune d'elle. De ce fait, chaque situation est complexe et ne peut être généralisée. Seul un spécialiste dans ce domaine peut donner une interprétation de la « réponse » qu'aura le toxicomane face à ce qu'il a subi.

☛ Le jeune face aux maladies graves dans sa famille :

Il n'est pas rare de trouver dans la famille d'un toxicomane, un membre présentant des pathologies importantes pouvant mettre en péril son pronostic vital (cancer, sclérose en plaque, infarctus,...). Dans ce genre de situations, le toxicomane peut sembler parfaitement assumer la situation. Cette perception est le plus souvent faussée par l'interdiction de l'expression des sentiments, par du refoulement. Ce qui l'amène à banaliser, à minimiser voire même à de l'indifférence envers la maladie de la personne. Il n'est pas rare non plus de trouver des correspondances entre les différentes phases chaotiques du toxicomane (overdose, hospitalisation,...) et l'aggravation de la pathologie du membre de la famille. Ceci peut amener à supposer que le toxicomane pourrait « mettre en scène et rejouer, dans son propre corps, un duel de la vie et de la mort, la bataille vitale que livre le parent avec la maladie ». (Angel, S. & Angel, P. 2002, p.80). Cela laisse à penser que la drogue a plus un rôle de répétition de ce que vit le parent malade, qu'un déni de sa situation.

« Une des séances de thérapie, parmi les plus bouleversantes, s'est réalisée avec la famille de Gilbert, alors âgé de 23 ans, polytoxicomane depuis plusieurs années. Le père, Charles, souffre d'une leucémie myéloïde chronique. Le premier contact avec Charles a lieu par téléphone, de sa chambre stérile, car il vient de subir une greffe de moelle. Sa première sortie a lieu au centre Monceau où l'attend Gilbert. Le frère aîné, Martin, est actuellement à l'étranger pour son travail. Il s'enquiert régulièrement de l'état de santé de son père, mais ne veut plus parler à son frère. La mère sert de médiateur. Charles est assis, abattu, fatigué, moitié caché par un masque pour éviter les microbes qui pourraient lui être fatals, car il n'a plus de défenses immunitaires. La maigreur de Gilbert, elle aussi, est significative. De nombreux boutons sont apparus sur son visage, comme à chaque fois qu'il prend de l'héroïne. Sa bouche est pâteuse, sa voix à peine audible. Il est défoncé. La mère, dans ce climat morbide, évoque les projets professionnels de Charles, sans mentionner ni l'état de santé de son mari, ni la toxicomanie de son fils. C'est une séance angoissante où la réalité des pronostics enjeu sera discutée afin d'éviter le renforcement des mécanismes de déni. Cette histoire aura, fort heureusement, un dénouement positif. La greffe de Charles a réussi et Gilbert, après un parcours chaotique, rompt avec la drogue et part à l'étranger où il trouve un travail qui lui permet une activité créatrice. »

Source : Angel, S. & Angel, P, 2002, p.69

☛ Face aux décès familiaux :

Il est difficile de définir clairement quels impacts un décès aura sur le fonctionnement du toxicomane. Peut-il induire ou renforcer des tendances toxicomaniaques ? Les raisons peuvent être multiples et entrelacées, mais pour mieux comprendre ce qui se passe, il est essentiel de s'intéresser au processus de deuil. La mort d'un membre de la famille va amener cette dernière à s'interroger sur ses capacités à traverser puis à dépasser cette épreuve.

Cependant, ces « capacités » vont dépendre de 3 types de facteurs :

- ◆ facteurs culturels : « sens que prend la mort dans la société qui environne la famille ».
- ◆ facteurs contextuels : « les circonstances et le contexte du décès ».
- ◆ facteurs psychologiques : « la structure interactionnelle propre du système familial ».

Il est essentiel de s'intéresser au travail de deuil, car s'il n'est pas fait normalement, il peut être un facteur de risque de toxicomanie. Comment ? Le but de ce travail est de permettre à la personne

d'accepter la situation et de se réorganiser affectivement par rapport à elle. Si ce travail n'est pas fait correctement, cela montre une anormalité au niveau du fonctionnement de la famille et la toxicomanie peut en être un symptôme. Elle tend ainsi à montrer que ce travail n'a pas pu s'effectuer correctement. On peut alors se demander quelles raisons pourraient l'en empêcher ? On peut évoquer des problèmes de verbalisation, d'expression des sentiments de la part des membres de la famille. Un autre point intéressant est le « syndrome de culpabilité des survivants » (Angel, S. & Angel, P. 2002, p.80) qui s'explique par un sentiment de culpabilité dû au fait d'avoir survécu, et qui pousse à des comportements inadéquats tels que des pulsions suicidaires ou autodestructrices.

Finalement, on peut dire que ce ne sont pas tant les événements de mort eux-mêmes qui peuvent être un facteur de risque de développer une toxicomanie, mais plus la façon dont ils sont traités du point de vue individuel et familial. Ce qui démontre bien l'importance de la structure des interactions à l'intérieur des membres de la famille.

☛ L'aveuglement de la famille:

Bien qu'on puisse difficilement généraliser, il n'est pas inhabituel que ce soit des personnes extérieures, des amis, des voisins qui remarquent certains détails depuis longtemps alors que la famille, elle, ne voit rien. On est alors en droit de se demander pourquoi, surtout quand les indices, eux, sont multiples « le regard change, les pupilles rétrécies à l'extrême, les bras « troués » par les piqûres, la maigreur, les dents cassés, le manque d'hygiène, les cernes sous les yeux, ... ». (Angel, S. & Angel, P, 2002, p.56-58). Ils sont souvent dans l'incapacité de donner une interprétation cohérente à ces différents changements. Le passage de cette « cécité » à la découverte de la réalité vient souvent par le biais de l'entourage (amis, voisins) ou par la police, le juge...

« Une mère raconte:

« Mon fils était fatigué ; il dormait le jour, vivait la nuit. Tantôt gentil, tantôt agressif, son tempérament lunatique s'exacerbait. J'ai pensé qu'il fréquentait des artistes et qu'il avait une vie passionnante dont il ne pouvait pas me parler car je n'avais pas fait d'études. Comme il était inscrit à l'ANPE, j'attendais qu'on lui propose un emploi, et en attendant, il avait des amis. » »

« Ainsi, Madame R., constatant la présence d'un œdème du bras (lymphangite) chez son fil héroïnomane avéré, se contentera de l'explication fournie par le jeune: « Je ne me drogue plus, c'est à cause d'une piqûre de moustique ». »

« À l'inverse, Madame Y. reprochera à son fils Jean-Claude ses excès tabagiques tandis qu'elle minimisera la gravité de son hépatite chronique évolutive, traitée épisodiquement par son médecin homéopathe. »

« Monsieur C. est persuadé que son fils le provoque quand il lui annonce sa séropositivité ! Lors d'une séance, des parents nous décrivaient l'énième coma de leur fils sorti le jour même de réanimation: à aucun moment ni le père, ni la mère, ne pouvaient imaginer que le coma est une préfiguration de la mort. »

« Au cours d'une séance, Madame K. explique, sans émotion apparente, l'épisode suivant: Marc lui a demandé de l'aide pour « décrocher » après avoir refusé une hospitalisation dans un centre spécialisé. Sur les conseils de son fils, elle a acheté de l'héroïne et l'a aidé à faire ses injections en diminuant la dose quotidiennement. Pour plus de sécurité, elle a demandé à sa fille cadette, également héroïnomane, de superviser ses « soins »

Source : Angel, S. & Angel, P, 2002, p.57

Selon la Dr. Broers, médecin interniste travaillant en addictologie, il serait avant tout faux de penser que les personnes toxicomanes ont des problèmes psychiatriques. Il est tout aussi faux de penser qu'il y a un profil « type » de personne toxicomane. Il s'agit de considérer la problématique sous l'angle du triangle, entre la personne, la substance et l'environnement du patient ; la personne

qui pourrait avoir une fragilité psychologique ou génétique, elle pourrait rencontrer la substance dans un environnement qui interdit ou pas celle-ci ; la substance peut être le cannabis, l'héroïne ou même l'alcool (les tendances ont changé, l'héroïne avait plutôt été à la mode dans les années 1980). Cependant, il serait incorrect de penser que la substance est uniquement là pour traiter une dépression ; même s'il y a des facteurs de risque concernant par ex. des problèmes à l'école ou un divorce des parents, rien n'est absolu, beaucoup de gens déprimés ne vont pas forcément boire, il faut aussi considérer la composante génétique : p.ex. 1/5 consomment à long terme, mais peu deviendront dépendants. Des études sur des frères jumeaux de parents alcooliques dont un frère est placé en famille d'accueil de parents sains, on remarque que ce frère là possède les mêmes risques de dépendance. Pour le risque de devenir dépendant, on prend toujours la pyramide, aussi pour l'alcool : 10-15% sont abstinents, 60% savent gérer leur consommation, 20% ont une consommation excessive et 10% sont dépendants. Mais on ne sait pas très bien pourquoi.

La cocaïne prise au travail permet à certains de mieux se concentrer et cela diminue aussi la fatigue, mais ces gens se rendent compte aussi que sous son influence ils peuvent parfois prendre des mauvaises décisions et faire plus d'erreurs. C'est aussi une drogue qui est présente dans le milieu de la fête.

Selon N. Constan, fondateur de « la Coulou », la société elle-même est un peu responsable du développement de toxicomanies chez certaines personnes, car à l'école déjà, il considère que les effectifs dans une classe sont trop nombreux et il n'y pas assez de moyens éducatifs centrés sur l'individu. Il y a aussi trop de « spécialistes » qui donnent leur avis et interviennent, mais « ils ne partagent pas la vie », n'accompagnent pas assez ces personnes en difficulté.

Selon l'infirmier art thérapeute Y. Répond, la toxicomanie démarre souvent à l'adolescence, avec des « dérapages, marginalisation, vécus très conflictuels avec le milieu de la famille, abandon durant enfance » et adolescence marquée par l'envie d'essayer des substances telles que héroïne, cocaïne, ecstasy... Le passé est important, peut être un conflit intergénérationnel mais pas forcément un événement précis. C'est plutôt la détresse des jeunes qui ne trouvent pas de place dans ce monde, en perte de repère et qui comble ou essaye d'effacer ce trouble par une sorte « d'automédication » ; c'est une sorte de soulagement immédiat par la consommation de choses, mais c'est la société elle-même qui fonctionne ainsi. Pour ce qui est de causes plus spécifiques à la personne toxicomane, il peut s'agir d'abus, abandon, traumatisme et non reconnaissance de soi par la famille ou l'entourage, ou négligés par les parents et ayant vécu dans la rue. Mais durant le travail thérapeutique qui se fait on arrive à cerner une certaine fragilité qui les a amené à consommer, même s'il y a des exceptions. Ce qui est important, c'est que les thérapeutes émettent des hypothèses, mais il est important de ne pas généraliser.

Selon le Dr. Rathelot, médecin psychiatre, le début de la consommation a lieu toujours dans un cadre festif, même si celui-ci « possède déjà une signification différente selon le milieu, pour un banquier ou une personne marginale ». Cependant beaucoup de personnes commencent sans devenir « addictes ». Il ne faut pas penser en terme de substance mais en terme de comportements. Certaines de ces personnes ont souvent eu des problèmes ou traumatismes dans l'enfance, soit elles ont subi des abus... Il y a ce facteur de risque associé, mais la causalité est difficilement démontrable. En outre, des comorbidités psychiatriques rendent plus vulnérables certaines personnes pour rentrer dans l'addiction, ce qui fait que nous sommes tous inégaux face à l'addiction. La cocaïne fait flamber des maladies psychotiques alors que l'héroïne « lisse la symptomatologie », certaines de ces personnes peuvent découvrir ces propriétés empiriquement et les utiliser par la suite... Au départ cependant, la prise de substance se fait toujours pour le plaisir, mais pour certains, quand le plaisir se dissipe, cela s'arrête, alors que d'autres entrent dans le cercle de la dépendance ; pour eux il y a eu passage d'un simple partage de bons moments à un processus addictologique, qui est très spécifique à la personne atteinte, sans que l'on sache exactement pourquoi. Aussi, chez certains héroïnomanes, parfois la substance de dépendance devient l'alcool, qui peut faire suite à un sevrage à l'héroïne.

Il s'agit chez ces personnes peut être aussi de la volonté de retrouver du plaisir, quand, pour quelqu'un qui goûte à la drogue, « la première ligne est la meilleure » et qu'il s'en suit une descente très désagréable, il y a le besoin ressenti d'en reprendre afin de « remonter le niveau »...même s'il ne va jamais remonter aussi haut que la première fois.

Selon Dr. Sekera, médecin interniste avec de l'expérience dans le psychiatrie et qui suit des personnes avec des problèmes de dépendance, les personnes présentant ce genre de trouble sont plus sensibles que les autres, elles ont « plus de peine à gérer leurs émotions, à poser des limites » et la prise d'alcool ou autres substances associées leur permet de mieux « gérer leur côté émotionnel ou évacuer des angoisses », sans que pour autant elles soient atteintes de troubles de la personnalité. Les prédispositions génétiques et le vécu personnel ont aussi certainement un rôle à jouer dans le développement de la toxicomanie.

4.2. Conséquences sur le niveau de vie

Afin d'étudier cette hypothèse de départ, nous avons choisi de considérer le niveau de vie sous trois aspects (vie familiale, vie professionnelle, vie sociale). En effet, il s'agit là de trois domaines différents pouvant le décrire ; pourtant, alors que les réponses de l'environnement sont spécifiques dans chaque cas, car régies par des schémas relationnels différents, le facteur déterminant qui est commun aux trois est le comportement social de l'individu toxicomane. En somme, schématiquement, des facteurs de risque donnés (un certain type de caractère ou de personnalité déterminés par les gènes, un certain type d'environnement favorisant la rencontre avec la substance, et le type de substance prise) peuvent favoriser l'installation d'une toxicomanie ; en retour, la toxicomanie aura un impact sur le comportement de la personne, ce qui sera déterminant dans des relations de type social avec la famille (parents, conjoint), dans le monde du travail (employeur, collègues) et amis ou autres réseaux sociaux (y compris les réseaux d'entraide).

4.2.1. Vie familiale

La toxicomanie peut amener des changements délétères sur les relations avec les proches, qu'ils soient parents ou conjoint. Elle peut engendrer des modifications dans le comportement ayant un impact sur ces relations ; elle peut aussi, de manière plus générale, être tout simplement intolérable aux yeux des proches et entraîner un rejet de leur part.

Dans la plupart des cas et excepté des situations particulières telles que abus, violence, inceste, abandon au sein de la famille, le cercle familial proche (père, mère, frère, sœur) représente le premier et le plus fort des liens sociaux, celui qui perdure tout au long de notre vie. Qu'en est-t-il chez la personne toxicomane, vit-elle un rejet de la part de la famille ou bien décide-t-elle de la mettre volontiers à l'écart de sa maladie et ses préoccupations, afin de ne pas la décevoir, l'inquiéter, ou bien ne pas subir des jugements de sa part ? Comment la toxicomanie peut elle influencer, d'autre part, les relations sentimentales avec un partenaire ou un conjoint et la vie de couple ? Quelle est enfin la relation avec les enfants ?

Selon une étude³ de l'Association Relais sur les relations sociales des personnes toxicomanes, les relations familiales, et plus précisément avec les parents, sont généralement conservées, les parents remplissant leur devoir vis-à-vis de leur enfant toxicomane : « L'attachement aux parents, qui est généralement très fort, est conçu comme naturel et l'aide que la famille prodigue est souvent perçue comme allant de soi » (A. Polline *et al.*, (2002) p. 24). Cependant, les relations parent enfant demeurent complexes, et bien que les parents s'inquiètent du bien être et de la santé de leur enfant, il ne s'agit pas là de soigner une maladie ordinaire : « La relation aux parents est

³ L'étude a été réalisée sur la base d'un échantillon de 50 consommateurs de drogues par voie i.v., âgés de 22 à 44 ans, de sexe masculin, et d'un groupe « test » de non consommateurs, également de sexe masculin, permettant de vérifier la spécificité des observations. L'étude a été réalisée dans plusieurs régions du canton de Vaud et dans la ville de Lausanne, entre 2000 et 2001.

généralement empreinte d'un souci important pour la santé. Pourtant, c'est une nette minorité d'enquêtés qui contacteraient leurs parents en cas de modification de leur consommation. Dans un grand nombre de cas, la consommation d'héroïne est ainsi dissimulée aux parents. » (A. Polline *et al.*, (2002) p. 24).

La relation d'aide est alors plutôt matérielle, par exemple fournir un hébergement pour dépanner. Et même lorsque l'enfant toxicomane est hébergé pour de plus longues périodes, la communication avec les parents reste le plus souvent lacunaire, ces derniers s'inquiétant de certains aspects de la vie de leur enfant que ce dernier évite à tout prix de partager ; il peut y avoir dès lors une asymétrie dans ce genre de relations, entre l'aide et l'attention portée des parents et leur désir d'une relation sincère d'une part, et le renfermement de l'enfant toxicomane, qui ment et qui se cache sous le toit familial même, d'autre part. Cette asymétrie peut être perçue par la personne toxicomane, consciente qu'elle profite des biens matériels mis à disposition par les parents mais qu'en retour elle n'a rien à offrir, ni même la chose la plus importante pour les parents : des confidences sur sa vie. L'enfant craint de se confier, peut être craint-il la charge émotionnelle que cela pourrait impliquer ou peut être cela risquerait-il d'abîmer encore plus l'image peu glorieuse qu'il pense donner à ses parents : « Le rapport aux parents ne peut pas se développer dans le sens d'un véritable dialogue, car son asymétrie fondamentale se teinte d'un fort sentiment de culpabilité. Si la famille ne pose pas de problème de rupture, elle gêne par trop d'attention. Si les personnes sont embarrassées de l'aide prodiguée par leurs parents, c'est moins parce qu'elles ne sont pas en mesure de rendre, que parce qu'elles sont affectées de devoir présenter une image d'elles-mêmes incomplète, voire trompeuse. L'image donnée par le consommateur de drogues à ses parents est aménagée dans le but de les préserver de soucis inutiles, de ne pas les blesser ou décevoir. Le sentiment d'instrumentaliser les parents explique peut-être cette relative absence de sollicitation de la famille lorsque d'autres solutions existent. » (A. Polline *et al.*, (2002) p. 24-25). Dans une situation très précaire pour le toxicomane, par exemple celle de devoir trouver un logement d'urgence, résoudre ce problème existentiel devient plus pressant et il est alors contraint de contacter sa famille, chose qu'il n'aurait peut-être pas faite pour simplement donner et prendre des nouvelles... : « L'aspect affectif de la relation familiale apparaît souvent en retrait, semble comme altéré par le soutien matériel ». (A. Polline *et al.*, (2002) p. 26).

Concernant les frères et sœurs, les rapports semblent dans un certain sens simplifiés, puisque le plus souvent ils n'impliquent pas une relation d'aide ; dès lors même si la dissimulation de la consommation persiste, elle est moins teintée de sentiments de culpabilité. Les fréquentations entre frères et sœurs cependant n'émanent pas d'une initiative spontanée et désintéressée de la part du toxicomane, mais les rencontres se font généralement au travers des parents : « La fréquentation des frères et sœurs se fait le plus souvent par l'intermédiaire des parents. Les contacts sont généralement moins fréquents, l'intensité des liens de fratrie semble ainsi moins forte ». (A. Polline *et al.*, (2002) p. 25).

Selon l'étude, pour des toxicomanes « désocialisés », la famille peut aussi « constituer un lieu de repli », un « soutien affectif » : ils cherchent à s'éloigner des « représentants institutionnels » et chercher un refuge auprès de la famille, une aide qui n'est pas seulement matérielle : « Dans ces situations de repli dans la sphère familiale, le rapport à la famille est privilégié en tant que soutien affectif. » (A. Polline *et al.*, (2002) p. 26).

Ce qui est tout aussi important c'est de distinguer les relations avec les différents membres de la famille ; il peut y avoir évitement de certains membres et rapprochement avec d'autres.

De manière plus globale cependant, les relations du toxicomane avec la famille demeurent particulières, voire plus altérées que celles que l'on trouve dans la population générale : « une comparaison avec le groupe test des non consommateurs montre la tendance significative des consommateurs de drogues à avoir conservé de moins bons liens avec leur famille ». (A. Polline *et al.*, (2002) p. 26).

Concernant le conjoint, les relations sont d'une autre nature et semblent apporter le côté affectif qui est souvent absent dans les rapports que le toxicomane entretient avec ses parents : « La

relation sentimentale est un soutien uniquement affectif, de confiance et de confiance ». (A. Polline *et al.*, (2002) p.33-34). Dans plus de la moitié des cas, le conjoint n'est lui-même pas consommateur de drogue (héroïne dans le cas de cette étude) : « Lorsque l'on s'intéresse aux relations sentimentales, on constate qu'une nette majorité ne consomme pas d'héroïne et que cette tendance est plus importante encore lorsque le couple vit en concubinage ». (A. Polline *et al.*, (2002) p.33-34). La consommation, contrairement à la situation par rapport aux parents, n'est pas taboue dans la relation de couple, elle n'est même pas cachée au conjoint. Alors que les personnes toxicomanes ayant trouvé un hébergement provisoire chez les parents effectuaient leur consommation en dehors du cercle familial, dans la relation de couple celle-ci « n'est presque jamais dissimulée au conjoint et très souvent même effectuée en sa présence » (A. Polline *et al.*, (2002) p.33-34). Cependant, cette transparence n'est pas pour autant totale, le consommateur conserve une certaine sphère privée autour de sa consommation et des « projets » de sa modification ; et ceci est valable même si les deux conjoints consomment : « même lorsque les deux conjoints consomment, la consommation n'est pas forcément dévoilée dans toute son étendue ». (A. Polline *et al.*, (2002) p.33-34). Cependant, dans un couple au sein duquel aucun partenaire n'était consommateur auparavant mais l'un ou l'autre le devient un jour, la consommation peut être vécue comme l'intrusion d'une tierce personne, et peut amener des tensions et des mensonges : « Lorsque dans un couple dont le lien est fort, un problème de consommation émerge, c'est toute la relation qui risque de s'organiser en fonction d'un jeu d'aveux et de dissimulations (...) ». (A. Polline *et al.*, (2002) p.33-34).

Concernant la garde des enfants, les relations que ces personnes toxicomanes enquêtées entretiennent avec leurs enfants sont complexes (rappelons cependant qu'il s'agit d'une étude ayant pris en compte des personnes de sexe masculin). Aucuns de ces pères toxicomanes interrogés ne vivaient avec leurs enfants, mais parfois leurs enfants leur rendaient visite. Dans la moitié des cas, les pères avaient dissimulé leur consommation de drogue ; dans l'autre moitié, la consommation se faisait toujours en l'absence des enfants. Malgré le désir de rapprochement, le constat des mauvaises conditions de vie pour un enfant empêchait ces pères à s'occuper véritablement de leur progéniture.

La doctoresse Broers essaye d'intégrer les proches le plus possible dans la thérapie. Elle essaye de les y inviter, surtout pour les jeunes, pour lesquels il est indispensable d'intégrer les parents. La difficulté parfois est que ces derniers refusent de s'y voir impliqués, en insistant sur le fait que c'est **leur enfant** qui a un problème, eux-mêmes ne se sentant pas concernés. Il y a aussi des patients qui veulent que personne ne soit mis au courant. Parfois même, au contraire, ce sont les proches qui appellent pour avoir des renseignements sur l'évolution du patient, ou bien ce sont eux-mêmes qui poussent le patient à consulter.

Pour N. Constant, les parents sont désorientés, ils sont angoissés et ne savent pas comment faire face à une situation qu'il leur est méconnue, celle de la toxicomanie de leur enfant. Ils cèdent aux stéréotypes collectifs qui engendrent la peur et le renfermement face à la toxicomanie. Concernant, à l'inverse, des femmes toxicomanes avec enfants (car ce sont presque toujours les mères et non pas les pères) il en voit défiler assez rarement dans ses centres d'accueil et hébergement. De plus, elles ont plutôt un seul enfant, rarement deux. Souvent, l'enfant représente un lien affectif extrêmement fort, un enfant « qu'elles chérissent par-dessus tout » mais la relation mère enfant est compliquée par la nécessité de la mère à s'absenter afin de peut être prendre sa drogue ou bien en acheter ; cela peut paraître paradoxal, car il s'agit à la fois d'un abandon et d'une protection « L'affectif l'emporte sur le matériel, le lien affectif est comme décuplé par une prise de drogue. Elles donnent beaucoup d'affection à leurs enfants, mais les abandonnent aussi parfois pendant des jours. ». (A. Polline *et al.*, (2002) p.33-34). Ce qui est non sans effets délétères sur la progéniture « L'enfant capte beaucoup plus vite qu'un adulte ce qui se passe autour, il boit l'angoisse de la mère et peut se sentir abandonné ». (A. Polline *et al.*, (2002) p.33-34).

De même, selon le responsable de police D. Egger, la question de l'enfant revient systématiquement lors d'un interrogatoire ; si les enfants, des parents toxicomanes ou autres, sont en danger, ils doivent être retirés de la garde de leurs parents et ils peuvent être placés en famille d'accueil, selon les directives des services sociaux.

Y. Répond, quand à lui essaye aussi d'inclure les proches dans le traitement, surtout vers la fin ; les familles peuvent être contactées dès le début cependant, avec l'accord du patient. Cependant, il préfère d'abord intégrer la famille dans le travail artistique, le travail sur la toxicomanie et la famille se faisant en même temps.

Le Dr. Rathelot préfère aussi intégrer le proches, car souvent à l'origine de la toxicomanie, il y a une problématique familiale et les membres sont souvent contactés afin de rétablir des liens. Parfois même ce sont les familles qui essayent d'avoir des nouvelles, à l'insu des patients ; ces familles veulent être très présentes mais les informations leurs sont données seulement dans les limites du secret médical. Si elles appellent, on leur propose de venir à la prochaine consultation, seulement si le patient est d'accord cependant.

La Dr. Sekera, essaye d'intégrer aussi les proches la plupart du temps au traitement, selon le cadre posé par le patient. Parfois ce sont les proches eux-mêmes qui les poussent à consulter, tellement ils n'en peuvent plus des problèmes qu'ils créent.

4.2.2. Vie professionnelle

De la même manière que pour les relations familiales, l'impact de la drogue sur la vie professionnelle du toxicomane est à considérer sous l'angle des relations que celui-ci entretient avec son employeur et ses collègues de travail. Or on sait que la relation avec l'employeur se construit dès le premier entretien, lors duquel l'employé est censé donner la meilleure image possible de lui-même ; si la toxicomanie ne sera sûrement pas abordée lors de cet instant, comment ce sujet, encore tabou dans nos sociétés, sera-t-il éventuellement abordé par la suite ? Sera-t-il plus aisé pour la personne toxicomane de se confier à un collègue de confiance qu'à l'employeur ? L'effort de dissimulation est-il important ? La crainte de perdre son emploi est-elle justifiée ?

Le monde du travail représente une possibilité importante d'insertion sociale, une porte de sortie du monde de la toxicomanie, d'une part par la pratique d'une activité sans lien avec la drogue et d'autre part par la rencontre avec des collègues ayant des préoccupations diverses : « Les relations rencontrées dans le cadre professionnel exercent une fonction d'équilibrage de la sociabilité. » (A. Polline *et al.*, (2002) p.38). Ces relations ne sont pas proches, mais cependant quotidiennes et sont susceptibles de fournir de l'aide.

Concernant la problématique de la substance consommée, sa prise ne pose pas de problème pour autant qu'elle se fasse dans la discrétion : « Ce n'est en effet pas tant le volume de consommation qui détermine les répercussions sur l'emploi, mais plutôt la visibilité de la consommation. La consommation devient problématique lorsqu'elle pose problème aux collègues et supérieurs, c'est-à-dire lorsqu'elle devient visible. » (A. Polline *et al.*, (2002) p.38). Cependant, les stratégies de dissimulation sont plus éprouvantes ici que dans le cadre familial, les parents de la personne toxicomane étant au courant de la toxicomanie de leur enfant ; cependant au bureau, par exemple, ces stratégies pourraient constituer à elles toutes seules un travail à part entière...

De la même manière que le travail, la formation professionnelle permet elle aussi de maintenir, fréquemment dans la semaine, la personne toxicomane loin du milieu de la drogue et offrir des perspectives d'avenir. Si là encore cette activité pourrait clairement offrir une issue de sortie, le chemin est rendu long et difficile par la même nécessité de cacher sa consommation ; le besoin de tenir à l'écart les nouvelles connaissances non consommatrices afin de protéger son secret empêche la personne toxicomane d'approfondir ces relations. Le fait, par exemple, de consommer chez soi, va empêcher cette personne d'inviter des gens du monde ordinaire, des collègues de

travail, et entraver ainsi le processus d'intégration dans ce monde. De plus, la personne toxicomane va aussi passer moins de temps avec ses collègues pour des activités sociales après le travail, étant dans le besoin de consommer ou devant régler des affaires dans le milieu.

Dans ce contexte difficile de déchirement entre les deux mondes qui s'excluent l'un et l'autre, le fait de diminuer la consommation de drogue peut apparaître comme la meilleure solution. Cependant, ce n'est pas la plus aisée, car pour un bon nombre des personnes enquêtées, la consommation permet aussi de « tenir le coup au travail ». Alors, la tendance reste celle de la dissimulation et du renfermement sur soi de la personne toxicomane, afin qu'elle évite de rencontrer des éventuels problèmes avec la hiérarchie ou les collègues. La personne dépendante cherchera alors à tout prix de concilier travail et toxicomanie, tout en essayant d'adopter un comportement le plus constant possible, afin de ne pas éveiller des soupçons : « Tout changement de comportement risquant d'alerter les personnes fréquentées, le consommateur poursuit avec le plus de régularité possible sa pratique (...). La nécessité de dissimuler une pratique de consommation se réalise au prix d'un effort important et continu. » (A. Polline *et al.*, (2002) p.46). Pourtant, ce travail de dissimulation, aussi épuisant soit il, paraît amplement justifié : d'une part, l'arrêt de la drogue pourrait avoir un effet néfaste sur le comportement et sur le travail et d'autre part, l'impression dominante est celle qu'une découverte de la toxicomanie pourraient aboutir à un renvoi... «Ce qui conforte l'idée que la dissimulation totale est la seule stratégie adéquate en milieu professionnel ». (A. Polline *et al.*, (2002) p.46).

