

2010

Immersion en médecine communautaire

New York



1. Table des matières	
2. Introduction.....	5
3. The Big Apple.....	6
4. La pauvreté et la drogue.....	8
5. SYSTEME DE SANTE AUX ETATS UNIS	9
3.1 Généralités	9
3.2 Assurance maladie.....	10
3.2.1 Assurance privée.....	11
3.2.2 Assurance publique	11
3.3 La nouvelle reforme du gouvernement Obama.....	13
6. Le Bellevue Hospital.....	15
7. Le Chemical Dependency Outpatient Programme :.....	16
6.1 Sa Structure.....	16
6.2 Les acteurs du CDOP	19
6.2.1 Les conseillers	19
6.2.2 Les Patients	19
6.2.3 Les « Peers Leaders ».....	22
8. Une semaine type.....	23
7.1 Lundi.....	23
7.1.1 Colloque	23
7.1.2 The Big book group, par un « Peer leader »	23
7.1.3 Art therapy, par Lena	25
7.1.4 Psychopharmacology	25
7.2 Mardi.....	25
7.2.1 Community meeting	25
7.2.2 Female/Male group.....	26
7.3 Mercredi.....	27
7.3.1 Home groups	27
7.3.2 Write your life	27
7.3.3 Spirituality	27
7.3.4 Art therapy	28
7.4 Jeudi	28
7.4.1 Alcohol and substance abuse - Ed's group	28

7.4.2 Relapse prevention I and II	29
7.4.3 Patient gouvernement	29
7.4.4 Music group	30
7.5 Vendredi.....	30
7.5.1 Anger group	30
7.5.2 How are you doing	31
7.5.3 Photo therapy.....	32
7.5.4 Horticulture.....	32
9. Les sorties avec les patients.....	33
8.1 Central Park	33
8.2 Le « Living Museum ».....	34
8.3 Coney Island.....	36
10. Les Alcooliques Anonymes	37
11. Conclusion	39
12. Remerciements.....	Error! Bookmark not defined.
13. Bibliographie :.....	41

2. Introduction

Le rapport qui suit a été rédigé à New York par trois étudiants, entre mai et juin 2010, durant le stage d'immersion en médecine communautaire clôturant la 3^e année universitaire de médecine.

Nous avons pris la décision de faire notre stage dans une grande métropole telle que New_York pour plusieurs raisons.

La première est que nous voulions nous intéresser aux communautés défavorisées présentes dans les pays industrialisés. Nous nous sommes donc donné pour objectif d'apprendre à mieux nous rendre compte de la misère et de la disparité sociale, non pas présente dans les pays du tiers-monde, mais dans des pays qui ne semblent pas à problèmes en terme de santé. C'est pourquoi, notre objectif de stage s'est tourné vers une communauté du quart monde.

Nous avons tout d'abord pris contact avec des médecins au Canada travaillant dans des cliniques du Grand Nord, en territoire Inuit. En effet, l'idée d'aller rencontrer ces populations souvent marginalisées nous a tout de suite séduite.

Cependant, après plusieurs mois d'échanges téléphoniques, nous n'avons plus eu de nouvelles de nos contacts. C'est ainsi que nous nous sommes renseignés sur les projets de stage effectués les années précédentes.

Nous avons tout de suite aimé à l'idée de nous rendre à New York pour y découvrir non pas la ville la plus touristique au monde, mais belle et bien une communauté représentative du quart monde que sont les toxicomanes et les alcooliques.

De plus après avoir discuté avec les membres du groupe 2009, nous avons compris à quel point il était important pour les patients de l'hôpital dans lequel nous nous rendions de revoir des étudiants suisses l'année suivante afin de montrer que l'intérêt porté par le premier groupe était réel et qu'il ne s'arrêtait pas à six semaines de stage.

C'est pourquoi nous espérons que d'autres étudiants de l'université de Genève perpétueront ce contact privilégié avec le CDOP (programme dans lequel nous avons travaillé) qui s'est formé en 2009 et s'est renforcé en 2010.

