

Faculté de Médecine | 3ème année

Immersion en Communauté

Toxicomanie à New York



Mai et juin 2009 | Letizia NICASTRO
Stéphanie LAPERROUSAZ
Romeo RESTELLINI
Vincent VIBERT

Tables des matières

1. Introduction-----	5
2. Contexte-----	7
2.1 Généralités-----	7
2.1.1 Géographie-----	7
2.1.2 Histoire-----	8
2.1.3 Démographie-----	8
2.1.4 Disparités socio-économiques-----	9
2.2 Système de Santé aux Etats-Unis-----	11
2.2.1 Organisation générale-----	12
2.2.2 Les assurances privées-----	13
2.2.3 Les programmes publics -----	14
3. Récit-----	16
3.1 Les Flophouses-----	16
3.1.1 Introduction-----	16
3.1.2 Epopée-----	18
3.1.3 Conclusion-----	20
3.2 Lower East Side Harm Reduction Center-----	21
3.2.1 Historique-----	21
3.2.2 Organisation-----	23
3.2.3 Services-----	23
3.3 La Clinique de Méthadone-----	26
3.3.1 Rappel sur l'héroïne-----	26
3.3.2 Qu'est-ce que la méthadone ? -----	26
3.3.3 Organisation-----	27
3.3.4 Contrat-----	28
3.3.5 Le traitement de substitution-----	29
3.3.6 Les échantillons d'urines-----	29
3.3.7 Méthadone à domicile-----	30
3.3.8 Les groupes-----	30
3.4 Chemical Dependency Outpatient Program-----	31
3.4.1 Structure-----	31
3.4.2 Historique-----	32
3.4.3 Personnel-----	33
3.4.4 Patients-----	34
3.4.5 Organisation-----	35

3.4.6 Activités-----	36
3.5 Les sorties effectuées avec les patients-----	40
3.5.1 Roosevelt Island-----	40
3.5.2 Coney Island-----	40
3.5.3 L'exposition photo-----	41
3.5.4 Le Zoo du Bronx-----	41
3.5.5 Tigressa-----	42
3.6 The Clinic-----	43
3.6.1 Historique-----	43
3.6.2 Organisation-----	44
3.6.3 Personnel-----	45
3.6.4 Patients-----	45
4. Conclusion-----	47
5. Bibliographie -----	49
6. Remerciements-----	50

1. INTRODUCTION

Ce rapport fut rédigé lors de notre « Immersion en Communauté » dans la ville de New York, en mai et juin 2009. Ce stage fait partie intégrante du programme de troisième année d'étude à la faculté de médecine de l'Université à Genève. Celui-ci est conçu pour donner un aperçu aux étudiants de problématiques touchant à la médecine communautaire, à Genève ou dans d'autres régions du monde.

Nous sommes quatre étudiants à avoir manifesté le désir d'effectuer cette expérience dans un contexte particulier : celui d'une population défavorisée dans une ville riche.

Nous avons donc décidé de nous intéresser aux Etats-Unis, pays qui représentait à nos yeux un exemple unique de développement et de richesses, couplé à une forte inégalité face à la santé frappant une frange importante de la population. Nous ne pouvions concevoir que des individus bien portants et aisés puissent laisser au ban de leur société d'autres personnes vivant dans des conditions de précarités parfois semblables à celles du tiers-monde. Nous voulions comprendre comment l'organisation d'un système de santé peut changer drastiquement le rapport de tout un chacun face à la médecine. L'expérience de vivre la pauvreté en milieu urbain, de sentir le clivage entre deux monde, fut une autre motivation pour ce stage.

Après de nombreuses recherches, notre premier contact se révéla être en relation avec le milieu carcéral dans la région d'Atlanta. Travailler avec des détenus nous paraissait être un bon exemple d'une population défavorisée ipso facto, particulièrement aux USA. Malheureusement, ce projet n'aboutit pas.

Alors que nous nous résignions presque à laisser tomber notre idée première, une autre réponse nous parvint, cette fois en relation avec la toxicomanie dans la ville de New York. Cette nouvelle favorable arrivait comme la providence et nous nous mîmes immédiatement au travail pour concrétiser ce projet. Le monde de la drogue et de la misère dans une ville aussi opulente et clinquante que New York correspondait en effet parfaitement à notre attente initiale.

Notre stage s'est donc déroulé dans une clinique traitant l'alcoolisme et la toxicomanie, service dépendant de l'Hôpital Bellevue à Manhattan. C'est dans ce lieu que nous avons travaillé au quotidien, durant la majorité de nos six semaines de stage. C'est aussi à partir des contacts que nous avons eu que nous avons pu rayonner et faire d'autres expériences. En effet, grâce à l'ouverture d'esprit de la Dresse, directrice du programme, nous avons eu la possibilité de rencontrer d'autres acteurs et visiter de nombreux lieux en relation avec le monde de la drogue et de la précarité. Ces pérégrinations nous emmenèrent dans de multiples endroits au sein de la ville de New York bien sûr, mais aussi à Philadelphie.

Le présent rapport est le résultat de nos expériences sur place. Il se base principalement sur notre vécu, les témoignages que nous avons pu récolter, les discussions que nous avons eues et les lectures que nous avons faites.

Nous tenons donc à avertir le lecteur : si nous avons fait notre possible pour vérifier nos sources, une partie de ce rapport est fondée sur les opinions ou expériences de personnes rencontrées.

Ainsi, nous vous invitons à considérer ce texte non pas comme une étude apportant des réponses précises, mais comme une description de notre séjour, une immersion dans notre expérience.

Ce dossier se veut aussi être une mise en commun de quatre points de vues différents, qui se ressentiront donc dans les styles d'écriture ou d'analyse.

La structure de ce rapport est la suivante : après une brève description de la ville et du système de santé en vigueur, nous avons choisi de suivre l'histoire d'un personnage et d'introduire de cette façon une partie des institutions où nous avons travaillé. Si le personnage se révèle pour partie fictif, il résulte cependant de la composition des histoires de plusieurs patients. Nous précisons donc que, dans le but de préserver le secret médical, les noms de patients ainsi que leurs histoires sont librement modifiés afin de les rendre non identifiables.

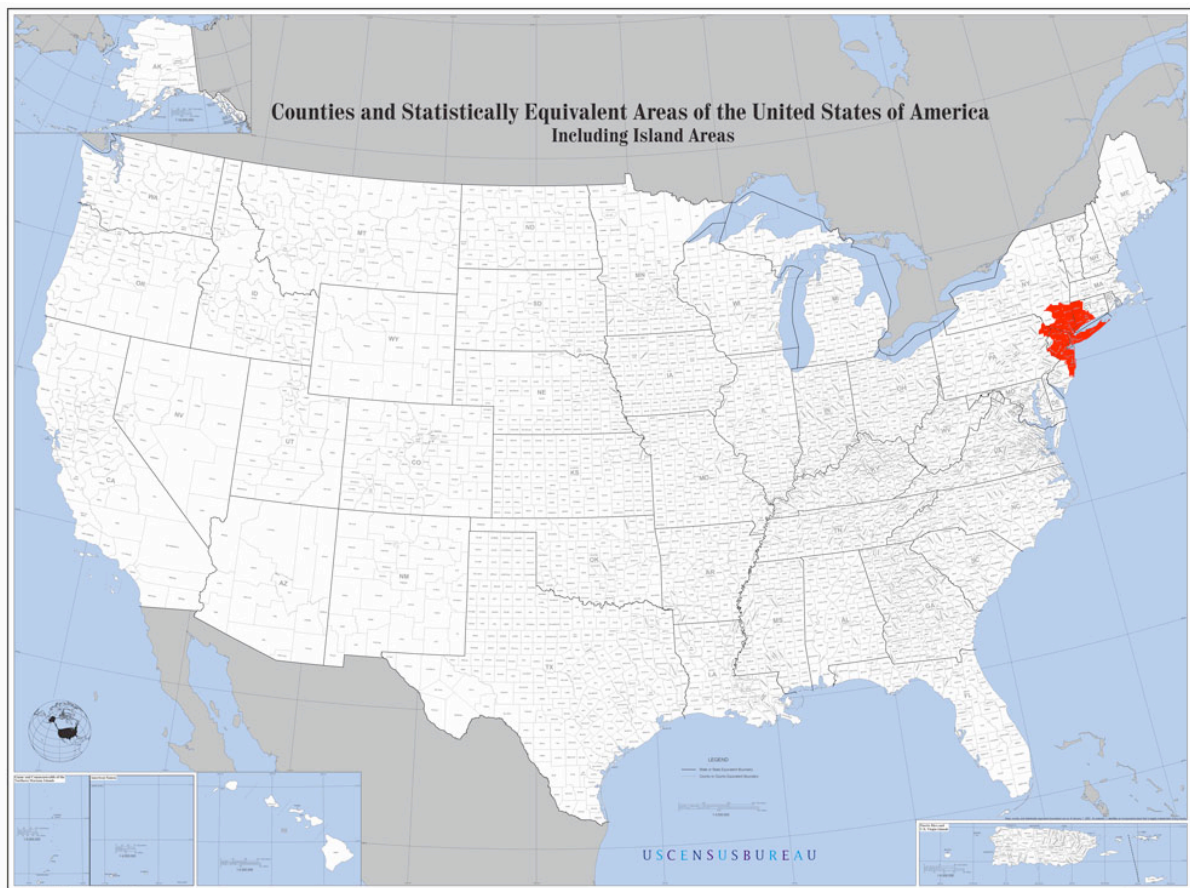


2. CONTEXTE

2.1 Généralités

2.1.1 Géographie

A l'embouchure du fleuve Hudson, la ville de New York est située sur la côte atlantique au nord-est des Etats-Unis d'Amérique. Elle est la ville principale de l'état du même nom et possède une superficie de plus de 1200km carré. Cette région baignée par le Gulf Stream connaît d'importants contrastes climatiques avec des hivers rigoureux et des étés chauds et humides.



2 La zone urbaine de New York (en rouge), représentée sur une carte des USA

2.1.2 Histoire

Initialement peuplé par diverses tribus amérindiennes (principalement les indiens Lenapes, appartenant à la grande famille et au groupe linguistique des Algonquins), le territoire où s'étend aujourd'hui la ville de New York fut accosté pour la première fois par l'Italien Giovanni di Verrazano en 1524. Près d'un siècle plus tard, le célèbre navigateur Henry Hudson, mandaté par la Compagnie des Indes orientales, explore plus profondément la région et remonte notamment le fleuve qui porte aujourd'hui son nom. C'est ainsi qu'est fondée, en 1614 une première colonie hollandaise dédiée au commerce des fourrures, qui portait le nom de « Nouvelle-Amsterdam ». C'est lors de la présence néerlandaise que le directeur de la colonie acheta l'île de Manhattan à ses occupants, les indiens Manhattes, pour la somme de 60 florins (24 \$).

En 1664, les anglais conquièrent la colonie et cette dernière fut rebaptisée « New York », en l'honneur du Duc d'York qui avait acquis le territoire. Sous l'hégémonie anglaise, la ville ne cessa de croître et les premières revendications d'indépendances apparurent, ainsi que les tensions avec les troupes britanniques. Plus de cent ans plus tard, en 1776, la ville entra dans la guerre d'indépendance qui avait éclaté une année auparavant. Elle resta cependant sous contrôle britannique jusqu'à la fin de la guerre, en 1783, et acquies le statut de capitale du pays lors de la signature du traité d'indépendance.

Alors que le XIXe siècle fut celui d'une explosion démographique majeure, notamment en raison de l'arrivée de nombreux immigrés, c'est le XX siècle qui marqua l'accession de la ville au statut de centre décisionnel, culturel et financier mondial.

2.1.3 Démographie

Avec ses huit millions d'habitants, New York est maintenant la ville la plus peuplée du pays (plus de deux fois la population de la deuxième ville, Los Angeles). Elle fait également partie d'une mégapole de près de vingt millions d'habitants, à cheval sur les états du Connecticut, du New Jersey et de New York.

La ville de New York s'étend aujourd'hui sur cinq circonscriptions administratives (boroughs) : Manhattan, Brooklyn, le Bronx, le Queens et Staten Island. De nos jours considérées comme une ville unique, elles furent jadis des entités indépendantes et s'unifièrent à la toute fin du XIX siècle seulement. Cette union ne se fit cependant que de justesse si l'on considère l'infime majorité ayant accepté ce projet dans la circonscription de Brooklyn. Aujourd'hui encore, ces régions de la ville revendiquent une identité propre et des différences marquées. D'aucuns disent : « on vient à Manhattan pour voir les boutiques et à Brooklyn pour voir les gens ».

Cette diversité identitaire se retrouve également à l'intérieur de ces circonscriptions avec des zones urbaines dans lesquels vivent des habitants venant pour la majorité d'une même origine. On trouve ainsi le modèle d'intégration à l'américaine avec ses fameux Chinatown et Little Italy, mais également les plus récents Koreantown, quartiers portoricains, indiens, pakistanais ou encore à majorité slave. Au-delà du cliché, cette ségrégation ne survit pourtant pas aux impératifs de la vie moderne et la mixité des cultures est au contraire l'une des caractéristiques sociologiques majeure de la ville. Les différentes ethnies, cultures ou religions se côtoient et se mélangent, aussi bien sur le plan géographique que professionnel ou familial.



New York est ainsi l'une des métropoles la plus cosmopolite au monde avec environ 200 nationalités représentées et près de 170 langues parlées. Près de quarante pourcent des new-yorkais sont nés à l'étranger et la moitié ne sont pas naturalisés américains. La ville compte une majorité blanche (environ 35%) avec des origines diverses (et souvent anciennes) : irlandais, italiens, grec, russes, etc. Parmi eux, plus de la moitié sont juifs (1,7 million, soit plus que les villes de Jérusalem, Tel-Aviv et Haïfa réunies). La population hispanique détient la seconde place des communautés les plus importantes, représentant 27% de la population et avec l'espagnol parlé par un new-yorkais sur trois¹. On trouve également une importante communauté afro-américaine, africaine, asiatique, indienne, et arabe. A cela, il convient d'ajouter environ un demi-million d'illégaux, qui ont tendance à ne pas se faire repérer lors des recensements.

Les cinq circonscriptions de New York : 1. Manhattan, 2. Brooklyn, 3. le Queens, 4. Le Bronx, 5. Staten Island

2.1.4 Disparités socio-économiques

Cette extraordinaire diversité culturelle se décline autour de disparités socio-économiques importantes. A New York, 5% de la population active récolte 53 % des revenus². Alors qu'en 2005 le revenu moyen par habitant était supérieur de 2198 \$ à la moyenne du pays

¹ Wikipédia.fr et Guide du Routard, édition 2009

²; ⁴ Selon le rapport 2007 du US Census Bureau sur les revenus, cité dans « Less Poverty but More Inequality in New York » *New York Time*, du 26/08/2008

(d'environ 25 000 \$), la population vivant sous le seuil de pauvreté dépassait de 5 % la moyenne nationale (18% à New York pour une moyenne nationale de 13%)³. En 2007, l'état de New York

³ Chiffre venant de *Wikipédia.fr*

était l'un des deux états aux USA (avec le Missouri) à compter une commune dont le taux de pauvreté est parmi les dix plus haut du pays (27,5 % dans le Bronx) et en même temps une commune avec l'un des plus bas (4,4 % à Nassau)⁴. Ces communes ne sont pourtant distantes que d'une quinzaine de kilomètres à vol d'oiseau !