Cependant, par rapport à la dissimulation envers la famille (point soulevé plus haut), ce qui a pour avantage de faciliter la démarche dans le contexte professionnel est l'absence de liens affectifs, de culpabilité d'être malhonnête envers des personnes aimées. Mais alors que la dissimulation vis-à-vis de la famille n'est, la plupart du temps, que partielle, celle-ci est totale dans le monde du travail ; et dès lors, la crainte d'être repéré par des collègues à des endroits de rassemblement avec d'autres pairs consommateurs est une source de stress supplémentaire. Aussi, l'entrée dans les structures de bas seuil présente le même risque, étant donné que celles-ci se trouvent dans l'espace public ; l'accès au le système de soins se fera alors plus volontiers par des structures plus « conventionnelles » telles que l'hôpital.

Outre les difficultés à concilier toxicomanie et activité professionnelle, un avantage évident qui permet à la personne dépendante de prendre ses distances avec certaines dérives dans le milieu de la drogue est celui financier. Ceci permet au toxicomane qui a un revenu de se maintenir durablement à distance de la délinquance et petite criminalité ; s'il descend dans « le milieu » ce n'est que pour s'approvisionner occasionnellement (ou régulièrement...), mais pour financer ses achats, il n'a pas besoin de recourir au vol ou à la prostitution ou encore à la vente de drogue, un engrenage auquel il aura bien du mal à en sortir. Ainsi il passe moins de temps dans le milieu, il est en quelque sorte plus libre.

Selon la Dr. Broers, le fait d'avoir un emploi, donc une rémunération, permet aux personnes toxicomanes d'avoir un logement et subvenir à leurs besoins en drogue sans avoir à recourir à la prostitution et à la criminalité, c'est donc avant tout un effet de protection : « L'entrée dans la prostitution et la criminalité vient du caractère illicite de la substance. L'héroïne coûte 40.- le gramme, donc vu qu'un toxicomane consomme souvent 2-3 grammes par jour, il lui faut donc 100.- par jour, ce qui revient à plus de 3000.- par mois, ce qui fait beaucoup pour quelqu'un qui ne travaille pas ou qui est à l'AI. Une solution, c'est de vendre ; ils achètent et ils diluent, ils sont donc dans la criminalité. »

Selon D.Egger, le trafic de drogue dans les rues est aussi et avant tout un moyen de subsistance, pas une activité qui supprime le travail, mais un travail à part entière qui permet aux dealers de faire vivre leurs familles aussi bien à Genève que dans leur pays d'origine ; ces dealers peuvent aussi eux-mêmes par la suite devenir des consommateurs...et ainsi s'éloigner de plus en plus de la perspective de retrouver un jour le chemin d'un travail plus conventionnel, même soit il au noir. Ces petits commerçants de drogue ont ainsi peu de moyens financiers et vendent souvent des

produits de plus mauvaise qualité, mélangés, dilués, et en plus sont constamment pourchassés par la police. Ils sont, de par la dangerosité de leur travail, très exposés à la mort, que ce soit par des balles d'un policier ou d'un dealer rival du milieu, sans compter le fait d'avaler les « boulettes de coke » cachées dans la bouche afin de les dissimuler ; si une ou plusieurs boulettes se rompent dans l'estomac de la « victime », le danger d'une overdose mortelle est immédiat.

Selon le Dr. Rathelot, après un sevrage réussi, surtout ci celui-ci a été effectué en milieu clinique, il y a plus de risques à la sortie de la clinique, si le patient n'a aucune activité en vue. Si c'est le cas, il faut aider ces patients à remettre de l'ordre dans leur vie, mais tout en restant réaliste, en donnant des objectifs possibles à réaliser et en aidant les patients dans leur démarche de s'en sortir... Selon Dr.Sekera, les personnes qui prennent des drogues parlent plus volontiers, autant à elle-même, dans son cabinet, que dans leur entourage. Pour elle, le plus grand tabou dans la société, ce ne sont pas les drogues, mais plutôt l'alcool « ceux qui boivent, ils ont plus de peine à en parler, ils sont plus renfermés et ils vont plus culpabiliser ». En outre, pour les dépendances en général, la fondation Phénix peut même passer une convention d'abstinence avec l'employeur de la personne dépendante, une étroite collaboration qui permet aussi à l'employeur de suivre de près l'état de santé de son employé et peut être même constituer une motivation supplémentaire pour celui-ci. De même, il faut dire que cette fondation s'investit aussi pour les personnes dépendantes qui sont au chômage, qui, outre l'Hospice Général, elles peuvent venir tous les jours au centre et voir l'assistante sociale, en plus de prendre leur traitement. Parfois, ces personnes au chômage peuvent en plus être socialement isolées, donc l'assistante peut essayer de leur trouver une activité ou un bénévolat, pour au moins être occupées et pouvoir tisser des liens sociaux. La fondation participe donc aussi à la réinsertion sociale et professionnelle, car elle travaille avec les assistants sociaux des quartiers et l'Hospice Général ; elle peut aussi rediriger ses patients vers des associations telles que Réalise ou l'Arva, pour leur trouver un travail ou une occupation. La fondation possède aussi une équipe mobile, qui peut se déplacer lorsque le patient s'enferme chez lui et perd la motivation de faire les démarches... La motivation à s'en sortir est aussi meilleure pour les patients qui ont une activité professionnelle à côté. « Des études ont démontré clairement que ceux qui ont un travail, une famille et qui sont socialement bien intégrés ont un meilleur pronostic, même si la maladie est la même ; la condition financière et relationnelle joue le rôle et ils sont mieux abstinents ». Les répercussions d'une cette activité rémunératrice sont encore à considérer en ce qui concerne la manière de se soigner : même si l'assurance de base prend ici en charge ces traitements, les plus riches peuvent encore se permettre d'aller dans des cliniques privées, là où le confort et les résultats sont encore meilleurs. Il faut encore préciser que dans ces cliniques, ce ne sont pas forcément les traitements qui sont meilleurs, mais le simple fait que ce sont des personnes issues d'une meilleure condition socio-économique et ayant un travail (ce qui implique qu'elles ont moins de comorbidités psychiatriques, elles sont moins malades et ne sont pas inscrites à l'AI) représente un biais important. Le facteur socio-économique est différent, cependant « les attitudes face à la drogue sont les mêmes indépendamment du milieu.

4.2.3. Vie sociale

La gestion de la toxicodépendance sur le lieu de travail n'est pas une mission aisée et de plus, elle revêt une importance capitale quand on réalise l'impact de la perte d'un emploi sur la qualité de vie d'une personne. Dans les relations sociales par contre, la toxicomanie peut être vécue très différemment selon le milieu avec lequel le malade interagit : elle peut être partiellement ou complètement dissimulée à des personnes étrangères au monde de la drogue mais elle ne sera pas cachée à ses pairs toxicomanes. Cependant, même si elles peuvent être de nature très différente, c'est la qualité des relations avec ces **deux** mondes qui aura des conséquences sur le niveau de vie de la personne. De part la nature particulière des relations avec les différents milieux, nous avons choisi de les séparer en deux catégories, selon si c'est un milieu qui connaît ou non la drogue.

☛ Relations dans le milieu de la drogue :

Les connaissances dans « le milieu » ne sont pas véritablement des amis, des personnes à qui s'adresser pour se confier, pour leur faire part de soucis de santé ou de consommation. En revanche, il y a un certain lien qui se tisse avec ces connaissances, du fait de la haute fréquence des rencontres et du partage d'un intérêt commun pour la drogue, l'essentiel étant de se procurer du matériel, des informations pratiques ou sur les filières de drogue. L'intérêt de ces relations est donc purement matériel. Cependant, du fait de la spécificité des informations et du matériel échangé, et du fait que ces relations tissent un réseau clandestin avec toutes les contraintes que cela implique, il y a la création d'une communauté qui partage un mode de vie semblable. Ainsi, en quelque sorte, la communauté « toxicomane » se définit par des caractéristiques qui sont absentes du monde « ordinaire ». Il se crée une société des personnes toxicomanes comme parallèle à celle des « autres », ayant ses propres codes et un style de vie marqué par des rituels particuliers, incompris et méprisés par les gens « ordinaires ».

Parmi ces relations, les « dealers » peuvent être grossièrement classés en deux catégories : ceux qui ne font que revendre la marchandise mais ne la consomment pas et ceux qui vendent et consomment. La première catégorie constitue un lien faible pour le consommateur régulier ; en effet ces dealers ne connaissent que peu la qualité de la substance qu'ils vendent et de ce fait ne vont pas forcément nouer une relation durable avec le consommateur. Au contraire, la seconde catégorie représente un lien social plus fort ; la consommation unit l'acheteur et le vendeur ; le vendeur connaît le produit et peut conseiller le client ; de même, il s'établit entre les deux personnes une relation de confiance et sur le plus long terme. Pourtant, ce n'est pas une relation amicale pour autant, il n'y a pas partage d'autres préoccupations que celle de la drogue.

Les contacts avec le monde de la drogue sont plus fréquents mais ils sont rarement intimes ; ils se limitent plutôt à l'échange d'informations ou vente de produits, fait primordial pour la personne dépendante ; de ce fait, ces services rendus surpassent l'envie d'avoir des relations amicales en dehors du « milieu » ; ainsi, de part de la fréquence de rencontre, elles occupent la première place des « relations d'affinité ».

☛ Relations extérieures au milieu de la drogue :

Un certain nombre des toxicomanes enquêtés ont déclaré avoir des relations proches aussi avec des personnes non-toxicomanes. Ces relations ne constituent cependant pas un lien fort et régulier, du fait de son asymétrie : le toxicomane ne cache pas sa consommation, cependant celle-ci se fait toujours en dehors de la relation. Pourtant, cette relation est un lien important avec le monde des non consommateurs et généralement, ce qui unit les deux personnes est une activité neutre, telle que des loisirs. De même, la personne non consommatrice a la possibilité de rendre service, c'est donc une source d'aide importante pour le toxicomane ; aussi, si le taux de fréquentation est plus élevé, une relation de confiance peut s'établir, dans laquelle le consommateur peut faire part de ses projets de modification de la prise par exemple.

Parmi les amis non toxicomanes, le lien avec les connaissances éloignées vues plutôt rarement a été quasiment rompu, peut être par crainte de donner une mauvaise image de soi, et la consommation leur est souvent cachée ; le contact fréquent avec des amis extérieurs à la drogue permet au contraire au toxicomane d'être plus ouvert concernant sa consommation et éventuellement trouver un soutien dans cet ami.

Les vieilles connaissances de jeunesse ou d'enfance ont été le plus souvent perdues de vue, du fait probablement d'une évolution sociale différente ; cependant cette perte de contact constitue une source d'isolement importante et montre l'obsession que représente la drogue pour le consommateur et qui l'empêche de trouver « des points de contact avec les préoccupations des non consommateurs ». La difficulté d'établir des relations avec le monde extérieur à la drogue est encore accru par l'impression des toxicomanes que les gens « ordinaires » les méprisent : « Le

monde ordinaire des non consommateurs n'est pas seulement négligé par manque de temps, par obsession de la consommation. Il apparaît comme interdit, inaccessible car excluant. » (A. Polline *et al.*, (2002) p.53). Cependant, un bon moyen de garder contact avec ce monde est le voisinage ; c'est une relation neutre et désintéressée de la part de la personne dépendante, cependant mieux vaut adopter un comportement adéquat, un état dépourvu de tout symptôme ou trace de toxicomanie. L'importance d'un traitement par la méthadone dans l'insertion sociale est démontrée par la dégradation des relations de voisinage lorsque la consommation d'héroïne est « importante ou problématique ». Les relations au voisinage sont importantes, car celui-ci peut fournir, outre le lien social même superficiel, une aide de proximité précieuse, même un « soutien matériel ». Pour une personne dépendante, pauvrement insérée dans la société des non consommateurs, les relations avec les voisins peuvent même constituer le seul lien avec celle-ci, aussi mince et superficiel soit-il.

Parmi d'autres contacts extérieurs au monde de la drogue, le réseau des structures de soutien aux personnes toxicomanes apporte une aide précieuse, en plus d'être un lien social. Le traitement de substitution par la méthadone permet non seulement d'avoir un comportement conforme à ce que la société des non consommateurs attend, mais c'est aussi une porte d'entrée dans le système de soins ou de l'assistance sociale. De plus, c'est un lieu de confidences où la personne dépendante peut faire part de son malaise ou de ses inquiétudes quant à sa consommation ou de ses projets de modification de celle-ci. Le traitement par la méthadone rend la toxicomanie une maladie chronique un peu plus « conventionnelle », dans le sens qu'elle permet d'éloigner le patient du monde obscur de la drogue et des dealers et permet d'offrir une certaine indépendance vis-à-vis du besoin pressant de se procurer la substance sous peine de devoir subir des symptômes déplaisants. En outre, le système d'accueil permet de mettre en lien des patients partageant les mêmes difficultés, pouvant se soutenir mutuellement, d'autant plus si certains d'entre eux sont fortement désocialisés : « Ces endroits préstructurés offrent un large soutien affinitaire en facilitant la rencontre de nombreuses personnes d'horizons différents portant avec elles une définition partagée de leur problématique. » (A. Polline *et al.*, (2002) p.51).

Selon Dr. Broers, « le profil type » de la personne toxicomane, encore une fois, n'existe pas. Outre la théorie du triangle, qui montre à quel point les différents facteurs de risques sont multiples et imbriqués afin de donner ce phénotype de la toxicomanie, pour ce qui est du milieu social, il y a là aussi une grande diversité, entre « ceux qui ont les sous » et prennent la drogue lors de soirées huppées, ceux qui la prennent lors de « raves » et qui prennent aussi beaucoup plus de l'ecstasy, il y a ceux qui gèrent et...les autres ; il y a aussi les effets de mode, les années 1980, c'était l'héroïne, maintenant c'est plutôt le cannabis ou l'alcool... La cocaïne est maintenant de plus en plus prisée dans le monde du travail, de la finance surtout, et même chez les étudiants, car elle augmente les capacités de concentration dans un premier temps ; elle est devenue en quelque sorte un phénomène de société.

Cependant, pour ceux chez qui la consommation devient problématique et s'étend au-delà d'une soirée ou d'une période de surcharge au travail, l'aide médicale offerte dans la structure d'addictologie des HUG par exemple, possède un rôle social important : c'est vers elle que se tourne celui qui aimerait s'en sortir, poussé par son travail ou son entourage ou par une prise de conscience que la consommation est devenue problématique. Parfois, la demande d'aide peut être détournée, le patient peut venir consulter pour « un mal de ventre », mais dès qu'il fait ce pas de venir, c'est qu'il est prêt à en discuter et aimerait changer quelque chose pour améliorer son quotidien. Le rôle du médecin est d'investiguer ce problème de manière « neutre », « proposer des compétences, renseigner », être à l'aise et à l'écoute sur la consommation et promouvoir les facteurs favorisant une bonne santé, proposer une psychothérapie chez le psychologue, pour les patients ayant des troubles de la personnalité, mais le suggérer de manière neutre, ou de manière à donner envie « Faites vous un cadeau, pour mieux fonctionner ». Ce service médical a la charge dès lors d'induire un changement positif dans l'état corporel, somatique, mais aussi psychique et

par conséquent social du patient, et ce n'est pas uniquement au patient que l'on rend service en augmentant ses chances de réinsertion sociale, mais aussi à son entourage, soulagé de l'avoir vu reprendre un comportement « adéquat ». Outre le travail sur la personnalité, un sevrage ou un traitement par la méthadone permettrait de donner une certaine indépendance vis-à-vis de la drogue et éloigner le patient de la violence du milieu de la drogue, et l'aider ainsi à se tourner éventuellement vers d'autres relations sociales. Cependant, il ne faut pas généraliser : « Quand on travaille à l'hôpital, on voit ceux qui vont mal et c'est une minorité, peut être 5%, donc il y en a beaucoup qui travaillent et qui gèrent leur consommation plus ou moins bien ».

N. Constan a lui travaillé pour aider à offrir des repas et un abri aux personnes les plus démunies, vivant dans la rue et parmi les toxicomanes qu'il a connus, il s'en distingue comme deux générations : d'abord, le premier courant, des « jeunes épris de liberté » et en rébellion contre une société qui leur en demandait trop, eux qui ne voulaient pas s'investir dans le monde du travail et que la politique a essayé de réprimer mais sans grand succès et les toxicomanes d'aujourd'hui, qui, à défaut d'être à l'origine d'un quelconque courant social, ont été mis à l'écart par la société, comme oubliés. Pour lui, la société ne fait que poser des contraintes sans donner vraiment des moyens aux jeunes de se positionner quelque part, de trouver une place : « Déjà à l'école, il n'y a pas d'approche centrée sur la personne », « plus on impose des contraintes à une population, plus les personnes fraudent et se déstabilisent ; alors qu'en évitant les contraintes, on permet à ceux qui ont des problèmes de mieux les gérer », même s'il est toutefois nécessaire de fixer certaines limites à ne pas dépasser, afin que chacun puisse y trouver son compte. Pour mieux soigner ces personnes, il faut les intégrer au maximum, les mélanger aux autres ayant d'autres problèmes, afin qu'ils puissent se soutenir par des moyens différents, « il ne faut pas rassembler trop de toxicomanes au même endroit, il faut rassembler des fragilités différentes, que ce soient des gens qui puissent s'épauler et s'enrichir mutuellement ». De même, dans un groupe « mixte » de personnes toxicomanes et non-toxicomanes, le regroupement des toxicomanes fait que ceux-ci se créent une identité, deviennent plus forts, et risquent de « faire peur » aux autres, alors il faut toujours veiller à avoir un équilibre. Pour N. Constan, les structures de bas seuil, qui distribuent des seringues, ne donnent qu'une réponse incomplète au problème de la toxicomanie, car les gens ne s'en sortent pas vraiment, « ils retombent à chaque fois. (...) la vraie réponse, elle, vient bien avant... », sous-entendu en corrigeant les maux qui font que ces personnes tombent dans la toxicomanie, ses origines. S'il soutient que la société impose trop de contraintes, il est relévé toutefois que la police fait un travail indispensable, même si insuffisant : « leur présence est nécessaire, ils sont rassurants parfois, mais ne peuvent pas toujours être là quand cela déborde ». La solution serait de créer un « pont » entre ces deux mondes... Et surtout, ne pas se décharger du problème par la répression, mais chercher à soigner et à accompagner le plus loin possible la personne toxicomane.

Les structures qu'il a créées, à l'origine pour les plus démunis mais qui accueillent aussi des personnes toxicomanes « à la rue », ont un rôle social important, c'est un lieu de rencontre avec des personnes non consommatrices, ayant aussi d'autres soucis et préoccupations, il y a la possibilité d'échange, de partage, en plus de la fonction primaire de ces lieux qui est celle d'offrir un abri et un repas. Les toxicomanes que voit défiler N. Constan sont des personnes pour la plupart en marge de la société, dont l'espoir d'en sortir un jour et changer de mode de vie est très mince, alors parfois le fait de venir partager un repas dans une de ces structures constitue le seul contact en dehors du milieu de la drogue.

Pour D. Egger, responsable du poste de police à Cornavin, la répression constitue un rôle social dans le fait qu'elle essaye de faire cohabiter le monde de la drogue avec le reste de la société, en empêchant que les débordements du premier n'empiète sur la sécurité et la qualité de vie du second. Cela se traduit par une surveillance continue et interpellations régulières de personnes prises en flagrant délit de vente ou consommation de drogue dans la rue. Pour de nombreux petits dealers, souvent relâchés sans poursuites, cela constitue un cycle sans fin, d'interpellations et relâchements suivis de la reprise de l'activité illicite... le but n'étant pas de loin l'éradication de ce fléau, mais plutôt son maintien sous contrôle. Si en revanche, on levait l'interdiction sur une

drogue, alors des personnes ne consommant pas habituellement pourraient se mettre à consommer...

L'infirmier art thérapeute Y. Répond a choisi une voie radicalement différente afin d'aider à la réinsertion sociale des toxicomanes : des ateliers d'expression artistique, complétés par des camps, des séjours durant lesquels ces personnes réapprennent à s'affirmer et à se reconstruire à travers l'art. Ici, la reconstruction sociale passe par la reconstruction de soi en tout premier lieu. Les personnes sont déjà sevrées, on ne fait pas de sevrage, mais on cherche plutôt à faire un travail afin d'éviter les rechutes. La première tâche consiste à accepter la toxicomanie, accepter que cela a été malgré tout un moyen qu'ils ont eu pour s'en sortir d'une problématique difficile, évacuer des angoisses ; ceci est indispensable pour comprendre, avancer, passer à autre chose, et ne pas revenir sans cesse sur le passé . Pour certains, ce travail d'acceptation est difficile, ils y renoncent au début puis reviennent une autre fois, mais ce qui compte le plus c'est le fait d'avoir pris conscience du problème la première fois et d'avoir songé à agir dessus. Selon Y. Répond, la solution de distribution de seringues n'est que partielle et provisoire, même si certainement elle évite que d'autres pathologies infectieuses viennent s'ajouter à un tableau clinique déjà chargé : « je comprends bien ce travail comme prévention sida, distribution de seringues, je ne suis pas contre ceci, mais j'ai l'impression qu'on démissionne ». Lui, il cherche plutôt à donner des outils à ces gens afin de faire un travail sur leur personnalité, et a reconstruire ce qui a été abîmé dans leur jeunesse ou par la drogue, c'est en somme une manière de s'intéresser aux origines de la toxicomanie et de voir comment faire pour suivre une autre voie en évitant de refaire les mêmes erreurs. L'avantage de cette thérapie a été d'avoir repéré une problématique centrale : « Des personnes toxicomanes, quand elles veulent quitter leur identité toxicomane, elles ne savent laquelle d'autre prendre. Elles n'en ont pas d'autres, donc il faut tout construire, il y a un terrible vide avant, une angoisse terrible. Donc c'est plus facile de retomber dans quelque chose de mauvais, mais de connu, que d'aller vers l'inconnu, qui pourrait être meilleur ».

Une autre approche multidisciplinaire est aussi celle de la Dr. E. Sekera. Dans le cadre de la prise en charge à la fondation Phénix, une gamme importante d'activités complète la prise en charge somatique : travail en groupe avec un psychologue, psychothérapie individuelle, acupuncture, relaxation, films, travaux écrits sont ici proposés. Le suivi est plus soutenu au départ, ensuite les rendez vous sont plus espacés, mais l'ensemble s'articule autour des envies et possibilités de chaque patient. Dans l'ensemble, le suivi essaye de donner l'information, autant que motiver, travailler sur les émotions, l'affirmation de soi et la gestion des situations difficiles dans la vie...

4.3. Effets des différents produits et leurs traitements

Les substances auxquelles nous avons le plus particulièrement considérés sont la cocaïne et l'héroïne. Nous les avons choisies pour plusieurs raisons. Ce sont toutes deux des drogues dites dures mais qui dans la représentation de la société sont attribuées à des populations et aussi à des époques un peu différentes. L'héroïne étant plus communément associée aux années septante et au mouvement hippie et marginalisé. La cocaïne étant quant à elle, une drogue à l'émergence plus tardive sur le marché et associée à une représentation de stimulants plutôt utilisés dans le monde de la nuit ou du monde de la finance, comme un moyen de durer plus longtemps, ayant un effet sur la capacité de concentration et permettant d'améliorer les performances. Et de pouvoir faire face tant à la fatigue qu'à une pression augmentée. Pour pouvoir se faire une idée sur la validité de ses représentations il nous paraît nécessaire de faire un petit détour dans la nature pharmacologique de ces deux substances et de leurs effets.

4.3.1. Cocaïne

✦ **Bref historique :**

La cocaïne vient des feuilles de coca qui est cultivée surtout dans la cordillère des Andes. C'est un alcaloïde qui est une substance azotée. Depuis cette dernière est extrait l'alcaloïde de cocaïne qui sera transformé en hydrochloride de cocaïne.

La cocaïne était déjà consommée 3000 avant Jésus-Christ mais le mode de consommation se résumait principalement à la mastication des feuilles de coca lesquelles étaient peu concentrée en alcaloïde (1%) se qui provoquait une dépendance moindre. De plus cette consommation était réservée à des rituels se qui promouvait sa consommation occasionnelle. La culture de la feuille de Coca était très importante dans la dynastie Inca. Cette culture a pris un essor considérable avec la colonisation des espagnols. L'église prélève même un impôt sur cette culture bien qu'elle réprime sa consommation. En Europe, c'est dès le XIXème siècle qu'elle apparaît. C'est en 1860 que la cocaïne est isolée de la plante et que la toxicomanie associée voit le jour. C'est d'abord comme remède miracle qu'elle sera écoulee par les pharmacies. Le Coca-Cola verra vite le jour, cette boisson est un mélange de caféine, de cocaïne, d'un extrait de noix de cola, d'eau et de gaz carbonique. Aujourd'hui, même si les feuilles de coca sont toujours utilisées dans sa composition elles sont dans un premier temps décocaïnisées! Les premières restrictions légales datent de 1906 aux Etats-Unis.

La cocaïne du marché mondiale est cultivée à 60% en Colombie, 25 % au Pérou et 8% en Bolivie. Ces pays étant les principaux car la plante y pousse naturellement. Ensuite elle est généralement coupée avec d'autres substances. Dans les rues en suisse, elle reste environ 20% de substance pure.

✦ **Effets**

La cocaïne est un stimulant sympathomimétique puissant. Elle bloque les transports de dopamine (DA), noradrénaline (NA) et sérotonine (5HT). Ce qui augmente leurs concentrations dans la fente synaptique. Chez les personnes dépendantes, elle entraîne dans les trois minutes une augmentation du rythme cardiaque, une sudation augmentée, un sentiment d'excitation. Une meilleure estime de soi, et une euphorie passagère du bien être et une facilitation relationnelle sont courants. Déjà après dix minutes environ une anxiété, des idées de persécution et une incapacité à ressentir du plaisir font leurs apparitions ce qui entraîne l'envie de consommer à nouveau de la cocaïne. D'autres effets psychologiques comme des illusions sensorielles, des amnésies sont possibles. Le craving est important chez les cocaïnomanes, ce désir impérieux de consommer la substance est la raison principale des rechutes même tardives.

Les effets peuvent être recherchés pour que d'autres pathologies déjà présentes soient moins difficiles à gérer. Le Dr. T.Rathelot nous a par exemple illustré le fait que chez certains patients psychotiques «la cocaïne fait flamber ces pathologies alors que l'héroïne lisse la symptomatologie ». Ce comportement est comme une automédication pour le patient.

✦ **Mode d'administration**

La cocaïne peut être ingérée ou injectée par voie intraveineuse. Mais elle est préférentiellement « sniffée », c'est-à-dire prise par voie nasale à l'aide d'une paille ou d'un tube quelconque comme un billet de banque roulé, comme c'est souvent le cas dans les milieux favorisés. La cocaïne passe la muqueuse nasale pour gagner le sang.

Lors de partage de matériel pour inhaler de la cocaïne, le risque de transmission d'hépatite C est possible. La cocaïne peut parfois conduire à la schizophrénie. Le surdosage peut entraîner la mort

par blocage du centre respiratoire ou par défaillance cardiaque. Il existe aussi des risques d'ischémie cérébrale, infarctus ou d'hémorragies.

Un des objectifs de Quai 9 pour limiter ces risques est le programme d'échange de seringue qui en place à Genève depuis la fin des années quatre-vingt. Mais cette structure propose aussi des pailles stériles pour limiter la propagation de l'hépatite C.

✦ **Traitements**

Il n'existe pas de traitement spécifique pour traiter l'addiction à la cocaïne, du moins il n'y a pas de traitement de substitution spécifique. Par contre si, pendant le sevrage, le patient ressent des douleurs, on peut lui prescrire des antidouleurs etc. Donc on traite la symptomologie mais pas l'addiction elle-même. Par contre tous les centres que nous avons visités, proposent une prise en charge multidisciplinaire. Les médecins rencontrés étaient d'accord sur le fait qu'il fallait traiter le comportement du patient. La psychothérapie est une possibilité qui est envisagée pour les patients qui l'acceptent et qui peuvent en tirer un profit. La majorité des intervenants a également signalé que de travailler sur l'environnement du patient était aussi une priorité. Car une personne avec un logement, des activités qu'elles soient lucratives ou non est un bon moyen pour le patient de ne pas se trouver trop seul avec ses anciens « démons ». En somme dans la théorie comme dans la pratique l'on essaie de sortir ceux qui le nécessitent de la marginalité. Et les aider à retrouver une place au sein d'une société qu'ils n'ont plus l'habitude de côtoyer.

4.3.2. Héroïne

✦ **Bref Historique :**

L'héroïne fut découverte en laboratoire en 1874 mais il faudra attendre que l'entreprise Bayer lui trouve une utilité en 1898 pour le traitement de la tuberculose. Elle est synthétisée à partir de l'opium brut tiré du pavot blanc « papaver somniferum ». C'est pourquoi on dit que c'est un produit semi synthétique faisant partie des opioïdes. Elle est dans la grande majorité du temps coupée avec du paracétamol ou de la caféine. Depuis 1924 elle fait l'objet d'une loi fédérale sur les stupéfiants en Suisse. Puis en 1975, il est devenu interdit d'en consommer intentionnellement. La prescription d'héroïne est pratiquée en Suisse depuis 1994.

✦ **Effets :**

L'héroïne est un agoniste du récepteur μ . Après passage rapide dans le SNC, elle est transformée en morphine. Les effets augmentent l'autosatisfaction et l'euphorie extrême qui surviennent après quelques secondes (= le flash), apaisent les douleurs, suppriment la toux, diminuent les diarrhées mais diminuent aussi les angoisses et la dépression.

Les effets sont diminués de moitié en 5 à 8h. Elle est décelable dans le sang seulement quelques heures et de 2-3 jours dans les urines.

En cas de surdosage, on prescrit de la naloxone qui est un antagoniste du récepteur μ . Lorsque la personne a développé une dépendance à la substance, si elle est mise en situation de sevrage elle ressentira une sensation de froid, aura un écoulement nasal, des diarrhées, des angoisses ainsi que des insomnies

✦ **Mode d'administration :**

En général iv. Mais peut aussi être sniffée avalée ou inhalation de ses vapeurs.