3. The Big Apple

« The Big Apple » est situé sur la côte Est des Etats-Unis, elle appartient à l'Etat de New York. Elle comprend cinq circonscriptions administratives (boroughs) : Le Bronx, le Queens, Brooklyn, Staten Island et la plus fameuse, Manhattan. La ville compte plus de 8 millions d'habitants dont 1 million et demi pour Manhattan, ce qui en fait la plus peuplée des Etats-Unis. New York fait partie de ces grandes villes mondiales où tout va si vite qu'à chaque nouvelle visite on a l'impression d'y venir pour la première fois. Centre culturel, artistique, économique mondial, la « Grande Pomme » ne finit jamais de surprendre. Elle abrite en son sein de hauts centres culturels tel le MoMA (Museum of Modern Art) ou le Metropolitan Museum, les sièges de grandes multinationales ainsi que le quartier général de l'ONU.

Manhattan et ses grattes ciels impressionnants est le symbole de la réussite, du rêve américain, on comprend alors pourquoi cette ville colorée s'est remplie, au fil des siècles, d'immigrés venant du monde entier. New York fait partie des villes les plus cosmopolites du monde avec près de 200 nationalités et plus de 170 langues parlées¹. En se baladant dans les rues, les centaines de restaurant de cuisine du monde entier confirment le caractère international de cette métropole. La communauté hispanique est la seconde plus importante. Elle est composée majoritairement de portoricains, de mexicains et de dominicains. Nous avons remarqué que dans la clinique, environ la moitié des patients avaient des origines portoricaines. Petite anecdote, nous avons assisté à la parade des portoricains sur la 5^{ème} avenue (qui était rendue piétonne pour la parade) et l'évènement était majeur, des chars et des dizaines de milliers de portoricains défilaient en plein Manhattan munis de drapeaux et banderoles...impressionnant.

¹ http://fr.wikipedia.org/wiki/New_york

Ce tableau très détaillé du service de recensement de la population américaine rend bien compte de la diversité de la population new yorkaise.

	Nombre	Pourcentage
Total population	8,308,163	8,308,163
One race	8,130,520	97.9%
Two or more races	177,643	2.1%
White	3,704,243	44.6%
Black or African American	2,086,566	25.1%
American Indian and Alaska Native	29,569	0.4%
Asian	976,807	11.8%
Asian Indian	226,888	2.7%
Chinese	445,145	5.4%
Filipino	68,826	0.8%
Japanese	26,096	0.3%
Korean	88,162	1.1%
Vietnamese	18,030	0.2%
OtherAsian	103,660	1.2%
Someother race	1,328,394	16.0%
Hispanic or Latino (of any race)	2,287,905	27.5%
Mexican	282,965	3.4%
PuertoRican	784,065	9.4%
Cuban	42,209	0.5%
OtherHispanic or Latino	1,178,666	14.2%

Source : U.S. census bureau, <http://www.census.gov>

4. La pauvreté et la drogue

Ce métissage de la population donne lieu à des disparités socio-économiques majeures. New York est une ville des extrêmes. On y voit de riches hommes d'affaires, sortant de leurs bureaux au 70^{ème} étage de la 5^{ème} avenue, côtoyer des sans abris. Il faut savoir que New York est largement en dessus de la moyenne nationale en ce qui concerne le revenu moyen par habitant et le pourcentage de scolarisation universitaire. Le taux de chômage est aussi plus bas que celui de la moyenne nationale. En revanche, le nombre de New Yorkais vivant en dessous du seuil de pauvreté est un des plus élevés des Etats-Unis et les différences sont énormes entre les boroughs. Par exemple, l'« upper east side », un des quartiers les plus riches de Manhattan, où le revenu annuel moyen atteint des sommets et la pauvreté n'existe presque pas, côtoie des quartiers comme Harlem et le Bronx, où près de 37 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté.² C'est cette disparité socio-économique qui nous a particulièrement motivé à faire notre stage à New York. Dans le Bellevue Hospital, hôpital dans lequel nous avons fait notre stage, nous avons vraiment pu nous rendre compte de cet immense fossé qui existe entre les différentes classes sociales new-yorkaises. En effet, en parlant avec ces new-yorkais qui traversent de grosses difficultés tant sur le plan économique que social, nous avons compris que derrière la New York qui fait rêver se cache de graves problèmes de pauvreté et de drogues.