Au plus extrême, on comptait la même année plus de 8% de la population de l'état vivant avec moins de la moitié du seuil de pauvreté. Ce fossé entre riches et pauvres se retrouve notamment dans le nombre affolant de sans-abri (plus de 36 000 individus, dont près de 8500 familles avec des enfants⁵) en comparaison avec le prix prohibitif du logement. New York est en effet considérée comme la troisième ville la plus chère au monde en ce qui concerne l'immobilier⁶, avec des quartiers où le prix du mètre carré atteint plus de 35 000 dollars.

En raison de protections sociales peu développées, ces inégalités se répercutent sur des domaines aussi fondamentaux que l'éducation ou la santé (cf. ci-dessous « Système de santé aux Etats-Unis»). Malgré les investissements dans les écoles publiques (16 000 \$ par élève en 2007)⁷ et le taux élevé des adultes ayant suivi une formation supérieure (84,1% ont terminé la high school)⁸, la proportion des étudiants atteignant un niveau de spécialisation suffisant pour s'assurer un emploi reste inquiétante. En effet, parmi ceux qui avaient obtenus un « high school degree », 64 000 new-yorkais se trouvaient au chômage en 2008 (soit plus de 6% de cette population)⁹. Les disparités importantes quant à la qualité des universités ainsi que les coûts élevés de beaucoup d'entre elles (45 000 \$ pour une année d'étude de médecine à la prestigieuse université de Columbia par exemple¹⁰) sont peut être deux des nombreuses causes de cette situation.

⁵ Selon le *NYC Homeless Department*, <http://www.nyc.gov/html/dhs/html/home/home.shtml>

⁶ D'après le classement du groupe immobilier *Knight Frank et Citi Private Bank*, Rapport 2007, cité dans « *A Londres, le mètre carré atteint des sommets* », *Le Figaro* du 08/05/2007

⁷ Chiffres (2009) de l'*US Census Bureau* <http://www.census.gov/Press-Release/www/releases/archives/education/014091.html>

⁸ Chiffres (2007) de l'*US Census Bureau* <http://www.census.gov/prod/2009pubs/p20-560.pdf>

⁹ Selon le *Fiscal Policy Institute Report* du 11/12/2008, <http://www.fiscalpolicy.org>

¹⁰ D'après http://www.columbia.edu/cu/sfs/docs/University_Tuition_And_Fees/tuition-fees.html#N10AOC

2.2 Système de santé aux Etats-Unis

Il n'est pas aisé de décrire le système de santé étasunien car il se caractérise par une grande hétérogénéité et de multiples acteurs, avec peu d'uniformisation. La santé aux USA est avant tout un marché, relevant principalement du domaine privé et n'imposant pas un système d'assurance universel obligatoire.

La médecine est une médecine de pointe, avec une technique très développée, des universités renommées (neuf des dix meilleures facultés de médecine au monde se trouvent aux USA selon le classement de Shanghai¹¹) et une densité de professionnel de la santé importante (145 pour 1000 habitants¹²). Cette médecine de pointe ne s'adresse cependant qu'à une frange privilégiée de la population, la couverture maladie y étant faible (moins d'un américain sur deux couvert pour l'ensemble de ses soins¹³).

Ce système se caractérise aussi par une surconsommation des biens. Le coût de la santé y est le plus élevé au monde. La régulation macroéconomique est quasi-inexistante, laissant place à une régulation microéconomique dépendant un grande partie du contrôle de l'offre.



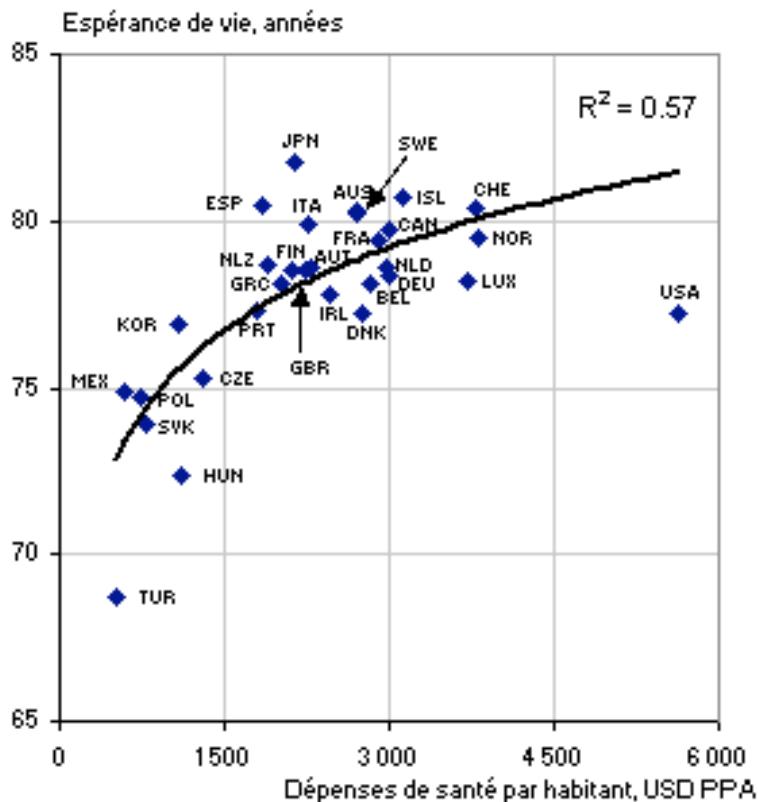
La santé se vend bien

L'une des premières choses qui nous frappa lors de notre quotidien à New York fut le nombre incroyable de publicités en relation avec la santé. Nous avons constamment dans notre champ de vision une affiche vantant les bienfaits d'une nouvelle pilule miracle. La quantité de message autour de cette thématique était affolante. Il y avait non seulement de la publicité qui concernait la médecine en soi, mais également tout ce qui gravitait autour : les avantages d'une formule d'assurance maladie, les millions de dollars promis par une étude d'avocat en cas d'erreur médicale ou encore les nombreuses séries tv suivant un groupe de médecins, une infirmière, etc. La différence majeure avec ce que nous connaissions était que ces spots publicitaires ne se contentaient pas d'inciter à l'achat d'un médicament, mais poussait le patient à demander à leur médecin les technologies présentées. Les patients potentiels étaient invités à se questionner sur le bien fondé de leur thérapie et à investiguer d'autres possibilités, même si celles-ci relevaient indéniablement de compétences médicales avancées. Une affiche expliquait par exemple aux gens attendant dans une rame de métro pourquoi le nouvel IRM 7700 permettait d'avoir des coupes axiales d'un angle différent, permettant la détection d'un cancer, autrement impossible avec les IRM classiques.

¹¹ D'après le *Academic Ranking of World Universities*, 2009

¹² Selon l'OMS, <http://www.who.int/countries/usa/en/>

¹³ Selon l'OCDE, cité dans *Le système de sante et d'assurance américain : Action avec les médecins concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire*, avril 2002



Espérance de vie en fonction des dépenses de santé par habitant.

Panorama de la Santé – Les indicateurs de L'OCDE 2005 (chiffres de 2003)

Quelques chiffres¹⁴ : -espérance de vie à la naissance : 75 ans hommes / 80 ans femmes
 -espérance de vie en bonne santé : 67 ans hommes / 71 ans femmes
 -taux de mortalité infanto-juvénile : 8 (pour 1000)
 -pourcentage du PIB consacré à la santé : 15,3

2.2.1 Organisation générale

Dans ce système où l'autorité de l'état reste très peu présente, le « Department of Health Services », département de la santé au niveau fédéral, administre un nombre limité d'institutions et de programmes de santé :

- La « Food and drug administration » (FDA) s'occupe de la sécurité des produits alimentaires, médicaux et cosmétiques.
- La lutte contre les épidémie est assurée par les « Centers for diseases control » (CDC).
- Les « National institutes for Health » (NIH) sont des centres de recherche médicale.
- La qualité des services est évaluée par l' « Agency for healthcare research and quality » (AHRQ)
- Le « Center for medicare and medicaid services » (CMS) gère les retraites et les assurances publiques

¹⁴ Selon l'OMS, <http://www.who.int/countries/usa/en/>

Le « Department of Defense » et le « Department of Veterans Affairs » se chargent respectivement des soins aux armées et aux vétérans.

En plus des institutions fédérales, chaque état édicte ses propres règles concernant la santé. Ceux-ci légifèrent par exemple sur les modalités de prise en charge par les programmes fédéraux ou proposent d'autres programmes de santé. Cette diversité interétatique vient compliquer encore ce système peu centralisé et marque de réelles différences selon que l'on vit dans l'état du Nevada ou de New York par exemple.

Vue globale¹⁵ :

- 72.4% de la population a une assurance privée (mais de couverture très variable)
- 13.4% est couvert par Medicare
- 10.4% par Medicaid
- 14% n'a aucune couverture

2.2.2 Les assurances privées

La majeure partie du marché est détenue par les assurances privées (environ 3500 sociétés). En effet, près de trois quart de la population y souscrit. La plus grosse part du marché est cependant détenue par des assurances privées à but non lucratif, les principales étant regroupées sous les compagnies « Blue Cross » et « Blue Shield ». Près de 60% des américains s'assurent à travers leur employeur. Les grosses et moyenne entreprises assurent en effet près de 100% de leurs employés. Ce n'est pas le cas des petites entreprises qui ne proposent que rarement une assurance santé.

Les assurances santé privées sont regroupées sous le terme de « **Managed Care Organization** » (MCO), comprenant deux types de fonctionnement principaux : les « Preferred Providers Organizations » (PPO) et les « Health Maintenance Organizations » (HMO).

Les **PPO** passent des contrats avec des partenaires indépendants (médecins, hopitaux,...) qui deviennent des prestataires préférentiels. Généralement des franchises et ticket-modérateurs (participation à une partie des frais à chaque intervention) viennent s'ajouter aux primes. La consultation de services de santé non partenaire est toujours possible ménager une participation financière (cofinancement).

Les lois du marché régulent ce système et les modalités contractuelles ne répondent à aucune convention cadre. Les assurances définissent leurs propres conditions, tarifications, pathologies couvertes, risques exclus, etc. La majorité des sociétés d'assurance calculent les primes proportionnellement au risque et à l'étendue de la couverture. Celles-ci sont également libres de résilier les contrats selon leurs propres règles.

¹⁵ *Le système de santé et d'assurance américain : Action avec les médecins concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire*, avril 2002

Les **HMO** quant à elles sont de véritables entités prestataires de soin – assureurs, proposant des soins à prix réduit et de façon mutualisée, mais limitant le choix du médecin ou de l'hôpital au réseau préétabli. Contrairement aux attentes des analystes, les PPO se sont mieux développées que les HMO et représentent aujourd'hui deux tiers des MCO, contre un tiers pour les HMO.

La possibilité de souscrire une assurance à titre individuel est très limitée en raison des prix prohibitifs d'un tel contrat. Ainsi, sous l'apparente liberté du choix se cache de facto un système très restrictif.

2.2.3 Les programmes publics

« Certains conservateurs diraient que nous avons en fait un système de couverture universelle dans la mesure où tout le monde est couvert à condition de devenir pauvre »

Victor G. Rodwin, professeur en économie et gestion des services de santé à la *Wagner School of Public Service* de la *New York University*¹⁶

Les deux principales entités de ce système d'assurance maladie social sont « Medicare » et « Medicaid ».

Medicare

Ce programme couvrant 13.4% de la population (40 millions d'américains) finance à lui seul 20% des dépenses de santé du pays. Celui-ci s'adresse en effet aux plus gros demandeurs de soins :

- Les personnes de plus de 65 ans
- Les handicapés permanents (dont les non-voyants)
- Les insuffisants rénaux en phase terminale

Medicare est constitué de deux parties distinctes. La partie A est une assurance hospitalière financée par les cotisations obligatoires de tous les citoyens. La partie B est une assurance ambulatoire facultative, financée par les assurés à hauteur de 50 \$ par mois, ainsi que par le budget fédéral. Cette assurance ne couvre cependant pas les examens de santé de routine, ni les frais dentaires. Elle ne dispense pas non plus des franchises, ni des ticket-modérateurs. Après 60 jours d'hospitalisation par exemple, la participation de l'assuré revient à 198\$ par jour¹⁷.

¹⁶ Cité par Corine Lesnes dans « *Vices et vertus du système de santé américain* » *Le Monde* du 20/05/2007

¹⁷ *Le système de santé et d'assurance américain : Action avec les médecins concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire*, avril 2002

A l'instar des assurances AVS en Suisse, la santé financière de Medicare est menacée par le vieillissement de la population et l'augmentation des coûts de la santé.

Medicaid

Contrairement à Medicare, Medicaid n'est pas un programme homogène au plan national ; ni au niveau de son financement, ni concernant ses modalités de couvertures ou de prestations proposées. Ces paramètres dépendent de certains critères fédéraux mais surtout de règles propres à chaque état.

L'objectif principal de ce programme est de proposer une assurance maladie gratuite aux familles pauvres. Ainsi, cette population est de toute façon couverte, quelque soit son état de résidence. Cependant, les critères de qualifications sont relativement précis : il faut être un enfant de moins de 16 ans, être une famille monoparentale ou encore être une femme enceinte. Ces conditions doivent être combinées à un revenu inférieur (ou parfois approchant) le seuil de pauvreté. Les personnes pauvres de plus de 65 ans peuvent aussi bénéficier de Medicaid pour les prestations que Medicare ne prend pas en charge.

Le résultat est qu'une proportion importante de la population dans le besoin n'a pas accès à Medicaid. En 2000, moins de la moitié des américains vivant sous le seuil de pauvreté remplissait les conditions pour Medicaid¹⁸ (les familles sans enfant ou les personnes seules étant les plus touchées). Cependant, les états peuvent modifier ces critères et sont plus ou moins souples selon leur politique sociale. A New York par exemple, un célibataire ne souffrant pas de handicap majeur peut également bénéficier de ce programme s'il a un revenu inférieur à 706 \$ par mois (décision après examen d'un dossier comportant d'autres conditions)¹⁹. Certains déficits ou pathologies graves autorisent également l'accès à Medicaid (toujours combiné à un faible revenu). Nous verrons ainsi que bon nombre de malades participant à un programme d'aide au sevrage à l'Hôpital Bellevue, et vivant dans des conditions de grande précarité, sont couverts par Medicaid.

Ce programme couvre en théorie l'immense majorité des soins. Cependant, en raison des faibles tarifs édictés et donc du faible taux de remboursement des professionnels de la santé (par exemple 20\$ par consultation à New York, contre 100\$ environ pour un patient standard²⁰), de nombreux médecins ou hôpitaux n'acceptent pas les patients couverts par Medicaid.

La relativisation du luxe

Lors de notre stage à la clinique du CDOP (voir ci-dessous), une jeune femme avait eu la totalité des dents cassées à la batte de baseball, conséquence d'une agression liée à la drogue. Après avoir vécu plusieurs mois dans cet état, elle se présenta un matin toute souriante et joyeuse à la clinique. Il ne nous fallu pas longtemps pour noter qu'elle avait de nouvelles dents. Sa joie était émouvante en regard des terribles épreuves qu'elle traversait. Lorsque nous lui demandâmes comment s'était déroulée l'opération, elle répondit qu'elle portait un dentier, pas des dents implantées. Elle nous expliqua ensuite que Medicaid ne couvrait pas l'implant des dents.