♦ Risques :

Les risques sont surtout de contracter une infection lors de l'injection (VIH, hépatites), mais aussi de faire une overdose conduisant à un coma ou à la mort. Mais également des infections du sang etc. Le risque qui est semblable pour tous les modes d'administration est la dépendance qui a de forte chance de se mettre en place très rapidement.

♦ Mélanges à éviter⁴ :

L'héroïne a des ennemis, c'est-à-dire qu'elle est particulièrement dangereuse lorsqu'elle est mélangée à des stimulants tels que les amphétamines, l'ecstasy ou la cocaïne. Le danger est d'autant plus élevé si elle est mélangée avec des déprimeurs (alcool, tranquillisant, GHB)

♦ Prix :

Le prix de l'héroïne dans les rues en Suisse au début des années 80 se situait entre 600 et 800 frs le gramme. En 1991, le prix avait chuté entre 80 et 120 frs par gramme.⁵ Il est actuellement aux environs de 50 frs le gramme. Il s'agit en général d'héroïne n°3 (brune)⁶.

♦ Traitements⁷ :

Le traitement de substitution le plus connu et répandu est la prise de méthadone. La méthadone est un agoniste pur qui agit sur les récepteurs mu. Sa prise remplace la consommation de l'héroïne sans que le patient ne ressente les symptômes habituels de sevrage, car elle compense les adaptations neurobiologiques telles que le changement du nombre de récepteur μ ., induit par la tolérance.

Par ailleurs, prescrite à moyen et long terme, la médication permet de maintenir la personne bénéficiant du traitement dans un état d'équilibre, en compensant le phénomène de neuroadaptation résultant de l'exposition prolongée aux opioïdes exogènes. Ainsi, lorsqu'administré de façon adéquate, ce traitement peut permettre aux personnes qui en bénéficient d'améliorer leurs conditions de vie et de faciliter leur démarche de réinsertion

La substitution aux opiacés peut se faire avec aussi avec la buprénorphine à haut dosage plus connue sous ses noms commerciaux : Subutex® ou Temgesic®. Cette molécule était utilisée contre les douleurs chroniques mais à plus faibles dosage. C'est depuis la fin des années 80 qu'on l'emploie dans le traitement de substitution des opiacés, c'est un agoniste partiel des récepteurs μ .. En liant ces récepteurs la substance pallie le manque ressentit par l'absence de liaison par la substance, toutefois étant partielle cette liaison laisse une certaine sécurité en limitant les risques de dépression des centres respiratoires.

Le Subuxone® c'est de la buprénorphine mais associée à un antagoniste des récepteurs opioïdes le chlorhydrate de naltrexone. Cette association rend inefficace les injections par le patient.

L'avantage de cette substitution est de soulager les symptômes de sevrage tout en ayant que peu d'effets psychotropes. Dans la théorie, cette substitution s'échelonne sur une période dépendant de la tolérance que ces patients ont par rapport à l'héroïne, mais le but est de pouvoir diminuer petit à petit la prise de buprénorphine jusqu'à son arrêt.

⁴ Source : <http://www.parlonsdrogue.com/fr/repertoire/heroine.php>

⁵ Nordt, C&Stohler, R low threshold méthadone treatment, heroin price, police activity and incidence of heroin use : The Zurich expérience. International Journal of Drug Policy (2009),doi :10.1016/j.drugpo.2009.02.009

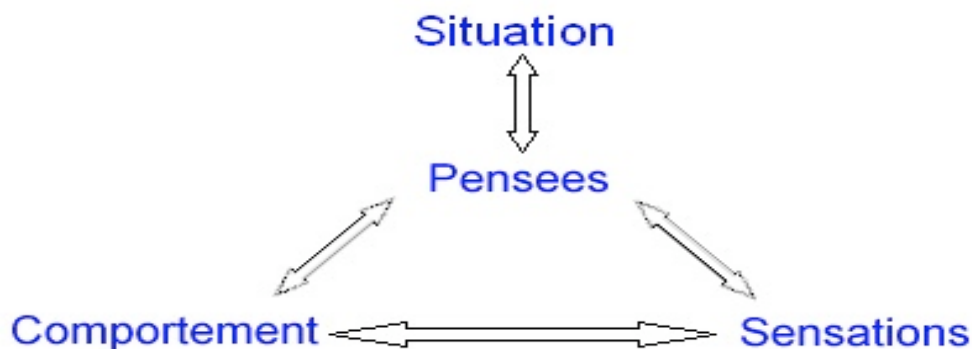
⁶ Analyses chimique d'échantillons de cocaïne et d'héroïne consommés dans les rues de Genève entre 1999 et 2003, T.Musset, M. Fathi, A. Magnin, C. Mani, HUG Genève 2003

⁷ Barbeau, D. ; Brabant, M. ; Lauzon, P. ; Les mécanismes biologiques intervenant dans la dépendance et ses traitements pharmacologiques ; dans Brisson, P. ; L'usage des drogues et la toxicomanie, Volume III ; Gaétan Morin éditeur, 2000

Dans la pratique on se rend compte que chez les personnes addictes, celles qui présentaient un double diagnostic avec une pathologie psychiatrique comme nous l'expliquait le médecin psychiatre Thomas Rathelot, il est souvent préférable de garder cette substitution à long terme voire à vie car elle permet de stabiliser l'état psychiatrique de la personne.

4.4.Substances et psychisme⁸

Une des manières de traiter l'addiction est d'agir sur le comportement par la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Cela consiste en l'apprentissage de stratégies pour faire face à des situations de tentations. Elle est utilisée pour d'autres addictions comme par exemple pour l'arrêt du tabagisme pour lequel elle a déjà bien fait ses preuves. « Les thérapies cognitivo-comportementales multiplient en général par deux le taux d'abstinence tabagique six mois après l'arrêt, par rapport aux groupes contrôle »⁹. Elle est aussi utilisée pour traiter certaines phobies, l'anxiété, les TCA et même la schizophrénie entre autres. Cette technique permet de comprendre comment son propre comportement influence sa pensée et ses émotions.



La durée de traitement est entre 6 semaines et 6 mois généralement.

La comorbidité ou double diagnostic est une notion récente utilisée en addictologie qui signifie comme on peut le deviner assez intuitivement que le patient souffre d'au moins deux pathologies. Lorsque le nombre est plus important, on parle alors de polytoxicomanie pour éviter de devoir utiliser des termes à rallonge.

Les troubles de la personnalité:

Ils sont fréquents chez les héroïnomanes ou les cocaïnomanes, car ils trouvent souvent dans ces substances un soulagement par une modification de leur état psychologique.

La personnalité antisociale est la plus associée. Cette pathologie a, avec la toxicomanie, une intervention réciproque sur le comportement antisocial.

La personnalité borderline est aussi très présente chez les personnes addictes, ils ont des risques de suicides plus élevés que les autres d'où l'importance de la connaissance de cette pathologie.

Les troubles de l'humeur souvent associés sont peuvent être incombables à la toxicodépendance, mais pas seulement. Les drogues peuvent induire des troubles anxieux, elles peuvent aussi faire disparaître l'anxiété pour certains usagers. Cette dualité montre la complexité de l'interprétation de l'origine des troubles psychiatriques dans les addictions. Plus un toxicomane présente des troubles psychiatriques plus son pronostic est défavorable.

⁸ The Royal College of Psychiatrists let wisdom guide (2009, 06 juin). La thérapie cognitivo-comportementale, [Page Web]. Accès : <http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfoforall/translations/french/tcc.aspx>

⁹ Congrès Thérapies cognitivo-comportementales et addictions. Réunion, Paris , FRANCE (08/03/2000) 2000, vol. 22, n° 4 (132 p.) (11 ref.), pp. 313-318

Les médecins rencontrés confirment bien ces faits théoriques. Les éclaircissements fournis par Thomas Rathelot concernant les fonctions que les drogues peuvent avoir, expliquent bien cette corrélation. En effet, si une substance lisse la pathologie psychiatrique, il est d'autant moins évident pour le patient de renoncer à cet avantage fourni par son addiction.

4.5. Alimentation avant la prise en charge

Ayant une étudiante diététicienne dans notre groupe, nous avons trouvé essentiel de nous intéresser à la problématique de l'alimentation. Notre hypothèse de départ concernant cette thématique est que : « l'alimentation, au début, est déséquilibrée et insuffisante et aboutit à des carences, puis en période de sevrage, évolue vers des troubles du comportement alimentaire (TCA) dû à l'état de manque. » Pour tenter de répondre à cette hypothèse, nous avons décidé de séparer le thème de l'alimentation en deux parties : une avant la prise en charge et l'autre pendant le sevrage.

Il n'est pas facile de trouver des informations concernant les habitudes alimentaires des patients lorsqu'ils sont toujours en train de consommer des substances. La toxicodépendance n'est déjà pas un sujet facilement abordable et l'alimentation n'est souvent pas une priorité quand on s'intéresse à cette problématique. Un des seuls moyens pour avoir des réponses, excepté de lire des études, est de poser les questions directement aux toxicomanes. Malheureusement, malgré nos efforts pour trouver des personnes acceptant de témoigner, nous n'avons eu que les commentaires des différents intervenants et d'un seul toxicomane. Cela dit, grâce à ces différents témoignages, nous avons quand même eu de quoi confronter notre hypothèse à la réalité.

Nous sommes donc partis sur l'idée que leur alimentation pendant la consommation de substance était déséquilibrée, et cela pour plusieurs raisons :

- ✦ Le phénomène d'addiction : quand les personnes deviennent addictives à une substance (cocaïne et héroïne), leur priorité évolue vers le besoin irrésistible de trouver la substance et de chercher l'argent pour la payer. Tout le reste devient secondaire, leur alimentation y compris.
- ✦ La structure alimentaire : les personnes consommatrices ont la perception de leur sensation de faim, satiété qui sont perturbées par la prise de la substance. Pour cette raison, nous supposons que cela affecte leur structure alimentaire qui de ce fait devient totalement désorganisée.
- ✦ L'effet des drogues : ce point est un des plus importants. Le toxicomane va rechercher la prise de substance pour plusieurs raisons et l'accoutumance se crée. Il est donc judicieux de s'intéresser de plus près à l'effet chimique de ces drogues, étant donné qu'elles auront un impact direct sur la prise alimentaire.

Suite à ces différents points, il devient important de s'interroger sur l'impact nutritionnel que peuvent avoir la prise de cocaïne et d'héroïne.

Dans le mémoire de fin d'étude d'Ariane Lachat et d'Anne-Sylvie Sunier sur les comportements alimentaires et état nutritionnel des patients hospitalisés pour sevrage d'alcool et de drogue, elles font part d'une méta-analyse faite par Mary E. Mohs et al. Publié en 1990 dans « The Journal of American Dietetic Association ».

Cette méta-analyse soutient que :

- la consommation de drogue comme « la cocaïne, l'héroïne, l'alcool et la marijuana est corrélée à un impact nutritionnel défavorable. »
- la consommation d'héroïne « réduit l'effet de l'insuline par réponse à une élévation du glucose sanguin, altère la fonction rénale et endommage les cellules musculaires. »
- les consommateurs de cocaïne ont une alimentation déséquilibrée avec une part plus importante d'aliments gras en comparaison d'une population non-consommatrice.
- Observation similaire pour la consommation d'alcool et de café. Elle est également liée à une plus grande incidence des TCA comme la boulimie ou l'anorexie.

Concernant cette étape, tous les différents intervenants s'accordent à dire que l'alimentation des personnes est déstructurée et déséquilibrée, et cela peut pour plusieurs raisons. Selon le Dr Broers : « ... ils veulent leur drogue, ça leur prend tout leur temps et ils n'ont plus le temps de manger. (...) Ils ne vont pas aller au restaurant où le plat du jour est à 15frs, ils préfèrent acheter un pain au chocolat et le manger en marchant. On a remarqué qu'ils mangent plus de sucres. Probablement, car ça apporte plus de plaisir». L'infirmier spécialisé en art-thérapie, M. Repond, fait également part d'une de ses expériences d'art-thérapie lors de camps en pleine nature : « Il fallait qu'on se nourrisse du mieux possible et il y avait tout un débat avant de partir, de savoir quoi acheter au magasin. (...) au tout début de la thérapie, c'était coca, plats tout prêts... ». Au Canada, Mme Schwartz dit que lorsque les patients commencent le programme, ils sont malnutris. Selon, elle, une explication pourrait être que leur consommation de drogue et/ou d'alcool affecte directement l'absorption des nutriments au niveau intestinal.

Selon le **toxicomane**, la consommation de cannabis lui ouvrait l'appétit, mais que celle de drogues dures telles que la cocaïne ne donnait vraiment pas faim. En vivant chez ses parents, il mangeait de façon équilibrée et en ne consommant que le week-end, il n'a pas vu son alimentation beaucoup changer. Cependant il dit que : « c'est vrai que ça aurait pu influencer mon alimentation si je n'avais pas été chez mes parents. »

Concernant la question de la malnutrition, le Dr Broers dit que: «contrairement à ce que l'on pourrait penser on n'est pas en présence de sous poids. Avant avec les héroïnomanes, c'était plus le cas. Aujourd'hui, c'est plutôt l'inverse on a de plus en plus de patients qui sont obèses. Très peu de gens sont en sous poids. Car il y a déjà les substances qui augmentent l'appétit comme le cannabis. Les Benzodiazépines aussi. L'alcool est très calorique. Les antidépresseurs et les neuroleptiques augmentent l'appétit. Ceux qui sont à l'AI boivent souvent beaucoup de bière, devant la télévision etc. (...) Même problème que le reste de la population. ». N. Constan, lui, dit « qu'ils sont pauvres en graisse ». Même constat pour Y-A Repond qui dit : « qu'au début, c'est quand même bien souvent de la malnutrition qui se voyait aussi par les habitudes alimentaires. »

4.6. Alimentation en période de sevrage

La deuxième partie de notre hypothèse qui dit « qu'en période de sevrage, leur alimentation évolue vers des troubles du comportement alimentaire (TCA) dû à l'état de manque » est un point très important qu'il ne faut pas négliger. Pourquoi ? Car cette fois, nous pouvons vraiment avoir un impact sur la qualité de la prise en charge du patient. En effet, si le patient est en période de sevrage, c'est que normalement il en a fait le choix. Par conséquent en tant que soignant, nous devons tout faire pour l'aider à atteindre son but, et cela doit aussi nous amener à nous intéresser de plus près à son alimentation.

Dans cette partie, nous avons décidé de nous intéresser au système de récompense et de plaisir. En effet, notre idée est qu'il existe des similitudes entre l'abus de drogues et le comportement alimentaire. Cela pourrait expliquer notre hypothèse que les toxicomanes en période de sevrage de la substance, serait plus à risque de développer une nouvelle addiction, qui serait l'addiction alimentaire, et donc plus à risque de développer des TCA. Mais concrètement qu'est-ce qui se cache derrière le terme TCA ?

Pour comprendre les troubles du comportement alimentaire, il est nécessaire d'être au clair sur certaines définitions¹⁰, afin de mieux comprendre les explications qui seront développées ensuite entre l'addiction aux substances et l'addiction alimentaire:

- ☛ **La faim** : c'est un besoin physiologique de manger accompagné d'une sensation de creux ou de vide « dans la région épigastrique ». On observe un état de malaise, de déprivation interne et une nervosité et irritabilité est souvent présente.
- ☛ **L'appétit**: c'est une « envie de manger un aliment ou un groupe d'aliments dont on attend du plaisir ». Il nous guide vers une sélection d'aliments, influence notre consommation à la fois qualitative et quantitative.
- ☛ **La satiété** : c'est une « disparition de la sensation de faim, qui entraîne l'interruption de l'ingestion alimentaire ». C'est une sensation de plénitude gastrique qui apparaît 20mn après le début de la prise alimentaire.
- ☛ **Le grignotage** : c'est une « prise alimentaire extra-prandiale indépendante de la faim » et qui est déclenchée par la vue ou l'odeur des aliments.
- ☛ **La compulsions alimentaire** : comme le grignotage, c'est une « prise alimentaire extra-prandiale indépendante de la faim » qui est déclenchée par un phénomène mental et émotionnel. Cela se présente comme un besoin irrésistible de manger accompagné d'un sentiment de perte de contrôle.
- ☛ **La restriction cognitive** : c'est une « intention consciente et librement déterminée de limiter sa prise alimentaire dans le but de perdre du poids et/ou de le maintenir ». Peut s'exprimer sous forme de grignotages, compulsions, ou perte de contrôle. C'est une absence de réduction « objective, systématique et permanente des apports énergétiques ».
- ☛ **La crise de boulimie¹¹** :
 - Survenue récurrente de crises de boulimie : absorption d'une grande quantité de nourriture en une période de temps limité et sentiment de perte de contrôle pendant la crise.
 - Comportements compensatoires inappropriés et récurrents : afin de prévenir une prise de poids tels que l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, vomissements provoqués, jeûne ou exercice physique excessif.
 - L'estime de soi est influencée (de façon excessive) par le poids et la forme corporelle.
 - Fréquence des crises de boulimie et des comportements compensatoires : les deux au moins 2 fois par semaine pendant 3 mois.
 - Ne survient pas exclusivement pendant des périodes d'anorexie mentale.

¹⁰ selon Magali Volery

¹¹ Selon les critères-diagnostiques du DSM-IV

☛ **L'hyperphagie boulimique** ¹² :

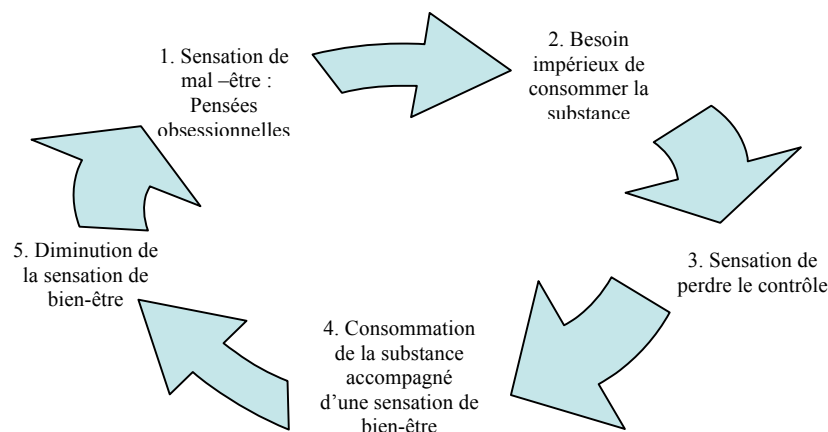
- Survenue récurrente de crises de boulimie : absorption d'une grande quantité de nourriture en une période de temps limitée et sentiment de perte de contrôle pendant la crise.
- Trois des cinq caractéristiques suivantes : rapidité (consommation)/ satiété dépassée/ manger une grande quantité de nourriture en l'absence d'une sensation de faim/ gêne vis-à-vis des autres (mange souvent seul)/ sentiment de culpabilité après avoir trop mangé, de dégoût de soi-même, de déprime
- Le comportement est une source de souffrance
- Fréquence : 2 jours par semaine pendant 6 mois
- Exclusion : le comportement boulimique N'EST PAS ASSOCIE à des COMPORTEMENTS COMPENSATOIRES (vomissements, exercice physique excessif, prises de laxatifs, jeûne,...)

- ☛ **Night Eating Syndrom (le syndrome de consommation nocturne)** : une hyperphagie nocturne accompagné de troubles du sommeil. Faible prise alimentaire matinale

Explication du cercle vicieux :

Ce schéma résume les principales étapes par lesquelles passe une personne addictive à une substance. Il permet de constater qu'il y a de nombreux liens entre cette addiction et par exemple l'hyperphagie boulimique. Les deux ont des caractéristiques communes comme :

1. des pensées obsessionnelles concernant l'aliment ou la substance
2. le besoin « impérieux » de la consommer (craving)
3. la sensation de perte de contrôle
4. la sensation de bien-être immédiate après la consommation
5. diminution de la sensation de bien-être et recherche de l'aliment ou substance provoquant ce bien-être

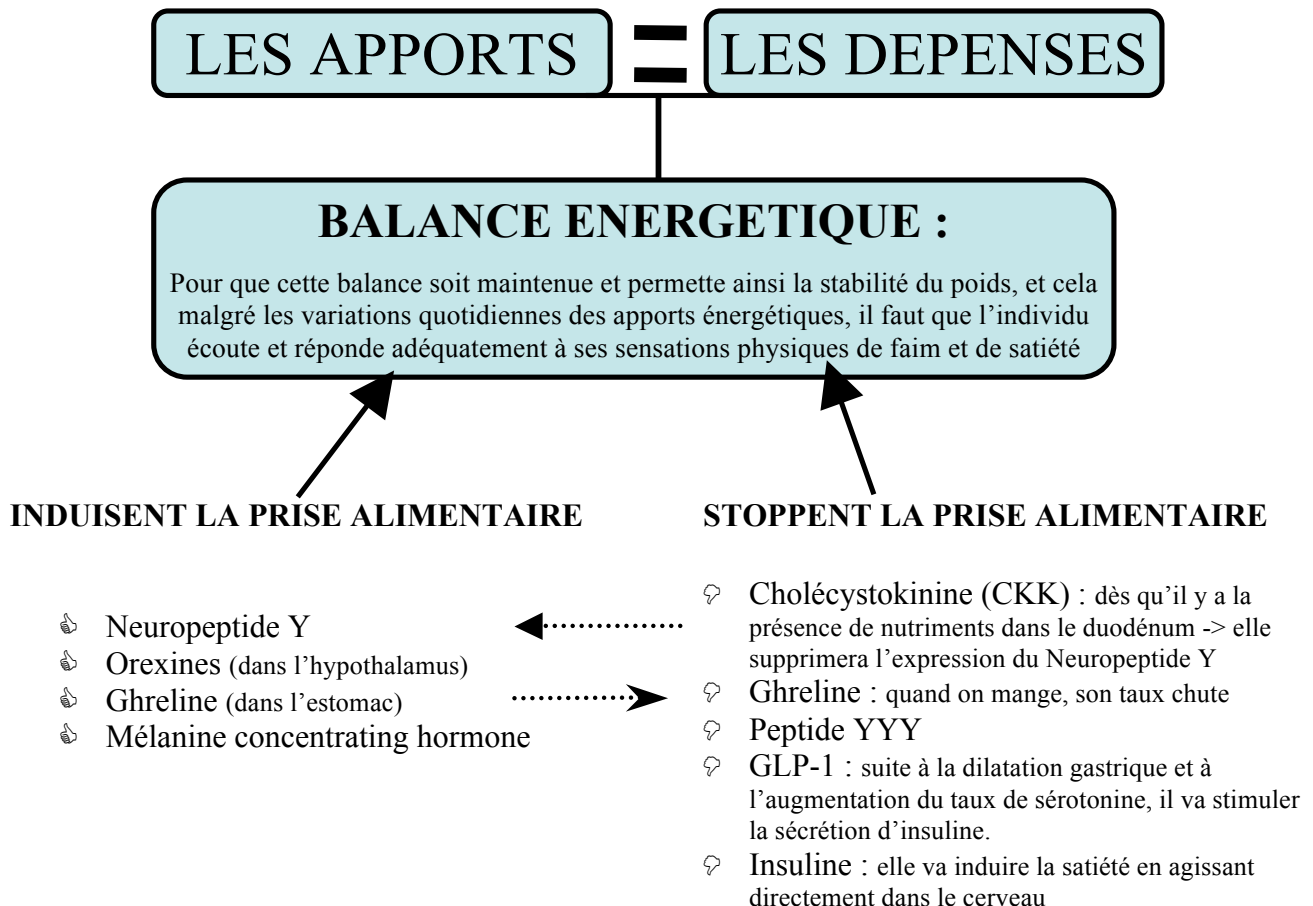


Il ne faut également pas oublier que ce cercle vicieux a une fonction dont l'origine n'est souvent pas facile à mettre en évidence, mais on peut supposer que c'est une tentative de régulation émotionnelle.

¹² Selon les critères-diagnostiques du DSM-IV

Avant de se concentrer sur la manifestation de l'addiction et de ses parallèles avec l'alimentation, il est nécessaire de commencer par comprendre comment se fait la régulation de la prise alimentaire en situation normale.

Ce schéma expose de façon très simplifiée, les différents éléments entrant dans la régulation de la prise alimentaire, et donc ayant un impact direct sur la balance énergétique.



La situation du jeûne ou si le besoin énergétique est accru (par exemple, en cas d'exercice physique) : il y aura la stimulation de la synthèse et de la sécrétion de nombreux peptides signalant la faim. Attention, après une période de jeûne, la pénétration de l'insuline dans le cerveau est diminuée et a pour conséquence une apparition retardée de la satiété. Ce qui permettra la consommation d'un repas plus important.

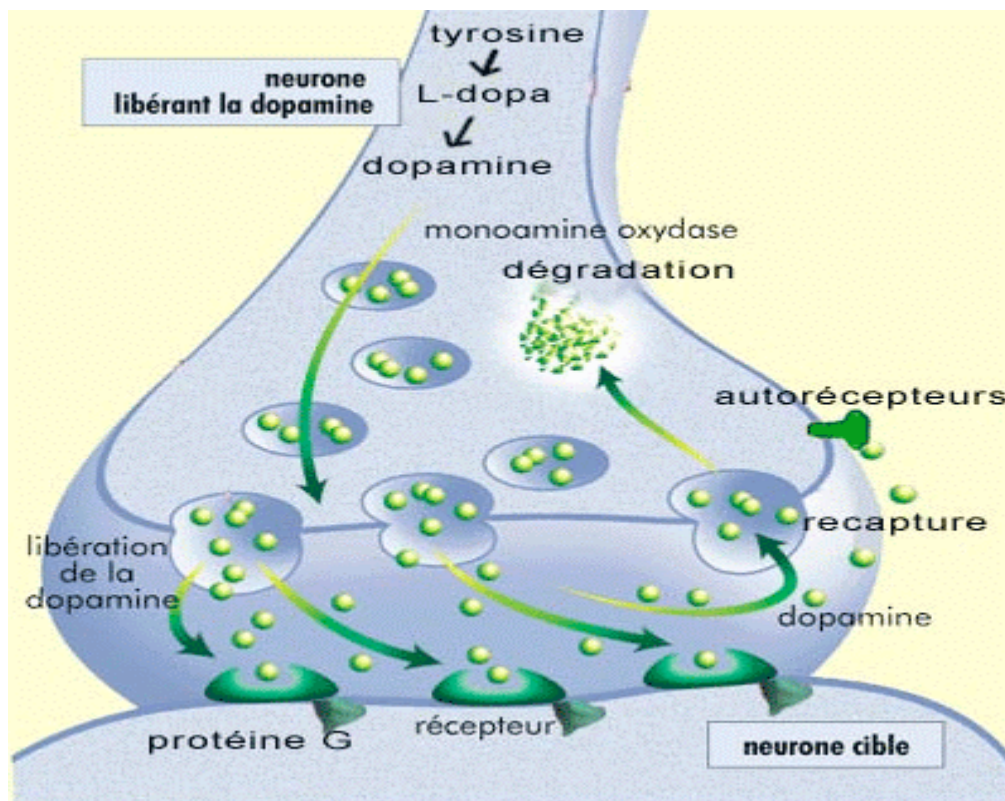
Lors d'une addiction à une substance, ce phénomène de régulation se voit perturbé et cela pour plusieurs raisons :

- ☛ Effet des drogues (le problème, c'est que souvent la personne ne consomme pas qu'une drogue, mais plusieurs donc difficile de savoir les effets sur la prise alimentaire).
- ☛ Les patients vivent aussi la nuit, donc plus de structure alimentaire.
- ☛ L'argent va pour la substance, donc l'argent qui leur reste risque d'aller pour des produits pas chers.

On sait que les drogues ont un impact au niveau neurologique. Voici quelques informations que nous avons trouvées, mais le procédé n'est pas encore très clair.

- ♦ la dopamine : est un stimulateur de la prise alimentaire. Elle est la cible de plusieurs peptides régulateurs de l'appétit. Elle joue donc un rôle important dans la prise alimentaire ou de drogue, de façon compulsive. Il a été montré via l'imagerie cérébrale que chez les sujets obèses ainsi que chez ceux dépendants à une substance, un nombre réduit de récepteurs à la dopamine¹³.

Certaines drogues (ex : la cocaïne et les amphétamines) bloquent sa recapture, sa disponibilité augmente dans la fente synaptique, ce qui a pour effet une augmentation de leur liaison aux récepteurs dopaminergiques.



Source : <http://accel10.mettre-put-idata.over-blog.com/1/14/45/47//mode-action-dopamine.gif>

Toutefois, le mécanisme expliquant le lien entre la cocaïne et son effet anorexigène est encore peu clair. Le manque de source concrète ne nous a pas permis de répondre à cette question.

Concernant cette étape de sevrage, qui est un moment critique, le comportement alimentaire est souvent différent de celui qu'ils peuvent avoir lorsqu'ils sont encore dans la consommation. Voici un petit résumé de ce que nous ont dit les différents intervenants :

¹³ Source : Volkow, N.D., what do we know about drug addiction ? Am J Psychiatry, 2005. 162(8): p.1401-2.

M. Repond dit que « des personnes toxicomanes, quand elles veulent quitter leur identité de toxicomane, elles ne peuvent pas en prendre une autre, car elles n'en n'ont pas d'autres. Il faut donc tout reconstruire, et il y a un vide terrible, une angoisse terrible. (...) Les gens sevrés au produit avaient besoin de se remplir d'autres choses. (...) Quand on voit que des personnes en fin de thérapie s'alimentent mieux, arrêtent de manger n'importe quoi, on est un peu rassuré. Hélas, parfois quand on voit en fin de thérapie des qui font un bon travail, mais qu'on voit ensuite comment ils se comportent à table, on se dit qu'il y a encore du travail. C'était un indicateur. » on « vit dans une société où on vit dans la consommation des choses. On est tous baigné là dedans. Tout est favorable pour qu'on aille tout de suite au plaisir, tout de suite au soulagement. »

Selon Dr. Rathelot : « Une semaine de cocaïne peut faire perdre 15kg. (...) Manger un repas par jour pour eux, c'est déjà beaucoup. (...) C'est aussi le plaisir qu'il faut réapprendre. (...) Dans certains résidentiels il y a des ateliers de cuisine ». M. Kaye lui fait part d'anciens ateliers de cuisine qui avaient un grand succès, mais qui suite à une restructuration, n'ont pu être maintenu.