Le trafic de drogue et les conséquences de sa consommation ont toujours été un problème majeur à New York. Que ce soit les afro-américains dans Harlem ou la mafia italienne dans Little Italy, le trafic de drogue était un vrai fléau dans le New York des années 20 jusqu'aux années 80 engendrant criminalité, violence et guerre de gangs. Dans les années 90, le maire Rudolph Giuliani a permis, grâce à une politique agressive sur les problèmes de sécurité, de diminuer fortement la criminalité ainsi que les problèmes de drogues. Malgré tout, la drogue est encore bien présente même si elle n'est plus visible car les quartiers touristiques ont été « nettoyés ». Nous avons appris durant notre stage qu'aujourd'hui, c'est sur la 14th street que le trafic de drogue a lieu. Il n'était pas rare d'entendre des patients raconter qu'il est difficile pour eux de marcher dans cette rue car cela leur rappelle les moments où ils se droguaient là bas. Chaque passage aux environs de la 14th street est pour eux, ce qu'ils appellent des « trigger », c'est à dire une tentation de retomber dans la drogue ou l'alcool.

² http://fr.wikipedia.org/wiki/New_york

5. SYSTEME DE SANTE AUX ETATS UNIS

Les caractéristiques d'un bon système de santé sont les suivantes ; efficacité, sécurité et qualité des soins, rapport coût/efficacité, coût total supportable, équité, droits aux soins, accessibilité...³ Nous allons à présent essayer d'étudier brièvement ces aspects dans le système de santé américain ainsi que le fonctionnement des assurances. Pour finir, nous allons décrire la nouvelle réforme du système de santé proposée par Barack Obama le 23 mars 2010 et les effets qu'elle aura dans le futur.

3.1 Généralités

L'efficacité d'un bon système de santé se mesure sur l'étude de la population et de sa santé. Le premier constat lorsque nous regardons les statistiques de santé des Etats-Unis est que les Etats-Unis se traînent loin derrière des autres pays occidentaux. Par exemple, le taux de mortalité infantile est de 6.14 sur 1000.⁴ Ce taux représente le nombre de décès d'enfant de moins d'un an sur 1000 naissances par année. En comparaison, la France a un taux de mortalité infantile de 3.31 sur 1000 et la Suisse de 4.12 sur 1000⁵. Une autre statistique reflétant particulièrement bien l'état d'un système de santé est l'espérance de vie à la naissance. Contrairement à ce que l'on peut penser d'un pays aussi puissant que les Etats-Unis, l'espérance de vie à la naissance n'est que de 75.78 pour les hommes et 80.81 pour les femmes avec une moyenne totale à 78.24⁶. Ce chiffre place les Etats-Unis à la 49^{ème} place mondiale loin derrière la Suisse (80.97) et la France (81.09). Bien que beaucoup d'autres facteurs (prévalence de séropositifs, couvertures vaccinales etc.) entrent en jeu lors de l'évaluation globale d'un système de santé, ces deux statistiques nous montrent qu'il y a clairement un retard des Etats-Unis sur les autres pays occidentaux. Le plus surprenant est que, selon l'OMS, les Etats-Unis sont classés comme le pays ayant la dépense publique pour la santé la plus élevée. En effet, 15.2 % (en 2005) du PIB des Etats-Unis est dépensé dans la santé, ce qui représente environ 2,2 billions de dollars par année. Ce pourcentage ne cesse d'augmenter et les prévisions sont de 19.5% pour 2017. Cet investissement massif ne les place pourtant pas dans les pays les mieux classés par rapport aux indicateurs de la santé. Ce paradoxe dans le système de santé américain montre parfaitement qu'il n'existe pas de lien direct entre investissement et performance. Les causes de cet écart ne sont pas exactement connues mais le fait qu'un grand nombre d'américains n'ont pas d'assurance maladie pourrait expliquer les faibles scores en termes de santé public. La dépense élevée dans la santé peut aussi s'expliquer par le prix des prestations plus élevés aux Etats-Unis qu'ailleurs dans le monde (salaires du personnel par exemple), par le nombre plus élevé de personnel par patient (infirmières, docteurs), par des technologies plus onéreuses ainsi que par des frais administratifs plus lourds dues aux centaines de compagnies d'assurance différentes.

³ Economie et système de santé 1, cours 3^{ème} année médecine, Université de Genève, P. Chastonay