¹⁸ Le système de sante et d'assurance américain : Action avec les médecine concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire, avril 2002

¹⁹ Selon le site internet Medicaid de l'Etat de NY, http://www.health.state.ny.us/health_care/medicaid/#qualify

²⁰ D'après « *Vices et vertus du système de santé américain* » Le Monde du 20/05/2007

Si beaucoup de prestations de base sont couvertes, celles qui sont considérées comme un luxe ne le sont que rarement. Cette situation laisse tout de même songeur quant à la conception de « luxe » pour une femme de 30 ans ayant été sauvagement défigurée.

3. RECIT

3.1 Les flop house

Joyce a trente cinq ans. Elle est cubaine et est arrivée illégalement aux Etats-Unis à l'âge de dix-neuf ans avec des rêves plein la tête. Mais rapidement, les rêves se sont estompés et la dure réalité a pris leur place. Avec elle, tous ses problème : papiers, travail, argent sont des soucis quotidiens pour Joyce. Elle vit la nuit. La police et les contrôles sont moins fréquents et certains marchés du travail bien plus demandeurs.

Intégrant rapidement l'industrie du sexe, elle ne tarde pas à faire connaissance avec celui de la drogue. Alcool pour oublier les mauvais clients. Amphétamine et cocaïne pour faire encore quelques passes avant d'aller dormir et enfin héroïne. Elle ne se pique pas car ça repousse les clients mais ne possède plus à présent qu'une mono narine. Son septum nasal s'étant, comme son hymen, fait la malle il y a bien longtemps.

La quasi-totalité de son argent passant dans la drogue elle rencontre rapidement de gros problèmes financiers. Ne pouvant plus payer son loyer elle se retrouve rapidement à la rue.

Elle entend alors parler d'un endroit où il est possible de dormir pour pas cher. Une flop house comme on les appelle. Les propriétaires ne demandent pas de pièce d'identité et l'on peut y rester plusieurs mois.

N'ayant nulle part où aller Joyce décide de s'y rendre. Là-bas, elle fait la connaissance de jo qui vit dans ces établissements depuis plusieurs années.

3.1.1 Introduction

Un matin nous rencontrons Jo. C'est un homme grand et imposant mais qui semble très peu sur de lui. Caché derrière des lunettes à épaisse monture, il semble toujours fatigué et transpire abondamment.

La sédation et la fatigue sont des symptômes fréquents chez les patients du CDOP. En effet beaucoup d'entre eux ont une lourde médication souvent à base d'anxiolytiques et d'antipsychotiques. Jo est l'un d'entre eux.

Nous faisons sa connaissance à la fin du repas de midi et lui demandons s'il veut bien nous accorder un moment. Tout d'abord surpris voire un peu gêné il accepte rapidement et nous décidons de nous installer dans la salle de thérapie par l'art. La pièce est grande et les murs sont tapissés des travaux de différents patients. Une odeur de peinture flotte encore dans ce sanctuaire respirant la sérénité.

Nous savons que c'est un lieu qu'il affectionne particulièrement, car il fait partie du groupe artistique. Il peint régulièrement des pièces dont certaines sont affichées dans le bureau du Dr Mischer qui est une grande amatrice de son travail.

Après lui avoir brièvement rappelé qui nous étions, nous entamons la discussion en lui sortant un classique « nous aimons beaucoup ce que vous faites » histoire de briser la glace.

Jo a 57 ans et il est le plus ancien patient du CDOP. Cela fait presque vingt ans qu'il vient, cinq jours par semaines à la clinique. C'est un ancien alcoolique. Sobre depuis quelques années, il a malgré tout souvent rechuté.

La clinique lui procure un quotidien, une routine. Mais venir lui permet surtout de pratiquer une activité en étant entouré de personne en qui il peut avoir confiance. Car comme beaucoup de toxicomane, quand Jo est seul, il s'ennuie. Et ce genre de moments étant très propices à la rechute, il essaie de les limiter au maximum.

Jo nous parle de lui, son enfance meurtrie par un père violent et une mère alcoolique. Sa première bière à douze ans et son premier rail à quinze sont les conséquences directes de cet environnement. Jo n'a jamais gardé un travail plus d'une année. Docker, épicier, nettoyeur, livreur, sécurité, Il a tout fait. Et ce n'est que les plus reluisants nous précise-t-il.

Jo est un ancien polytoxicomane mais, par manque d'argent, c'est surtout envers l'alcool qu'il a développé une forte dépendance.

La discussion avance jusqu'à ce qu'il nous parle de l'endroit où il a vécu pendant plusieurs années. : les flop house. Intrigués nous lui demandons de quoi il s'agit exactement. Il nous raconte.

En premier lieu nous dirons que les flop house sont des hôtels très bon marché dans lesquels les locataires peuvent rester pour des durées indéterminées.

Bizarrement, même après avoir cherché pendant plusieurs jours des auberges de jeunesse à prix abordable, jamais nous n'avons eu connaissance de ces fameuses flop house.

En effet, celles-ci ne sont référencées dans aucun guide touristique ni sur aucun site internet.

Ceci s'explique par le simple fait qu'aux yeux de la loi et de l'état, elles n'existent tout simplement pas. Selon Jo, quelques pots de vin bien distribués permettant à ces établissements d'agir en toute tranquillité et de passer entre les gouttes.

La plupart d'entre elles se sont développées à China Town, dans la partie sud de Manhattan.

Habité par plus de 200'000 Chinois, China Town est un quartier à part. Il possède sa propre architecture et son propre rythme de vie. Il y existe de puissantes mafias qui contrôlent le quartier et ses environs et savent tout ce qui s'y passe. De la drogues aux marchandises circulantes en passant par les patrouilles de police, la commission d'hygiène et autres organisations.

Il n'est donc pas étonnant que les flop house, tenues également par des Chinois, se soient développées dans ce quartier là de la ville.

Toujours aménagées dans les étages des bâtiments, ces flop house ne sont pas vraiment des hôtels. Du moins pas l'image de l'hôtel que s'en fait le touriste lambda.

En effet n'ayant pas d'existence officielle, elle n'obéissent à aucune règle et certaines ne possèdent même pas d'enseignes. Leur seule entrée étant une petite porte sans aucun ornement, on ne les remarque simplement pas. Des milliers de touristes passent tous les jours devant, s'arrêtant dans la boutique de souvenirs adjacente mais aucun d'eux n'oserait soupçonner l'existence de ces endroits dont l'accès se situe juste sous leurs yeux.

Même après en avoir entendu parler, sans l'adresse exacte (en encore) il est quasiment impossible de les localiser. Un peu comme le village des Schtroumpfs.

Mais pourquoi tant de mystère et de gêne autour des ces endroits lorsqu'on abordera ce sujet avec les autres patients de la clinique ?

Simplement parce que personne ne souhaite aller vivre là-bas. Quand il nous en parle, Jo nous décrit les flop house comme étant l'enfer. Et il n'hésite pas à dire que ses années passées là-bas font partie des pires de sa vie.

Ces endroits sont occupés par les plus démunis. Sans papiers ou domicile, toxicomanes, alcoolique, etc. En bref, toute une population dont ni les biens pensants, ni la ville ne veut entendre parler.

Le prix nous laisse envisager le pire: huit dollars la nuit. Six pour certaines. Pensez à prévoir deux dollars de plus si vous désirez une fenêtre. On comprend alors pourquoi ces personnes se réfugient dans ces endroits là.

3.1.2 Epopée

Il veut en avoir le cœur net et décide de se rendre dans une de ces flop house. Jo l'avertit que l'endroit est strictement interdit aux non résidents et qu'il ne pourra certainement pas y accéder. Il décide malgré tout de tenter sa chance.

Jo lui remet alors l'adresse de trois de flop house qu'il écrit sur un bout de papier et dans lesquelles il a vécu durant cinq années. En effet, ne pouvant rester dans la même pendant plus de six mois d'affilée, Jo devait régulièrement déménager pour y revenir plus tard.

Toutes les trois se trouvent en plein cœur de China Town. Reconnaisant les rues et les points de repère indiqués sur le papier de Jo, il essaie de visualiser l'endroit. Sans succès.

Après dix minutes de métro, il pénètre dans China Town et se dirige vers la flop house la plus proche, le *Sun Hotel*. Celle-ci se trouve dans une petite rue perpendiculaire à une grosse artère. Vu de l'extérieur, l'endroit paraît tout à fait normal. Est-ce possible qu'à l'intérieur de ce bâtiment se trouve une flop house ? Il entre.

Un ivrogne en bas d'un escalier en bois lui indique qu'il est au bon endroit.

Tout en montant les marches, il réfléchit. Selon Jo, les gérants de ces établissements n'aiment pas les visiteurs. Il va donc devoir user d'un subterfuge pour pouvoir entrer.

Arrivé en haut des escaliers il se retrouve face à un comptoir sur lequel trône un de ces chats chinois en plastique agitant le bras en signe de bienvenue. Un homme est assis derrière et regarde la télévision. Il tourne la tête et regarde le visiteur d'un air suspicieux.

Ce dernier explique qu'il est journaliste pour le *New York Times* et qu'il écrit actuellement un article sur les flop house. Il lui demande s'il peut lui poser quelques questions, faire un petit tour et prendre quelques photos.

Mauvaise approche. L'homme lui répond par la négative et lui de demande de quitter instamment les lieux. Le *Sun Hotel* gardera ses secrets.

Sans se démonter notre homme s'en va. Jo avait raison, les gérants n'aiment pas qu'on vienne fourrer le nez dans leur affaire.

Il se dirige alors vers la deuxième flop house figurant sur le papier de Jo.

Trois cent mètre plus loin, il aperçoit une enseigne rouillée indiquant *Grand Hotel* flottant au dessus d'un magasin de bijoux. Etrange. Il remarque alors, juste à côté du joaillier, une porte en fer ne comportant aucune inscription. C'est ici il en est certain. Poussant la porte, il s'engouffre dans l'escalier qui lui fait face.

En haut de ce dernier, son regard est attiré par un point rouge clignotant. C'est une caméra.

Même dans ces endroits, un semblant de sécurité ou de psychose semble encore exister.

Arrivé à l'étage, même scénario. Un Chinois derrière une vitre lit des magazines qu'il s'empresse de ranger dans un tiroir à l'arrivée du visiteur.

La carte du journaliste n'ayant pas portée ses fruits, il décide de jouer celle de la visite à un ami. Se présentant comme une connaissance d'un certain John Murrow il demande si celui-ci réside ici. Réponse catégoriquement négative de son interlocuteur qui l'invite également à regagner la sortie.

Pourquoi sont-ils tous si méfiants et réticents se demande-t-il ?

Plus qu'une seule chance, le *Providence Hotel*. Celui-ci se trouve dans la même rue cinq cent mètres plus bas, il s'y rend sans tarder.

Arrivé sur place, aucune enseigne, aucune indication pouvant faire suspecter l'existence d'une flop house. Il n'a que le numéro et la rue inscrit sur son papier mais celui-ci ne figure sur aucune des portes.

Il aborde alors une vendeuse de tee-shirt *I love New-York* qui trie sa marchandise et lui demande de lui indiquer le *Providence Hotel*. La femme le dévisage un instant puis, sans dire un mot, tend le bras vers la porte adjacente à son magasin. Il la remercie et pénètre dans le bâtiment. A nouveau, un escalier contigu sentant la fumée froide débouche sur un bureau. Derrière, un vieux Chinois aux cheveux plaqués sur un front dégarni est assis. Il se lève à l'approche du visiteur.

A cours d'idée notre homme décide de rejouer la carte de John Murrow. S'attendant également à une réponse négative immédiate, il est surpris de voir l'homme de la réception attraper un énorme ouvrage dans lequel il semble retranscrire tous les locataires actuels.

Après environ une minute de recherche infructueuse l'employé lui répond qu'il n'a pas de John Murrow.

Le visiteur insiste et précise que Murrow n'est peut-être pas le nom sous lequel son ami est enregistré. L'homme replonge le nez dans son livre et finit par reconnaître qu'il a bien un John vivant au troisième étage.

Se retenant d'esquisser un sourire, il le remercie et emprunte l'escalier menant dans les étages supérieurs.

Arrivé en haut il comprend le malaise lors des discussions et la méfiance de Jo à lui donner les adresses. Le stress commence à monter. Il a chaud, très chaud. Mais pas question de reculer après avoir eu tant de mal à en arriver là.

L'odeur acre de bois suintant lui parvient immédiatement. L'humidité est forte. Et des effluves de cigarette mêlées à celles de du cannabis lui irritent le nez.

Des voix d'homme en pleine altercation s'élèvent également un peu plus loin.

La salle dans laquelle il débouche est immense et rectangulaire. D'environ 300 mètres carré, elle est divisée en plusieurs petits couloirs d'un mètre de large entre lesquels s'intercalent des cubes dans lesquels semble-t-il vivent les occupants. La porte ouverte de l'un d'eux permet au visiteur de regarder à l'intérieur. Ce qu'il y voit correspond exactement à la description qu'en a faite Jo. Ces cubes font moins de quatre mètres carré et ont comme seul mobilier un lit de camp sur lequel repose un matelas crasseux. Il comprend alors ce dont parlait Jo quand il expliquait qu'il ne pouvait pas tendre les jambes sur son lit.

Les murs eux, construits à la manière des palissades de chantier, sont en bois brut. Là où les termites et autres vers ont repris leurs droits, l'ancien locataire a, semble-t-il, colmaté les trous avec une sorte de mastic.

Ils s'élèvent à deux mètres de hauteur et donc ne parviennent pas jusqu'au plafond. Au-delà, ils sont remplacés par du grillage. Celui-ci ayant pour seule fonction d'empêcher les autres locataires de pénétrer dans le cube de leur voisin.

Des cubes, il en a environ cinquante par étage. Certains sont ouverts, d'autres fermés d'un simple cadenas. Dans certains d'entre eux, après avoir jeté un coup d'œil furtif, il aperçoit des résidents somnolents ou regardant la télévision sur un minuscule écran qu'ils ont eux même apporté.

Arpentant les couloirs étroits et changeant de direction dès que quelqu'un se montre, Il arrive aux sanitaires. Ceux-ci étant composés d'une douche rouillée au sol sale et de deux toilettes dont l'une est bouchée. Le tout pour les cinquante locataires de l'étage.

Etant très tenté de quitter cet endroit sordide, il se risque malgré tout à l'étage supérieur. Arrivé en haut, il comprend alors que l'étage entier est composé de personnes noires et qu'il n'est peut être pas le bienvenu. Plus tard Jo lui apprendra qu'en effet, chaque étage regroupe une certaine population. Les blancs au premier, les noirs au deuxième, les sud américains au troisième et les Chinois au quatrième.

Les heurts sont fréquents entre les différents groupes ethniques et chaque étage est dirigé par un « shérif » vers lequel tous les nouveaux locataires doivent s'annoncer et par lequel transitent toutes sortent de marchandises.

Il en a assez vu. Il redescend les escaliers et passe tout droit devant l'homme de la réception. Il entend la voix inintelligible de ce dernier derrière lui. Mais il est déjà loin.

Arrivé en bas, il pousse la porte et se retrouve dans la rue. Bondée comme à son habitude, des touristes y grouillent au milieu des centaines de Chinois s'affairant dans toutes les directions. Il inspire à pleins poumons. Une odeur de friture macérée l'envahit. A n'importe quel autre moment il se serait senti écœuré. Mais là, comparée à celle de l'intérieure elle lui donnerait presque faim.