Selon Mme Schwartz, la diététicienne Canadienne, les patients sont très intéressés par l'alimentation en période de sevrage et donc tout l'intérêt de conseils nutritionnels adéquats. Elle fait également part d'un programme destiné aux personnes qui sont devenues addictes à l'alimentation et développant des troubles du comportement alimentaire. Ce type de patients suit un programme particulier.

5. Discussion

Voici ce que nous avons pu mettre en évidence quant à nos différentes hypothèses de départ, concernant :

- ✦ Leur mode de vie : des facteurs de risques génétiques et environnementaux peuvent favoriser ou prédisposer l'entrée dans la toxicodépendance et engendrer des conséquences délétères sur le niveau de vie.

De manière globale, on constate que notre hypothèse de départ formulée sous ces traits, se vérifie, aussi bien à travers les références écrites qu'à travers les sources orales. Cependant, après avoir effectué ce travail de recherche, on peut remarquer que cette hypothèse était en réalité un constat tellement général, qu'on ne peut difficilement ne pas être d'accord avec... La toxicodépendance ne peut effectivement pas engendrer des conséquences positives sur le niveau de vie ; cependant, on se rend un peu mieux compte maintenant de la différence entre les facteurs de risques génétiques et environnementaux, et du fait que c'est l'interaction entre ces facteurs et la substance elle-même qui est déterminant pour l'établissement **éventuel** d'une dépendance, avec toutes les conséquences que cela entraîne.

L'étude de l'Association du Relais a été très complète et nous a donné beaucoup d'informations sur la psychologie des personnes toxicomanes, dans leur mode de fonctionnement avec la famille (et vice versa, même si les opinions réelles de la famille concernant la personne toxicomane sont inconnues, l'information nous parvenant seulement à travers cette personne, ce qui représente une source importante de biais), avec l'employeur et les collègues de travail, les tentatives de dissimulation et le rôle social de l'emploi, et enfin le réseau social du toxicomane. Ce qu'on peut déplorer, par contre, c'est avant tout que cette étude ait été faite que sur un échantillon composé d'hommes, donc on a peu d'informations concernant la gestion de la toxicomanie par les femmes, sont-elles plus consciencieuses quant à leur sevrage ? Contrôlent-elles mieux la toxicomanie ? Sont-elles plus fragiles ? Comment gèrent-elles toxicomanie et maternité ?... Autant de questions mais qui auraient pu en fait déboucher sur une toute autre hypothèse de travail. De même, cet échantillon ne paraît pas très grand, mais quand on réalise la difficulté de trouver ne serait-ce qu'un seul patient qui accepte de nous parler de sa toxicomanie, on se rend compte que les 50 patients ayant participé à cette étude, c'est déjà beaucoup !

Cette source écrite nous donne des informations assez minutieuses sur la psychologie des personnes toxicomanes, informations que nous n'avons pas pu vérifier nous même en pratique, les professionnels de la santé que nous avons interrogés pour la plupart ne pouvant pas nous fournir ce genre de renseignements (par exemple les stratégies d'évitement de l'employé toxicomane en entreprise...). On aurait aimé aussi avoir un entretien avec des assistantes sociales spécialisées dans ce domaine, cependant, malheureusement, nous n'avons pas réussi à les joindre.

Cependant, l'étude très approfondie des relations sociales de la personne toxicomane, telle que ressentie par elle-même et rapportée dans l'étude, a été complétée par la vue que l'on a du réseau social de ces personnes à Genève, vue depuis « l'extérieur » (que ce soit par des médecins, infirmiers, policier ou personne encadrant les sans-abri) avec ce que les structures sociales peuvent offrir, et surtout les approches inédites de l'infirmier Y. Répond ainsi que de la Dr. E. Sekera sur le travail de la personnalité afin d'obtenir un changement durable. Tous les deux présentent des approches différentes (art versus thérapie de groupe plus classique, psychothérapie, en plus de la relaxation et de l'acupuncture). Cependant, il est important de voir le travail qui se fait, à la fois sur le corps et l'esprit par leur approche multidisciplinaire.

Ce qui est intéressant à relever, c'est que même si cette hypothèse se vérifie à travers notre travail de recherche, on a pu entrevoir l'énorme complexité que cache cette maladie, et aussi et surtout l'hétérogénéité de cette population. On réalise alors que nos représentations initiales du

toxicomane n'étaient en réalité qu'une série de clichés, une personne à l'air maladif, émacié et le teint blafard, qui, dans « sa phase terminale » erre dans la rue avec ses pairs, en attendant sa prochaine dose et comblant les vides avec une bouteille d'alcool. La première conclusion que l'on peut tirer de notre travail, c'est qu'il n'y a absolument pas de personne toxicomane type, que pour aboutir à un comportement addictif, il faut toujours une interaction précise entre 3 principaux groupes de facteurs de risques (facteurs individuels – génétiques, familiaux -- substance et environnement social) et qu'on n'observe que des tendances générales qui ne peuvent pas aboutir à des conclusions absolues. A ce propos, il est intéressant de relever combien la formation et le parcours personnel de la personne enquêtée influence sa façon de percevoir le problème de la toxicomanie : il y a ainsi une différence importante entre le parcours de vie et la formation des Dr. Broers et N. Constan, la volonté d'aider se manifeste aussi au travers d'activités très différentes et la population de toxicomanes qui va un jour ou l'autre utiliser un de ces deux services ne sera pas la même non plus. On imagine plus volontiers des personnes ayant pris conscience de leur problème de santé, soit personnellement, soit poussées par l'entourage (et la notion d'entourage social est ici importante, cela peut être un facteur de succès), ayant envie de se soigner, faisant des projets et ayant aussi les moyens financiers de changer de mode de vie, qui franchissent les portes du cabinet du docteur; on imagine en somme que ce sont des gens actifs, qui souhaitent réintégrer la société des non consommateurs. Par contre, les personnes rencontrées par N.Constan dans ses structures, qui par définition accueillent celles qui sont socialement défavorisées, elles ont non seulement un problème de dépendance, mais sont aussi en rupture totale avec la société, presque oubliées par cette dernière, et qui ont peu d'espoir de la réintégrer un jour. D'une part ce sont des arguments scientifiques, portant sur des études validées, qui émettent la « théorie du triangle » et d'autre part, c'est la société qui rend les personnes toxicomanes...

D'autre part, il faut aussi relever une autre vision différente qui est celle du policier, et qui, de part son métier, voit la toxicomanie sous l'angle du problème de l'ordre public et de la répression, de l'immigration clandestine et du moyen de subsistance...

Si on peut en tirer une conclusion de ce travail, c'est que chaque intervenant a raison à sa manière, depuis son angle de vue, et qu'il n'y a pas une vérité mais plusieurs et diverses, de même qu'on pourrait dire que nous présentons tous à, des degrés variables, un risque potentiel de développer une dépendance...un jour ou l'autre.

Se pose alors la question si on peut véritablement faire une prévention efficace, tant ces fameuses 3 catégories de facteurs de risques semblent vastes. Actuellement, on agit surtout sur la substance et le milieu environnemental par des moyens de répression ; cependant, idéalement, il faudrait agir sur l'individu ; alors que certains thérapeutes, on l'a vu, agissent sur la personnalité de l'individu dépendant afin de la reconstruire et faire prolonger le sevrage le plus longtemps possible, serait-il possible au contraire d'agir sur l'individu avant le premier contact avec la drogue ? C'est ce que font les campagnes de prévention et information dans les écoles, mais encore faut-il informer sans « donner l'envie »...alors, peut être serait-il plus efficace d'apporter un témoignage ?...Sûrement que si une prévention efficace et simple existait, on aurait depuis longtemps résolu ce problème de santé publique.

- ✦ Leur alimentation : alimentation, au début, déséquilibrée et insuffisante aboutissant à des carences, puis en période de sevrage, évoluant vers des troubles du comportement alimentaire (TCA) dû à l'état de manque.

Nous pouvons dire qu'en période de consommation de la (des) substance(s), l'alimentation n'est souvent pas une priorité pour le toxicomane. Il a bien d'autres préoccupations et peu à peu, son alimentation sera négligée, déstructurée et pourra devenir un facteur de risque de développer un état de malnutrition, et des états de carences à long terme. Par contre, lorsqu'il a pris la décision d'aller consulter, même si cela peut également ne pas être dans le but d'arrêter, l'équipe soignante

se doit de s'intéresser à l'aspect de l'alimentation. Il va de soi que si le patient n'a pas d'endroit où vivre, s'il a des abcès à traiter ou autres, l'alimentation passera au second plan. Toutefois, elle ne devra pas être oubliée, car elle fait partie intégrante d'un traitement de qualité. N'oublions pas que les personnes en malnutrition protéino-énergétique seront plus affaiblies et donc plus à même de développer des maladies, de ne pas réussir à combattre efficacement une infection, des difficultés à supporter les traitements ou encore d'avoir des problèmes de cicatrisation des plaies (carence en protéine). De nombreux intervenants s'accordent sur le fait qu'en période de sevrage, les patients peuvent partir dans une addiction aux aliments et donc favoriser le développement de trouble du comportement alimentaire.

Dans l'idéal, chaque patient devrait être entouré d'une équipe interdisciplinaire (médecin, infirmier, psychologue ou psychiatre pour les problèmes de TCA ou autres, assistantes sociales, etc ...) et cela comprend également un(e) spécialiste de la nutrition telle qu'un(e) diététicien(ne). Malheureusement, nous avons pu constater que cette situation en pratique ne se fait encore que très rarement. Pour quelles raisons ? Une hypothèse pourrait être que la problématique des addictions, et notamment de celles à l'héroïne et à la cocaïne, est encore taboue et donc mal connue dans notre société. Ce qui pourrait expliquer que dans le cas de la prise en charge nutritionnelle, on trouve peu voire pas de diététicien (ne)s spécialisé(e)s dans le domaine de la toxicomanie.

Cette lacune pourrait également expliquer que l'alimentation soit si peu abordée dans le cas d'une prise en charge chez les cocaïnomanes et héroïnomanes, comme on a pu le voir suite à nos divers entretiens, et qu'on trouve également si peu de données et d'études sur ce sujet.

Un exemple peut-être à suivre est le centre de toxicomanie et de santé mentale à Toronto qui comprend 6 diététiciennes travaillant dans de nombreux secteurs de la toxicomanie et de la santé mentale. Un grand merci à Mme Amanda Schwartz qui a accepté de nous consacrer du temps pour répondre à nos questions par e-mail. Cela a permis de rajouter une touche internationale dans notre travail et montre qu'en plus de l'intérêt de travailler en interdisciplinarité, que d'observer ce qui se fait en dehors de nos frontières est un signe d'ouverture et un gage de qualité pour le patient.

Cette hypothèse de départ était très pertinente et suite à un premier constat ayant été fait à travers nos différents entretiens, elle soulève encore de nombreux points et des interrogations sur la qualité optimale d'une prise en charge nutritionnelle pour le futur.

- ✦ Les traitements : le traitement d'un problème de nature multifactoriel comme la toxicodépendance et aux origines si diverses ne peut probablement pas reposer sur un plan de traitement unique, et nécessite l'intervention de plusieurs professionnels différents et de modalités différentes adaptées à l'individu.

Concernant les traitements aux opiacés, la possibilité d'avoir des traitements de substitutions permet à ceux qui n'arrivent pas à se soumettre à un sevrage strict une alternative bienvenue. Toutefois, comme l'on pouvait s'y attendre, il s'est confirmé durant ce mois d'immersion que la prise en charge de la personne toxicomane, était multidisciplinaire et ne pouvait pas simplement reposer sur la prescription d'un médicament en espérant que le patient allait le prendre et que tout irait pour le mieux.

Une fois que la personne, vient consulter pour un problème d'addiction, il faut avant tout vérifier que la substance incriminée par le patient soit bien la source principale qui soit en cause de la dépendance. En somme, il s'agit comme pour toute anamnèse, bien conduite, de prendre les plaintes du patient et de s'assurer que la demande corresponde bien aux besoins. Si le problème de l'addiction est apparu, au cours d'une consultation étrangère à cette plainte, ou encore suite à une hospitalisation en raison d'un problème secondaire à son utilisation. Il faut d'abord tenter de faire émerger la demande du patient de s'en sortir et de dresser un plan de traitement raisonnable pour

chacun et de fixer un ordre de priorité pour ne pas se lancer sur plusieurs fronts et perdre en efficacité. Cette première étape, est très importante, car elle va avoir pour conséquence logique la compliance et l'implication du patient. La reconnaissance par ce dernier de son comportement addictif est une étape cruciale, car elle permet l'intégration du patient dans un processus de thérapie cognitivo-comportementale s'il le désire. Car si il est bien une chose que l'on a compris durant se stage, c'est que l'addiction est un problème qui repose sur un comportement face à une substance. Le flou thérapeutique qui peut être ressenti pour les novices comme nous comme, pour la société en générale, mais aussi pour les proches des patients, provient probablement de la jeunesse de cette spécialisation dans le monde des soins. En effet, comme nous l'ont bien expliqué la Dresse B. Broers et le Dr T. Rathelot c'est que cette branche est née dans la fin des années 80, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y avait pas de toxicomanes auparavant. Du coup, plusieurs façons de gérer ce type de personnes avaient déjà eu lieu et pas seulement par le personnel soignant.

Avant les premiers traitements de substitutions, un des seuls moyens de s'en sortir était le sevrage. Ce moyen certes efficace mais destiné à une catégorie de personnes toxicomanes très précise avait donné naissance à des thérapies dites résidentielles. Où une vie plutôt communautaire permettait de réapprendre à vivre sans la substance. L'addiction aux psychotropes, comme son nom l'indique, s'intéresse à des substances qui modifient le psychisme d'une personne. C'est pourquoi l'intégration dans la prise en charge de ces patients par des psychiatres ou des psychologues est une nécessité à laquelle il est difficilement envisageable de se passer. La modification d'un comportement prend du temps de la volonté et se heurte à pas mal de résistance, car le patient peut craindre de perdre son individualité.

Il ne faut pas oublier que certains groupes, qu'il soit d'origine religieuse, politique se sont proposés pour aider ce type de personnes lorsque peu de structures les prenaient en charge.

L'infirmier Y-A Repond nous avait fait allusion à des communautés sectaires, et lors de mes recherches de littérature sur internet, je suis tombé sur l'une de celle-ci. En effet, en recherchant les traitements existants, je suis tombé sur un médicament dont je n'avais jusqu'alors jamais entendu parler. Il s'agit du Narconon®. La théorie qui s'y rapporte est que lorsque une personne prend par exemple de l'héroïne certains métabolites se stockeraient dans ses cellules adipeuses, puis lors du sevrage, ils pourraient repasser même en faible concentration dans la circulation et conduiraient alors à des rechutes, et cela des mois voire des années plus tard. Ceux qui proposent ce traitement seraient apparemment affiliés à l'église de scientologie et le traitement proposé serait en fait une substitution par des vitamines à haute doses qui est une sorte de dépendance également. Ils prétendent améliorer le pronostic d'abstinence, mais les études réalisées montrent plutôt un taux d'échec bien plus élevé qu'avec un traitement standard. Cet exemple illustre, que ces personnes qui sont souvent fragilisées psychologiquement sont des cibles faciles pour des personnes aux intentions douteuses. Il faut veiller en tant que soignants, de recommander et d'informer de manière claire sur les traitements actuels reconnus, mais aussi sur les alternatives thérapeutiques sûres, mais aussi d'essayer de s'assurer que le patient ne va pas être victime de ce genre d'arnaque. Comme nous l'avons découvert, la cocaïnomanie est en hausse depuis une décennie et la population qu'elle touche est très diversifiée et très difficile à évaluer en nombre. Ce sont des personnes qui essaient de rester en dehors du système de soins, et qui tentent de gérer leur consommation le plus longtemps possible. La vulnérabilité à la toxicodépendance est inégale entre les individus et cette incertitude face à la substance met en danger certains plus que d'autres, mais comme on la voit, certaines comorbidités psychiatriques peuvent aussi influencer négativement. C'est pourquoi la prévention qui consiste à dépister aussi les troubles psychiatriques, et surtout chez les jeunes, pourraient permettre d'éviter le risque d'automédication et d'instaurer un traitement plus adéquat. Nous validons donc notre hypothèse que la prise en charge est effectivement multidisciplinaire et le traitement à ses chances de réussite que s'il est adapté au patient et doit passer parfois par des étapes plus administratives comme retrouver un logement par l'aide sociale avant de pouvoir envisager la stabilisation et des conditions de consommation améliorées.

6. Résultats

Nous avons tenté de retranscrire le plus fidèlement possible les entretiens, mais parfois nous avons quand même dû résumer et quelque peu reformuler afin de faciliter la compréhension. Nous espérons ne pas avoir déformé le sens des propos des intervenants de façon malencontreuse.

Entretien n°1 : Dr Barbara Broers

Quelle est votre fonction ?

BB : J'ai travaillé comme interne il y a 20 ans, je faisais des consultations pour les personnes toxicodépendantes aux HUG mais on s'est rendu compte que les gens ne venaient pas. Je suis responsable de tous les médecins généralistes ou internistes à l'intérieur des autres lieux qui sont dispersés dans toutes les unités du service d'addictologie, comme la Villa des Crêts, Belle Idée, la rue Verte ou la Navigation. Aux HUG, je suis dans le service de médecine de premiers recours. Je suis appelée dans les autres services pour l'orientation des personnes toxicodépendantes. Par exemple lorsqu'il y a quelqu'un qui veut arrêter le cannabis etc. J'ai un rôle pour encourager le dépistage actif. C'est une position étrange. Je ne vois pas souvent des patients dans un suivi à long terme. Si un patient a une hépatite C ou s'il est sous méthadone, il est souvent déjà suivi chez un médecin privé. En fait, tout dépend des besoins de la personne. Ils n'ont pas tous des problèmes psychiatriques ! C'est juste des personnes qui se sont laissés piéger par la substance et en sont devenus dépendants. Avec pour conséquence directe possible une hépatite ou encore le VIH, qui sont des pathologies qui changent leur vie pour toujours.

J'ai aussi un rôle dans l'enseignement pour tout ce qui touche les addictions. Et aussi un projet de recherche, avec une diététicienne. Le rôle des diététiciennes est de conseiller s'il y a un gros problème de nutrition, plutôt lié à un problème externe, mais en général il faut d'abord aider à trouver logement par une assistante sociale. C'est une priorité. Après il faut retrouver le plaisir dans la nourriture. Car souvent ils l'ont perdu. Donc il faut qu'ils retrouvent du plaisir à se faire à manger.

Pour les comportements alimentaires, c'est plutôt les barrières quand on vit dans la rue on a même pas de casseroles pour préparer quoi que ce soit.

Y a-t-il un profil pour les toxicomanes ?

BB : Vous connaissez la Théorie du triangle ? Il y a la personne, la substance et l'environnement du patient. La personne qui aurait une fragilité psychologique ou génétique ou pas va rencontrer la substance dans un environnement qui interdit ou pas la substance. Ça peut être le cannabis, l'héroïne ou même l'alcool. L'héroïne c'était plutôt dans les années 80, c'était à la mode alors que maintenant c'est fumer et boire de l'alcool hélas. Il y a par exemple un profil de l'ancien toxicomane qui a arrêté l'héroïne et qui passe à la cocaïne. Il y a tous ceux qui gèrent. Ceux qui ont les sous. Il y a ceux dans le milieu techno ou ils prennent plutôt de l'ecstasy et de plus en plus de la cocaïne. Attention il n'y a pas du tout toujours une dépression et que la substance est là pour vouloir traiter le malheur etc. Ce sont des facteurs de risques (problème à l'école, divorce) mais pas rien n'est absolu. Beaucoup de gens déprimés ne boiront jamais ! Il ne faut pas oublier le point de vue génétique : cocaïne 1/5 consommera à long terme. Peu deviendront dépendant. Attention la prise même sans dépendance reste dangereuse quand même ; on peut faire des troubles du rythme, une hypertension sévère, un anévrisme etc. Le plus important, c'est la 1^{ère} fois, quel est l'effet que

ça donne et le souvenir qui reste. Au sujet des facteurs génétiques il y a eu beaucoup de recherches avec des jumeaux dont par exemple les parents étaient alcooliques. On sépare les jumeaux l'un

reste dans la famille, l'autre est placé dans une famille bien sous tout rapports. On observe alors que même celui qui vit dans famille saine à les mêmes risques de dépendance.

Pour le risque de devenir dépendant, on prend toujours la pyramide comme aussi pour l'alcool : 10-15% abstinentes 60 % savent gérer, boivent de temps en temps un verre et demi puis s'arrêtent tout seuls 20% qui ont une consommation excessive 10% sont dépendants. Pourquoi ? On ne sait pas très bien.

L'entrée dans la prostitution et la criminalité vient du caractère illicite de la substance. L'héroïne coûte 40frs le gramme donc vu qu'un toxicomane consomme souvent 2-3 gr par jour il lui faut donc 100frs par jour ce qui revient à plus 3000 frs par mois !! Ca fait beaucoup pour quelqu'un qui ne travaille pas ou qui est à l'AI. C'est ça le problème c'est très cher. Une solution c'est de vendre. On achète et on dilue. Donc on est dans la criminalité.

Il y a trois risques : D'abord on peut devenir dépendant dépend de la substance et de la personne, ensuite il y a la toxicité directe par exemple, première fois qu'on prend cocaïne peut faire infarctus du myocarde, pour l'alcool risque de faire une hépatite alcoolique. Finalement il y a les conséquences indirectes comme le style de vie qui va avec être sous influence, ne plus avoir d'argent. La personne a tellement envie de la substance qu'elle prend des risques lors de l'injection si n'a plus de seringue échange avec quelqu'un, c'est pour ça qu'on essaye de faire une politique de réduction des risques.

Les héroïnomanes peuvent avoir arrêtés mais prennent à la place soit méthadone, mais peuvent prendre autre chose donc on déplace la dépendance d'une substance à une autre, car pas encore appris à gérer leur dépendance. Comme autre type il y a aussi des banquiers. Il y a les « entre deux » : les personnes dans les soirées technos. Dans les écoles, on se rend compte qu'il y a probablement de plus en plus d'étudiants qui prennent de la cocaïne mais cela reste très difficile à évaluer.

Qui sont les Cocaïnomanes ?

BB : On connaît mal cette population. Souvent, ils ne prennent pas longtemps la cocaïne. En général, ils pensent que d'en prendre, ça va leur permettre d'augmenter leur capacité de travail, c'est vrai que ça diminue la fatigue, ils se concentrent mieux, mais se rendent compte après qu'ils prennent aussi de mauvaises décisions et font plus d'erreurs. Souvent ce sont des personnes assez aisées. Elles ont moins de risques de tomber dans la criminalité car ayant un bon revenu, de devoir mettre 50 frs par jour ça ne les ruine pas quand tu gagnes 20'000 frs par mois. Donc moins de problèmes. Mais rare qu'il y ait de gros problème. Beaucoup de consommateurs sont aussi occasionnels lors de fêtes, de voyages.

Comment se passe l'entrée dans le système de soins ?

BB : Par beaucoup de voies différentes. Quai 9, voie orange (urgences) parfois des proches appellent pour avoir des renseignements sur l'orientation. Des questions comme : « mon neveu prend du Subutex®, il a oublié d'en prendre qu'est ce qu'il doit faire ? ».

Les personnes toxicodépendantes viennent tant par eux même que poussés par leur environnement ou leurs proches. Dès qu'ils viennent, ils sont déjà prêts à en discuter, donc différent de médecine de premiers recours ou mal au ventre et où il faut dépister pendant la prise en charge d'autres problème de santé. Donc on veut poser la question de consommation de substances à tout le monde : Si oui je peux vous aider ? ..vous conseiller ? Besoin d'information ? Vous gérer votre consommation ? Investiguer de manière neutre, proposer nos compétences. Ce n'est pas toujours la dépendance qui est le problème mais la consommation donc il faudrait intervenir plus tôt. Le problème dans le personnel c'est aussi d'être à l'aise autant sur les questions d'ordre sexuel que

sur la prise de substances comme on le fait déjà pour tabac et l'alcool. Il faut promouvoir les facteurs favorisant une bonne santé. Si quelqu'un est en surpoids. Il faut conseiller de moins boire,

de bouger plus, arrêter de fumer. Bien sûr patient garde sa liberté de répondre, mais une bonne technique d'entretien aide beaucoup. En général, les gens sont d'accord d'en parler. S'ils viennent pour ce sujet c'est encore plus facile. Mais quelqu'un qui vient pour sa consommation de cannabis, on peut par exemple se rendre compte que son problème de consommation se porte sur l'alcool.

Comment est la compliance au traitement ?

BB : En général, comme pour tout ce qui est des maladies chroniques, elle est mauvaise. Pas vraiment de traitement mais plutôt entretien (stabilisation). Peu de prescriptions seulement au stade de dépendance. Il n'existe pas de traitement de substitution pour la cocaïne. Pour le cannabis non plus.

Quelle est la place de la psychothérapie dans la prise en charge des toxicodépendances ?

BB : Pour envoyer quelqu'un en psychothérapie il y a souvent l'un des deux raisons suivantes : 1) Si besoin d'un psychologue il faut d'abord l'envoyer chez un psychiatre pour que celui-ci prescrive une psychothérapie pour que ce soit remboursable. 2) Autrement, c'est si le patient a des problèmes de personnalité etc.

Comment c'est intégré, comment le proposer ?

BB : Moi souvent je leur dit : Faites vous un cadeau. Ce serait chouette si vous n'avez plus ces idées. Bien sûr d'autres ne veulent pas voir psy. Pour mieux fonctionner. Vous serez plus à l'aise pour gérer vos émotions !

Y a-t-il des traitements pour diminuer les symptômes dus au sevrage ?

BB : On parle de sevrage que pour les personnes qui sont déjà dépendantes, mais pour ceux qui ont une consommation excessive on peut leur proposer des programmes comme alcochoix.

On peut donner des Benzodiazépines pour l'alcool et les opiacés pour dépendance forte on donne substitution.

Pour ce qui est de la durée de sevrage, mieux vaut faire assez long pour pouvoir faire une prévention de la rechute en même temps. On essaye de donner pendant une durée limitée le traitement de substitution mais certains patients seront sous méthadone à vie. Ce n'est pas grave car il n'y a pas vraiment de toxicité.

Quels sont les symptômes de sevrage ?

BB : Quand on arrête la prise de cocaïne, on voit des symptômes plutôt psychiques que physiques. Les gens dorment beaucoup, mangent plus etc. Pour les symptômes, comme les douleurs, on peut donner paracétamol, des antalgiques.

Pour l'alcool, on a des médicaments qui diminuent l'envie de boire

Les proches, on essaye autant que possible de les intégrer. On peut inviter les proches. Pour les jeunes c'est primordial d'intégrer les parents. Mais parfois ces derniers disent : « c'est mon fils qui a un problème pas moi » Y en a aussi qui veulent que personne ne soit mis au courant.

Est-il possible de garantir un anonymat vis à vis des assurances ?

BB : Ils ne connaissent pas le diagnostic mais voient les traitements, donc quand apparaît la trithérapie comme le Combivir®, y a pas de miracle, ils savent de quoi il s'agit. Mais ça pose pas de problème avec les assurances de base pour changer.

Tout est pris en charge par assurance de base. Après par exemple pour le Seresta® l'assurance acceptera de rembourser seulement pour une durée déterminée.

Et pour les compléments nutritifs ?

BB : C'est vrai que dans le HIV et les cancers certaines assurances les remboursent. Mais c'est souvent un problème qu'on rencontre et auxquels on peut trouver des arrangements...

Quelle est la place des problèmes alimentaires dans la prise en charge des toxicodépendants ?

BB : Plusieurs facteurs, en fait contrairement à ce que l'on pourrait penser on n'est pas en présence de sous poids. Avant avec les héroïnomanes c'était plus le cas. Aujourd'hui c'est plutôt l'inverse on a de plus en plus de patients qui sont obèses ! On voit très peu de gens sont en sous poids. Car il y a déjà les substances qui augmentent l'appétit comme le cannabis. Les Benzodiazépines aussi. L'alcool est très calorique. Les antidépresseurs et les neuroleptiques augmentent l'appétit. Ceux qui sont à l'AI boivent souvent beaucoup de bière, devant la télévision etc.

La cocaïne souvent on ne peut pas la prendre longtemps. Après c'est la faim et l'épuisement. Dans le cas du VIH ou de l'hépatite C c'est différent il y a peut être un syndrome de malabsorption. Même problème que le reste de la population.

Les problèmes d'alimentation viennent-ils aussi d'une négligence financière ?

BB : Oui, car ils veulent leur drogue, ça leur prend tout leur temps et ils n'ont plus le temps de manger. Pas équilibré en plus. Ils ne vont pas aller au restaurant où le plat du jour est à 15 frs, ils préfèrent acheter un pain au chocolat et le manger en marchant. On a remarqué qu'ils mangent plus de sucres. Probablement car ça apporte plus de plaisir.

Quelle différence de tolérance y a-t-il entre héroïne vs cocaïne ?

La dose maximum d'héroïne qu'ils prennent se stabilise à 500mg pure et après elle baisse lentement. Dans la rue, ils en prennent rarement autant. Pas seulement à cause du prix. Veulent pas dépasser sinon saturation de tout les récepteurs, donc perdent le plaisir. Donc préfèrent être un peu en manque.

Pour la cocaïne le plafond est trop haut. Se fait plus par phases car l'épuisement qui vient après une semaine est si fort que tu dois arrêter.

Y a-t-il plus de comportements violents ?

BB : Oui, car certains ont des troubles de la personnalité, il y a la violence due au milieu et le fait qu'on fasse tout pour avoir la substance. Mais il y a aussi les effets paradoxaux des benzos. L'alcool augmente aussi la violence. Après il y a les bagarres pour des questions d'argent : « tu me dois 200 frs! » Il y a énormément d'histoires entre eux.

Au niveau de la prévention, qu'en pensez-vous ?

BB : Ce n'est pas le mandat de l'hôpital, donc le rôle d'autres sources. Notre rôle c'est de dépister et de traiter. Sur site OFSP, il y a des projets pour intervenir plus précocement. Plutôt prévention plus globale. Donner compétences pouvoir dire non. Ceux qui commencent à fumer très jeunes

(12 ans). Il risque de rester dans ses habitudes. Risque de prendre d'autres choses. On essaie de promouvoir exercice physique, bonne nutrition. On ne sait pas trop comment faire de la bonne prévention. Exemple des américains : Plus on investit plus on en parle et plus les jeunes

consomment donc ça marche pas. C'est plutôt à l'école et aux parents. Comment on en parle mais c'est très difficile mais on sait pas grand chose. Si on augmente le prix alcool ou cigarettes ça marche bien. Mais pour l'héroïne et la cocaïne, les prix ont bien baissé et pourtant l'héroïne est moins prise qu'avant. En tout cas chez les jeunes.