3.1.3 Conclusion

L'histoire de Jo n'est pas anecdotique. Après quelques jours, nous apprenons que beaucoup d'autres patients de la clinique ont, pour une durée plus ou moins prolongée, fréquenté les flop house.

Ils les décrivent tous de la manière. Petites, bruyante et infectées d'insectes (ou *bed bugs* comme ils aiment les nommer).

En arriver à devoir vivre dans les flop house était pour la plupart d'entre eux une expérience traumatisante. Mais surtout une honte car source de dégoût pour leurs pairs n'y vivant pas.

Jo fait partie de ceux qui ne s'en sont pas trop mal sortis. Un jour ivre et recroquevillé dans son lit, il se rendit compte qu'il ne pouvait plus continuer à vivre comme ça. Il se rappela qu'un ami lui avait parlé d'un nouveau programme pour alcooliques et toxicomanes venait de voir le jour au Bellevue Hospital. Il s'y rendit.

Vingt ans plus tard, Jo est toujours là. Il s'est découvert un talent dans la peinture, ce qui lui donne des objectifs et une raison de continuer à venir. Malgré des rechutes durant les dernières années, il a maintenant son propre appartement. Mais son état de santé physique et mental l'empêche toujours de travailler.

3.2 Lower East Side Harm Reduction Center

Un jour, alors que Joyce discute avec une amie, elle apprend qu'il existe un endroit où elle peut obtenir de la nourriture, des préservatifs, recevoir du soutien mais également échanger des seringues. Le SIDA elle ne pense pas l'avoir. Mais des rumeurs tournent concernant cette maladie ainsi que sur d'autres que l'on peut contracter quand on est toxicomane ou prostituée. Sans en être très convaincue, elle accompagne son amie dans ce centre au sud de Manhattan.

Arrivée là-bas, elle fait la connaissance de personnes rencontrant les mêmes difficultés mais également de professionnels là pour l'aider. Elle décide alors de se rendre régulièrement dans cet endroit qu'elle voit à présent comme un sanctuaire. Loin des flop house et du monde de la rue le centre lui offre quelques heures de répit.

A travers des groupes de travail dans lesquelles elle retrouve certaines collègues, ainsi que grâce à des entretiens personnalisés, Joyce parvient lentement à sortir de l'eau.

Le Lower East Side Harm Reduction Center (LESHRC) est une association mettant à disposition du matériel d'injection, des salles de repos ainsi que des repas pour les personnes toxicomanes durant la journée. Cette organisation fournit également des soins tout en pratiquant une forte prévention autour des problèmes de santé inhérents à la consommation de drogue. Avec des locaux situés dans le Lower East Side, quartier défavorisé à mi-chemin entre le East Village et Chinatown (lieux de résidence de beaucoup de personnes toxicomanes), le LESHRC est géographiquement dans l'une des zones de Manhattan la plus touchée par les problèmes d'abus de drogue.

3.2.1 Historique

ACT UP (Aids Coalition to Unleash Power) est un mouvement citoyen visant à lutter contre l'épidémie du SIDA. Celui-ci est le premier aux USA à revendiquer un droit à distribuer des seringues afin de prévenir les risques d'infections. Cette coalition, fondée en 1987 à New York par des membres de la communauté gay et lesbienne, promeut alors la désobéissance civile et invite ses participants à distribuer du matériel d'injection propre dans des lieux fréquentés par des toxicomanes.

Parallèlement à cela, le premier programme expérimental d'échange de seringues (« needle exchange ») dirigé par le département de la santé à New York ouvre ses portes en 1988. Celui-ci est très controversé et les associations d'aides aux personnes séropositives dénoncent nombres

des procédures misent en place. La structure d'accueil est par exemple située dans le bâtiment central du département de la santé, éloigné des lieux de vie des patients et arborant une forte présence policière. La nécessité de s'engager dans un traitement pour accéder à des seringues propres et le nombre de seringues fournis limité à un par visite sont d'autres obstacles alors dénoncés par ces associations. Le Maire David Dinkins fermera ce programme en 1990, juste après son élection.

L'activisme pour l'aide aux personnes séropositives n'en est pas pour autant freiné. L'un des leaders d'ACT UP devant mettre fin à son activité de distribution de seringues, il propose à Raquel Algarin, une infirmière travaillant alors au sein de département de la santé de la ville de New York, de reprendre sa place.

Malgré les menaces que fait peser cette activité illicite sur son emploi, celle-ci accepte et commence à distribuer des seringues à Tompkins square, terrain vague habité par des sans-abris dans le East Village à New York. Dès sa première expérience, celle-ci est bouleversée par la pauvreté et l'aspect démunis des toxicomanes. Elle commence rapidement à recruter des volontaires sur son lieu de travail mais l'information arrive aux oreilles de sa hiérarchie. Que va penser le département de la santé si l'une de ses employées s'adonne à une activité illégale et très controversée ? Ses supérieurs décident finalement de tolérer cette activité, à condition que les employés ne distribuent pas eux-mêmes du matériel d'injection. Suite à cette décision, le groupe de volontaires s'organise et crée différents secteurs d'activités (distribution de seringues, prévention, soin, aide aux activistes arrêtés,...) afin de palier à l'interdiction de distribuer des seringues frappant certains d'entre eux. La fédération des différents groupes se fait alors petit à petit mais manque de visibilité à cause des closes légales prohibant tout un pan de leur activité.

En mai 1991, huit activistes participent à une action médiatique de distribution de seringues. Ceux-ci bloquent une route dans la ville de New York, installent une table avec du matériel d'injection et avertissent la presse et la police. Leur arrestation s'en suit immédiatement, mais l'événement a marqué les esprits. Lors de leur procès, tout est mis en œuvre pour les innocenter et la justice tranche finalement en leur faveur, estimant qu'en raison de l'épidémie de SIDA sévissant dans la région leur action n'est pas illégale et ce, en vertu d'une loi autorisant « à mettre en œuvre des moyens drastiques pour enrayer une épidémie ».

A partir de cet événement, l'échange de seringues peut avoir lieu au grand jour et le développement de l'aide aux personnes toxicomanes va croissant.

Le LESHR, fruit de ces activités, voit le jour en juillet 1992 et déménagera en 2000 dans les locaux occupés actuellement.

Ce bref aperçu de l'historique new-yorkais de l'échange de seringues montre que, contrairement à la Suisse, le concept de « Réduction de risque » est encore relativement nouveau et très

controversé aux Etats-Unis. La législation concernant ce type de prévention varie beaucoup d'un état à l'autre et reste encore très prohibitive dans certaines régions pays.

3.2.2 Organisation

Le LESHRC est une organisation indépendante ayant le statut d'association. La direction est constituée de certains membres et fondateurs de l'association.

Le financement est le résultat de donations privées ainsi que de subventions de l'état et de la ville de New York. Le Centre for Disease Control participe également au financement de cette organisation. Notons cependant que le LESHRC a l'interdiction formelle d'utiliser ces aides financières pour son programme d'échange de seringue. Les donations privées sont donc l'unique source de revenu de ce service. Ces états de fait montre bien à quel point l'échange de seringue n'est pas communément accepté aux USA.

3.2.3 Services

Le LESHRC est divisé en deux entités : les « vital services » et les « prevention services ». Les premiers s'axent sur le soin individuel de la personne alors que les seconds impliquent des groupes de discussions, de formations ou encore le programme d'échange de seringues.

Vital Services

Conseiller personnel

Il est en charge d'orienter le patient, en fonction de ses besoins, vers les services concernés.

Aide au logement

Ce service cherche non seulement à trouver un logement pour un patient sans abri, mais aide également à éviter les expulsions ou à résoudre des problèmes en lien avec le lieu de vie

Assistance et redirection vers centres médicaux

Conseiller pour abus de substance

Ces conseillers sont aussi bien des psychologues que des assistants sociaux, ayant parfois passé par la toxicomanie et suivi une formation en lien avec l'abus de substance.

Psychiatre

Teste VIH

Le teste rapide ELISA pour le VIH est effectué dans les locaux du LESHRC et permet notamment une orientation des patients vers des centres médicaux appropriés en cas d'infection.

Acupuncture

Cette activité permet de réduire le stress et les manque du au sevrage de drogue. A noter que cette prise en charge est faite en accord avec d'éventuels autres traitements médicaux plus conventionnels.

Prevention Services

Echange de seringue

Les règles d'échanges sont les suivantes :

- Le patient reçoit 1 seringue pour chaque seringue rapportée, avec un supplément de 10 à 50 seringues selon la décision du personnel.
- Après 50 seringues, l'échange se fait selon la règle 1 seringue reçue pour 50 seringues données et plafonne à 1000 seringues.
- Si le patient n'apporte aucune seringue, il peut recevoir entre 10 à 30 seringues selon la décision de la personne en charge.

Le service d'échange de seringue fourni également du matériel annexe comme du désinfectant, des aiguilles, des garrots, des compresses, une feuille d'explication (comprenant des informations sur l'injection, l'overdose, etc.) ou encore des préservatifs, le tout gratuitement.

Ce service explique également aux patients comment laver leur seringue s'il leur est impossible de s'en procurer une neuve. On conseille de rincer trois fois la seringue à l'eau froide (pour éviter la coagulation), de laver à l'eau de javel, puis de répéter le rinçage trois fois.

Cette procédure est un exemple extrême de réduction de risque, partant du postulat qu'il vaut toujours mieux tenter de diminuer le risque lorsque cela est possible. Ce paroxysme de la prévention nous parait discutable car cette manière de procéder présente le désavantage d'encourager indirectement la réutilisation de seringues utilisées (par rapport à une politique promouvant une utilisation stricte de seringues neuves). Cette controverse doit néanmoins être mise dans un contexte de difficulté d'accès à des seringues propres et est difficilement comparable avec d'autres situations où la disponibilité de matériel stérile serait différente. Rappelons par exemple qu'il était impossible de se procurer des seringues sans ordonnance jusqu'en 2001. Dans de nombreux états, il est même punissable de détenir du matériel d'injection sans raison médicale valable.

Le service d'échange de seringue interdit également toute injection dans les locaux ou dans les environs immédiats du centre, notamment en raison d'une interdiction légale.

Groupes de discussion

Ceux-ci sont très variés, allant de groupe réservés aux femmes jusqu'aux groupe de discussion spécifiques de l'hépatite C, ou encore de tout autre objectif ou préoccupation commune à plusieurs patients.

Formation

Le LESHRC dépendant essentiellement sur du travail bénévole, celui-ci propose une formation aux volontaires désirant travailler dans le centre. Cette formation permet par la suite d'être parfois engagé en tant que travail régulier.

Aide à la transition

Ce service vise à aider les personnes désirant changer de sexe. Il fourni une aide psychologique ainsi que des conseils et une aide pratique à la réalisation de cet objectif.

Notre expérience

Nous avons eu vent du LESHRC par certains des patients que nous suivions au Bellevue Hospital et qui se rendaient dans ce lieu. Après un contact téléphonique, un travailleur du LESHRC nous a invité à venir observer le déroulement des activités de leur centre.

C'est l'environnement qui nous a d'abord frappé : malgré la richesse de quartiers adjacents à la suite d'un processus de gentrification²¹, la zone où sont situés les locaux reste encore très défavorisée : que ce soit les habitations décrépites, les sans-abri jonchant les trottoirs ou terrains vagues au détour d'un immeuble, ces surprises contrastèrent avec d'autres images que nous avons eu de Manhattan.

Le centre lui-même nous paru au contraire bien tenu et disposants d'infrastructures modernes, bien que les locaux soient bondés et ne répondant donc apparemment que partiellement à la demande en soin. Encore une fois, nous avons été admiratifs devant le nombre d'anciens toxicomanes participants maintenant à des programmes d'aides en tant que bénévoles.

Après avoir suivi une partie des activités et des soins proposés, nous sommes allé discuter de l'histoire du LESHRC avec l'une des membres de la direction et fondatrice ce centre. En regard de cette discussion, c'est le dévouement personnel de beaucoup de ces travailleurs qui nous a surtout ému. La volonté de citoyens de vouloir aider à enrayer le problème du SIDA par exemple, en prenant des initiatives personnelles et en se mobilisant sur l'unique base de la conviction qu'il fallait agir, dussent-ils le faire au dépend de leur métier de l'époque ou en risquant des conséquences légales.

L'un des objectifs de notre visite, à savoir de comparer l'échange de seringue à New York et à Genève, nous a montré que la Suisse disposait d'une politique très progressiste en la matière par rapport aux USA, comme nous nous y attendions d'ailleurs.

²¹ Le processus de gentrification consiste en l'occupation d'anciens quartiers pauvres par des personnes aisées, souvent jeunes, en raison du bas prix des loyers. La conséquence en est souvent l'augmentation du prix des loyers et l'embourgeoisement du quartier en question.

3. 3 La Clinique de Méthadone

Après quelques mois dans le centre de réduction de risque, Joyce prend la lourde décision, d'arrêter l'héroïne. Les essais infructueux se succèdent et son thérapeute lui conseille alors de suivre un programme de substitution à la méthadone. Joyce est sceptique. Si elle intègre ce programme, elle devra, tous les jours, se rendre à l'hôpital Bellevue pour aller chercher son produit. Mais après avoir discuté avec certaines personnes du centre suivant ce programme, elle décide d'essayer.

Joyce a de la volonté. Elle se rend quotidiennement après son travail à la clinique. Le traitement fonctionne bien. De plus, Joyce peut mettre un peu d'argent de côté.

Dans la ville de New-York, il existe plusieurs programmes de traitement de substitution par la méthadone pour les personnes dépendantes à l'héroïne. Nous avons eu l'opportunité d'aller visiter la Clinique de Méthadone qui se trouve dans le Bellevue Hospital.

3.3.1 Rappel sur l'héroïne

L'héroïne, ou diacétyl-morphine, est un dérivé de la morphine, le principal alcaloïde issu du pavot. Cette substance agit sur les récepteurs morphiniques, principalement le récepteur μ . L'héroïne est plus lipophile que la morphine et atteint donc très facilement et rapidement le cerveau où elle peut déclencher ses effets en un flash, après avoir été hydrolysée deux fois (redevenant donc similaire à la morphine). L'héroïne est un puissant déresseur du système nerveux central qui a une action sédatrice et analgésique. Elle déclenche aussi une forte dépendance et tolérance chez son utilisateur, ce qui peut le mener à la toxicomanie. L'héroïne peut être administrée par différentes voies ; elle peut être inhalée (fumée, prise ou vapeurs) ou injectée en intraveineuse après avoir été solubilisée.

Un patient qui est en cure de désintoxication, sans traitement de substitution, voit chuter progressivement sa tolérance pour l'héroïne. Ainsi, s'il rechute et prend une dose aussi élevée qu'auparavant, il a un risque important de faire une overdose.

Dans des situations exceptionnelles, l'héroïne peut être utilisée comme traitement de substitution. En effet, la Suisse propose cela pour aider les héroïnomanes pour lesquelles les autres choix thérapeutiques n'ont pas fonctionné. La prescription d'héroïne reste toutefois un acte très réglementé et contrôlé. Cependant, aux Etats-Unis, cela n'est pas accepté.

3.3.2 Qu'est-ce que la Méthadone ?

La Méthadone appartient à la famille des analgésiques morphiniques. Elle se lie sélectivement aux récepteurs opiacés, principalement au récepteur μ , dans le cerveau. Elle agit sur la transmission et la perception de la douleur, en stimulant le système des voies endogènes modulatrices de la douleur. Ses effets centraux sont la sédation, la dépression respiratoire, l'inhibition du centre de la toux, le myosis, les vomissements et la rétention hydrosaline. En

périphérie, elle augmente le tonus du muscle lisse, ce qui diminue la vidange gastrique, biliaire et vésicale et provoque une constipation et une rétention urinaire.

La méthadone a une efficacité, à doses équivalentes, plus longue et trois fois supérieure à celle de la Morphine. De plus, elle est beaucoup moins lipophile que l'héroïne. La prise de Méthadone per os empêche une élévation trop rapide de sa concentration dans le cerveau, ce qui diminue son effet euphorisant qui devient moindre par rapport à celui de l'héroïne.

La demi-vie de la méthadone est environs de 25 heures, lors d'une utilisation chronique. Sa longue durée d'action a l'avantage de prévenir la rechute car la sensation de manque ne se fait pas ressentir.

La Méthadone est utilisée principalement pour le traitement d'un sevrage de l'héroïne. Elle crée une dépendance de type morphinique. Elle est administrée quotidiennement sous forme de liquide, prête à l'emploi. Ces solutions buvables sont préparées à base d'eau ou de jus d'orange auxquelles la dose journalière correspondante de Méthadone a été ajoutée. Il ne faut pas oublier de signaler au patient qu'il existe des risques s'il y a mélange du traitement avec d'autres drogues ou de l'alcool. De plus, il faut surveiller rigoureusement la présence de symptômes d'overdose ou de sevrage, même si ces risques sont faibles.

Le traitement substitutif par la méthadone vise la stabilisation du patient et la réduction des risques. En effet, par une administration orale, les risques liés à l'injection de substances en intraveineuse (principalement la contamination par le VIH ou les hépatites B et C) ou par la voie nasale sont écartés. De plus, les risques d'overdose et ceux liés aux activités illégales (deal ou prostitution) menées en vue de se procurer de l'héroïne sont également diminués. Ce type de traitement permet aussi de prendre le temps de traiter les problèmes de fond, psychologiques et sociaux, du patient et de le stabiliser avant d'essayer de diminuer les doses prescrites et finalement d'arrêter complètement. C'est une prise en charge plus globale de la désintoxication. Une thérapie de substitution par la méthadone permet de diminuer le risque d'overdose jusqu'à 75%. En effet, la méthadone a un mécanisme d'action qui fait que la tolérance morphinique du patient sous traitement reste relativement élevée. Il est donc difficile de planer mais aussi de faire une overdose car cela nécessiterait des doses très élevées. Ainsi, même si une personne continue d'utiliser de l'héroïne alors qu'elle est sous traitement de méthadone, il y a peu de chance qu'elle fasse une overdose. Cependant, un risque existe lorsque la méthadone est combinée avec les benzodiazépines.

Petit rappel épidémiologique ; 2% des personnes dépendantes à l'héroïne meurent chaque année d'une overdose. Les overdoses tuent en moyenne deux personnes par jour à New York. Cette méthode de traitement est toujours un sujet à controverse à cause de la dépendance que crée la méthadone et qui peut en faire ainsi un traitement à vie pour la plupart des patients.

3.3.3 Organisation

La clinique de Méthadone est ouverte du lundi au samedi de 7h30 à 19h30. Les patients qui travaillent ou sont étudiants ont la priorité durant la première demi-heure de la journée. Chaque patient doit présenter une pièce d'identité pour s'enregistrer dans le programme et recevoir le traitement. Une fois que les patients ont rejoint le programme, ils reçoivent gratuitement une carte de transports publics qui leur permet d'aller et venir à la clinique sans aucun frais.

Au début de leur traitement, les patients sont obligés de se rendre tous les jours ouvrables de la clinique, c'est-à-dire six jours par semaine, pour recevoir leur dose journalière de méthadone. Au fur et à mesure de l'avancement du programme de substitution, les patients peuvent bénéficier d'une réduction du nombre de jours auxquels ils doivent se présenter à la clinique et même

emporter des doses à son domicile. Cette diminution peut aller jusqu'à une fois par mois pour les patients les plus coopératifs. Mais pour cela, les patients doivent venir régulièrement à la clinique et être sobres, comme peuvent le témoigner les analyses de leur urine.

Les patients reçoivent une dose de méthadone qui est adaptée à leur dépendance et à leur situation. Si la thérapie est bien suivie, la dose diminue progressivement jusqu'à l'arrêt total du traitement dans le meilleur des cas. Cependant, il est rare que les patients arrivent à abandonner entièrement leur prise quotidienne de médicament et très souvent, les patients sont traités à vie à doses infimes. En effet, les patients peuvent se sentir désemparés et craindre la rechute sans le traitement et préfèrent ainsi continuer pour se rassurer et garder la confiance en eux qu'ils ont réussi à retrouver.

La méthadone comme protecteur cardiaque

Nous avons eu la chance de rencontrer l'ancien directeur de la clinique de méthadone qui nous a raconté l'histoire suivante :

Un jour, alors qu'il épluchait les dossiers de ses patients, quelque chose le frappa : le faible nombre d'événements cardio-vasculaires par rapport à une population non traitée à la méthadone. Il examina plus précisément ses données et réalisa qu'en effet, ses patients connaissaient moins de problème d'infarctus que la population générale. Fou de joie, il chercha un moyen de vérifier son hypothèse en contactant des chercheurs fondamentaux. Par chance, l'un de ses amis travaillait justement sur l'effet des opiacés chez les rats dans un laboratoire du Minnesota. De fil en aiguille, ils découvrirent que les opiacés avaient bel et bien un effet cardio-protecteur : ceux-ci mimeraient l'effet de préconditionnement cardiaque. Cet effet permet à des cellules myocardiques ayant survécu à une ischémie de se protéger contre une ischémie future. De là à proposer des opiacés en prévention d'un événement cardiovasculaire ? « Hélas, il y a un monde ! »

3.3.4 Contrat

Les patients doivent signer un contrat pour leur adhésion finale au traitement de substitution par la méthadone. Celui-ci explique quelques concepts de base sur la dépendance aux drogues et le traitement proposé. En voici quelques extraits.

L'usage de drogues affecte chaque individu de manière différente. Les facteurs biologiques, psychologiques, sociologiques et économiques jouent tous un rôle pour déterminer si et quand une personne commence à consommer des drogues et si oui ou non, leur utilisation conduira avec le temps à une addiction. Il n'y a pas de moyen de prévoir si telle ou telle personne sera affectée et aucun moyen de mesurer l'impact de l'addiction sur sa famille, ses amis, son éducation, son travail ou sa situation sociale.

La dépendance est une maladie biopsychosociale chronique qui est souvent caractérisée par la perte de relations sociales et de style de vie. Elle pousse souvent à des comportements criminels et à des activités à haut risque. De plus, il y a souvent des répercussions sur la santé. Une fois que la dépendance s'est installée, il y a souvent un cycle alternant d'abstinences et de rechutes qui dure plusieurs dizaines d'années. Si la personne n'est pas soignée, ses problèmes médicaux, psychologiques et sociaux augmentent et peuvent finalement avoir un profond impact sur sa qualité de vie. Des années de recherche et d'expérience ont montré que l'alcoolisme et l'addiction aux drogues répondent bien aux traitements en prolongeant les périodes d'abstinence. Le traitement peut être un premier pas vers un retour à une vie normale.

Il faut généralement une période de douze à dix-huit mois de traitement pour qu'il s'avère efficace. Plus le patient s'investit et est compliant, plus les résultats seront bénéfiques.

Le traitement contre une dépendance chimique est individualisé. Pour beaucoup de patients, il sert à faire durer l'abstinence alors que pour d'autres, il permet de diminuer les effets néfastes de l'usage et de la dépendance. Les buts finaux du traitement de substitution sont d'éliminer complètement l'utilisation des drogues.

3.3.5 Le traitement de substitution

Les patients font la queue devant un premier guichet où ils doivent s'annoncer en présentant ses papiers d'identité. Ensuite, ils entrent dans une deuxième salle où une nouvelle queue les attend, la dernière avant le précieux breuvage. Seul un patient à la fois peut se présenter à la fenêtre où il reçoit sa méthadone. L'infirmier posté derrière la vitre vérifie que le patient qu'il a devant lui est bien le même que celui de la photo qui se trouve sur son écran d'ordinateur, pour s'assurer une dernière fois de l'identité de la personne qui vient réceptionner son traitement. Le patient peut enfin recevoir son gobelet rempli de liquide rose, de la Méthadone coupée avec de l'eau. L'administration du traitement se fait sous l'œil attentif de l'infirmier. Le patient est tenu de lui dire quelques mots afin de s'assurer que le traitement ait bien été avalé. En effet, certains patients recrachent le liquide une fois sorti afin de le revendre illégalement. Si le patient ne prend pas correctement sa méthadone, il risque d'être renvoyé du programme. Une fois le gobelet dans les mains du patient, il devient sa propre responsabilité ; ainsi, s'il est perdu ou volé, il ne sera pas remplacé.

Une mauvaise compliance du patient est sanctionnée par un arrêt du traitement. En effet, si le patient vient prendre son traitement de manière irrégulière ou est absent pendant une trop longue période, cela interfère avec une stabilisation de la dose adéquate de méthadone à administrer et le traitement peut être interrompu. De plus, un patient n'a pas le droit de suivre simultanément plusieurs programmes de substitution délivrant de la Méthadone sinon, il risque d'être renvoyé. Finalement, si un patient arrive à la clinique sous effets de drogues, il ne reçoit pas sa dose de Méthadone et est directement examiné par le médecin qui demandera un échantillon d'urine.

3.3.6 Les échantillons d'urines

A chaque fois qu'un patient vient à la clinique, il doit donner un échantillon d'urine qui sera analysé afin de mettre en évidence la présence ou non de drogues. Le patient n'est généralement pas accompagné d'un soignant aux toilettes mais, si le comportement du patient est suspect, il peut être surveillé lors de la collecte d'urine afin de s'assurer qu'elles sont bien les siennes. Le patient n'a pas le droit de quitter la clinique et ensuite revenir pour donner son urine.

Le personnel de la clinique peut demander un examen des urines à n'importe quel moment. Ces analyses peuvent être utilisées pour une admission, un retour après une absence prolongée et en cas de suspicion de rechute ou de « fausses » urines.

Si les urines sont propres durant six semaines consécutives, le patient bénéficie d'une réduction du nombre de jours par semaine où il doit se présenter à la clinique. Bien entendu, les urines doivent être dépourvues de traces de drogues durant les semaines suivantes. Il existe plusieurs critères qui font que les échantillons d'urine sont considérés comme positifs pour des substances illicites ; une urine froide ou diluée, un refus de donner l'urine, une urine négative à la

méthadone alors que le patient reçoit une dose journalière du médicament ou si de l'alcool est détecté dans les urines.

3.3.7 Méthadone à domicile

Au fur et à mesure que le patient montre qu'il est régulier dans la prise de son traitement et est autonome pour se l'administrer tout seul, il peut emmener plusieurs doses à son domicile. Ainsi, le patient n'a plus besoin de venir aussi souvent à la clinique et gère lui-même sa dose journalière de méthadone. Ils emportent alors la quantité de médicament nécessaire pour une ou plusieurs semaines, voir un mois maximum.

Les patients doivent ramener les bouteilles vides de méthadone qu'ils ont emmenées chez eux à leur prochaine visite à la clinique. Sinon, ils sont à nouveau obligés de se présenter un jour par semaine à la clinique. S'ils oublient régulièrement, ils reviennent à la case départ de six visites par semaine à la clinique, voir à l'arrêt du traitement.

Autres rendez-vous

Tous les patients sont suivis par un assistant social individuel avec lequel, ils ont rendez-vous régulièrement. Ils doivent aussi consulter des services médicaux et psychiatriques, si besoin. De nouveau, si un patient manque trop de rendez-vous, il peut être renvoyé du programme.

3.3.8 Les groupes

La clinique offre aux patients l'opportunité d'accéder au traitement de substitution par la méthadone, mais aussi de participer à divers groupes de soutien. Il en existe plusieurs ; le groupe d'orientation, de réhabilitation professionnelle, de l'abus de substance et de la méthadone, des maladies sexuellement transmissibles et du SIDA, de l'hépatite C (80% des patients participant au programme au programme ont l'hépatite C), de l'addiction et du rétablissement, ou encore du contrôle de la violence et de la colère. Les patients se voient obligés de participer à chacun de ces groupes au moins une fois au cours des trois premiers mois de traitement.

3. 4 Chemical Dependency Outpatient Program

Un jour, alors qu'elle fait la queue pour avoir sa méthadone, Joyce apprend l'existence d'une clinique pour toxicomane également dans l'hôpital. Certaines personnes sous méthadone qu'elle a rencontrées sont patients là-bas (ou clients comme ils se nomment eux-mêmes)

Cet endroit s'appelle le CDOP (pour Chemical Dependency Outpatient Programm).

Le Harm reduction center est loin, et de plus ce CDOP se trouve comme la méthadone, dans l'hôpital. Elle décide de s'y rendre après avoir avalé son gobelet de meth.

Elle arrive aux environ de midi. C'est la pause semble-t-il. A l'intérieur d'une vaste salle, une population hétéroclite est en train de manger. L'ambiance va bon train.

Sans savoir comment s'introduire, elle aborde une femme portant un badge de l'hôpital.

Résumant rapidement sa situation, l'employée lui demande de la suivre et l'emmène dans le bureau de la directrice de la clinique, la Dresse Mischer.

L'endroit ne ressemble en rien aux autres pièces de l'hôpital dans lesquels elle s'est rendue. Les murs sont couverts de peintures, dessins et autres sculptures. Au fond de la pièce elle entrevoit une cage à oiseaux dans laquelle une perruche s'abreuve.

Au fond, assise sur une chaise en bois, une femme. Le teint mat et les cheveux colorés au henné, elle est porte une robe de couleur ocre et une corne de la longueur d'une main perce son oreille. A l'arrivée de Joyce, la femme lui sourit. Elle se présente comme étant la Dresse Anatina Mischer. Elle est psychiatre et est en charge de la clinique CDOP.

Joyce lui explique alors les raisons de sa venue et lui raconte son histoire.

Le Chemical Dependency Outpatient Program (CDOP) est une clinique faisant partie de l'Hôpital Bellevue. Situé sur une grande partie du deuxième étage du bâtiment central, ce service vient en aide aux personnes toxicomanes ou alcooliques par le biais de thérapies personnelles ou de thérapies de groupes, ainsi que par le traitement pharmacologique. Une grande partie de cette thérapie s'organise aussi autour de diverses activités, comme par exemple du travail au sein de la communauté ou des créations artistiques.

3.4.1 Structure

Le CDOP est un service à part entière de l'Hôpital Bellevue. Le chef de service est donc nommé par la direction de l'hôpital et la majorité des décisions administratives sont sous le contrôle de la direction du service de psychiatrie, voire de la direction de l'hôpital. Ainsi, les fonds alloués à une activité particulière dans le service, le nombre de membre du personnel, le nombre de patients acceptés, etc. sont autant de normes qui découlent de la hiérarchie au-delà du CDOP. La gestion du service en lui-même reste par contre l'apanage de son/sa directeur/trice en accord avec le reste du personnel. De plus, une grande partie de la gestion interne et des tâches est assumée par les patients eux-mêmes (cf. ci-dessous « activités »).