Que pensez-vous du testing ?

BB : Il est interdit à Genève. C'est pour la réduction des risques. Zurich et Berne le font depuis longtemps surtout dans le milieu techno. Les consommateurs peuvent venir tester pendant la semaine ce qu'ils ont l'intention d'utiliser le weekend. Par contre, le chimiste peut analyser la substance que les toxicomanes donnent, lorsqu'ils ont ressenti des effets étranges.

Y a-t-il des formations continues pour médecins sur comment aborder ces questions avec patients ?

BB : Chez assistantes sociales y a 14 semaines sur addictions Pour les médecins jusqu'en 1998, il y avait 5 h sur les addictions dans leur formation. Maintenant environ 45h. Il faut comme pour tout quelqu'un qui soit le moteur derrière.

Toutes les addictions, finalement, c'est très proche mais dans l'enseignement on parle plus de l'alcool et cigarette car c'est ce qu'on va le plus rencontrer.

Infirmière qui aimait manger et avait organisé des repas avec 5 à 7 patients une fois par semaine, mais souvent c'est de l'ordre de l'initiative personnelle. Les recommandations comme cinq fois par jour des fruits et des légumes ce n'est pas un message qu'on peut donner aux toxicomanes. C'est trop élitiste ! Alors que pour nous même, ce n'est déjà pas réaliste. Déjà pour une mère avec des ados c'est trop cher. En plus il faut varier. Donc il faut croire au message qu'on donne. En plus souvent c'est une population qui a des problèmes de dents.

Mais par exemple au quai9, on peut acheter des pommes pas chères, du lait, des céréales. Ce n'est pas offert ! Il y a aussi des repas gratuits au square Hugo où ils servent des repas chauds.

Il faut alléger le sujet ne pas être toujours dramatique. Quand on bosse à l'hôpital, on voit ceux qui vont mal et c'est une minorité, c'est peut être 5%. Donc ils y en a beaucoup qui travaillent qui gèrent plus ou moins bien.

Entretien n°2 : Noël Constan

Quel est son parcours ?

Noël Constan a passé son enfance dans la rue, ce qui a beaucoup influencé son parcours de vie: depuis il a toujours lutté pour ne pas être institutionnalisé ou récupéré par des familles d'accueil. Il a « atterri » un peu par hasard à Thésée (communauté de Thésée, près de Macon), qui recueillait des enfants qui étaient sur le trottoir. Il a grandi très librement au sein de ce groupe et il a vécu une enfance sans trop en soucis en Bourgogne.

A l'adolescence, il éprouve de la difficulté à trouver un travail. Il commence par « tailler des pierres » et continue comme carrossier à « retaper la taule ». Ensuite, départ pour Abidjan pour trois ans, où il travaille comme carrossier ; plus tard, départ en Algérie, enrôlé dans l'armée française pendant trois ans ; il ne trouvera jamais son compte dans la guerre. Au retour, après encore une période de travail dans la taule à Cannes, il rencontre une personne faisant des visites de prisons en France. Il a l'occasion de visiter d'énormes pénitenciers dans le pays. Les conditions de détention lui ont permis de comprendre l'importance de la prévention: le travail doit se faire à l'extérieur des prisons.

En Alsace, il travaille ensuite dans un lieu d'accueil pour des anciens bagnards. Il a appris d'eux l'humilité. Depuis 40 ans à Genève ; d'abord il s'est retrouvé dans un lieu d'accueil qui s'appelle la « Clairière »: le but était d'éviter que les mineurs se trouvent dans l'enceinte des prisons.

A cette époque, les toxicomanes à Genève étaient des jeunes épris de liberté et étaient constitués de plusieurs bandes organisées et leur agressivité inquiétait la population. Ces jeunes revendiquaient leur droit de rêver et mener une existence oisive, deux choses que la société moderne avait depuis longtemps banni.

Des lieux de vie nocturnes et de consommation de drogues fleurissent ; le problème de l'utilisation des seringues et leur abandon sauvage se pose alors. L'esprit social et politique de l'époque a essayé d'étouffer ce mouvement de soi disant indépendance et anarchie, sans grand succès toutefois.

Comment avez-vous géré la toxicomanie dans les différentes structures d'accueil de personnes démunies, telles que la Coulou?

NC: La toxicomanie, c'était plus sournois. Elle n'est pas venue brutalement, mais elle a été une lente ascension d'un monde d'adolescents qui voulaient rêver et ne voulaient pas s'impliquer dans le monde du travail. La Coulou ne s'est pas créée à l'origine pour les toxicomanes ; il s'agissait plutôt de gens qui vivaient dehors, dans des squats, dans des greniers et caves des immeubles. Ensuite, la société a changé, les immeubles ont commencé à « se fermer », les accès ont été fermés. Plus de personnes ont alors réellement été mises à la rue ; cependant parmi ces gens, les toxicomanes n'étaient pas tellement dérangeants, c'était plus « de la fumette » et drogues pour ainsi dire légères. A partir de la Coulou, j'ai mis en place des lieux de loisirs et différentes activités ont été proposées, par exemple, la voile ou le motocross. Le problème était que les gens voulaient aller sur le lac pour fumer leurs joints en paix, ou bien se réfugiaient pour boire leur alcool.

Le but de la Coulou était d'avoir un espace dans lequel on pouvait laisser les gens se poser tranquillement, sans avoir trop de contraintes. Plus on impose des contraintes à une population, plus les personnes fraudent et se déstabilisent. En évitant les contraintes, on permet à ceux qui ont des problèmes de mieux les gérer. Cependant, il faut fixer des seuils à ne pas dépasser, que ce soit pour la fumette ou l'alcool, afin que l'environnement demeure viable pour toute la communauté. Le but était de faire vivre des gens en communauté, de pouvoir leur faire vivre des relations qu'ils n'ont pas eues avec leurs parents ou qu'ils ont mal vécues. Deux ou trois personnes jouent le rôle

des parents et permettent aux « enfants » ou adultes se comportant comme tels, de vivre une vie qu'ils n'ont jamais eue.

Le but de la Coulou était encore de trouver des espaces pour qu'un petit nombre parmi ces gens puisse exister, des débouchés afin que les gens puissent s'affirmer individuellement. Il y a 20 ans, la Coulou, c'était 50 personnes, maintenant c'est 10-15 personnes. Cela permet d'avoir des espaces qui sont utilisés provisoirement, de tout façon la vie n'est elle pas provisoire ? L'humain, c'est comme un plante: bien enraciné, il pousse bien ; s'il est déraciné trop souvent, il devient déséquilibré. Avec le canton de Genève et le département des constructions, il y a la chance d'obtenir des lieux, qui devront dans un futur incertain être rasés, mais qu'on a pu pour le moment récupérer. On a voulu en faire des espaces de vie temporaires, mais donnant assez de liberté aux occupants, sans y imposer un règlement trop strict (pas fumer, pas boire...) : les gens respectent ces lieux de vie instinctivement. Plus vous assistez une personne, même toxicomane, plus elle se laisse assister, elle s'infantilise. Beaucoup d'états européens, afin de se décharger du problème, mettent en place des systèmes et lois pour assister les gens, mais en même temps, on les infantilise et on les rend plus fragiles.

Quelle est votre suggestion pour aider les toxicomanes?

NC: On a connu beaucoup d'essais et des hébergements ont été mis en place dans différentes villes. Mais c'est une impasse et non une solution : ces lieux se remplissent très vite et n'ont pas d'issue. De plus, au sein de ces structures d'accueil (villas comme la Coulou) il ne faut pas rassembler trop de toxicomanes ou alcooliques au même endroit ; il faut, si on rassemble des personnes fragiles, que ce soit des fragilités différentes : ainsi, ces gens pourront s'épauler et s'enrichir mutuellement. Le rassemblement global des toxicomanes et la distribution des seringues n'est pas une réponse, la réponse vient bien avant. On travaille constamment avec des gens qui retombent à chaque fois. Les attentes sont énormes pour des gens qui ont un besoin journalier.

Les politiques entreprennent des plans d'action sur 5-10 ans, mais dans dix ans, on aura dix fois plus de problèmes et de personnes à gérer, car les toxicomanes d'aujourd'hui vont en toucher d'autres. Le problème, c'est qu'on n'a pas une approche centrée sur la personne : déjà à l'école, on a des effectifs énormes et peu de moyens éducatifs centrés sur l'individu. Concernant la toxicomanie, on a trop d'intervenants spécialistes qui ont un savoir mais ne partagent pas la vie. Il faut quelqu'un qui soit constamment avec les patients, les accompagne; il faut plus de vie commune. Auparavant, des pasteurs et des curés prenaient aussi en charge des personnes toxicomanes, jusqu'à ce que celles-ci en viennent à demander de l'argent ; les pasteurs dépassés, renvoyaient ces personnes vers d'autres structures, mais ceci ne constitue pas une solution, tout comme répondre au besoin d'argent ; là n'est pas le problème.

Que faites-vous quand un toxicomane vient chez vous?

NC: A présent, il est impossible de suivre des gens, on est dépassé par le nombre. On leur donne des placebos, de la méthadone...[sous entendu en général]. Cependant, les toxicomanes ont compris qu'ils ne vont pas trouver ce genre de réponses ici. Ici, ils savent qu'ils peuvent trouver à manger, mais ce qui est étonnant, c'est qu'il y en a peu qui viennent. Ils sont peut être juste dix, ce qui n'est pas plus mal, car c'est plus familial et s'ils étaient plus nombreux, cela risquerait de chasser les autres. Les toxicomanes s'endorment souvent devant l'assiette: pour eux, manger, c'est tellement prenant physiquement qu'ils s'endorment sur l'assiette. A Cartouche, on a remarqué qu'un déjeuner suffit pour la journée. Dans les pays pauvres, où la toxicomanie monte, les produits remplacent le manque de nourriture. Les personnes sont alors plutôt maigres, car le corps n'a pas la nourriture qu'il aurait voulue. Le produit calme les douleurs et les sensations.

Les toxicomanes sont-ils toujours maigres?

NC: Ils sont souvent assez pauvres en graisse. C'est cependant formidable qu'une petite minorité ose venir se mêler aux autres. Ils restent souvent en contact avec d'autres personnes, ce qu'on voudrait éviter c'est qu'ils ne restent qu'entre eux. Le mieux c'est que ces gens se mélangent. Le problème à la Coulou est qu'il n'y a pas de bulletin d'entrée ; alors, si on veut faire entrer un toxicomane, un de mes collègues essaye de voir leur nombre ; en général, il ne faut pas dépasser 3-4 toxicomanes pour dix personnes, sinon on les freine à leur entrée, avant qu'ils ne créent un groupe. En groupe, ils sont plus forts, se mettent à l'écart et peuvent faire peur. Les alcooliques font peur, mais d'une autre manière: ils meurent plus lentement. Les toxicomanes font penser à la mort et font peur, car ils meurent plus brutalement, par accident. Si un toxicomane dans un groupe meurt, tout le monde se sent concerné. La charge émotionnelle est importante.

Y'en a-t-ils qui viennent avec la famille ou avec leurs enfants?

NC: Oui, mais c'est très rare. Parfois, une femme avec un enfant, en général un seul, c'est rare qu'elle en ait deux... Je reste choqué par les femmes toxicomanes qui ont un droit de garde et tremblent leur enfant partout, même si, évidemment, elles le chérissent par-dessus tout. L'affectif l'emporte sur le matériel, le lien affectif est comme décuplé par une prise de drogue. Elles donnent beaucoup d'affection à leurs enfants, mais les abandonnent aussi parfois pendant des jours. L'enfant capte beaucoup plus vite qu'un adulte ce qui se passe autour, il boit l'angoisse de la mère et peut se sentir abandonné. Quand j'ai travaillé dans une auto-école, j'ai vu comment les enfants parlent ; beaucoup plus avec des étrangers qu'avec la famille. Ils ont une lucidité stupéfiante. L'école doit changer aussi, elle doit s'adapter, ne plus mettre les enfants en rangée devant un type qui leur fait la leçon. Dans une classe, à mon époque, on était toujours 15 personnes, jamais plus. A l'époque, il y avait un rapport humain dans les écoles. Le côté humain est plus important que les directives et les ordres. Le toxicomane aussi ne doit pas être vu sous l'angle de préceptes et des interdits... Ce qui se passe au niveau de la toxicomanie, c'est que les parents sont complètement désorientés. Cela fait peur, l'angoisse dépasse le désir maternel, on a peur. On vit dans un monde qui a peur de tout et qui s'enferme chez soi ; un toxicomane dans l'immeuble, cela fait peur. A titre de comparaison, la présence des roms attire l'attention différemment et on est plus tolérants au niveau de la toxicomanie que des roms.

Avez-vous déjà eu à faire avec la police?

NC: Ils représentent une aide importante, leur présence est nécessaire. Ils font des actions, ils font quelque chose que beaucoup ne peuvent pas faire, ils sont rassurants parfois mais ne peuvent pas toujours l'être quand cela déborde. On ne peut pas être que d'un côté, avec une population à la dérive, et laisser l'autre population de côté, il faut créer un pont pour relier les deux mondes. Il faut idéalement passer 50% de temps avec le toxicomane et 50% avec la population, qui a aussi ses soucis, qu'il ne faut pas voir comme minoritaires... Il faut passer beaucoup de temps avec monsieur tout le monde dans le quartier, il ne faut pas non plus que la population ordinaire se sente abandonnée.

Faut-il passer du temps avec la population et leur expliquer des choses?

NC: Il n'y a rien à expliquer ; il faut être à l'écoute, il ne s'agit pas de faire des discours mais de s'impliquer. Il y a maintenant, par exemple, des policiers qui sont attachés à un quartier. Il faut donner plus de responsabilités aux gens dans les quartiers... mais tout le monde se décharge au lieu de trouver des solutions. Le problème, c'est qu'on est stressé. On a beaucoup de charges et les services sociaux n'assument plus. Même Belle-Idée nous téléphone ; mais une fois qu'ils laissent

partir des gens, c'est aussi à eux d'essayer de leur trouver une voie de sortie. Un toxicomane qui vient de sortir d'une cure, je ne peux pas facilement le mélanger au reste du monde. Tout le monde est au bout de toute solution. On n'a pas de solution. On doit revoir pas seulement la prise en charge mais aussi l'accompagnement. Hôpital, prison, psychiatrie, ne font pas d'accompagnement, ils n'ont pas de personnes à l'extérieur pour s'en charger. On met maintenant des jeunes « sociaux », des « hors-murs », dans les quartiers difficiles, à la sortie des boîtes et bars, dans l'idée d'apporter du calme, mais à mon avis, ce n'est pas comme cela que les choses doivent se passer.

Au niveau de la toxicomanie, il y a toujours plus de produits... Ce ne sont pas les gens qui sont le plus en vue. La masse de gens qui consomme est intouchable: il s'agit de gens qui sont bien intégrés, qui ont leurs réseaux et leurs pourvoyeurs, qui consomment et sont intouchables. Ce sont des tonnes de produits qui sont vendus, même dans une ville comme Genève.

Il y a-t-il une différence entre le cocaïnomane et l'héroïnomane: le cocaïnomane est plus inaccessible et peut se cacher? Il ne va pas forcément recourir au système de soins ?

NC : L'héroïne était plus abondante il y a quelques années, maintenant c'est la cocaïne. C'est la cocaïne qui touche le plus de monde: les prix sont très bas et les mélanges plus accessibles. Il y a les riches qui prennent la meilleure qualité, mais qui vivent bien et sont intouchables, et les autres qui assument les restes, la plus mauvaise qualité, et qui ne s'en sortent souvent jamais.

De manière générale, quand vous rencontrez des gens de cette deuxième catégorie, vous n'arrivez pas forcément à les intégrer dans vos structures?

NC: Non, cela ne me déstabilise pas, car arrivé à un certain seuil, il faut s'avouer qu'il y a des choses qu'on ne peut pas résoudre, qu'il y a des limites et parfois ce n'est pas possible d'en faire sortir les gens...Des fois, dans des hôpitaux aussi, il y a des fins de vie qui se prolongent (p. ex. cancer) et ce qui est important, c'est d'être là, même si on ne peut rien faire. Etre là non pas comme témoin, mais comme soutien.

Quand ils viennent vous voir, c'est souvent pour passer la nuit?

NC: Non, il faut décoder les demandes, beaucoup ont besoin de résoudre un problème, soit de l'argent, soit à manger, etc. Ce qui compte le plus parfois, c'est de nous voir, de voir qu'on existe encore...et rien d'autre. Ils ont besoin d'avoir un contact.

Comment ces personnes voient elles l'avenir? Est-ce qu'elles ont des projets ?

NC: Souvent ces personnes veulent s'en sortir, mais parfois c'est juste une manière de parler...

Est-ce qu'ils se voient un jour avoir une autre vie ?

NC : Non...Ils ont des obsessions quand ils ont croché à un certain niveau, par exemple le désir d'avoir sa dose à telle heure etc. Mais le fond, c'est de se remplir de quelque chose. Il faut toujours descendre assez bas pour pouvoir rebondir et on n'est pas encore suffisamment bas. Des gens qui dérapent, il y en a eu de tout temps ; dans le passé, beaucoup d'artistes se droguaient pour créer, mais étaient suffisamment malins pour trouver des moments de créativité. Les produits étaient certainement plus propres aussi.

On ne peut pas sevrer tout le monde ; l'essentiel, c'est d'apprendre à vivre avec ses problèmes et avoir suffisamment de recul pour ne pas prendre les problèmes sur soi. On peut toujours se dire qu'il y a des choses à inventer...

Il est vrai qu'on a des approches différentes avec les spécialistes: on croit que le médecin va nous guérir, mais 50% de la réussite c'est nous-mêmes. Il faut reconnaître qu'au niveau de la toxicomanie, on ne fait que déplacer le problème. En fait, c'est notre style de vie qui fait que cela ne marche pas.

Vous êtes au jardin, c'est un jardin où l'on n'a pas de pavot, mais tous ceux qui viennent manger ici, ce sont des fleurs...

Entretien n°3 : D. Egger

Comment intervient la police dans la répression contre la toxicomanie ?

DE : Le rôle de la police est de faire régner le calme dans la rue par définition, donc c'est ce qui se passe dans la rue qui intéresse la police, pas ce qui se passe dans le domaine privé.

Ce qui est interdit, c'est la vente et la consommation de drogue sur les lieux publics, donc un vendeur ou un consommateur pris en flagrant délit, cela constitue une infraction (ceci est autant valable pour les drogues dites dures, héroïne, cocaïne, que pour le cannabis...)

Les suites peuvent aller d'une contravention jusqu'à l'emprisonnement, cela dépend de la quantité saisie. La difficulté et le danger dans l'application de ceci est que les personnes prises sur le fait peuvent avaler leurs boulettes de cocaïne, qu'elles avaient cachées dans la bouche ; alors ceci détruit les preuves, car on ne fait pas de radios pour investiguer, c'est quand même une irradiation, on ne peut pas forcer la personne contre son gré. La seule exception intervient s'il y a de lourds soupçons d'une grande quantité de drogue avalée, où le risque que des boulettes explosent représente un danger vital pour la personne.

Souvent, ces dealers/consommateurs sont pris en flagrant délit d'autres infractions (vol à l'étalage, agression...)

Quelles sont les suites d'une arrestation ? Que se passe-t-il au poste après ?

DE : Il y a une amende, dont le montant est fixé par le service des contraventions ; la brigade des stupéfiants s'en occupe en cas de saisie de drogue importante. La peine peut aller jusqu'à l'emprisonnement.

Cependant, dans la plupart des cas, ces personnes sont relâchées, car pour la majorité d'entre elles ce sont des petits dealers de rue et non pas de gros trafiquants. Il y a rarement des poursuites, la plupart d'entre eux sont relâchés aussi, en partie, par faute de preuve. On préfère laisser courir un coupable plutôt que d'accuser un innocent...et alors pour ces petits dealers, le cycle se perpétue une fois relâchés. Le problème de la récidive est très fréquent. Ces gens sont fichés au poste de police, on leur prend les empreintes et des photos ; mais c'est rare qu'ils aient un casier judiciaire, car pour ceci, il faut une amende excédant 500.- ou bien un délit grave. La fiche à la police n'est utile que pour le travail de police, surtout en cas de récidive ; elle n'aura aucun impact sur une recherche ultérieure de travail, par ex.

La prostitution par contre est légale à Genève, avec un permis C ou nationalité suisse, pour autant que la personne le fasse de son plein gré.

La répression est différente selon les drogues ?

DE : Tout stupéfiant est interdit, y compris le cannabis, la même loi s'applique comme pour les drogues dures. Cependant, à la différence des drogues dures, le cannabis peut se cultiver partout, en cachette ou dans les prés, sans que personne ne se rende compte on n'y fasse attention (p. ex. sur les aires d'autoroute, giratoire, les prés dans les campagnes genevoises). Le chanvre qui pousse naturellement, sans lampe UV et engrais, il produit moins de THC ; cependant, de toute façon, il aura moins de conséquences sur la santé à long terme que l'héroïne ou la cocaïne. Aussi, pour le cannabis, la répression est plus difficile à appliquer, car il se fume plus discrètement. De même, pour les drogues consommées chez soi, il n'y a pas de répression possible, pour obtenir un mandat de perquisition, il faut avoir des preuves ou des soupçons solides, sinon les sanctions pour le policier sont lourdes. Mais parfois la frontière est fine entre la certitude de culpabilité d'une personne et ce qu'il en est réellement.

Quels sont les problèmes associés à la prise de drogues dures ?

DE : La délinquance, surtout par manque d'héroïne, qui entraîne un manque physique plus accentué. Le besoin d'argent est urgent afin de subvenir à ses besoins, surtout dans les années 1980 quand 1g d'héroïne coûtait 1000.-, par jour c'est énorme ! Il en résulte des cambriolages, vol à l'étalage, petite criminalité, à main armée. On a assisté aussi à l'augmentation des attaques à l'arme blanche depuis l'arrivée des Balkans de personnes depuis des pays en guerre, où la violence est omniprésente ; les jeunes d'ici s'en sont inspirés... La délinquance a d'une part baissé avec la baisse du prix de l'héroïne mais d'autre part elle a augmenté avec la hausse du nombre de dealers et la banalisation de la drogue.

Que se passe-t-il avec les enfants des personnes toxicomanes ?

DE : Si les enfants des personnes toxicomanes sont en danger, ils sont retirés de la garde de leurs parents et ils peuvent être placés en famille d'accueil. La question des enfants est posée systématiquement lors d'un interrogatoire de police.

Est-ce que vous faites aussi de la prévention ?

DE : Il est difficile de faire de la prévention et de la répression en même temps...car le rôle de la police c'est avant tout le maintien de l'ordre public et la protection des citoyens dans la rue. Mais ceci est le rôle d'autres structures plus sociales, telles que des structures de bas seuil.

Quelle est la population de dealers ?

DE : Maintenant, ce sont surtout les Africains de l'Ouest, ils viennent avec un visa de tourisme valable 3 mois ou bien clandestinement. Avec Schengen, cela a facilité la libre circulation des clandestins en Europe. Une fois que le délai de 3 mois est dépassé, ils tombent dans la clandestinité. Le trafic de drogue pour eux est un moyen de subsistance, mais ils peuvent aussi devenir consommateurs. S'ils sont pris sur le fait, ils peuvent être expulsés en théorie, cependant en pratique, c'est beaucoup plus compliqué. S'ils n'ont aucun papier certifiant leur lieu d'origine et ils refusent de donner le nom du pays d'où ils viennent, on ne sait pas où les expulser. De plus, il y a maintenant des nord africains (marocains, algériens) qui se déclarent palestiniens afin d'obtenir l'asile politique, et ils ne seront jamais expulsés vers la virtuel « état palestinien ». Aussi, certains pays d'origine refusent de les reprendre...Alors durant le règlement de tous ces problèmes administratifs, ils restent à Genève dans la rue, en liberté...Car il n'y a rien à faire si leur pays refuse de les reprendre. Alors que d'autres étrangers clandestins mais honnêtes, avec un travail, même au noir, et une famille, on est obligé de les expulser car c'est la loi...même si c'est injuste ... Ceux-ci, ce sont aussi des personnes ayant débarqué en Suisse avec un visa de tourisme de 3 mois, qui ensuite sont tombées dans la clandestinité, mais ont cependant un moyen de subsistance honnête, le travail au noir. Souvent, les clandestins d'Afrique et dealers n'ont pas de logement, ils vivent et vendent de la drogue dans la rue...et il y a peu de chances qu'ils trouvent un travail et travaillent honnêtement. C'est un peu comme les cambrioleurs géorgiens, qui viennent à Genève délibérément pour voler. Il est cependant parfois difficile à trancher, car parfois ces gens envoient de l'argent dans leur pays d'origine et font vivre leur famille là bas...ou bien leur famille à Genève.

Y a-t-il plusieurs catégories de dealers ?

DE : Oui, il y a les dealers de rue versus les dealers « haut de gamme ».

Les dealers de rue vendent des produits mélangés, dilués, parfois on ne sait pas trop ce qu'il y a dedans. Ces dealers ont beaucoup plus de moyens financiers, c'est plus une question de survie. Ce sont eux qu'on arrive plutôt à intercepter, il est plus aisé du fait que tout se déroule dans la rue, le terrain d'action de la police. Ils commercialisent de l'héroïne et de la cocaïne ; cependant, on a remarqué que la consommation d'héroïne a diminué alors que son prix a diminué aussi, serai-ce un effet de mode ?

Les dealers « haut de gamme » vendent plutôt de la cocaïne pure, de haute qualité ; ils ont aussi une clientèle beaucoup plus fortunée, dans le monde de la finance et de la nuit. Les affaires se règlent en privé et non dans la rue. Ces clients possèdent des fournisseurs « attirés » et qui leurs sont connus. Ceux là sont difficiles à intercepter, car le trafic se déroule dans les lieux privés. Ces dealers commercialisent donc surtout de la cocaïne ; le sevrage à la cocaïne donne-t-elle peut être des effets secondaires plus « supportables » que l'héroïne ? En tout cas la cocaïne engendre moins de violence que l'héroïne.

Avez-vous des solutions pour combattre ce fléau de la violence urbaine engendrée par la drogue ?

DE : Ce que l'on sait, c'est que la prohibition n'est jamais totalement efficace, ce n'est pas une solution, mais la libération de la drogue non plus ! Même si, pour certains, le fait de lever l'interdit sur une drogue ferait diminuer son attrait, pour d'autres en revanche, ils pourraient se mettre à consommer alors qu'ils ne le feraient pas actuellement. Il est difficile pour la police de faire de la prévention, car elle peut difficilement réprimer et prévenir en même temps ; c'est aux autres structures, p. ex celles de bas seuil, de faire plus de prévention...

La police reste largement impuissante pour éradiquer ce fléau, par manque d'effectifs surtout. Le regroupement des unités de police sur le canton de Genève, avec une baisse globale du nombre de postes de quartier, a affaibli la police de proximité. Pourtant, une meilleure surveillance, constante et de plus près, de la vie du quartier, permettrait de gagner la confiance des gens et permettrait de surveiller de plus près le « deal » dans les rues et les problèmes associés : règlement de comptes (qui ne se fait plus entre deux individus mais plutôt entre des gangs), seringues usagées, insécurité, cambriolages, vol à main armée... Une police de proximité permettrait de réinstaller le climat de confiance et une convivialité dans le quartier, sans tomber dans l'excès et tout en respectant les libertés individuelles. Il faut surtout redonner confiance en la police et éviter l'effet « jet de pierres » comme dans les banlieues françaises (on ne connaît que peu ce phénomène en Suisse cependant, du fait qu'on n'a pas ce genre de banlieues, de cette taille).

Une police de proximité permettrait de traiter ces problèmes liés à la drogue et autres plus précocement, par exemple en ayant un effet inhibiteur sur le deal.

Mais la police n'a pas assez d'effectifs et il y a trop de travail ; la police sur le terrain gère tout : drogue, violence, cambriolages, vols à main armée, vols à l'étalage... Et de plus, elle passe énormément de temps dans l'administration, car les gens ont compris qu'on peut déposer plainte un peu pour tout, pour des voisins qui font un peu de bruit par exemple... Et cela fait perdre beaucoup de temps à la police, à cause de toute l'administration à faire autour...

Entretien n°4 : Yves-Alain Repond

Quel est votre parcours ?

Y-AR : Je suis de formation infirmier en psychiatrie et j'ai également une formation en art thérapie.

J'ai travaillé dans 2 institutions post cure pour toxicomanes désirant l'abstinence.

Au Tremplin à Fribourg, dans un centre d'accueil post cure au Foyer Horizon.

La fondation Martinet à Grandson. Les gens arrivent déjà sevrés on ne fait pas de cure de sevrage. Les gens viennent vraiment en thérapie pour viser une abstinence. Les chutes, les rechutes, il y en a de toute façon, mais si elles se répètent les gens ne restent pas, donc c'était plus facile de travailler dans ce cadre-là.

Mon apport était d'amener un accompagnement thérapeutique à médiation artistique, qu'on appelle de l'art-thérapie. J'accompagnais des gens à faire des expériences sur une semaine. Pendant la durée de leur séjour, ils avaient l'occasion de faire 3 voire jusqu'à 9 séjours d'une semaine en nature, avec un travail artistique en nature qu'on appelait le « land art », qui est un travail de développement personnel voire thérapeutique utilisant la nature comme support visuel symbolique. Mon parcours était assez particulier. J'étais à la fois dans l'institution et en dehors. J'ai travaillé les $\frac{3}{4}$ de mon temps à l'extérieur avec eux et $\frac{1}{4}$ dans l'institution pour les colloques, préparation...

Qu'est-ce qui vous a orienté vers la toxicodépendance ?

Y-AR : D'abord ça m'intriguait. Cette façon de se mettre en danger en brûlant la bougie par les deux bouts. Ça me paraissait comme un suicide lent, et j'avais envie de comprendre qu'est-ce qu'il y avait derrière ce suicide masqué.

Par rapport à la créativité, concernant les toxicomanes, elle ne diminue pas. Quand on voit les stratégies incroyables qu'ils trouvent pour se procurer le produit, ils sont extrêmement malins. Ça prouve bien qu'il y a de la créativité là-dedans. Je pense que la créativité peu autant construire que détruire.