Rappelons que l'Hôpital Bellevue est l'un des onze hôpitaux publics de la ville de New York. Cela signifie que pour la population habitant dans sa zone d'intervention (soit les quartiers du sud de Manhattan), les soins sont gratuits (à condition de ne pas pouvoir les payer et de ne pas être assuré). Quatre-vingt pourcent des patients sont en effet issues de classes sociales défavorisées. L'hôpital est situé sur la 1^{ère} avenue, au sud est de l'île de Manhattan, dans un immense complexe médical regroupant de nombreux hôpitaux ou centres médicaux indépendants. Fondé en 1736, l'Hôpital Bellevue se targue par ailleurs d'être le plus vieil hôpital public des Etats-Unis.

Malgré cette politique de gratuité des soins, le CDOP ne fait pas partie des soins offerts à la communauté. Ainsi, les patients doivent soit être couverts par une assurance maladie, soit payer cette prise en charge de leur propre poche. Cependant, en raison des difficultés financières majeures dont souffrent beaucoup de ces patients, une majorité bénéficie de Medicaid (cf. Système de santé aux Etats-Unis). Une proportion importante (17% lors de notre stage) est néanmoins obligée payer ces soins de sa propre poche, souvent le temps de rechercher une aide financière couvrant ces dépenses médicales (comme des aides étatiques ou de la ville).

Malgré ces aides financières et en raison des faibles indemnités offertes par les assurances (environ 70 USD par jour et par patient, pour Medicaid par exemple), le CDOP est un service dit déficitaire. Les pertes sont alors couvertes par le *State Deficit Funding* (« Fond de l'état pour les déficits »), en relation avec le *Office of Alcoholism and Substance Abuse Services* et le *Department of Health and Mental Health*.

Clients ou Patients ?

Lors de notre stage dans le CDOP, la majorité des thérapeutes utilisaient le terme « client » pour désigner les patients. Selon eux, ce mot marquait plus de respect que le terme « patient », maintenant obsolète. Il nous fut difficile de nous mettre à la page tant cette nouvelle désignation nous rappelait un langage commercial, pour nous incompatible avec l'éthique médicale. Lorsque nous demandâmes à l'un des patients pourquoi on les appelait client, il nous répondit, un peu irrité : « Comment faudrait-il nous appeler ? Des fous ? Des malades ? On est comme les autres : des clients »

3.4.2 Historique

L'origine des programmes de traitement de l'addiction dans l'Hôpital Bellevue remonte à la fin du XIX^e siècle. La psychiatrie passe en effet pour l'un des domaines de prédilection de ce centre hospitalier et le problème de la toxicomanie n'est pas laissé de côté, avec la création, au fil du temps, de nombreux services qui lui sont dédiés. On trouve par exemple, le centre de désintoxication, la « Greenhouse » ou encore la clinique de méthadone (en plus du CDOP).

En 1984, alors que la construction du nouveau bâtiment central est achevée, la quasi totalité des services de psychiatrie migrent vers ces locaux plus récents, à l'exception du CDOP. Ainsi, lorsque le directeur de l'époque quitte sa fonction, le caractère défraîchi et désaffecté du vieux bâtiment rend les nouveaux prétendants réticents à l'idée de travailler entre des murs peuplés

de souris. La place reste donc vacante presque un an durant, jusqu'à ce que la directrice actuelle entre en fonction en avril 1989. Le service du CDOP a depuis lors également déménagé dans le nouveau bâtiment de l'Hôpital Bellevue.

Des locaux habités²²

L'anecdote suivante nous a été racontée par la Dresse Miescher, lors de notre stage :

Lorsque j'ai repris le service du CDOP, j'ai fait des entretiens d'embauche dans le vieux bâtiment, qui était alors celui où se trouvait la clinique. Un jour que je rencontrait une potentielle future collaboratrice, j'avais les yeux rivés le mur du fond, mes yeux oscillant au cours de la conversation. Au bout d'un moment, elle s'interrompit et me demanda :

- *Mais qu'est-ce que vous regardez derrière moi ?*
- *Excusez-moi. Je regardais juste la souris qui court sur le mur là-bas.*

A la suite de quoi, elle est parti en trombe et je ne l'ai jamais revue.

L'évolution de la taille du service est également un élément à considérer. Si l'espace occupé est resté stable depuis 1991, le nombre d'employé, quant à lui, est passé de vingt-deux en 1989 à dix en 2009, dont un à mi-temps. Cette diminution est principalement le fait de restrictions budgétaires globales, mais également de réévaluations des priorités thérapeutiques par la direction de l'hôpital.

3.4.3 Personnel

La clinique est dirigée par la Dresse en psychiatrie Anatina Miescher mais de nombreux autres thérapeutes y travaillent.

Cinq conseillers personnels se chargent de suivre environ 25 patients individuellement, et chacun de ces thérapeutes anime également des thérapies de groupes. Ces employés ont une formation soit de conseiller en addictologie, soit de psychologue, soit d'infirmier (pour l'un d'eux). De plus, l'établissement comporte une infirmière se chargeant de suivre l'évolution de l'état de santé des patients, ainsi qu'un autre médecin psychiatre veillant aux médicaments administrés et répondant aux questions des patients à ce sujet. Le service compte également une thérapeute spécialisée dans la thérapie par l'art, ainsi qu'une secrétaire

Enfin, plusieurs volontaires (trois lors de notre stage sur place) animent d'autres groupes de travail avec des patients ou organisent des excursions.

²² Histoire citée de mémoire à la suite du récit d'Anatina Miescher (et pouvant donc contenir quelques imprécisions dans sa forme)

3.4.4 Patients

Lors de notre travail sur place, le CDOP comptait 126 patients. La majorité d'entre eux étaient originaire des Etats-Unis d'Amérique mais une proportion non négligeable ne l'était pas. Parmi les origines les plus représentées, on peut citer Puerto Rico, Cuba, Haiti, le Mexique ou encore la Jamaïque. Notons également que les citoyens américains n'étaient de loin pas tous originaires de New York. Une majorité étaient né dans d'autres états, aussi bien de l'ouest et du centre que de l'est des USA. Nous avons ainsi côtoyé des rockeurs californiens vivant sur la route et ayant atterri à New York, jusqu'au dealer ayant passé sa vie dans le Bronx. Anecdote révélatrice : certains d'entre eux préféraient s'entretenir en espagnol plutôt qu'en anglais.

La plupart des patients choisissent de suivre le programme du CDOP. Il ont pu être orienté ici par un ami, un hôpital ou un centre de désintoxication par exemple. Une minorité sont par contre tenu légalement de suivre cette thérapie, en raison d'une liberté conditionnelle, sous réserve de participer à un programme de sevrage. Au cours de nos entretiens avec les patients, nous avons pu constater que bon nombre d'entre eux avaient fait des séjours en prison, souvent pour des problèmes de drogues.

La guerre contre la drogue... et les drogués

La ferveur avec laquelle les autorités luttent contre la drogue laisse parfois planer une atmosphère d'Inquisition. Dans quinze états, vous risquez la réclusion à perpétuité pour la seule possession d'un plant de marijuana²³. Cinquante pourcent des personnes condamnées pour la première fois pour des histoires de drogues, ont été condamné pour une moyenne de 5 ans de prison. Soixante pourcent des condamnés fédéraux ont été condamnés pour des actes non violents, souvent liés à la drogue. Mais l'absurdité ne s'arrête pas là : le président de la chambre des représentant en 1997, Newt Gingrich, a même proposé d'emprisonner à vie, sans libération conditionnelle, quiconque ferait passer cinquante gramme de marijuana aux USA. Ceux qui introduiraient plus de cinquante grammes seraient exécutés...

Alors qu'il y a vingt ans, le programme comportait presque exclusivement des hommes, il est constitué aujourd'hui d'environ un tiers de femme. L'âge des patients varie de 22 à 70 ans, avec un âge médian de 47 ans.

Tous les patients de la clinique sont dépendant à un produit : alcool, marijuana, cocaïne, opiacés, benzodiazépines, etc. Souvent, ils ont un statut de polytoxicomane avec plusieurs dépendances avérées.

Parmi ces patients, 65% souffrent d'autres troubles psychiatriques référencés. Les plus fréquents étaient la schizophrénie et le trouble bipolaire, suivi de près par la dépression.

²³ Source: Bill Bryson, dans *Notes from a Big Country*

3.4.5 Organisation

Le CDOP est une clinique ambulatoire, ce qui signifie qu'aucun patient n'est interné dans le cadre de ce programme (bien que certains soient internés dans d'autres services et participent au programme en tant qu'externes). La clinique ne dispose donc pas de lit mais de diverses salles de réunions. On compte en effet une cuisine adjacente à une grande salle centrale (utilisée pour les repas ou les groupes importants), quatre salles de thérapies de groupe, dont une est équipée spécifiquement pour la thérapie par l'art, et les bureaux personnels des thérapeutes.

L'intendance de la clinique est assumée en grande partie par les patients. Chaque mardi matin, lors du « Community Meeting », ceux-ci se répartissent les tâches : nettoyage des sols, préparation des repas, collecte d'argent pour le café, etc.

Pendant cette réunion hebdomadaire réunissant tous les acteurs du service (patients et employés), sont également discutés les conflits et doléances de chacun.

Une autre réunion, intitulée « Patient Government », est également prévue le jeudi. Celle-ci ne regroupe que les patients et vise à parler de problème au sein de la communauté. S'en suit la nomination d'un porte-parole qui devra transmettre les messages principaux lors du « Community Meeting ».

Les patients et les employés peuvent également participer au « Community Advisory Board ». Cette réunion diffère de celles décrites précédemment en cela qu'elle s'occupe des relations entre l'hôpital et sa direction (et ne concerne donc pas seulement le CDOP). Mensuelle et ouverte au public, elle a pour objectif de représenter la communauté de l'hôpital dans les décisions prises par la direction.

Trente-cinq membres sont désignés par le directeur de l'hôpital, le représentant de la ville de Manhattan et d'autres « Community Boards » de la ville. Ces membres, élus pour trois ans, ont droit au vote et exercent un pouvoir effectif dans les prises de décisions concernant l'Hôpital Bellevue. Seuls les patients et employés qui n'ont pas des tâches de direction peuvent se présenter. Les non-membres peuvent néanmoins participer aux réunions et prendre la parole. Les thèmes abordés sont très divers et vont d'un licenciement abusif jusqu'à la construction d'un nouveau bâtiment par exemple. C'est grâce à ce « Community Advisory Board » que la direction a renoncé à construire un parking sur le « Sobriety Garden » (cf. ci-dessous « Horticulture »).

Le concept de cette commission nous parût excellent et leur organisation apparemment très efficace également. Dans quelle mesure est-elle indépendante de la direction et a-t-elle les outils pour faire face à des décisions controversées nous a laissé sceptique. Nous aurions eu besoin de mieux investiguer ce sujet pour nous faire un avis plus précis sur la question.

Le CDOP est une unité de seconde ligne. Cela signifie que les patients aspirant à suivre ce programme ne doivent pas être en phase de sevrage aiguë. On part en effet du principe que les patients dans ce programme ont stoppé leur consommation et travaillent pour éviter une rechute. Notons cependant que le retour à la consommation n'est pas synonyme d'exclusion du programme, bien que certains doivent parfois transiter par d'autres aides (comme la désintoxication par exemple) avant d'être capable de continuer.

Les règles régissant cette communauté sont relativement strictes. Le retard aux groupes d'activités n'est pas toléré, de même que le fait de ne pas participer ou de s'endormir lors d'un groupe. Le silence doit être respecté lorsque quelqu'un s'exprime et toute violence, même verbale, est sanctionnée.

La doctrine à laquelle les patients se raccrochent, et qui est affichée dans la grande salle, insiste sur des attitudes simples auxquels on ne doit pas transiger. Celle-ci est souvent répétée par les thérapeutes et les patients suivent ces indications avec confiance : « Penser à aujourd'hui et pas à demain » est une façon de ne pas perdre sa concentration dans la lutte contre l'envie de consommer, apparemment insurmontable si on la considère dans un temps trop long. « Penser avant tout à soi-même et pas aux autres » ou « Ne pas tomber amoureux » nous apparaissent paradoxaux dans un environnement qui cherche à faire réapprendre à vivre en société. Cependant, fort de l'idée que c'est souvent un camarade ou une relation amoureuse qui provoque la rechute, on enseigne au patient de ne penser qu'à son travail sur soi et de ne pas d'égérer dans d'autres relations. En raison de la difficulté du sevrage, le patient ne doit pas avoir d'autres priorités. Ces mots d'ordres s'articulent en sommes tous autour de la lutte contre l'envie irrésistible de consommer de la drogue. (mettre scan prière avec légende)

3.4.6 Activités

Lors de l'entrée d'un nouveau patient dans le programme du CDOP, celui-ci s'entretient d'abord avec la Dresse Miescher. Il lui est proposé un plan d'activité, de traitement pharmacologique et de session de psychothérapie en fonction de ses besoins. Le patient est ensuite assigné à un conseiller personnel qui sera chargé d'établir une psychothérapie régulière, de suivre sa progression et son assiduité aux activités.

Les groupes décrits ci-dessous sont quelques exemples de ceux auxquelles nous avons le plus participé. Cependant beaucoup d'autres activités sont encore proposées, tantôt dirigée par des thérapeutes employés, tantôt par des patients avec de l'expérience en la matière.

Men's / Women's Group

Cette réunion ne regroupant que les patients d'un même sexe (animateur y compris) permet de discuter de problèmes propre à un genre, ou dont la discussion peut être gênée par des patients du sexe opposé. On retrouve par exemple les thèmes de la sexualité (hétérosexualité, homosexualité, abus sexuel,...), de la vie de famille, etc. Ce groupe est aussi une occasion d'aborder des sujets discutés dans d'autres activités, mais avec le regard de personne du même sexe uniquement.

La tournure de certaines discussions fut d'ailleurs parfois très différente lorsque abordée dans ces groupes ou dans un autre contexte. Le thème de la sexualité (et particulièrement l'homosexualité) fut souvent sujet à des conflits entre patients. Les thérapeutes nous expliquèrent que la communauté afro-américaine est particulièrement religieuse tout en étant très matriarcale. On retrouve donc un conflit entre les hommes homosexuels ayant eu un père très effacé et la religion ne tolérant pas cette homosexualité.

Communications skills

Cette activité vise à améliorer la capacité de communication des patients. Dans un environnement où la communication a un aspect très différent de la société extérieure (prison, monde de la drogue, de la prostitution,...), ce groupe aide les patients à réadapter leurs interactions. De plus, nous avons pu participer à des entraînements spécifiques à la recherche d'un travail ou au passage d'un examen. Cette approche très scolaire nous a surpris mais semblait être appréciée par les patients.

Anger Group

Ce groupe de discussion s'anime autour du thème de la colère et de la façon d'y faire face. Beaucoup de patients décrivaient une difficulté à gérer des accès de rage dans diverses situations. Cela apparaissait souvent lors d'injustices commises à leur égard, par exemple dans des conflits familiaux, mais aussi dans des situations de la vie de tous les jours. Il a été donné à deux d'entre-nous la possibilité de diriger ce groupe. L'expérience, bien que stressante d'un premier abord, se révéla très gratifiante, surtout car nous avons l'impression d'être de mieux en mieux accepté par la communauté de patients. En effet, bien que « leaders » du groupe, nous étions aguillés par les patients qui s'efforçaient d'être très respectueux et de nous aider. Cette inversion des rôles, où nous nous trouvions dans une situation difficile avec les patients comme aide, participait en partie d'une forme de thérapie dans laquelle nous pouvions jouer un rôle (cf. ci-dessous « nous avons besoin d'aide »)

Home Group

Chaque conseiller personnel se réunit avec une partie de ses patients et discutent de leur évolution, des problèmes rencontrés, l'organisation générale du programme, etc. Ces groupes nous apparurent être des situations plus sensibles car il s'agissait de discussions touchants les patients très personnellement, et parfois sur des points qu'ils ne désiraient pas aborder (contrairement aux autres groupes où ceux voulant intervenir le font librement). De plus, elle touchait à l'état très actuel d'un patient, et non pas des expériences ou difficultés passées. Cette situation à mi-chemin entre la thérapie personnelle et la thérapie de groupe nous a parfois gêné car elle paraissait intrusive pour le patient. Nous n'avons d'ailleurs pu participer qu'à une de ces sessions, et à la toute fin de notre stage.