Certaines personnes pensent que l'on fait un travail pour aider les gens à être créatifs. Mais non ce n'est pas ça, c'est pour faire quelque chose de leur créativité. On essaie de ce construire d'être mieux, de retrouver un équilibre, d'utiliser la créativité et non pas de la développer.

Comment se passait la préparation du camp ?

Y-AR : Je voyais les gens individuellement pour préparer la thématique de leur semaine. A partir de là, c'est clair que c'était du travail art thérapeutique par du collage, des discussions sur ce qu'ils étaient en train de travailler dans l'institution. On essaie de coordonner ce qu'ils sont en train de traiter dans l'institution.

Au tout début, les premiers 7 jours, un thème était par exemple : comment j'arrive à être et à exister dans cette nature ? Qu'est-ce que je peux y faire sur les 12-14h de présence sur un même endroit ?

Vous partiez avec combien de participants ?

Y-AR : 5-7 maximum 8.

Comment se déroulait la vie au camp ?

Y-AR : Pendant l'approche spécifique de cette semaine, j'avais plusieurs casquettes. On n'avait pas les moyens d'avoir d'autres professionnelles qui m'accompagnaient. J'avais quelques stagiaires surtout en art thérapie et parfois aussi en psychologie ou éducateur mais très peu. En principe, j'étais seul. Mon rôle c'était d'être art-thérapeute mais en même temps, on vivait donc il fallait qu'on se nourrisse, qu'on achète, et on partait avec un montant et fallait qu'on gère cette somme. Il fallait qu'on se nourrisse du mieux possible donc y avait tout un débat avant de partir de savoir quoi acheter.

J'essayais d'animer ce groupe de tâche quotidienne afin que ce soit ludique et intéressant.

Il y avait toujours des gens qui avaient voyagé dans leur vie et qui avaient des recettes orientales, de goûter...

Physiquement c'était des patients qui étaient comment ?

Y-AR : Au début, c'est quand même bien souvent de la malnutrition qui se voyait aussi par les habitudes alimentaires. Au début de séjour, au début de thérapie. Gomme, coca, plats tout prêt, je n'étais pas le seul à les sensibiliser, il y avait aussi une cuisinière en diététique. J'essayais de faire en sorte de faire des équipes de deux. Quelqu'un qui avait un peu l'habitude de se faire à manger et qui en avait envie, et un autre qui n'en avait aucune envie.

Il n'y avait pas de diététicienne ?

Y-AR : Non, mais dans ce cadre-là, ça aurait été fantastique. J'ai quelques notions d'alimentation. Je leur faisais par exemple découvrir les légumes sauvages, je connais assez bien ça. On faisait des potées, des gratins, les herbes qu'on peut manger comme ça dans la nature. C'est quelque chose qui les surprenait beaucoup parce qu'on travaillait, on utilisait cette nature au milieu de la métaphore, au milieu du sens et tout à coup on pouvait aussi la manger.

Peu à peu ont-ils commencé de manger autrement ? D'avoir une certaine structure ?

Y-AR : Oui, il fallait amener beaucoup de structure, et ce travail spécifique dans la nature. C'était une contradiction de faire une thérapie dans la nature.

Il fallait remplacer la sécurité d'un atelier, remplacer la structure d'une institution et son organisation par des règles de jeux qu'il fallait nommer, qu'il fallait présenter faute de quoi l'aventure n'était pas possible. Je leur disais toujours au début que ça pouvait leur paraître rébarbatif, un peu embêtant, mais que si on ne s'entendait pas sur ces règles, on ne pouvait pas jouer ensemble, et vous êtes venus pour jouer sérieusement. Vous allez peut-être transformer. Mais avant tout, il fallait qu'on s'entende... Par exemple, si on joue aux échecs et que vous et moi on n'a pas les mêmes règles, on ne peut pas jouer, et si vous ne respectez pas les règles, je vous les rappellerai. Si d'aventure, moi j'en oublie une, vous me la rappellerez et ça marchait très bien. Souvent les règles, c'est eux qui les mettaient pour finir. J'ai fait ça durant 7 ½ ans et les 2-3 dernières années il y avait beaucoup de rigueur.

Et le temps, il fallait que tout le monde ait une montre. Avec la montre, ça vous permet d'utiliser tout le temps pour faire ce travail thérapeutique. Si on n'a pas cette montre, soit on arrive en retard et on embête tout le monde, soit on arrive trop vite et qu'est-ce qu'on fait du temps qu'on n'a pas utilisé ? C'était pour leur donner cette structure. J'ai passé beaucoup de temps pour faire des règles qui ont du sens.

A quel moment venaient-ils au camp ? Qu'est-ce que vous y faisiez ?

Y-AR : Il fallait d'abord qu'ils soient les deux premiers mois dans l'institution, bien connaître les règles, et quand l'engagement était plus ou moins bon à ce moment-là, ils étaient obligés de venir au moins 1x au Landart. Mais ensuite, ils étaient libres de revenir plusieurs fois.

Les 1ers thèmes, c'était quoi créer avec des objets de la nature ? En quoi ça peut parler de moi ? Faire des traces avec des objets de la nature.

Le 2ème, c'était plus sur un thème qu'ils étaient en train d'élaborer avec le psychothérapeute ou la famille. C'était souvent : je me place dans mon environnement familial ou de société. Par exemple, le tronc, un arbre c'est ma mère, mon père ou c'est celui que je n'ai pas eu, les absences, les manques, les maltraitances, ... enfin il y a des thèmes qui revenaient tout seul.

Le 3^{ème} thème, c'était le chemin de vie et raconte l'histoire des gens de la naissance jusqu'à aujourd'hui. Et quelques uns arrivaient à se projeter dans l'avenir.

Vers la fin de la thérapie, les thèmes sont plus par exemple : le thème du pont d'une rive à l'autre. Une rive, c'est l'institution et l'autre rive c'est l'après et comment on fait ce pont concrètement, physiquement, est-ce qu'il tient ? Est-ce qu'il est solide ? Il y avait toute la symbolique, le sens du pont.

Et tous les autres thèmes étaient vraiment liés à la personnalité, à ce que réalisait le résident au niveau de son travail thérapeutique.

De manière générale, quelle était leur toxicodépendance ?

Y-AR : Le 90% étaient poly toxicomane. Tous les gens qui avaient entre 5-15 ans de toxicomanie. J'en ai même connu qui en avait 35 ans, mais avec ce passage qu'on connaît avec le démarrage dans l'adolescence avec des dérapages, la marginalisation, les vécus très conflictuelles avec le milieu de la famille, l'abandon, enfin toute cette cause-là, et la vie de l'adolescence comme ça différente avec son besoin d'être différent, et avec des glissades comme ça sur des expériences d'héroïne, de cocaïne d'ecstasy.

Ces gens naviguent souvent entre l'héroïne et la cocaïne. C'est souvent le passage de l'un à l'autre. Souvent l'un pour sauver l'autre. Le problème avec la cocaïne, c'est que son effet est court, et qu'il faut aussi en trouver.

Le 1er travail qu'on faisait avec eux en art-thérapie, c'était qu'ils puissent accepter que la toxicomanie leur ait apporté quelque chose. La plupart avait un profond dégoût de leur vie, le produit de leur dépendance et de là, à imaginer que ça leur avait servi à quelque chose, c'était pas facile. Dès le moment où ils avaient compris que ça avait été quand même un moyen de se sortir de la torpeur, de la dépression de la problématique de l'angoisse, à ce moment ils étaient prêts à entrer, et à considérer que ça leur avait servi et que maintenant ils peuvent passer à autre chose. Dans chaque défaut, il y a une force.

Y avait-il une fourchette de moyenne d'âge ?

Y-AR : Entre 30-35 ans avec des exceptions. De toute façon, c'était tous des adultes.

Y a-t-il des points communs entre eux, sur ce qui les a poussé au départ à rencontré la substance ?

Y-AR : Oui, il y en avait. C'était tout l'intérêt d'un travail de groupe. C'est un travail que moi je n'ai pas vraiment fait.

La priorité c'était un travail individuel, même si on partageait en groupe des choses. Dans l'institution, la thérapie était plutôt en groupe et le psychothérapeute voyaient les gens

individuellement pour le début de la thérapie, mais ensuite ils rejoignaient un groupe et c'est dans ces groupes qu'on s'apercevait qu'il y avait des similitudes de parcours.

J'ai fait avec la systémicienne un travail avant que je parte sur un jeu de l'oie ou chacun posait certaines valeurs sur des passages de son existence, les rechutes... Quelqu'un qui avait 20 ans ou 5 ans de toxicomanie, ils arrivaient à s'entendre sur les mêmes mots, par rapport aux épreuves, aux rechutes, interpréter le cercle vicieux.

Y en a-t-il qui arrivaient à se projeter dans le futur ? Une réinsertion dans le travail comme un vieux rêve d'avant ?

Y-AR : C'était un contraste assez étonnant. Je ne leur demandais jamais trop, mais eux s'impliquaient et ils avaient besoin d'avoir un but, un idéal. Donc quand à la 3^{ème} semaine, si je leur donnais comme thème le chemin de vie, presque à coup sûr, il y avait un après, mais qui était très idéalisé. Par contre le travail que je leur demandais sur le pont, sur ce qui y a de l'autre côté, là il y avait des peurs, il y avait beaucoup d'incertitude. Ce sont des gens qui avaient quand même vraiment travaillé sur eux et qui savaient que la vie qui les attend n'allait pas être rose du tout. Si le travail est bien fait, ils ne vont pas idéaliser à outrance leur avenir. Un idéal certes, mais qui soit quand même réalisable. Il y avait un contraste entre les créations que je voyais entre l'avenir en début de thérapie ou l'avenir de la fin.

Au niveau de la vie familiale, sociale, comment se voyaient-ils ?

Y-AR : C'est tellement difficile de généraliser comme ça. Le travail avec les professionnels d'institution, s'ils n'arrivent pas à se projeter dans un quotidien plausible, ça veut dire que le travail est mal fait. On évitera quand même de les encourager dans une idéalisation exagérée.

Mais il y a quand même quelques fois où les gens n'arrivent pas au bout de la thérapie. C'est peut-être 1/3. Ils y arriveront peut-être un jour. Mais peut-être qu'ils feront 2-3 ou 5 mois et ensuite ils échouent. Souvent en partant ils nous disaient : « c'est bon j'ai compris », mais ils se plantaient de toute façon. Quand ils sortent d'eux même, sur un coup de tête, parce qu'ils en ont marre de l'institution, ce n'est pas un bon signe. Par contre si en terme d'échec ou de réussite, moi j'aime bien prendre ce parti que finalement même les gens qui viennent et arrivent sur le pas de la porte, qui restent 2 jours et qui repartent, pour moi ce n'est pas un échec. C'est bien souvent des gens qu'on revoit après, car ils ont déjà fait ce premier pas qui était énorme, c'est-à-dire le sevrage. Même s'il n'a pas été forcément bien fait, il a quand même été fait. Déjà accepter qu'on a besoin d'aide, et après de savoir qu'on n'est pas encore prêt, ok mais tout ce chemin a été fait, donc nous on était toujours très reconnaissant des gens qui avaient déjà fait un petit bout de parcours, même s'ils n'arrivaient pas à la fin. J'ai pu voir un certain nombre de résidents 2 à 3x et souvent la 3^{ème} était la bonne pour arriver à la fin de la thérapie.

Ils ne venaient pas anonymement ? Ils donnaient leur nom ?

Y-AR : Oui, ils donnaient leur nom.

Quand ils parlaient à la fin de la thérapie, est-ce que vous gardiez des contacts avec eux ?

Y-AR : Personnellement pas, mais dans l'institution, oui il y avait tout un suivi.

Les proches étaient aussi inclus dans le traitement ?

Y-AR : Vers la fin, c'était plutôt systémique. Les familles étaient interpellées dès le début avec la liberté de chacun. J'avais très peu de contacts avec les familles. Je travaillais d'une manière un peu

spéciale avec elles, je travaillais avec l'image de la famille avec l'art. Par contre, ce qui se faisait réellement comme travail avec les familles était présent dans les créations. Au fil du temps dans la thérapie, je voyais bien tout le travail qui se faisait, c'était aussi une façon de mesurer l'importance de tous ses apports différents.

Au début, est-ce que les patients arrivent facilement à créer quelque chose ?

Y-AR : Le travail dans la nature est plus facile. Tout le monde arrive, avec 3 pierres, à jouer avec les éléments. On n'a pas besoin de savoir dessiner une feuille, pour utiliser une feuille dans une création. Donc c'était un peu plus facile. Par contre par rapport à la peur de pas pouvoir, pas savoir, ça je l'ai remarqué et ça m'a beaucoup surpris. Je me disais que c'était des gens qui avaient mis en danger leur vie maintes fois, et par rapport au risque de créer, que ça n'allait pas jouer. Et bien, oui il y avait beaucoup d'angoisse de ne pas savoir, pouvoir le faire, le regard de l'autre. C'était énorme ! Je devais beaucoup travailler en amont pour les aider, pour les encourager à jouer.

Est-ce qu'il y en avait qui vous disait : « Non mais nous on ne sait pas comment faire »?

Y-AR : Les arts thérapeutes savent ce qu'il faut faire dans ce genre de situation. Il y a quelques phrases à dire, quelques exercices à faire tout de suite pour rendre la création possible pour tout un chacun. Déjà à cause du non jugement, à cause de la non nécessité de faire quelque chose de bien, que ce n'est pas du tout l'enjeu de faire quelque chose de beau ou de joli. Donc si on enlève déjà toutes ces tensions, simplement exister avec les choses, en les bougeant, c'est relativement facile pour un professionnel. C'est aussi le plaisir d'amener la personne qui n'a peut être pas du tout la même envie de le faire, de l'amener à ce qu'elle soit à l'aise.

Quand vous partiez en camp de nature pendant 1 semaine, quelles personnes composaient vos groupes ?

Y-AR : C'était ouvert, il y avait des gens qui commençaient la thérapie, d'autres qui finissaient. Je me suis dit que ça allait être la richesse du groupe. Les anciens et les nouveaux. Par contre, vu que j'étais seul avec eux, je leur disais de m'aider, qu'il fallait qu'on se serre les coudes. Qu'ils devaient penser à rappeler les règles aux nouveaux.

Trop insister en toxicodépendance, ce n'est pas les aider, qu'en pensez-vous ?

Y-AR : Oui tout a fait. Il y avait une grande responsabilité dès le début, de chacun par rapport à son parcours à sa capacité à transformer les choses. En aucun cas le thérapeute va faire le travail à leur place. Comme je partageais le quotidien avec eux, je n'étais pas parfait, et ça aidait les gens à se responsabiliser aussi.

Quand je vois qu'on a plutôt tendance à accompagner ce genre de personnes dans un processus de dépendance, comme prévention Sida, distribution de seringues, je comprends bien ce travail, je ne suis pas contre ça, mais j'ai l'impression qu'on démissionne.

Je pense que maintenant les institutions post cure doivent s'ouvrir à des gens sous méthadone. Avant, il y avait des institutions où c'était le sevrage point. C'était quand même plus facile pour les gens qui venaient, c'était ça le but visé.

Maintenant, ce n'est plus d'actualité. Alors je ne sais pas, si ce n'est pas finalement aussi une histoire d'argent parce que faut bien que les institutions survivent, et pour survivre faut aussi accepter d'accompagner les gens dans des consommations cadrées comme avec la méthadone par exemple. Ne travailler qu'avec des gens sous méthadone, ce n'est quand même pas la même chose

en thérapie que de travailler avec des gens qui ont vraiment décidé d'arrêter. Et dans les endroits où les gens sont mélangés, j'ai quand même beaucoup de craintes.

Je ne sais pas si l'état donc le pouvoir donne suffisamment pour les institutions post cure. J'ai un peu l'impression que c'est le parent pauvre.

Après la semaine, vous les revoyez individuellement ?

Y-AR : Oui. Avant le retour, on travaillait sur : quand on va retourner dans l'institution, qu'est-ce qui va se passer ? Quel sera l'accueil des autres ? Je les voyais aussi la semaine qui suivait leur retour dans l'institution. Faire les liens, voir comment ils se sentent avec ce qu'ils ont appris ?

Qu'est-ce qui est difficile d'intégrer ? Approcher toutes ces difficultés-là, c'est un travail où il fallait toujours faire des ponts avec tout ce qui était en train de se passer dans l'institution. Ce qui changeait dans leur approche du monde, leur prise de conscience dans le quotidien.

Selon vous, qu'est-ce qui peut influencer le fait qu'ils entrent dans le monde de la drogue ? Les facteurs de risque ?

Y-AR : Quand on est thérapeute, on sait qu'il n'y a pas un événement. Il y a tout un passé. Peut-être même des casseroles qu'on traîne avec soi qui ne nous concerne même pas, mais qu'on porte quand même. Je pense à la problématique intergénérationnelle.

Toute la détresse d'une personne, d'un jeune qui ne trouve pas ses repères, sa place dans ce monde, et qui par l'héroïne va annihiler, effacer gommer son malaise, son trouble, ... Pour moi, c'est une automédication, mais aussi quand même ce besoin, que j'ai souvent retrouvé, de spiritualité, de recherche de sensation mal orientée.

On vit dans une société où on vit dans la consommation des choses. On est tous baigné la dedans. Tout est favorable pour qu'on aille tout de suite au plaisir, tout de suite au soulagement et c'est plus aussi ça qu'il faudrait voir. C'est un phénomène de société, mais c'est aussi un lourd passé d'abus, de coma, d'abandon, de mort, de non reconnaissance, de gens qui n'ont pas à leur place qui sont marginalisés.

Il y a aussi les milieux. Milieu de la rue, des gens ayant des parents qui travaillent les deux, les enfants sont un peu abandonnés pas mal d'heures dans la journée.

Il y a tellement de causes.

On peut déjà imaginer une fragilité de manière générale que la substance va permettre de calmer ? Et avez-vous déjà vu des patients qui vous ont étonné de leur présence ou y avait-il toujours une cohérence sur la raison de leur présence ?

Y-AR : Après le travail thérapeutique dans le 90%, on peut faire des hypothèses assez fortes sur la fragilité qui a amené la personne à consommer. On sent la fragilité qui a amené à la consommation de la substance. C'est vrai qu'il y a quelques exceptions. Des fois, très étonnantes, où en tout cas on n'a pas mis le doigt sur la problématique. Parfois, on se dit qu'il y a quelque chose qui nous a échappé. Parfois c'est simplement une aventure, une envie de découverte qui a mal tourné et qui a créé une dépendance, car la personne a insisté dans cette recherche de fantastique d'évasion, par curiosité et le produit la rattrapé.

Avez-vous beaucoup de patients qui ont attrapé des maladies chroniques ? Comment vivaient-ils ce poids supplémentaire ?

Y-AR : Oui, hépatite, HIV et toute la dégradation corporelle, les dents qui tombent, ... Ce problème de dent, ils l'avaient presque tous. A 25-30 ans, ils n'avaient souvent que quelques dents qui restent. Pour les frais de dentistes ? Qui les paie ? C'était un grand problème.

Le travail thérapeutique, s'il est bien fait, les amène à être responsable, et être responsable c'est assumer. Assumer leur maladie, ça c'est tout un travail. Je trouvais qu'il le faisait avec beaucoup de courage et ça, ça m'a beaucoup surpris. Comme s'ils avaient traversé la tempête et qu'il restait encore quelques averses.

Quand on a le sida, qu'on a une trithérapie, ce n'est pas anodin. Mais je les trouvais souvent très courageux et appréciant souvent les petites améliorations, les aménagements de leur santé et beaucoup d'espoir. Mais bon c'est très difficile de généraliser.

En tout cas, c'était un grand travail en thérapie d'assumer ses conséquences directes par rapport à la culpabilité. Ça nous invite à évoquer la culpabilité d'une manière beaucoup plus profonde. Une fois de plus, si ce travail est bien fait en psychothérapie, ça vient aussi régler ce genre de culpabilité directe lié à ces carences, à ces problèmes de santé.

Y avait-il des facteurs de risques de rechute ?

Y-AR : Oui, bien sûr : le découragement. C'est clair que c'est un long parcours semé d'embûches. On parlait avant des problèmes de santé. Quand il y a des rechutes, ça peut amener la personne à se décourager. Des personnes toxicomanes, quand elles veulent quitter leur identité toxicomane, elles ne peuvent pas en prendre une autre, car elles n'en ont pas d'autre. Il faut donc tout construire, et il y a un vide terrible avant, une angoisse terrible. C'est donc plus facile de retomber dans quelque chose de mauvais, mais de connu, que d'aller vers l'inconnu qui pourrait être meilleur.

Par rapport à ce vide, avez-vous vu des patients qui ont tenté de combler ce vide par l'alimentation ?

Y-AR : Boulimique, oui. Les gens sevrés au produit avaient besoin de se remplir d'autres choses. La volonté de changer et commencer de ressentir les choses, goûts, les émotions, c'était un début. Seulement, ils ne savaient plus qu'en faire, et il y a toujours cette idée d'exagérer. Quand on a un petit plaisir de s'alimenter, finalement pourquoi ne pas aller plus loin. Et ils allaient aussi abuser à ce niveau-là. Quand je le voyais directement dans les camps, j'essayais de mettre du sens avec ça, et vu qu'on essayait de créer du sens, on ne pouvait pas dire des choses et faire complètement l'opposé. On essayait de faire des liens.

Parfois il faut aussi savoir s'avouer que pour l'instant ce n'est pas possible, que pour l'instant la personne a besoin de manger comme ça. C'était tout un travail d'équipe (les éducateurs travaillaient beaucoup en approche cognitivo-comportementale). C'est quelque chose qui fonctionne assez bien de les rendre conscients, de faire en sorte qu'ils puissent eux-mêmes faire ces choix.

Quand on voit que des personnes en fin de thérapie s'alimentent mieux, arrêtent de manger n'importe quoi, on est un peu rassuré. Hélas, parfois quand on voit en fin de thérapie des qui font un bon travail, mais qu'on voit ensuite comment ils se comportent à table, on se dit qu'il y a encore du travail. C'était un indicateur.

C'est comme si le problème c'était déplacé ?

Y-AR : Oui, d'ailleurs une grande partie des toxicomanes qui s'en sortaient par rapport aux drogues dures trouvaient quand même souvent la solution dans l'alcool. Donc devenaient des alcooliques et une nouvelle dépendance commençait. En même temps, le travail qui s'était fait sur 1-1 ½ année n'avait pas été vain par rapport à cette dépendance à l'alcool. J'ai aussi vu des gens qui avaient arrêté de boire par la suite.

Ca peut être parfois une étape supplémentaire qui peut être nécessaire. Oui, faut peut-être pas voir ça comme le fait qu'ils sont devenus dépendants à l'alcool et c'est fini.

J'en ai vu dernièrement un qui a accepté de venir témoigner dans un cours sur la dépendance. Il avait plus de 30 ans de toxicomanie, et avait beaucoup de peine à partager avec les autres lors de débats, de travail de groupe. Et là il a accepté de venir témoigner dans une école d'art-thérapie. Parce qu'il avait vraiment envie « de me rendre l'appareil » parce que le « land art » lui avait sauvé la vie.

Vous voyez comment la prévention actuelle ?

Y-AR : A vrai dire, je la connais mal maintenant je ne sais pas trop ce qui s'y fait. Pour moi, la bonne prévention serait celle qui tend à promouvoir le sport, sur la santé en général. Encourager la culture, et peut-être aussi la conscience du monde.

Quelle serait les pistes pour une prise en charge idéale ?

Y-AR : Retrouver une autre identité plus constructive, plus équilibrée, qu'ils se sentent mieux dans leur peau. Tout un travail pour les aider à recréer leur tissu social, relationnel. Il faut tout reconstruire. Il faut qu'ils sortent de ce milieu et tout reconstruire. Petit à petit leur refaire découvrir les joies de l'existence, faire face aux difficultés avec intérêt, passion et retrouver de l'intérêt dans toutes les choses de la vie même les plus simples. Les personnes qui ont perdu le goût de vivre, mais aussi les sensations, les émotions, ... de les retrouver, c'est important. Parfois, ça ne suffit pas, mais on va quand même dans ce sens-là. Après on n'a pas parlé du suicide par overdose, mais ils ont tous connu ça dans leur entourage.

Et alors concernant les suicides?

Y-AR : Le suicide, c'est aussi une démission. Quand le combat est trop dur, trop lourd on aurait tendance à baisser les bras. Mais c'est vrai que quand ils arrivent après tant d'années où ils ont fait x overdoses, on se demande comment ils ont pu survivre à tout ça ? Ils sont très solides à leur manière.

Entretien n°5 : Dr Thomas Rathelot

Quelle est votre parcours ?

TR : Je suis Médecin psychiatre chef de clinique ici depuis 15 jours. Avant j'étais responsable du programme PEPS pour l'héroïne. J'ai fait ma formation sur France et je suis arrivé en suisse en 2006

D'où vient votre intérêt pour les personnes toxicodépendantes pourquoi ?

TR : En psychiatrie, on est souvent confronté dans la pratique aux problèmes de la psychose. Je m'intéressais aux psychoses qui ont souvent un double diagnostic. Surtout l'aspect du cannabis et psychose qui est un débat actuel. Maintenant mon intérêt est plus spécifique à la clinique de l'addiction.

Services d'abus de substances avant beaucoup d'images. Maintenant l'addiction est un concept qui est plus basé sur les comportements associés à une substance. En clinique, c'est trop réducteur si on pense que par le biais des substances. Ex : psychotiques. La cocaïne plus délétère et moins compatible avec qualité de vie que l'héroïne sur le plan physique. Le patient dégringole plus vite.

Y a t il une différence entre les cocaïnomanes et les héroïnomanes ?

TR : L'image de marque ... c'est comme du marketing : pour la cocaïne on parle de milieu friqué, c'est une drogue sociale ou pense que c'est positif. Qu'elle donne une certaine marque sociale. L'héroïne c'est plus le toxicomane des années 70. Cela c'est l'image de la représentation qu'on a. La réalité est que la cocaïne fait plus de mal et plus rapidement. Y a des héroïnomanes qui gèrent leur vie. PEPS s'occupe des grave. C'est le comportement avec la substance qui est plus importante que la substance elle-même.

Est ce que qualité importance sur effet délétères ?

TR : Surtout dangereux avec mauvaise qualité de coupe et encore plus dangereux si injection par intraveineuse que si sniffé. Qualité à peu de répercussion sur l'addiction.

Cocaïne est elle plus une drogue plus récréative?

TR : Dans cette clinique il y a des comorbidités lourdes (psychotiques schizophrènes vivent leur psychose à travers l'addiction) cocaïne fait flamber ces pathologies alors que l'héroïne lisse la symptomatologie. Une personne qui n'a jamais eu de décompensation n'aura forcément jamais eu un diagnostic de psychotique vu qu'il a toujours été sous substance. Ca leur permet de vivre différemment donne une certaine marginalité.

La psychose est un facteur de risque ?

TR : Jamais prouvé qui est le lien de causalité dans la temporalité : consommation avant symptômes ou l'inverse. Signe prodromique avant la maladie. Cocaïne et héroïne habillent la psychose mais ne sont pas les facteurs qui causent la maladie.

Que peut-on dire de la première prise ?

TR : Tout le monde commence un peu dans le même contexte : festif, terme qui a déjà une signification différente pour un banquier ou une personne marginale. Les comorbidités rendent plus vulnérable pour rentrer dans les comportements d'addiction, maintenant on est tous inégalement vulnérable face à l'addiction. Au départ, c'est toujours pour le plaisir mais alors que certains, plus armés, qui s'arrêtent dès qu'il n'y a plus de plaisir alors que d'autres entre dans le cercle. D'abord c'est pour partager des choses ensemble, ensuite ça devient un processus addictologique ; c'est à dire qui est très spécifique et dépend d'un sujet à l'autre. On ne peut pas trop déterminer pourquoi... parfois l'alcool est le plus gros problème chez l'héroïnomanie. Ce qui détruit leur capacité sociale c'est l'alcool.

PEPS ont substitué avec la substance. Ne vivent plus toxicomanes dans l'archétype ceux qui prennent deux injections par jour, mais qui ont une famille ce n'est plus pareil. Les cocaïne c'est une prise compulsive donc les cocaïnomanes sont moins faciles à stabiliser.

La première ligne c'est la meilleure !

La descente est vraiment désagréable, quand on reprend on remonte le niveau mais jamais autant comportement aussi patients prennent la cocaïne de façon gérée qui aménagent un jour par mois.

Quels sont les problèmes de poids rencontrés chez les toxicomanes ? A risque de carence ?

TR : Le poids ? Quand ils gèrent leur consommation, il n'y a pas de problèmes. Il n'y a pas de carences dues à la substance. C'est les comportements qui influencent leur alimentation. « Tant que je gère un minimum entre abstinence et le drame ultime, perte de contrôle où on m'amène à l'hôpital sinon je suis mort dans le caniveau. » Beaucoup de gens commence mais peu deviennent addictes. Donc en général, la substance a une fonction qui est derrière sinon pourquoi on n'arrête pas de se péter la gueule tous les jours ? Ça ne sert à rien d'arrêter si on n'a pas résolu la raison qui s'y cache. Il faut penser en comportements. Avec la cocaïne la lune de miel ne dure généralement pas longtemps. On s'abîme plus. Après quelques années de consommation, soit ils arrivent à mettre un cadre qui peut être financier. Souvent due des années et des années mais arrête du jour au lendemain, car ce n'est plus compatible avec le reste. Par exemple ils ont failli mourir. Les fonctions sont diversifiées, il n'y a pas de profil. L'addiction on parle de comportements. On parle d'addictes. Sur ces comportements tous les types de sujets imaginables. En tant que médecins on a aussi toutes les représentations de la société au début.

C'est vrai de dire qu'ils ont eu beaucoup de problèmes ? (enfance, subis abus etc.)

TR : Oui ce n'est pas qu'une représentation. Ils sont plus représentatif mais c'est un facteur de risque associé. Mais la causalité est difficilement démontrable. On le voit quand on fait des études sur la violence, on s'aperçoit que plus d'antécédents de violence dans l'enfance.

Besoin de psychothérapie pour régler les problèmes ?

TR : La thérapie institutionnelle permet de combiner les choses. Certains patients comme par exemple les schizophrènes, on ne va pas les allonger chez un psychanalyste. Ce serait trop délétère pour eux. A Genève, spécifiquement, on ne donnera jamais qu'un traitement de substitution. La réflexion du programme d'héroïne c'est d'être dans un programme de soin. D'abord on essaie de lui donner l'aide sociale dont il a besoin, pour faire en sorte que la personne ait un logement etc. Après une psychothérapie peut être proposée. On n'est jamais vraiment sorti d'affaire avec les addictions.

L'héroïne peut être prescrite car elle ne provoque pas d'effets secondaires délétères. C'est les dégâts collatéraux le problème, les infections locales, la dénutrition et la marginalisation. Avec la

cocaïne on ne peut pas vivre 40 ans, il y a des risques cardiovasculaires. C'est un peu on/(off. Toujours regarder la balance entre les bénéfices et les risques.

Il n'y a pas de solution. Difficile de créer un lien thérapeutique avec une substance. Pour cocaïne on n'a pas de substitution. On traite la comorbidité associée comme l'anxiété ou l'hyperactivité donc Ritaline®, amphétamines du coup on a plus besoin de « s'automédiquer » donc plus besoin de la cocaïne.

L'idée s'est qu'on part pour un long parcours. Les patients addictes quand ils viennent consultés c'est qu'ils ont un déjà un problème avant. Ils arrivent avec un fusil dans le dos : brigandage braquage ils sont abimés psychiquement et/ou physiquement. Quand ils viennent avec fusil dans le dos. Il faut déjà prendre le temps de parler de la place de la substance : déni après on a des phases. Donc des phases d'accompagnement donc l'aspect thérapeutique est toujours entremêlé : médicament psychothérapie etc. L'idée c'est que le patient face sa demande, on peut essayer de faire émerger celle-ci.

Les proches sont-ils intégrés à la prise en charge ?

TR : Les proches sont très souvent impliqués, surtout qu'il y a souvent une problématique familiale on parle aussi de codépendances. Ils sont souvent impliqués vu qu'on essaie de rétablir les contacts et les liens. Ça fait partie vraiment du travail thérapeutique.

C'est une prise de conscience pour eux lorsqu'ils viennent ? Ou plutôt proche qui les poussent ?

TR: Là aussi pars des choses proposé un accompagnement. On utilise beaucoup des slaloms décisionnels. Part des choses qu'est ce qui me fait consommer et qu'est ce qui me ferait arrêter. C'est des photographies instantanées. Addictions c'est automatisé donc on essaie de remettre réflexion. On parle pas du produit pour parler du produit mais pour sa place.

Il existe des groupe de soutien comme pour AA ?

TR : On pense plus. AA existe aussi NA. L'addictologie, c'est tout neuf. C'est depuis années 70 80 que programme spécialisé. Très récent. Jusqu'à là il n'y avait que peu de médecins qui s'en occupaient. Donc il y avait des groupes religieux ou sectaires qui s'en occupaient. Les résidentiels on part à la campagne communautaire 1 2 ans. Avant pas de médicaments. Maintenant existe traitement de substitution. Le PEPS c'est 95. Tout neuf.

Quelles recommandations pour nouvelle génération de médecins ?

TR : Je viens de France et ici déjà très bien globale avec les 4 piliers on a déjà a beaucoup a apprendre de ce qui se fait en suisse. L'idéal ce serait de passer dans les structures, essaie de comprendre le sens. Pas facile de saisir le sens de donner héroïne aux héroïnomanes. Pas de bonne ou mauvaise manière. C'est comme une boîte a outils, il faut prendre les bons outils

Pour limiter la transmission hépatite C on propose des pailles stériles pour « sniffer » la coke et ainsi éviter qu'ils le fassent avec billet de banque utilisé 60 fois.

Comment arrivent-ils ?

TR : Toxicos veulent tout, tout de suite. Ils n'ont pas de limites. Ils rentrent comme des fusées et sortent aussi rapidement. « Ils ricochent ». Il faut essayer de remettre de la temporalité, éviter l'effet balle de flipper. Il faut construire un cadre de soin, beaucoup d'entretiens de pré admission. On préfère parler avec lui pour savoir quel est son projet, mais viennent seulement quand ça va très

mal. Dans l'idéal, il faut qu'on arrive à avoir des consultations ambulatoires ou l'hôpital est un outil. Quai c'est vraiment du bas seuil. L'hospitalier doit rester pour traiter la crise dans quelque chose de plus globale.

Quand ils arrivent pour overdose que fait-on d'eux après ?

TR : Si pas symptôme psychiatrique et n'est pas preneur de soin alors il ne sera pas envoyé à belle idée.

On essaie de rendre le patient actif. S'il n'y a que l'entourage qui veut que la personne se soigne et pas la personne elle-même ça ne sert à rien.

Si ce mets trop en danger donc peut être hospitalisé contre sa volonté mais ça dure pas longtemps c'est que quand risque immédiat. En général pas beaucoup le cas avec addiction c'est plus dans les urgences psychiatriques.

Bon pronostic, patient avec comorbidités donc réinsertion difficile. Maintenant plus compliqué qu'autrefois. C'est en tout cas ce que disent en général les assistantes sociales. Navigue dans formation truc de réinsertion. Ils n'arrivent pas en sortir.

Pas plus de risque de rechuter si pas d'activité à la sortie ?

TR : Ben oui c'est dans la prise en charge. Remettre de l'ordre dans leur vie.

Discours caricaturaux, ils se donnent des objectifs intenable, donc il faut essayer de les aider dans leurs démarches de s'en sortir. Il faut éviter les « j'arrête à jamais de boire » et leur dire ce qui est possible ce qui peut changer.

Famille essaie d'avoir des informations après la visite du patient ?

TR : Ça dépend des familles ? Y en a qui sont très présente. On parle aussi de comorbidités. On essaie de débrouiller on essaye de proposer une thérapie de famille, donner des cadres. Les personnes qui appelle ont leur propose de venir la fois suivante si le patient est d'accord.

Ils peuvent me poser toute les questions qu'ils veulent au téléphones mais je ne peux pas leur répondre sauf si patient autorise. Rien n'empêche la famille de dire ce qu'elle veut.

Vous avez une diététicienne ici ?

TR : Non mais on fait appel assez fréquemment à leur service, 15 jours avec 3 repas par jour certains patients prennent 10 kilos la quinzaine. Donc les choses simples de bon sens doivent être réappris.

Après le sevrage y a t il des patients qui dévient sur des TCA ?

TR : Tout peut être source d'addiction. La phase de sevrage est un stress assez important. La fonction que la substance occupait manque, donc la nourriture peut combler ce vide.

Est-ce souvent la nuit qu'ils mangent ?

TR : Cliniquement oui, ils y en a, c'est souvent la nuit mais cela se comprend aisément, ce sont des patients qui n'ont plus vraiment le sens de jour ou de la nuit. Donc on doit leur réapprendre ce que c'est, ainsi que ce qu'est un weekend etc. Donc plus propice à prendre du temps pour manger vu que ne dorment pas.

Quel type de nourriture consomment-ils ?

TR : En général c'est plutôt des amateurs de junk food les junkies.
Souvent ceux qui étaient anorexiques avant sont aussi des personnes à risque d'addictions.

Ici ils ont des menus ?

TR : Comme dans le reste HUG. Ils y a aussi des spécificités si patient a du cholestérol etc.

Par exemple on a un patient qui est passé de 120 à 200 kg donc on lui a envoyé une diététicienne pour essayer de résoudre son problème de poids. Il n'y a pas de solution c'est toujours difficile.

Y a-t-il une constitution différente de physique entre cocaïnomanes et héroïnomanes ?

TR : C'est le mode de vie pas la substance qui influence le poids. En général ils sont maigres car ils mangent mal. Sont désocialisés mais pas à cause de la substance. Les grandes crises de consommation par exemple avec la cocaïne, on peut devenir méconnaissable en peu de temps. Une semaine de cocaïne peut perdre 15 kilos. Il y a tellement de facteurs différents. Manger un repas par jour pour eux c'est déjà beaucoup, donc oui y a du boulot pour les diététiciennes.
Mais c'est aussi le plaisir qu'il faut réapprendre ils n'en ont plus. Pareil pour tous les plaisirs de la vie. Y a des ateliers cuisine dans certains résidentiels. Par exemple à la villa des crêtes.

Votre opinion sur la prévention, peut-elle être efficace ? Comment devrait-elle être ?

TR : Ce n'est pas mon pilier mais la prévention depuis 100 ans elle est basée sur la répression. La dépénalisation ne serait-elle pas plus efficace. Car dans hôpital pour l'alcool qui est une entreprise quelqu'un qui a problème d'alcool peut en parler c'est légal. La toxicomanie c'est tabou, on n'en parle pas. Donc tant que c'est diabolisé, c'est difficile de faire de la prévention. De pouvoir prescrire des substances illégales. Par exemple à Quai9 donc on est à cheval et ça c'est déjà une avancée.

Quand sevrage plus au moins réussi, que faire pour éviter rechute ?

TR : Le sevrage on s'est pas un projet de soin, c'est un moyen, ce n'est pas un but. Sur l'alcool une succession de sevrage c'est plus délétère faut pas en faire toutes les semaines ça doit être intégré dans projet de soin c'est délétère pour cerveau.

C'est pour ça que c'est mieux de passer par l'ambulatoire que de venir pour un sevrage sur un coup de tête.

Entretien n°6 : Dr Eva Sekera

Y a-t-il des types de personnalité qui reviennent plus souvent chez les personnes toxicomanes ?

ES: Nous sommes surtout spécialisés dans le domaine de l'alcool, du jeu pathologique, de la pharmacodépendance et dépendance affective. On ne s'occupe pas tellement de drogues dures ou cures à la méthadone, ce sont les autres centres de la fondation Phénix qui se chargent et c'est ce dont on s'occupe aussi à la Rue Verte. L'addiction, pourtant, elle est la même dans tous ces domaines, elle a les mêmes caractéristiques.

Des recherches ont été faites, il n'y a pas de personnalité type qui en ressort, on peut rencontrer toutes sortes de personnalités. Les psychiatres parlent de « personnalité dépendante » en référence à quelqu'un qui ne peut pas vivre sans l'aide de l'autre, mais ceci ne va pas dans le sens de l'addiction. Ce qu'on remarque cependant chez les personnes dépendantes, surtout en début de leur établissement, c'est que ce sont des personnes plus sensibles que les autres, qui ont des fois de la peine à gérer leurs émotions, à poser des limites, des fois elles prennent de l'alcool pour gérer justement leur côté émotionnel, ou pour s'affirmer, ou évacuer certaines angoisses, sans que ceci constitue un trouble de la personnalité; ils ont des problèmes que toute autre personne peut rencontrer et gérer autrement qu'avec l'alcool. Si la personne gère son problème avec l'alcool, il s'agit pourtant d'un phénomène multifactoriel, il y a aussi certainement des prédispositions génétiques et tout ce que ces personnes ont vécu dans le passé.

Est-ce que, mis à part les personnes alcooliques, vous avez aussi travaillé avec des cocaïnomanes et héroïnomanes ?

ES : Oui, bien sûr, à la prison par exemple. Ici, nous avons aussi le suivi pour cannabis et cocaïne, mais le plus grand nombre de patients viennent pour l'alcool ou le jeu pathologique.

Est-ce que vous faites aussi de la psychothérapie avec ces patients ?

ES : On fonctionne de la manière suivante : le médecin (en l'occurrence moi), trois psychologues, deux assistantes médicales, et une assistante sociale ; c'est en somme une équipe multidisciplinaire. Chaque patient est d'abord vu par moi, je fais une évaluation. Je suis interniste avec beaucoup d'expérience en psychiatrie, je fais donc l'évaluation sur le plan somatique et sur le plan psychiatrique. J'ai aussi une formation en médecine psychosomatique, ce qui est un pont entre les deux domaines, parce que les dépendants ont souvent des problèmes somatiques (surtout les alcooliques) et aussi psychiatriques. Souvent si on arrête la substance, les problèmes diminuent. Quand ils viennent en pleine consommation, on a tendance à leur poser des tas de diagnostics psychiatriques, le foie est très touché, ils sont malades, mais on remarque qu'à l'arrêt de l'alcool, dans la majorité des cas, leur situation évolue bien. Il faut toujours faire attention à ne pas poser les diagnostics tout de suite, quand la personne est sous l'effet des drogues ou l'alcool. Il faut essayer de faire le sevrage, arrêter l'alcool et seulement après quelque mois que vous pouvez juger de son état psychiatrique ; leur situation s'améliorant considérablement.

Les patients ont un suivi individuel, par moi-même et par un de nos psychologues ; ils travaillent aussi beaucoup en groupe. Il y a sinon aussi les approches corporelles qu'on offre en plus, comme la relaxation, l'acupuncture, si les gens le désirent. On a en plus des films ; on essaye, surtout au début, de leur offrir plusieurs activités. Certains passent tous les jours au centre, prendre leurs médicaments, faire l'alcootest, voir un film, faire des travaux écrits, voir le psychologue...Et quand ils vont mieux et ils travaillent, on espace les rendez-vous.

Pour les groupes que vous formez, ce sont des gens qui ont les mêmes addictions ou bien vous mélangez les personnes ?

ES : On les mélange ; la majorité ont le problème de l'alcool, cependant il y a aussi des personnes dépendantes à la cocaïne ou celles souffrant de dépendance affective. Les personnes ayant une addiction quelle qu'elle soit, ont des comportements qui se rejoignent et tous ensemble ils partagent leurs expériences et leurs faiblesses. Il y a aussi les gens qui viennent pour autre chose qu'une addiction, par exemple des patients dépressifs qui sont suivis par nos psychologues ; ceux-ci font un travail particulier, comme l'hypnose, le MDR (traitement avec le mouvement des yeux rapide) ; on soigne aussi le stress post traumatique, les femmes battues ; ces patients peuvent aussi venir au groupe, car on a des groupes à thème.

On a plusieurs sortes de groupes :

Information et motivation, pour ceux qui commencent, et qui est plutôt informatif,

Emotion, pour ceux qui peu à peu deviennent plus abstinents, et où en petit groupe dirigé par des psychologues, ils travaillent sur les émotions ; dans ce groupe, toute pathologie est bienvenue, on travaille dans des groupes mélangés,

Affirmation de soi, travaille sur le développement personnel

Comment traverser les situations difficiles dans la vie (chômage, perte d'emploi, deuil...)

Peu à peu, les patients parcourent tous ces groupes, ou bien ils font plusieurs groupes en même temps ou bien ils passent d'un groupe à l'autre ; et à la fin de chaque module de groupe, ils ont un certificat, cela les valorise. Le module de groupe s'étend sur 3-4 mois, mais ils peuvent le faire toute l'année, ils ont assez de liberté pour choisir.

En général, ils arrivent comment jusqu'à votre fondation ?

ES : Ils ont été dirigés soit par les HUG soit par le médecin traitant, ou bien par une connaissance qui s'est déjà fait soigner ici et qui donne l'adresse.

En général, c'est par leur volonté propre ou bien c'est par leurs proches qu'ils viennent ?

ES : Souvent, il y a des cas poussés, comme par exemple perte de permis, ou bien quand les proches n'en peuvent plus ; la dépendance fait que souvent ils viennent, car ils sont poussés par les problèmes qu'ils créent. Ceux qui viennent motivés eux-mêmes, il y en a moins. Souvent c'est la pression qu'ils ont au travail ou à la maison, où on leur dit « Si tu ne fais pas quelque chose, ça ne va plus aller ». Sinon, c'est aussi le tribunal qui nous envoie des jeunes pour un suivi.

Est-ce que par la suite vous arrivez à faire un travail de motivation avec eux ?

ES : C'est tout un travail motivationnel à faire, on veut que le patient se rende compte que ceci lui rend service finalement. Parfois, ce sont aussi les proches qui nous disent ce qui ne va pas, et on fait le travail avec les proches et le patient.

Les proches sont ils aussi intégrés au traitement ?

ES: Pour chaque patient, on essaye au maximum, toujours avec l'accord du patient, s'il refuse cependant on est obligé de le respecter. Mais on pousse à travailler avec les proches et aussi l'employeur s'il y a une convention d'abstinence ; pour le permis il y a le certificat à faire, pour la justice, on voit toujours l'assistante sociale qui est responsable de l'application de la peine, on travaille en réseau.

Est-ce que les personnes parlent plus volontiers de leur problème d'alcool sur le lieu de travail que de leur problème de consommation d'héroïne ou cocaïne ? Est-ce que la prise de cette deuxième catégorie de substances est plus taboue ?

ES : Souvent, ceux qui prennent des drogues en parlent plus volontiers, et de leur consommation aussi. Ceux qui boivent, ils ont plus de peine à en parler, ils sont plus renfermés, ils vont plus culpabiliser ; ils ont plus de peine à en parler, à nous et à d'autres, je pense que l'alcool reste un tabou dans la société.

Est-ce que l'assurance de base prend en charge ces frais de consultation ?

ES : Oui, l'assurance de base prend en charge ces frais pour tout le monde et de plus nous avons une convention avec les plus grandes assurances, dans le sens que le traitement coûte moins cher chez nous à la Fondation Phénix que chez le généraliste. Chez nous, on peut faire plusieurs activités dans la semaine et cela ne coûte pas plus cher que si le patient ne verrait que le généraliste ; cela leur permet de faire le groupe, de voir le psychologue.

Pour le psychologue, moi je suis le médecin déléguant et c'est l'assurance de base qui prend en charge.

Vous pouvez garder l'anonymat dans la facturation ? Sachant que l'assurance peut sinon découvrir que le patient est traité pour un problème d'addiction.

ES : La facture est toujours au nom du patient. Pour avoir passé cette convention, l'assurance sait qui on est, mais aucun patient n'est stigmatisé pour autant, au contraire, les assurances sont plutôt contentes que la dépendance se soigne.

L'autre modalité, avec les assurances avec lesquelles nous n'avons pas cette convention, on applique le système Tarmed et là, l'assurance reçoit la facture avec mon nom, ma fonction de médecin généraliste, et l'assurance ne sait alors pas, en principe, ce qui se passe. D'ailleurs je fonctionne aussi comme généraliste de quartier. Cependant, la facture possède l'inscription de la fondation Phénix, mais je n'ai jamais eu d'assurance qui veuille précisément connaître de quelle pathologie il s'agit. Ce sont plutôt les assurances perte de gain, quand les gens sont en arrêt maladie, qui nous envoient un questionnaire et là, nous sommes obligés d'être honnête. C'est donc plutôt l'arrêt de travail qui nécessite ce genre d'investigation, que l'assurance de base. Il faut dire qu'on est économe, leurs questions pourraient venir plutôt si on faisait des traitements coûteux, mais nous on ne le fait pas.

Par rapport au traitement, vous essayez de limiter tout ce qui est traitement médicamenteux dans votre centre ? Ou vous donnez aussi un traitement de substitution ?

ES : On n'essaye pas de limiter, si le patient aura besoin d'un traitement médicamenteux, il l'aura, toujours et à des doses raisonnables. Mais, comme ce sont des personnes dépendantes, ils ont tendance à devenir dépendants aux médicaments, donc ceux qui ont besoin d'un traitement plus lourd, ils viennent ici, on le leur distribue tous les jours ou une fois par semaine, cela dépend des cas et de comment on peut leur faire confiance.

Si ce sont des pharmacodépendants, on va toujours vers le sevrage ; si on doit distribuer des médicaments addictifs considérés comme dangereux, p.ex. les benzodiazépines, on les distribue tous les jours ici et ils les avalent devant nous, comme cela on peut y mettre un cadre. Après, si c'est un traitement antidépresseur chez quelqu'un de très compliant, qui est abstinent de l'alcool, je lui fais confiance et il le prend.

Pendant le sevrage, on essaye de donner le moins possible de médication, les méthodes d'acupuncture et de relaxation permettent de réduire le nombre de benzodiazépines qu'on doit donner.

Est-ce que vous parlez aussi d'alimentation et équilibre nutritionnel avec vos patients ?

ES : Bien sûr, mais il ne faut pas trop s'acharner... Quand quelqu'un doit arrêter l'alcool ou la cigarette, on ne va pas encore trop lui compter les calories... Si la personne vient d'arrêter l'alcool, elle aura une tendance à compenser par les sucres, de même pour la cigarette ; en plus ces patients ont peur de grossir. Nous avons une assistante médicale qui est spécialisée dans ce domaine nutritionnel, elle a travaillé à la consultation d'obésité. Elle fait des entretiens avec ces patients et elle regarde avec eux surtout en ce qui concerne l'hygiène alimentaire, si la composition de leur repas est équilibrée, quelle activité physique ils pratiquent... On essaye plutôt de jouer la carte de l'enseignement.

On a un certain nombre de patients qui viennent spécifiquement pour des problèmes alimentaires, surtout des jeunes filles. Souvent les jeunes patientes qui ont un problème d'alcool ont aussi le problème d'anorexie/boulimie, et là c'est un suivi psychologique qu'on met en place, plus que diététique.

Sinon, pour ceux qui arrêtent l'alcool ou la cigarette et qui ont peur de grossir, ils sont vus par l'assistante médicale qui les accompagne pour que la prise pondérale ne dérape pas, mais au départ, on ne s'acharne pas trop, on fait plutôt un enseignement nutritionnel.

Sil y a un problème alimentaire réel, un de nos psychologues est spécialisé dans le domaine, afin de faire une psychothérapie dans ce sens car souvent ces patients, à l'arrêt de l'alcool, ils retombent dans l'anorexie/boulimie. Ils compensent le manque de substance par autre chose.

S'ils ont des problèmes de santé chroniques liés à leur dépendance, p.ex. le foie touché chez les personnes alcooliques, vous leur faites un suivi à long terme aussi pour ceci ?

ES : Oui, on s'occupe de ceci, on leur fait une prise de sang, si besoin, on adresse au gastroentérologue, un qui connaît un peu les dépendances et qui collabore aussi avec nous. On fait aussi en examen clinique complet ; souvent quand ils arrêtent l'alcool, le foie va de mieux en mieux.

On est aussi attentifs aux neuropathies liées à l'alcoolisme ; chez les patients qui prennent de la drogue, surtout de la cocaïne, on fait les tests HIV, hépatite, on fait les vaccinations contre l'hépatite ; il y en a qui sont sous traitement interféron pour combattre une hépatite B ou C.

Que faites vous contre la prévention des rechutes ?

ES : Quand ces patients commencent, on insiste sur le fait qu'il s'agit d'un traitement à long terme avant tout. Cela fait 20 ans que je m'occupe des dépendances, et on a des patients que je vois depuis 10 ans, et qui ont été abstinents durant tout ce temps. Ceux là viennent plus rarement peut être 4 fois par année, pour s'occuper de la dépendance.

Notre module est donc assez souple, mais au départ on essaye quand même de voir les patients plusieurs fois par semaine ; après ils voient une fois par semaine le psychologue et moi je les vois toutes les 2 semaines, et en plus ils ont un ou deux groupes par semaine. On essaye de leur faire ce programme pour la première année. A cela peut s'ajouter la relaxation et l'acupuncture. Si le patient travaille ou habite loin, on se voit alors moins souvent, peut être une fois par mois, mais ceux qui sont au chômage ou à l'hospice général, ils viennent tous les jours pour leur traitement et aussi pour voir l'assistante sociale, car parfois ce sont des personnes socialement isolées ; elles essayent de leur trouver une activité ou un bénévolat.

Vous participez à la réinsertion sociale ?

ES : Bien sûr, on travaille avec les assistants sociaux des quartiers, l'hospice général ; on les redirige vers Réalise ou Arva, soit pour retrouver un travail, soit pour avoir une occupation. On a à la fondation Phénix aussi une équipe mobile, qui peut se déplacer lorsque le patient s'enferme à la maison et a de la peine à faire les démarches, alors notre équipe peut accompagner ces personnes, par exemple pour qu'il retourne au moins à l'hospice général. Pareil pour un patient très dégradé, on l'accompagne pour le faire revenir ici.

Est-ce que la motivation est meilleure pour les patients qui ont une activité professionnelle ou autre à côté ?

ES : Des études ont démontré clairement que ceux qui ont un travail, une famille et qui sont socialement bien intégrés ont un meilleur pronostic, même si la maladie est la même ; la condition financière et relationnelle joue le rôle et ils sont mieux abstinents.

Pour tous patients confondus, le pourcentage de ceux qui vont faire des rechutes est il grand ?

ES : On ne peut pas vraiment mélanger les patients car les plus riches vont aller dans les cliniques privées où il y a de meilleurs résultats et ils ont aussi une condition financière et sociale qui les avantage ; il y a ce facteur social qui est différent, car sinon les attitudes à la drogue sont les mêmes indépendamment du milieu. Ce ne sont, même dans ces cliniques, pas les traitements qui sont plus efficaces mais c'est plutôt la condition du patient. De même, les co-morbidités psychiatriques jouent un rôle, les gens moins bien insérés ont aussi plus de co-morbidités psychiatriques, ils sont malades, ils sont à l'AI.

Il y a peu d'institutions dans lesquelles ils sont vraiment mélangés, même si aux HUG vous pouvez voir un peu de tout.

Selon une étude réalisée aux Etats-Unis, ce sont plutôt les facteurs sociaux et de co-morbidités psychiatriques qui nous disent vers quel traitement il faut adresser le patient. Les résultats nous disent que 25-30% peuvent rester abstinents après une année, 20-30% qui font une petite rechute mais s'arrêtent à nouveau, 30-40% qui font une rechute qui évolue mal. Ces résultats sont à peu près les mêmes partout.

Il y a des petites nuances pour les patients qui aiment bien travailler en groupe (par exemple les alcooliques anonymes) et s'investissent à long terme ; ceci n'est pas suivi par les patients qui ont des co-morbidités borderline, qui ont tendance à s'absenter, à ne pas venir, ou qui ont des co-morbidités psychiatriques importantes, grosses dépressions, troubles psychotiques, ce sont des gens qui n'arriveront pas à faire des groupes d'entraide et n'arrivent pas à s'investir à long terme ; pour ces patients le mieux ce sont les traitements TCC (traitements cognitivo-comportemental) qui sont courts et qui vont s'occuper aussi des co-morbidités.

Que pensez-vous des moyens de prévention à Genève ?

ES : Avec les HUG et l'ISPA, on fait de la prévention, p.ex. la journée portes ouvertes, avec des conférences, durant la journée mondiale de l'alcool. On va dans les cycles et les collèges pour parler de l'alcool et de la dépendance afin de sensibiliser les plus jeunes ; de même pour la cigarette. Nos psychologues vont dans les écoles parler aux jeunes. On va dans les entreprises, il y a maintenant des entreprises sans tabac, et on aide les équipes à lutter contre le tabagisme.

On amène souvent un témoignage, par exemple quand on va dans les écoles, un jeune dépendant qui s'en sort, et c'est souvent ce qui leur parle le plus, cela marche mieux que les théories. Ce ne

sont pas des témoins faciles à trouver, mais on en a quelques-uns des narcotiques anonymes par exemple.

Il faut cependant faire attention à ne pas exercer l'effet contraire sur les jeunes, car ils aiment bien transgresser ce qui est interdit...De plus, l'ISPA fait des ateliers, sur comment refuser la première fois, comment dire non à l'alcool, comment s'affirmer...

Entretien n°7 : Anne Sylvie Ruedin, par e-mail

Expliquez-nous brièvement votre parcours ? Votre formation ?

A-SR : Diététicienne HES depuis octobre 2006. Travaillant à l'Hôpital Intercantonal de la Broye à Payerne depuis août 2006.

Qu'est-ce qui vous a amené à travailler avec des toxicomanes ?

A-SR : J'ai effectué mon travail de mémoire de fin de formation à l'école de diététicien-nes sur le thème des comportements alimentaires chez des patients alcooliques et/ou toxicomanes durant leur première semaine de sevrage. Une intervention nutritionnelle auprès de ses pensionnaires avait été demandée par la directrice de la Clinique Belmont, Genève. Elle pensait que la plupart des personnes en sevrage devenaient boulimiques. L'école a proposé de faire un état des lieux de la situation sous forme d'un travail de fin de formation. Avec ma partenaire de mémoire nous avons été intéressée par le thème et le milieu social que nous connaissions peu. De plus, les TCA sont un domaine de compétence qui me plaît.

Depuis combien de temps suivez-vous/travaillez vous avec des toxicomanes ?

Actuellement, je ne travail pas avec des toxicomanes.

A-SR : Je vais répondre à ces questions en fonction de mon mémoire de fin d'étude, sur les paramètres que nous avons étudié. Vous pourrez trouver des détails sur les données socio-démographiques dans notre travail

Ya-t-il un profil type du toxicomane ?

A-SR : Non je ne pense pas lors de mon stage j'ai rencontré des personnes venant d'horizon socio-culturels très différents

Ont-ils, selon vous, un caractère particulier ? Une personnalité plus fragile ? Plus à risque ?

A-SR : Non plus

Ont-ils eu une enfance, des conditions de vie, un milieu social pouvant aussi influencer l'entrée dans le monde de la drogue ? Quelle est votre expérience ?

A-SR : Nous n'avons pas étudié ces paramètres

Y a-t-il des différences de profil, voir de milieu social entre les cocaïnomanes vs les héroïnomanes ?

A-SR : Nous n'avons pas étudié ces paramètres

Y a-t-il des dérives fréquentes (prostitution, délinquance) ?

A-SR : Nous n'avons pas étudié ces paramètres

Comment envisagent-ils le futur ?

A-SR : Nous n'avons pas étudié ces paramètres

Comment viennent-ils vous voir ?

A-SR : Nous avons effectué notre stage dans 2 lieux de sevrage. Nous étions donc présentes quand les personnes entraient pour débiter un sevrage. Nous allions les rencontrer dans les 24h00 qui suivaient leur entrée en clinique pour leur poser nos questions.

Est-ce leur volonté propre de s'en sortir ou bien c'est l'entourage familial ou les professionnels qui les y « force » ?

A-SR : Cela dépend de la personnes mais les 3 cas de figure se rencontrent. Parfois le sevrage est une décision de justice.

Quelles sont les difficultés rencontrées lors de la prise en charge ?

A-SR : Lors de la première rencontre certains patients étaient un peu ailleurs, mais dans la majeure partie des cas, nous avons eu un bon accueil. Chez certains patients il y avait des cicatrices difficiles à regarder.

L'hygiène corporelle était parfois déplorable.

Les proches sont-ils intégrés dans le traitement ou pas ?

A-SR : Non

Importance de la relation médecin-malade : psychothérapie ?