Art Therapy

La thérapie par l'art est un groupe quelque peu différent car il est l'un des seuls (avec l'horticulture) à ne pas faire intervenir le langage comme moyen d'échange. Lors de ces sessions, les patients, avec l'aide d'une psychologue spécialisée, s'adonnent à plusieurs types d'activités : du dessin principalement, mais également de la photo, de la peinture, de la vidéo ou encore de la sculpture.

La majorité de ces créations étaient de très haut niveau et nous impressionnèrent beaucoup. La souffrance, la solitude ou parfois la joie exprimée dans leurs œuvres nous ému et nous fit prendre conscience du potentiel artistique qu'ils détenaient. Deux dessins furent d'ailleurs choisis pour être exposés dans une galerie à Soho, quartier de la ville réputé pour ses artistes.

Bien que nous fussions accepté avec générosité par les patients de ce groupe, certains se montrèrent au début réticent à nous montrer leurs pièces, qui étaient à proprement parler des fenêtres sur leur personnalité profonde.

Horticulture

Cette activité se déroulait dans un jardin adjacent à l'hôpital, entièrement construit et aménagé par les patients et la Dresse Miescher. Ce jardin, appelé le « Sobriety Garden », est un patchwork mélangeant parc orné de sculptures, jardin potager et jardin botanique. Initialement construit dans autre un espace appartenant aussi à l'Hôpital Bellevue, il fut détruit, remplacé par un parking, puis reconstruit ailleurs par la clinique du CDOP. Encore récemment, il fut menacé d'être détruit à nouveau pour implanter un autre parking. Cependant, la pression de la communauté de patient, au travers notamment du « Community Advisory Board » permit d'obtenir gain de cause dans ce projet.

Le groupe d'horticulture était souvent dirigé par des patients ayant de l'expérience en la matière et chacun pouvait s'adonner à son type d'activité favori entre le soin des fruits et des légumes, des fleurs ou la construction de sculptures. Les responsables de ce groupement devaient d'ailleurs s'occuper régulièrement de l'entretien du jardin, sous la supervision de la Dresse Miescher qui possède de nombreuses compétences en la matière.

De notre point de vue, le Sobriety Garden est un lieu magnifique où la contribution de chacun à son aménagement a donné un endroit plein de surprises et de variété. Le jardin est rapidement devenu un lieu où nous allions nous entretenir avec des patients, nous reposer ou déjeuner, comme beaucoup d'employés et patients de l'Hôpital Bellevue.

« Nous avons besoin d'aide »

La clinique du CDOP fut notre premier contact avec le monde de la drogue new-yorkais. Elle fut également le lieu de notre activité principale durant nos six semaines de stages. Nos premières impressions ressemblaient à l'image que l'on avait pu en avoir a priori : grande diversité ethnique et culturelle des patients, venant le plus fréquemment de milieu défavorisés (mais pas toujours), histoire de vie souvent difficiles et nombreuses comorbidités.

Ces premiers clichés passés, nous avons été impressionnés par le processus de réapprentissage de la vie en communauté. Le fait de créer des relations (sic), de se répartir des tâches, de vivre des conflits, etc. était comme une école de vie. Elle permettait non seulement de ne pas laisser les patients livrés à eux-même (et donc tenté de consommer) en les occupant, mais aussi de remettre un pied dans la société. Même les groupes d'affinités entre patients, parfois par origine ethnique ou tranche d'âge, représentaient bien la logique de la société américaine. De plus, le fait qu'il s'agisse d'une clinique de jour uniquement permettait aux patients de garder contact avec le monde extérieur et donc de ne pas se retrouver démunis lors de l'arrêt de la thérapie.

Cependant, ce qui nous parut être primordial dans ce processus était de redonner confiance aux patients. L'image très médiocre qu'ils avaient d'eux-même était un obstacle terrible : « après avoir sombré dans la drogue, l'illégalité, avoir déçu sa famille, s'être mutilé, on ne peut continuer à croire en soi ». C'était en tous les cas le credo de la Dresse Miescher qui osait un pari audacieux. Il nous a parfois surpris par son aspect simple et direct : il s'agissait simplement d'oser donner des responsabilités à un patient. C'est peut être en cela que nous avons pu modestement participer : nous avons été présentés comme « des étudiants ayant fait tout le

chemin depuis la Suisse pour s'intéresser à eux ». Les entretiens que nous avons avec les patients portaient de l'idée qu'ils étaient les enseignants car ils avaient une bien plus grande expérience que nous en matière d'addictologie ou de psychiatrie. Et il ne s'agissait pas d'un jeu de scène : c'était réellement notre point de vue. Notre expérience en dirigeant un groupe de travail participait aussi du même procédé. Ce renversement des rôles où le patient pouvait nous aider revenait à lui donner de l'importance. Cela semblait être gratifiant pour le patient et l'était pour nous, car c'est ainsi que nous avons pu nous plonger dans leurs histoires et apprendre de leurs expériences. Le constat que de nombreux anciens patients travaillaient dans le service, ou que beaucoup aspiraient à travailler dans ce milieu, semblait une suite logique de ce processus thérapeutique.

3.5 Les sorties effectuées avec les patients

Le CDOP donne la possibilité aux patients, notamment au travers de groupes artistiques comme l'Art Therapy, de participer à des activités extrahospitalières. Ces sorties consistent à finaliser un projet artistique ou de le réaliser hors de l'hôpital. Les patients qui suivent ce programme du CDOP doivent garder à l'esprit que ce programme n'est que temporaire. C'est pourquoi, il est important qu'ils se rappellent que leur quotidien ne se limite pas uniquement à la guérison de leur addiction, mais qu'autour d'eux, le monde continue de tourner. Ces sorties ont, entre autres, pour but de les ouvrir aux autres et de les confronter au regard des gens. Le but principal restant néanmoins de se divertir et découvrir de nouvelles choses. Ces projets artistiques sont néanmoins une bonne raison pour maintenir les patients dans le monde réel.

3.5.1 Roosevelt Island

Quelques jours après notre arrivée au CDOP, Lena, la responsable du groupe d' Art Therapy, nous a proposé d'accompagner une dizaine de patients sur une île voisine de Manhattan, Roosevelt Island. Anciennement cette île était un lieu de quarantaine, mais désormais elle est uniquement résidentielle. Ce lieu a été suggéré par un patient qui vit depuis peu sur cette île. Nous avons dû prendre un téléphérique (made in Swiss) pour nous y rendre. Le but de cette sortie était de faire voler les cerfs-volants que les patients avaient construits de leurs propres mains lors de plusieurs séances du groupe d'art. Ils purent ainsi voir la finalité de l'objet qu'ils avaient créé. Seuls ou par groupe de deux, ils ont dû personnaliser leur cerf-volant, en le peignant et en lui ajoutant des accessoires. Cet endroit était idéal pour cette sortie, car il y avait beaucoup de vent.

Nous avons nous-même été chargé de faire voler le cerf-volant d'une patiente qui n'avait pas pu être présente ce jour-là. Les patients ont apprécié notre implication. Pour certains, c'était la première fois qu'ils faisaient voler un cerf-volant, et quant aux plus expérimentés, ils se faisaient une joie de les aider. À notre grand étonnement, aucun patient n'a trouvé cette sortie infantilissante ou ennuyeuse. Au contraire, il a été difficile de mettre fin à cette journée. Ils s'amusent et n'abandonnaient pas à la chute du cerf-volant.

Nous avons été très touchés par leur persévérance et par la joie que cette activité leur a procurée. En effet, ils trouvaient dans cet objet un symbole de liberté. Ils oubliaient leurs soucis pendant l'espace d'une journée et devenaient des personnes comme les autres.

3.5.2 Coney Island

Quelques semaines plus tard, nous accompagnions un autre groupe de patients sur une île du sud de Brooklyn, Coney Island. Cette sortie avait deux buts cette fois-ci : photographier les paysages et nous faire prendre connaissance des alentours. En effet, une semaine plus tard, aurait lieu la *Mermaid Parade*. Il s'agit d'un grand défilé pour célébrer le début de l'été, la mer et

le sable, et cela a lieu chaque année. Les personnes participant au défilé sont déguisées selon leurs envies, mais les costumes favoris sont bien évidemment la sirène (mermaid) et toute autre créature marine. Notons que le thème de la sexualité, et particulièrement la transsexualité, est abondamment représenté dans ce défilé. Il peut ainsi être une forme de reconnaissance pour certains patients transsexuels, qui d'ailleurs aiment beaucoup y participer. La foule de personnes suit un char qui transporte le roi Neptune et sa reine. Chaque année, ces derniers sont représentés par des célébrités. Les dernières séances de l'Art Therapy ont donc été consacrées à préparer mentalement les patients à ce grand défilé. En effet, il fallait avant tout les prévenir du grand nombre de gens présents lors de cet événement, de la présence d'alcool, de drogues et peut-être d'anciennes connaissances de mauvaise influence. Ce ne sont pas des situations faciles pour ces patients qui tentent de s'en sortir. Toutefois, il est important qu'ils affrontent leurs peurs et le risque de rechute.

Malheureusement, le jour de la Mermaid parade, les conditions météorologiques étaient mauvaises. Ceci a dissuadé les patients. Nous avons tenté de les convaincre que ce serait une expérience divertissante et que nous serions là pour les soutenir en cas de difficulté. Cette situation nous a permis de réaliser que ces personnes sont pleines de bonne volonté et d'enthousiasme, mais aussi facilement découragées. La contrariété causée par le mauvais temps était insurmontable. Leur décision était prise : nous annulons cette sortie, à l'unanimité.

3.5.3 L'exposition de photo

Les patients ont senti notre déception lorsqu'ils ont décidé de ne pas se rendre à Coney Island pour la Mermaid Parade. Ils ont alors décidé, à notre grand étonnement, d'organiser une exposition de photos prises pendant les sorties à Roosevelt et Coney Island, pour nous remercier de notre patience. Ils se sont donnés beaucoup de peine pour retravailler les photos. Nous les avons aidés à développer ces clichés, sans toutefois intervenir dans le choix de ces derniers. Nous tenions à leur laisser de la liberté dans leur travail.

Quelques jours plus tard, nous étions conviés, ainsi que toute la communauté du CDOP, à nous rendre dans la salle d'Art pour voir leur exposition. Nous étions tous très surpris de la qualité de leur travail et du temps qu'ils avaient dû y consacrer. Tous les quatre étions très touchés de voir le grand nombre de photos de nous qu'ils avaient exposés. C'était une façon touchante de nous remercier de notre présence et du soutien que nous leur avons apporté.

Lors de cette exposition, deux patients nous ont proposé de nous faire visiter le Zoo du Bronx. Nous avons évidemment accepté l'invitation.

3.5.4 Le Zoo du Bronx

La visite du zoo dans le Bronx était un moyen pour nous découvrir le Bronx, l'une des cinq circonscriptions (borough) de New York à la réputation peu alléchante. En effet, avec le développement de Manhattan et la hausse des loyers, les personnes pauvres ont été repoussées dans le Bronx. La population de cette circonscription est constituée pour la moitié d'hispaniques, comme des portoricains. Depuis la fin des années quatre-vingt, le Bronx est la région de la ville déplorant le plus haut taux de criminalité. Nombreux sont les patients du CDOP qui vivent dans ces quartiers, n'ayant pas les moyens de survivre dans Manhattan ou y ayant été élevés par leurs parents.

Faire partie du problème

Lors d'une discussion avec un patient au sujet du Bronx (qui fut son quartier de résidence pendant des années), nous lui demandâmes si le quartier était réellement dangereux et s'il était possible de s'y rendre. Il nous expliqua qu'à présent les choses étaient différentes d'il y a quelques années et que le Bronx s'était assagi. Nous lui demandâmes alors s'il ne s'était pas senti lui-même en danger lorsqu'il y vivait :

« -Vous savez, j'étais moi-même plus une part du problème que de la solution » nous répondit-il.

Cette remarque nous toucha car elle signifiait que celui-ci avait changé par rapport à son passé, mais surtout qu'il se regardait à posteriori comme ayant été « un problème ». Un problème pour la société ? Peut-être, mais pour une société qui n'offrait que peu de solutions.

Nous avons donc pris le métro, accompagnés de deux patients, pour nous rendre au Zoo. Une atmosphère différente s'installait dans le wagon. Plus nous nous approchions de la destination, plus les paysages devenaient délabrés et insalubres. Une fois dans le zoo, nous oublions pendant un instant la pauvreté du Bronx, les problèmes de criminalité et ce côté sombre de New York. En effet, ces grands espaces verts et tous ces animaux masquaient cette image négative. Cette visite était avant tout un prétexte pour découvrir un autre aspect de New York. Ces patients voulaient dénoncer les injustices et les inégalités de cette ville, qui a mis à l'écart toute une population en difficulté.

3.5.5 Tigressa

Notre dernière sortie, dans le cadre de notre stage, était le concert de Tigressa, une ancienne femme toxicomane ayant suivi le programme du CDOP. Tigressa était la première patiente que nous rencontrions qui avait réussi à s'en sortir et qui avait quitté définitivement ce centre. En effet, la plupart des anciens patients que nous avons connus font partie intégrante de ce programme. Ils travaillent en tant que thérapeutes, assistants sociaux ou encore réceptionnistes. Tigressa a elle-même changé radicalement sa vie. Elle est désormais mariée et vient d'avoir un enfant. Elle a décidé de vivre son rêve, chanter. Avec son passé de streap-teaseuse, elle se produit sur scène avec une grande aisance. Elle a tenu à souligner qu'autrefois la drogue lui donnait le courage de s'exhiber, mais qu'aujourd'hui la passion suffit. Elle écrit la plupart de ses textes, mais ne parle que très peu de sa vie passée. Son addiction l'a conduite à faire de nouveaux choix de vie et malgré ses souffrances, elle ne regrette rien.

3.6 The Clinic : Centre médical pour les personnes sans assurance maladie.

Après une année passée au CDOP, Joyce va beaucoup mieux. Elle ne boit plus, a trouvé un travail de serveuse dans un petit restaurant et traite à présent son addiction à l'héroïne avec de la bupénorphine. Ceci lui permet de ne plus être obligée d'aller quotidiennement au centre de méthadone.

Joyce juge alors qu'il est temps pour elle de prendre un nouveau départ et décide de quitter New-York. Après avoir murement réfléchi à l'endroit où les fondations de sa nouvelle vie prendrait place, elle opte pour Philadelphie. Elle a un cousin vivant non loin de la ville qui pourra l'héberger le temps qu'elle prenne ses marques. Ce dernier connaissant du monde, trouver un travail sur place ne devrait pas poser trop de problèmes.