A-SR : Nous n'avons pas étudié ces paramètres

Assurances : que prennent-elles en charge ?

A-SR : Nous n'avons pas étudié ces paramètres

Comment se fait le financement des consultations, traitements ?

A-SR : Nous avons reçu le matériel nécessaire de la part de l'équipe du professeur Pichard. Comme nous étions stagiaires, nous ne recevions pas de salaire et nous faisons les consultations dans les cliniques.

Quels sont les traitements proposés ? Pour les cocaïnomanes et pour les héroïnomanes ?

A-SR : Nous n'avons pas étudié ces paramètres

Les patients préfèrent –ils simplement la prescription de leur drogue (héroïnomanes) ou veulent – ils un traitement de substitution ?

A-SR : Nous n'avons pas étudié ces paramètres

Y a-t-il une prise en charge psychologique qui est associée ?

A-SR : Nous n'avons pas étudié ces paramètres. Mais oui dans les 2 cliniques, des psychologues travaillaient

Qui fait les prescriptions ? Médecin généraliste, psychiatre, autre ?

A-SR : Nous n'avons pas étudié ces paramètres

Anonymat pour l'administration ?

A-SR : Oui évidemment

Les frais envoyés aux assurances ne risquent-ils pas de rompre l'anonymat du patient face à son assureur ?

A-SR : Aucune idée

Quel(s) est (sont) le(s) traitement(s) pour améliorer le sevrage et ses effets indésirables tels que douleurs musculaires, frissons, angoisse ?

A-SR : Nous n'avons pas étudié ces paramètres

Qui évalue, contrôle leur alimentation, leur évolution pondérale (perte pondérale) ?

A-SR : Lors de notre étude nous avons regardé comment étaient leurs prises alimentaires lors du sevrage nous avons regardé leurs paramètres anthropométrique durant la 1er semaine. Pas après.

Physiquement sont-ils plutôt minces, dans la norme (BMI 18.5-25) ou en surpoids, obèses ?

A-SR : Dans les normes

Comment trouvez-vous leur alimentation ? -> Que mangent-ils, pourquoi ?? Quelles sont leurs représentations de leur alimentation ?

A-SR : Pour les repas ils étaient pris en charge par les cliniques. Pour les grignotages une des clinique mettait à disposition des « collations » dans l'autre il y avait un distributeur « selecta ».

En fonction des phases (début, chronicité, sevrage,..) comment évolue leur alimentation ? (ex : début drogue = coupe faim ?)

A-SR : Nous avons étudié seulement le sevrage

Sont-ils des patients à risque de carences particulières ?

A-SR : Nous n'avons pas fait de prises de sang pour doser les vitamines et minéraux

Sont-ils à risque de malnutrition/dénutrition ?

A-SR : Pas plus que les autres

Combien suivent-ils de cure de désintoxication (jusqu'au bout...) ?

A-SR : Nous n'avons pas étudié ces paramètres

Quelles sont les raisons de l'abandon ? Compliance ?

A-SR : Nous n'avons pas étudié ces paramètres

Ont-ils des tentations ? Habitudes ? Manques de sensations dues au mode de la prise ? Effets secondaires des ttt ?

A-SR : Nous n'avons pas étudié ces paramètres

Après sevrage : Quelle est la fréquence des rechutes ?

A-SR : Nous n'avons pas étudié ces paramètres

Y a-t-il des dispositions de prévention de la rechute ?

A-SR : Nous n'avons pas étudié ces paramètres

Quelles solutions/ suivi proposer ? Importance de la personnalité du toxicomane ?

A-SR : Nous n'avons pas étudié ces paramètres

En période de sevrage, comment est-leur alimentation ? Ont-ils plus faim ? Des envies (début TCA ?) ?

A-SR : Nous n'avons pas trouvé de TCA ou de statu nutritionnel. Les données détaillées se trouvent dans notre mémoire

Quel type de prévention pourrait-on faire ?

A-SR : Un peu partout

Entretien n°8 : Amanda Schwarz, CAMH Toronto, par e-mail

Why did you choose to work with the addictions population?

AS: I was always interested in addictions and the relationship between addictions and nutrition. Furthermore, the importance of nutrition in relapse prevention was something of interest for me.

How long have you been working with this group?

AS: I have been working at the Centre for Addiction and Mental Health and the Discipline chief for Dieticians since June 2008 (1 year)

How many patients are you currently working with?

AS: In the residential addiction recovery program called the day/residential program there are three 21-day groups running at the same time. Groups range in size on average from 10-14 patients. Therefore, I can be involved in the direct treatment of anywhere from 10-42 clients at any given time.

What kinds of risk factors exist and that can lead to addiction?

AS: It is very common to see addiction as the result of trauma or a history of physical, emotional or verbal abuse in one's past. It is also common for clients to be using a substance to help manage symptoms of a mental health disorder.

How do patients see their own future?

AS: I'm not sure how to answer this questions.

Why did they come to your facility? (was this for a chronic disease or addiction specific (if yes what kind of problem?), withdrawal symptom ...?)

AS: People come to the Centre for Addiction and Mental Health to get treatment for either a mental health condition or an addiction. I work in the addiction program so the clients I work directly with come for rehabilitation from an addiction. The program I work with has clients suffering from an addiction from any substance including but not limited to alcohol, marijuana, heroin and other opiates, crack, cocaine, methamphetamine as well as other substances.

What are they expecting from you?

AS: I would assume that clients expect to be educated on the importance of nutrition in prevention of relapse and to reverse the effects of malnutrition resulting from substance use.

What are the major difficulties you have when treating these patients?

AS: It's challenging to motivate and initiate change in individuals so early on in recovery.

Does the family take part in the therapy?

AS: Not directly at this stage of recovery.

What treatment do you propose, specifically for the cocaine drug users and the heroine drug users?

AS: I'm not the right person to answer this question.

What treatments can you prescribe to treat or manage the withdrawal symptoms?

AS: I believe they use medications to help manage withdrawal symptoms however, that is done in the Medical Withdrawal Unit here. That's before they start the rehabilitation program.

Who is in charge to evaluate their nutrition and weight changes? You, doctor?

AS: Myself the Registered Dietician (RD) as well as another RD working specifically in the Addictions program.

How do you find their nutrition is? Diverse, adequate, balanced? Any special reasons associated?

AS: Clients are malnourished when they start program. This is directly related to their substance use. Even if they have been eating what they consider to be a healthy diet the absorption of nutrients in their small intestines are directly affected by their use of drugs and/or alcohol. They eat a balanced and adequate diet while in program provided by the hospital. We try to make the menu provided as multicultural as possible as Toronto is one of the most multicultural cities in the world.

How do they find their nutrition is?

AS: You'll have to ask them. A lot of them think they eat really poorly and others think they eat well.

How can you act in order to improve their nutritional status? Do you have programs for those who have deficiencies, are under/overweighed, have gastrointestinal disorders associated/ anorexia?

AS: There is a program specifically geared towards individuals suffering from Addictions in addition to eating disorders such as Anorexia and Bulimia as well as Binge Eating Disorder as there is a different approach used for this population. A lot of mindful eating, motivational interviewing and Dialectical Behaviour Therapy (DBT) is used.

Do the drug users have a special "weight profile"? What about their BMI?

AS: I'm not exactly sure what you mean by weight profile but addiction clients are no different from the general population in terms of recommended weight range. We use BMI as well as waist to hip circumference ratios.

How their nutrition evolve during treatment?

AS: Clients report eating more often and more nutritionally balance in and after program. This is learned through nutrition education sessions and individual nutrition counselling provided by Registered Dieticians.

What are the reasons for a patient to have a relapse?

AS: There are a lot of different reasons and again I can't answer this but assume they wouldn't be any different from the reasons they began using in the first place

What is your strategy to diminish the risk of relapse?

AS: There's an aftercare program established here which allows clients to remain in contact with the Addiction program staff and therapists for a year after they complete the 21 day residential program. Furthermore, in aftercare clients take part in group therapy 1-2 times per week.

What do you think about prevention in your country?

AS: This is a very broad question. Addiction prevention is an area I don't know much about. In terms of health prevention strategies I think that Canada has a long way to go and this is the only area that will help decrease the financial burden of the medical system weighed upon the government. Preventative medicine such as government funded Dietician sessions would definitely help reduce the incidence of food-related illnesses such as diabetes, cardiovascular disease and metabolic syndrome.

Entretien n°9 : témoignage toxicomane, par e-mail

Avez-vous déjà abordé le thème des addictions avec votre médecin ? Si oui, que vous a-t-il proposé ?

Non, jamais.

Quelles substances additives telles que l'alcool, tabac, héroïne, cocaïne etc. avez-vous déjà pris et laquelle vous a posé un problème ? A quelle fréquence la preniez-vous et par quelle voie ?

J'ai un peu touché à tout, comme celles mentionnées ci-dessus plus du LSD, des ecstasy, des champignons hallucinogènes et des amphétamines. La seule chose que je n'ai pas fait c'est de m'injecter de l'héroïne ou toute autre drogue dans mes veines. Celles qui m'ont posés un peu plus de problèmes étaient les drogues de synthèse comme le LSD ou les ecstasy Je les prenais souvent les week-ends et jours de fêtes. La majorité, je les prenais par voie orale ou par le nez.

Quel âge et dans quel contexte, aviez-vous lors de votre première rencontre avec la (les) substance(s) ?

Je devais avoir 15 ans, quand j'ai fumé un joint pour la première fois et c'était au bord du lac avec des copains, comme beaucoup de fois c'est souvent pour essayer. Mais les drogues dures comme la cocaïne ou les drogues de synthèse je les ai prises bien plus tard, je devais avoir dans les 18 ans environs et là c'était souvent pour commencer la soirée avant d'aller en boîte donc je les prenais soit chez des amis ou dans les toilettes.

Quels sont (étaient) les effets recherchés ? Ces effets, ont-ils changé durant la période de consommation ?

Les effets recherchés étaient surtout d'être dans un état second et d'être joyeux en général mais dans mon cas, c'était plutôt pour oublier ma maladie que j'ai aux yeux et oui malheureusement les effets avec le temps changent, le corps s'habitue et plus on en prend mais aussi ça dépend beaucoup de la qualité de la drogue et avec quoi elle a été coupée donc des fois ça peut faire l'effet inverse.

Quand vous êtes (étiez) en manque, comment vous le gérer (ou gériez) ?

Ben à vrai dire j'ai jamais été en manque beaucoup de drogues que je prenais sont très psychologique donc j'arrivais bien à me contrôler et je les prenais surtout quand je sortais le week-end. La semaine j'en prenais pas sauf des joints alors je le gérais assez bien.

Si vous avez arrêté quelle a été votre motivation ? Si vous consommez encore la substance avez-vous cependant déjà ressenti le besoin d'arrêter ? Si oui, qu'est-ce qui vous empêche d'arrêter, selon vous.

J'ai arrêté de fumer des joints surtout parce que ça me faisait paranoïer et l'effet ne me plaisait plus et pour les autres drogues ça n'a pas été trop dur puisque je n'ai jamais été dépendant et j'ai surtout arrêté car c'étaient trop cher et souvent elles étaient de mauvaise qualité.

Quels étaient les problèmes que vous avez rencontrés pour vous approvisionner (disponibilité, financement, législation, renoncement à certains loisirs ou privation alimentaire..) ?

Il fallait juste connaître ou aller s'approvisionner et pour les acheter on se mettait à plusieurs. Non, je ne me suis jamais privé de manger sûrement parce que j'étais chez mes parents.

Avez-vous déjà du faire un sevrage ? Ou du prendre des traitements de substitutions ?

Non jamais fait de sevrage ni de produit de substitutions.

Quelle importance accordez (accordez)-vous à votre alimentation ?

Je n'ai pas changé la manière de m'alimenter sûrement parce que je vivais encore avec mes parents.

Comment trouvez (trouviez) -vous votre alimentation ? Saine, déséquilibrée, Pourquoi ?

Elle était équilibré j'étais encore chez mes parents alors c'était facile de manger équilibré.

Pensez-vous que la substance ait influencée votre appétit, structure alimentaire (horaire des repas) ? Avez-vous vu des changements, si oui lesquels ?

Ben il faut dire que avec le hachis ou le cannabis ça m'ouvrait beaucoup l'appétit on avait très faim et on mangeait souvent tout ce qui nous tombaient sous la main, mais avec les drogues dures telle que la cocaïne ou les drogues de synthèse telle que lsd ou ecstasy on a vraiment pas faim, Mais pour mon cas ça n'a pas beaucoup modifié ou trop influencé mon comportement alimentaire puisque j'en prenais que le week-end mais c'est vrai que ça aurait pu influencer si je n'avais pas été chez mes parents.

L'alimentation est (reste)-elle une source de plaisir ?

Oui dans la majorité des cas si on n'en consomme pas trop si non ça risque de plus être un plaisir surtout avec les drogues dures.

Comment vous sentez (sentiez) -vous ? Fatigué ? Problème au niveau de la digestion ?

Oui les lendemains d'avoir consommé, je me sentais très fatigué et vaseux , surtout avec les drogues durs ça nous vide de toute notre énergie.

Avez-vous une activité professionnelle à plein temps ? (pas besoin de précision de la nature de l'emploi)

Non

Quel genre de problème avez-vous rencontré pour allier travail et dépendance ?

Aucun je ne travaillais pas

Le problème d'addiction, est-il taboue dans l'endroit où vous travaillez (vis-à-vis des collègues, employeur, influence sur l'obtention d'un poste de travail, stigmatisation) ?

Pour mon cas aucun

Dans quel contexte, prenez-vous cette substance (loisirs, travail, détente...) ?

Dur à dire dans mon cas je la prenais un peu pour la détente et pour oublier mes problèmes aux yeux.

Vos capacités de travail sont-elles altérées, augmentées quand vous êtes sous influence ?

-

Quelle influence pensez-vous que votre enfance, adolescence ou certains problèmes que vous avez pu connaître, aient pu avoir avec la rencontre de la substance ?

Pour mon cas : beaucoup, mais je ne peux pas dire que je n'aurais pas essayé quand même, je crois que ça dépend beaucoup des fréquentations et les envies de goûter.

Avez-vous des personnes à qui vous pouvez vous confier? Si oui, sont-elles dans le cercle familial, ami ou autre ?

C'était plutôt dans le cercle d'amis

Comment avez-vous allié une vie familiale et sociale avec votre problème d'addiction? Quel est votre regard sur les personnes « toxicomanes » ?

Pour ma part il n'y a jamais eu trop de problème avec ma famille ils ne le savaient pas. et en société ça a toujours bien été car je n'étais pas dépendant et j'étais très discret.

De quelle manière la marginalisation, souvent associée aux problèmes de dépendance, vous a-t-elle touché ?

Ce problème ne m'a jamais touché. Ce problème touche beaucoup les personnes dépendantes et ce n'était pas mon cas.

Qu'est-ce que vous pensez du regard de la société sur les drogues dites dures ?

Faut dire que je suis d'accord les drogues dures peuvent être très destructives si on en devient dépendant il faut faire très attention.

Que pensez-vous de l'accès au réseau de santé aux personnes sujettes aux dépendances ?

Maintenant, ils se sont beaucoup amélioré et c'est bien, beaucoup de personnes ont besoin juste d'un peu d'aide pour qu'ils puissent s'en sortir, mais des fois c'est cause perdue, mais au moins il y a un bon réseau pas comme dans mon temps.

→ Suite à des difficultés rencontrées, nous n'avons pas pu retranscrire les entretiens de M. Kayne et de M. Musset. Ils se trouvent en annexe sur CD-ROM.

7. Conclusion :

Si dans l'ensemble, nous avons répondu à nos hypothèses de départ par le biais des sources écrites et orales, qui très souvent se sont complétées ou en tout cas accordées, notre plus grand regret a été celui de n'avoir pas pu nous même rencontré de patients. Il aurait été au moins intéressant de voir si les notions théoriques lues ou entendues des spécialistes pouvaient au moins s'appliquer à plusieurs patients en particulier. Il est clair que pour avoir une vue d'ensemble, il aurait fallu voir énormément de personnes toxicomanes et en réaliser une sorte d'étude en dégagant les grandes tendances, ce qui était irréalisable dans notre cas ; cependant, la chance de pouvoir avoir quelques réponses à nos questions, via e-mail, d'une personne ayant fait usage de drogue et qui s'en est sortie, nous a déjà permis d'en avoir une illustration. Sa difficulté de témoigner « in vivo » et la nécessité de son anonymat absolu rendent bien compte du malaise encore actuel que suscite la toxicomanie au sein de la société. L'étude de l'Association du Relais est, en ce sens exceptionnelle, tant il semble difficile d'atteindre cette population directement ; bien qu'étant la seule enquête qui nous ait servi de référence pour analyser notre hypothèse socio-économique (une seule enquête, restreinte au canton de Vaud, qui ne donne pas de données statistiques en tant que telle, et qui, on le sait, peut représenter une source de biais) elle a été très précieuse dans les informations fournies sur un domaine que l'on connaît très mal, à savoir la vie personnelle voire intime des personnes toxicomanes.

Il est difficile aussi de tirer une conclusion générale de nos hypothèses même, tant, comme nous l'avons amplement constaté tout au long de ce travail, il n'y a pas de maladie, mais des malades.

En ce sens, on pourrait justement dire que l'on est passé d'un courant de pensée qui visait à traiter la toxicomanie par sevrage à celui dans lequel le sevrage n'est de loin plus le but visé, mais peut être un moyen menant plutôt à la stabilisation de l'état, autant physique que psychique, de la personne toxicomane, par administration de méthadone ou héroïne elle-même, et permettant à ces personnes d'intégrer une vie que l'on qualifierait « d'ordinaire ». Cela est devenu en somme un suivi personnalisé et à long terme, pluridisciplinaire, intégrant une prise en charge somatique autant que psychique ; on pourrait encore assimiler cette approche au traitement de maladies chroniques, la toxicomanie ayant peut être un caractère plus tabou que les autres aux yeux de la société.

Comme vous avez pu aussi remarquer à travers ce rapport, l'alimentation bien qu'observée dans la pratique sur cette catégorie ne fait pas encore partie intégrante de la prise en charge des personnes présentant des addictions, cela nous interpelle car le risque pour le patient de développer une addiction alors alimentaire est existante et pourrait être évitée ce qui serait préférable pour le patient mais aussi pour la société, car comme on se rend compte avec l'augmentation des personnes en surpoids cela entraîne des pathologies comme le diabète de type II etc. Il nous paraît possible de s'inspirer des prises en charge qui fonctionnent ailleurs pour l'aménager pour ceux qui sont ici.

Il faudrait également insister pour modifier les représentations populaires au sujet de la toxicomanie autant que pour faire de la prévention.

Nous finirons sur note optimiste. L'état des lieux que nous avons vu sur la prise en charge est déjà très bon et même encourageant. Et de voir que des spécialistes des addictions sont disponibles dans les structures hospitalières pour répondre aux questions du personnel soignants comme pour le patient et ses proches est rassurant et montre que la pratique par sa confrontation avec ce monde parallèle a déjà abattu plusieurs fausses représentations.

8. Bibliographie

Ouvrages:

- ❖ Angel, S. & Angel, P. (2002). *Les toxicomanes et leurs familles*. Paris : Armand Colin.
- ❖ Cungy, C. (2000). *Faire face aux dépendances*. Paris : Retz
- ❖ Venisse, J-L. (1991). *Faire face aux dépendances*. Paris : Masson
- ❖ Morton, G.J., et al., *Central nervous system control of food intake and body weight*. Nature, 2006. **443** (7109): p. 289-95.
- ❖ Canello, R., et al., *Adiposity signals, genetic and body weight regulation in humans*. Diabetes Metab, 2004. **30**(3): p. 215-27.
- ❖ Erlanson-Albertsson, C., How palatable food disrupts appetite regulation. Basic Clin Pharmacol Toxicol, 2005. **97**(2): p. 61-73.
- ❖ Wurtman, R.J. and J.J. Wurtman, Brain serotonin, carbohydrate-craving, obesity and depression. Obes Res, 1995. **3 Suppl 4**: p.477S-480S.
- ❖ Véléa, D. (2005), *Toxicomanies et conduites addictives*. Paris : Heures de France, pp. 47-53
- ❖ Viala, A. & Botta, A. (2005). *La toxicologie*. Paris : Lavoisier.
- ❖ Katzung, B. (2007). *Basic and clinical pharmacology*. Edition: MC Graw Hill Medical
- ❖ Angel, P., Richard, D. & Valleur,, M. (2000). *Toxicomanies*. Paris : Masson

Articles / Revues :

- ❖ Cowan, J. & Devine, C. (2008). Food, eating and weight concerns of men in recovery from substance addiction, *Appetite*, (50), 33-42.
- ❖ Kruseman, M., Sunier, AS., Lachat, A. & Gache, P., (2008). Comportements alimentaires et état nutritionnel chez des patients en sevrage de substances psychoactives, *Appetite*, 4 (43), 191-197.
- ❖ Savary, J.F, (2007), *La politique suisse en matière de drogues*, (Dossier du mois de l'Artias), p. 5-6.
- ❖ A. Pollien, P. Fontannaz, J.J. Marro, L. Vandel, S. Cattacin, (2002). Dépendance et liens sociaux : étude des relations sociales des personnes toxicomanes, *Dépendances*, (20) p. 5-58
- ❖ Guéniat, O. & Esseiva, P. (2002). Faut-il avoir peur de la cocaïne ?, *Dépendances*, (18), 4-5
- ❖ Gothuey, I. (2005). *Problèmes psychiatriques courants*. Médecine et Hygiène

Document non publié:

- ❖ Volery, M. (2008), *Thérapies comportementales : application à la gestion des crises de boulimie et compulsions alimentaires*. (Polycopié). Genève: Haute Ecole de Santé.
- ❖ Burkhard, P. (2009), *Neurobiologie du comportement alimentaire*. (Polycopié). Genève: Haute Ecole de Santé.
- ❖ Lachat, A., Sunier, AS., Comportements alimentaires et état nutritionnel de patients hospitalisés pour sevrage d'alcool et de drogue : une étude transversale multicentrique. Mémoires de fin d'études, Dir. Kruseman, M. Haute Ecole de Santé, Filière Diététique. 2006, HES-SO, Genève.
- ❖ Ferrero, J-D. (2006) *Pharmacologie*. Genève : Faculté de médecine.

Documents électroniques:

- ❖ Centre de toxicomanie et de santé mentale (2009, 1 juin). Accueil [Page web]. Accès: <http://www.camh.net/fr/index.html>
- ❖ Etat de Genève (2009, 28 mai). Accueil [Page web]. Accès: <http://www.geneve.ch>
- ❖ Institut suisse de prévention de l'alcoolisme (2009, 30 mai). Accueil [Page web]. Accès: <http://www.sfa-isp.ch>

9. Annexes :

ANNEXE I

Grille d'entretien : (pour les soignants)

- ✦ **Thème** : problématique de la toxicodépendance
- ✦ **Objectif de l'étude** : comprendre les perceptions qu'ont les toxicomanes de leur vie, leur façon de vivre, leurs besoins... et comprendre comment les soignants voient les toxicomanes. En confrontant les deux, faire ressortir les points importants à aborder pour une prise en charge de qualité et faire également ressortir les manques.

Introduction

1. Depuis combien de temps suivez-vous/travaillez vous avec des toxicomanes ?
2. Combien de patients toxicomanes avez-vous suivi/suivez vous actuellement ?
3. Quels sont les aspects communautaires, les points importants ?

I. Profil « type » du toxicomane

- I.1 Ya-t-il un profil type du toxicomane ?
- I.2 Ont-ils, selon vous, un caractère particulier ? Une personnalité plus fragile ? Plus à risque ?
- I.3 Ont-ils eu une enfance, des conditions de vie, un milieu social pouvant aussi influencer l'entrée dans le monde de la drogue ?
- I.4 Y a-t-il des différences de profil, voir de milieu social entre les cocaïnomanes vs les héroïnomanes ?
- I.5 Y a-t-il des dérives fréquentes (prostitution, délinquance) ?
- I.6 Comment envisagent-ils le futur ?

II. Prise en charge

- II.1 Comment viennent-ils vous voir ?
- II.2 Quelles sont leurs motivations ?
 - °sevrage
 - °overdose
 - °pb. de santé chroniques -> quelles sont les pathologies associées ?

- II.3 Est-ce leur volonté propre de s'en sortir ou bien c'est l'entourage familial ou les professionnels qui les y « force » ?
- II.4 Quelles sont les difficultés rencontrées ?
- II.5 Les proches sont-ils intégrés dans le ttt ou pas ?
- II.6 Importance de la relation médecin-malade : psychothérapie ?
- II.7 Assurances : que prennent-elles en charge ?
- II.8 Financement des consultations, traitements ?
- II.9 Quels sont les traitements proposés ?
 - ✦ pour les cocaïnomanes
 - ✦ pour les héroïnomanes
- II.10 Les patients préfèrent –ils simplement la prescription de leur drogue (héroïnomanes) ou veulent – ils un traitement de substitution ?
- II.11 Y a-t-il une prise en charge psychologique qui est associée ?
- II.12 Qui prescrit ? Médecin généraliste, psychiatre, autre ?
- II.13 Anonymat pour l'administration ?
- II.14 Les frais envoyés aux assurances ne risquent-ils pas de rompre l'anonymat du patient face à son assureur ?
- II.15 Ttt pour améliorer le sevrage et ses effets indésirables tels que douleurs musculaires, frissons, angoisse.
- II.16 Qui évalue, contrôle leur alimentation, leur poids (perte pondérale) ?
- II.17 Comment trouvez-vous leur alimentation ? Que mangent-ils, pourquoi ?? (représentation ?) -> risque de carence ++ ?
- II.18 En fonction des phases (début, chronicité, sevrage,..) comment évolue leur alimentation ? (ex : début drogue = coupe faim ? => risque ++ malnutrition et pas une priorité pour eux)
- II.19 Sont-ils des patients à risque de carences particulières ?
- II.20 Sont-ils à risque de malnutrition/dénutrition ?

III. Le sevrage

- III.1 Combien suivent-ils de cure de désintoxication (jusqu'au bout...) ?
- III.2 Quelles sont les raisons de l'abandon ? Compliance ?
- III.3 Ont-ils des tentations ? Habitudes ? Manques de sensations dues au mode de la prise ? Effets secondaires des traitements ?
- III.4 Après sevrage : Quelle est la fréquence des rechutes ?
- III.5 Y a-t-il des dispositions de prévention de la rechute ?
- III.6 Quelles solutions/ suivi proposer ? Importance de la personnalité du toxicomane ?
- III.7 En période de sevrage, comment est-leur alimentation ? Ont-ils plus faim ? Des envies (début TCA ?) ?

IV. Prévention

- IV.1 Quel type de prévention pourrait-on faire ?
 - ✦ Auprès des jeunes ?
 - ✦ Dans les quartiers ?
 - ✦ Dans la presse ?
 - ✦ Chez les généralistes ?
 - ✦ Dans les lieux fréquentés la nuit boîtes bars ?
 - ✦ Université ?

ANNEXE II

Grille d'entretien : (pour les structures/réseaux d'aide aux toxicomanes)

- ✦ **Thème** : problématique de la toxicodépendance
- ✦ **Objectif de l'étude** : comprendre les perceptions qu'ont les toxicomanes de leur vie, leur façon de vivre, leurs besoins... et comprendre comment les soignants voient les toxicomanes. En confrontant les deux, faire ressortir les points importants à aborder pour une prise en charge de qualité et faire également ressortir les manques.

I. Structure de bas seuil : généralités

- I.1 Qui composent ces structures ? (infirmiers, médecins, bénévoles)
- I.2 Qu'offrent ces structures ?
 - ° abri
 - ° matériel d'injection
 - ° méthadone/héroïne (pour qui, quelles conditions doivent être remplies, légal sur Genève, et ailleurs en CH ?)
 - ° autres ? Lits, sanitaires, médicaments, soins, nourriture...
 - ° projets de réinsertion professionnelle ?
 - ° redirige vers des professionnels de la santé, en vue d'un sevrage ?
 - ° quand échec sevrage, retour vers ces structures de bas seuil ?
- I.3 Prévention ? Aide en cas de détresse afin de prévenir prostitution et délinquance ?

II. Toxicomanes

- II.1 Qui sont ces toxicomanes ? SDF, personnes avec revenu ?
- II.2 Y a-t-il des différences de profil, voir de milieu social entre les cocaïnomanes vs les héroïnomanes ?
- II.3 Comment viennent-ils vous voir ?
- II.4 Quelles sont leurs motivations ?
 - ° sevrage
 - ° overdose
 - ° un endroit pour dormir
 - ° Est-ce leur volonté propre de s'en sortir ou bien c'est l'entourage familial ou les professionnels qui les y « force » ?

- II.5 Si SDF, où passent-ils les nuits ?
- II.6 Les proches sont-ils intégrés dans le ttt ou pas ?
- II.7 Financement des consultations, traitements (ex : matériel d'injection)?
- II.8 Si toxicomane avec des enfants : protection des mineurs ?
- II.9 Comment trouvez-vous leur alimentation ? Saine, déséquilibrée, Pourquoi ?
- II.10 Quelle importance accordent-ils à leur alimentation ? Que mangent-ils, pourquoi ?? (représentations ?) -> risque de carence ++ ?
- II.11 En fonction des phases (début, chronicité, sevrage,..) comment évolue leur alimentation ? (ex : début drogue = coupe faim ? => risque ++ malnutrition et pas une priorité pour eux)

III. Police

- III.1 Avez-vous parfois à faire avec la police ?
- III.2 Que fait- elle ?
- III.3 Qui arrête-t-elle ? Dealers, délinquants en flagrant délit ou dénoncés par des voisins, prostitution...
- III.4 Quels risques encourus et pour qui ?

IV. Prévention

- IV.1 Quel type de prévention pourrait-on faire ?
 - ✦ Auprès des jeunes ?
 - ✦ Dans les quartiers ?
 - ✦ Dans la presse ?
 - ✦ Chez les généralistes ?
 - ✦ Dans les lieux fréquentés la nuit boites bars ?
 - ✦ Université ?
- IV.2 Prévention ? Aide en cas de détresse afin de prévenir prostitution et délinquance ?

ANNEXE III¹⁴

L'ISPA a mis disposition des lettres de prévention adressé aux parents.
La première est gratuite et téléchargeable depuis le site.

¹⁴ Source : ISPA, 2009, <http://www.sfa-ispa.ch/DocUpload/Lettreparents1.pdf>