Elle quitte l'appartement qu'elle partageait avec une amie, emballe ses affaires et part pour Philadelphie. Après une deux heures de bus, elle pose le pied dans la ville de la révolution. Son cousin l'attend au terminus et tout les deux prennent le chemin du nouveau foyer de Joyce.

Les semaines passent et Joyce tente de tirer un trait sur son ancienne vie. Elle a retrouvé un travail dans un diner aux abords de Philadelphie et habite un petit appartement non loin de là.

Malheureusement, six mois après son arrivée c'est le drame. Un soir, alors qu'elle traverse la rue pour rentrer chez elle, Joyce est heurté par une voiture. Le temps qu'elle se relève, le conducteur est déjà loin.

Elle ne saigne pas et peut marcher. Inutile par contre d'envisager d'aller à l'hôpital car Joyce n'a pas d'assurance. Elle rentre donc chez elle.

Le lendemain Joyce a très mal au dos et ne peut pas aller travailler. Elle décide de se rendre dans une clinique dont elle a entendu parler et qui est strictement réservée aux non-assurés.

3.6.1 Historique

La Clinique était le rêve de deux femmes : la Doctoresse Lorna Stuart et la Révérende Marie Swayze (aucun lien avec Patrick). Ces dernières se sont rencontrées dans l'église d'un petit village de la banlieue de Philadelphie, dans laquelle la Rev. Marie Swayze travaillait. Elles ont débuté leur parcours ensemble en organisant des repas pour les plus démunis deux fois par mois.

Lorsque les villageois ont réalisé que Lorna Stuart était médecin, ils ont profité de son expérience pour lui poser des questions de santé. Ceci l'a poussée à faire des consultations le dimanche pour des personnes sans assurance maladie, dans son propre cabinet. Avec le temps, la demande est devenue trop importante. En 2001, les deux femmes se sont alors associées pour fonder un centre médical qui offrirait des soins de base aux personnes n'yant pas d'assurance maladie. Aux USA, plus de 46 millions de personnes en sont dépourvues.

La clinique reçoit à présent plus de 800 patients par mois et fournit des soins médicaux gratuits ou à faible coût. Depuis son ouverture, elle a soigné plus de quarante milles patients.

3.6.2 Organisation

La clinique se situe à Phoenix ville, petite bourgade à proximité de la ville de Philadelphie, en Pennsylvanie. Elle offre des soins médicaux de base de qualité, pour les personnes non assurées uniquement. Il s'agit de leur unique condition pour devenir un patient de la Clinique. Ceci dans l'espoir qu'un jour, le système de santé aux USA permette d'offrir des soins à tout le monde. Les locaux sont fournis par l'église du village qui ne demande qu'un dollar symbolique par an, ce qui représente le loyer.

Médecine et Religion

Le fait que les locaux soient propriété d'une église nous poussa à nous demander si la celle-ci avait son mot à dire quant aux traitements proposés. En effet, l'importance de la religion aux USA est grande (près de et) et les conflits de nature éthique sont fréquents. Nous posâmes donc la question à la Dresse Stuart qui répondit que le problème ne s'était jamais posé.

- « *Mais que se passerait-il dans le cas d'une femme désirant avorter par exemple ?* »
- « *Hum... ce serait en effet un problème. L'église a précisé qu'elle ne l'accepterait pas. Mais de toute façon, nous n'aurions pas l'infrastructure pour permettre ce genre d'intervention !* »

Ou quand le pragmatisme règle le problème éthique.

Il s'agit d'une maison qui a été totalement aménagée sur trois étages et qui dispose maintenant d'une salle d'attente, de quatre salles de consultation générale et deux de consultations spécialisées (ophtalmologie et gynécologie), ainsi qu'un laboratoire. Ne pouvant pas faire appel à l'informatique, à cause du manque de moyens financiers, un étage est consacré au rangement des dossiers, au grand regret des employés. En effet, cet espace permettrait à cette clinique d'offrir davantage de prestations.

La clinique est une association à but non-lucratif et caritatif. Elle est parrainée financièrement par des associations et des entreprises locales. Mais il est possible de donner une contribution en devenant un volontaire ou même en fournissant du matériel médical, de la nourriture... Le donneur peut choisir de sponsoriser un patient particulier ou alors un programme de soins, tel qu'une journée de dépistage du cancer du sein. Le don n'est donc pas nécessairement pécunier.

Cette clinique est ouverte du lundi au vendredi, les patients peuvent s'y rendre avec ou sans rendez-vous. On offre la possibilité aux patients de contribuer financièrement, selon le soin reçu et selon leur situation financière. Il n'y a pas de prix fixé selon le revenu ou la provenance du patient. Les patients sont simplement mis au courant du prix d'une consultation. En effet, elle revient à 70 dollars. Ceci leur permet de prendre conscience des coûts qu'ils engendrent pour la clinique. Mais il arrive que certains patients ne contribuent en aucune façon, malgré des consultations régulières dans la clinique. La philosophie de cet établissement est de donner accès aux soins quelque soit la capacité financière. La santé est un droit avant tout.

3.6.3 Personnel

La clinique ne peut atteindre son but que grâce à l'aide de ses volontaires et des dons. Le groupe de volontaires est constitué de médecins, infirmières, laborantins, réceptionnistes ainsi que d'étudiants en médecine. Le travail de volontaire est une expérience incroyable et très enrichissante. La majorité du personnel ne vient que quelques jours par semaine, alors que d'autres sont à la retraite et se consacrent à temps plein à cette activité. Les volontaires que nous avons rencontrés venaient de tous milieux, du jeune étudiant en médecine à l'ancien directeur d'entreprise. Des médecins de premier recours et également des spécialistes travaillent dans cette clinique, tels que des urologues, gynécologues, ophtalmologues, pédiatres et dermatologues. Ceci permet de recouvrir la plupart des domaines de soin. Mais lorsque les patients requièrent l'aide d'un autre spécialiste ou d'appareils coûteux (radiographie par exemple), ils sont redirigés vers d'autres centres médicaux.

3.6.4 Patients

La clinique est de plus en plus connue dans la région. Certains patients proviennent même d'autres états et font des kilomètres pour se rendre dans cet établissement unique aux USA. Une grande proportion de patients sont des illégaux (originaire pour la majorité d'Amérique latine) et n'ayant ni assurance ni revenu suffisant pour s'offrir des soins. Malheureusement, les patients sont toujours plus nombreux et la capacité de la clinique commence à être limitée. Depuis l'année dernière, il n'est plus possible d'accepter de nouveaux patients. À notre arrivée, nous avons d'ailleurs été surpris de voir cette annonce affichée sur la porte d'entrée. Toutefois, ceci ne dissuade pas certaines personnes de tenter leur chance, quitte à mentir sur leur identité. Ceci nous a montré à quel point leur condition de vie est difficile et que la santé peut devenir un souci.

La Clinique fournit des médicaments aux patients, sous forme d'échantillon, de manière à alléger leurs dépenses. Il est possible aussi d'obtenir une ordonnance qui permet de retirer les médicaments en pharmacie. Le plus souvent, les médecins prescrivent des génériques, ce qui permet de réduire davantage les coûts.

Notre expérience

Nous avons eu la chance de travailler pendant quatre jours dans cet établissement. Afin de nous montrer le fonctionnement de cette clinique, la Dresse Lorna Stuart nous avait placé chacun à notre tour à un poste différent : réception, laboratoire et consultation.

La réception consistait à accueillir les patients, s'assurer qu'ils ne possèdent pas d'assurance et recueillir les dons éventuels. En toute logique, ce sont Letizia et Stéphanie qui furent assignées à ce poste.

Au laboratoire, les examens effectués sont variés. En effet, ils vont de la simple prise de sang aux tests de dépistage de drogue. Certaines analyses ne peuvent toutefois pas être réalisées dans ce

laboratoire, c'est pourquoi les échantillons doivent être envoyés dans de plus grands centres médicaux. Ceci engendrant bien sûr de plus grands frais.

Enfin, les consultations auxquelles nous avons pris part étaient supervisées par un médecin. Lors de ces consultations nous avons travaillé avec quatre internistes, un étudiant et un pédiatre. Les entretiens étaient brefs et précis. Il fallait être rapide et efficace, pour permettre de soigner le plus de personnes possible à moindre coût par jour.

En tant qu'étudiants en médecine, nous avons bien évidemment été très intéressés à participer à ces consultations et pouvoir même effectuer des gestes techniques que nous n'avons pas encore appris lors de nos études, tels qu'un frottis vaginal pour un test HPV. La Dresse Stuart nous faisait confiance et était consciente que ce genre de situation était unique pour nous. En effet, certaines personnes consultaient pour de simples égratignures, alors que d'autres avaient attendu plusieurs mois avec un problème bien plus sérieux. Ceci nous a permis de réaliser que dans ce type de système de santé, le patient doit d'abord s'assurer de pouvoir payer ses soins avant de se rendre chez un médecin. Malgré la gratuité des soins prodigués dans la clinique, certains patients tardent à consulter de peur d'apprendre qu'il s'agisse d'une maladie grave qui va conduire à des thérapies coûteuses. Tout est dans l'anticipation avec ce système !

Cette expérience n'a pas seulement été enrichissante du point de vue humain, mais elle nous a aussi permis de prendre conscience de la qualité de notre apprentissage médical à l'université. En effet, comme les consultations étaient brèves pour axer le problème principal, les médecins négligeaient parfois le côté psychosocial. Ils préféraient par exemple donner des somnifères à des personnes souffrant d'insomnie, sans comprendre l'origine de ce trouble. Cette clinique ne peut malheureusement pas répondre à tous les souhaits des patients, et il est parfois plus rapide de soigner pharmacologiquement que de rassurer.

4. CONCLUSION

Les réalités auxquelles nous avons été confrontées au cours de notre stage nous ont forcé à réviser la façon dont nous considérons le monde de la drogue et ses protagonistes.

« Travailler avec des toxicomanes, ça ne vous fait pas peur ? Ca ne vous dégoûte pas ? Après tout, c'est de leur faute, c'est pas comme pour les autres malades, n'est-ce pas ? »

Tandis que nous étions empruntés quand il s'agissait de répondre à ces questions qui nous ont souvent été posées, nous nous sommes maintenant forgés un avis plus précis dans ce domaine.

En voyant dans quelle détresse ces gens se trouvent et les situations terribles qui souvent les amènent à la toxicodépendance, il est nous est impossible de rester de marbre sous prétexte de les rendre coupable de leur situation. C'est donc tout d'abord du point de vue rationnel que nous avons été influencés. Par l'écoute et la découverte de leurs histoires de vie, nous n'avons pu que constater les raisons logiques qui les ont conduit, presque fatalement, à la toxicodépendance. En repensant à ces hommes et ces femmes considérés comme l'opprobre de la société qui luttent pour améliorer leur situation, malgré les deuils traversés et les abus subis, nous ne pouvons qu'en définitive les placer au rang de victime.

D'autre part, et peut être d'une façon plus importante encore, c'est émotionnellement que nous avons été changés. La gentillesse et la chaleur avec laquelle nous avons été acceptés parmi ces communautés nous ont profondément touché. L'amabilité et l'ouverture d'esprit des patients nous ont liés à certains d'entre eux. C'est donc surtout l'expérience humaine qui nous a appris. Ces considérations nous amènent à considérer des problématiques politiques ou de santé qui touchent directement ce milieu et sont des enjeux très actuels pour la société américaine.

Premièrement, la répression à l'encontre des consommateurs de drogues nous paraît participer au problème plutôt que de sa solution. En effet, nombreux sont ces gens qui se retrouvèrent condamnés à des peines de prison pour des crimes dont la gravité est pour le moins discutable. Dans un contexte de difficultés socio-économiques, ces sentences sont venues rendre la situation encore plus dramatique. Pis encore, la criminalisation a poussé à la marginalisation, à un sentiment d'exclusion et de manque de confiance en soi contre lequel il leur faut maintenant lutter pour mener une vie normale.

Deuxièmement, les injustices que vivent beaucoup de citoyens face à la santé nous ont révolté, quand bien même nous travaillions dans un lieu où les démunis étaient particulièrement bien pris en charge, en regard d'autres institutions. La médecine au rang de marchandise, est un concept qui faisait partie de notre environnement et semblait acceptés par la majorité. Une médecine libre dans laquelle le profit est un objectif avoué, dans laquelle l'on refuse des patients ne pouvant pas payer leurs soins, dans laquelle une pharmacie est toujours un comptoir dans un supermarché. Pourtant, nous ne pouvons nous empêcher de penser que moins la santé est régulée, plus elle s'éloigne du concept de droit pour devenir un bien de consommation. Cette

logique qui fait fi de considérations éthiques millénaires et revient à faire rimer santé et privilégiés nous dégoûte au plus au point.

A l'heure où un changement est peut être sur le point de se produire, certaines compagnies font tout pour conserver leur poule aux œufs d'or, dussent-elles véhiculer la peur du changement ou diffuser des messages mensongers. Reste à espérer que les américains ignoreront les menaces de ceux qui sont maintenant prêts à se confondre, alors qu'ils ont déjà du sang sur les mains.

5. BIBLIOGRAPHIE

http://fr.wikipedia.org/wiki/New_york

<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/us.html>

<http://www.clg-doisneau-gonesse.ac-versailles.fr/spip.php?article175>

http://en.wikipedia.org/wiki/Education_in_New_York_City

<http://cityroom.blogs.nytimes.com/2008/08/26/less-poverty-but-more-inequality-in-new-york/>

http://www.census.gov/Press-Release/www/releases/archives/income_wealth/012528.html

<http://www.census.gov/prod/2008pubs/p60-235.pdf>

<http://www.census.gov/prod/2003pubs/c2kbr-26.pdf>

<http://www.census.gov/prod/2009pubs/p20-560.pdf>

http://www.fiscalpolicy.org/FPI_NYC_EmergingUnemploymentCrisis2009_December2008.pdf

http://www.columbia.edu/cu/sfs/docs/University_Tuition_And_Fees/tuition-fees.html#N10A0C

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000473/0000.pdf>

http://www.lemonde.fr/ameriques/article/2007/05/19/vices-et-vertus-du-systeme-de-sante-americain_912284_3222.html

<http://ww.who.int/countries/usa/fr/>

http://www.health.state.ny.us/health_care/medicaid/#qualify

<http://www.census.gov/hhes/www/poverty/threshld/thresh08.html>

<http://www.arwu.org/ARWU-FIELD2008/MED2008.htm>

<http://onala.free.fr/ocdesan5.pdf>

Guide du routard New York

Lonely Planet New York

6. REMERCIEMENTS

Pour conclure ce rapport, nous aimerions remercier certaines personnes sans qui rien n'aurait été possible.

Tout d'abord la Dresse Miescher pour nous avoir permis de faire ce stage au sein de sa clinique. Sa disponibilité et son enthousiasme nous ont permis de faire des expériences uniques qui ne s'oublieront pas si vite.

Toute notre sympathie au Dr Khan du département d'addictologie des HUG ainsi qu'à l'association Argos pour le soutien de notre projet.

Merci également à tous les professionnels et volontaires du CDOP pour leurs encouragements et leur dynamisme.

Nous remercions également Ed ainsi que la Dresse Stuart pour nous avoir fait découvrir, à Philadelphie, un autre versant de l'Amérique.

Mais surtout nous remercions tous les patients du CDOP pour nous avoir accordé leur confiance et avoir partagé avec nous leurs craintes et leurs espoirs.

Letizia NICASTRO
Stéphanie LAPERROUSAZ
Roméo RESTELLINI
Vincent VIBERT