⁴ Site de la CIA, <https://www.cia.gov>, estimation pour 2010

⁵ Site de la CIA, <https://www.cia.gov>, estimation pour 2010

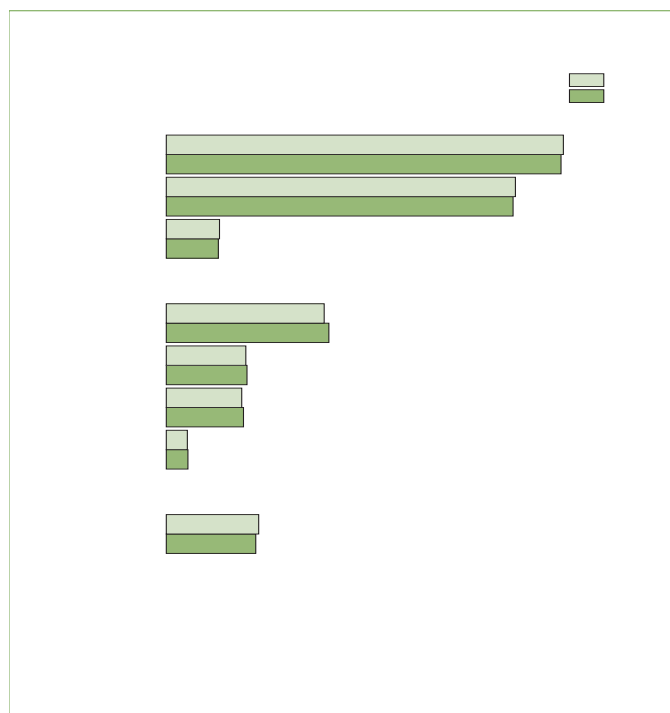
En ce qui concerne la qualité des soins, les Etats-Unis sont un pôle de recherche et de développement de nouvelles technologies. C'est une médecine de qualité, les universités sont renommées et les docteurs ne manquent pas. Les personnes qui ont accès aux hôpitaux reçoivent en général des soins adéquats et de bonne qualité. Cependant, de grandes disparités existent entre les différentes classes sociales et c'est évidemment les privilégiés qui profitent en premier de la médecine de pointe.

L'accessibilité aux soins est également très bonne aux Etats-Unis. Les hôpitaux sont là pour ceux qui en ont besoin et les docteurs sont en nombre suffisant. Le problème principal qui se pose est celui des américains n'ayant pas d'assurance maladie. En effet, ceux-ci tardent à consulter car ils ne peuvent pas payer leurs soins.

3.2 Assurance maladie

Le point le plus complexe du système de santé américain est l'assurance maladie. Celle-ci n'était pas obligatoire jusqu'au 23 mars 2010. En 2007, 59.3% des américains sont assurés par leur employeur, 8.9% par des assurances privées sans passer par un employeur, 13.8% bénéficient de l'aide « Medicare », 13.2% bénéficient de l'aide « Medicaid », 3.7% par l'assurance militaire et 15.3% de la population américaine n'ont pas d'assurance.⁷ Ces chiffres montrent que plus de 45 millions d'américains ne possèdent pas, en 2007, d'assurance maladie. C'est très choquant pour nous, en Suisse, sachant que l'assurance maladie de base (LAMal) est obligatoire.

Il existe deux types d'assurance: L'assurance privée pour environ 68% des américains et l'assurance financée par l'état pour environ 28% des américains.



⁷ U.S. census bureau, <http://www.census.gov/>

3.2.1 Assurance privée

Ce sont principalement les grosses entreprises qui financent l'assurance de leurs employés, qu'elles soient du secteur public ou privé, alors que les petites entreprises ont moins tendance à offrir une couverture médicale à leurs employés. Les entreprises ne sont pas obligées de fournir une assurance maladie à leurs employés mais la plupart le font pour augmenter leurs activités sur le marché du travail. Il faut comprendre que le système d'assurance privée n'a rien à voir avec celui en Suisse. Très rares sont les américains qui peuvent choisir leur médecin librement puis se faire rembourser après avoir consulté. Les HMO (voir plus bas) restreignent la liberté de choix des américains en « forçant » les assurés à consulter des médecins du HMO.

Dans les années 70, un système, le « managed care organisation » (MCO) a été instauré afin de contrôler les coûts croissant de l'assurance maladie privée. Son but est de contrôler l'offre des soins, la consommation et les dépenses quand à l'utilisation des services de santé afin d'augmenter la qualité des soins.

Les « MCO » existent principalement sous deux formes de fonctionnements aujourd'hui : les « Preferred Providers Organizations » (PPO) et les « Health Maintenance Organizations » (HMO).

Une PPO est une organisation qui passe des contrats avec de fournisseurs de soins (docteurs, hôpitaux etc.) afin de fournir des prestations à tarifs réduits aux assurés. Ces fournisseurs de soins deviennent privilégiés mais les assurés peuvent encore consulter ailleurs s'ils le désirent (moyennant une participation financière). Les assureurs choisissent leurs conditions: tarification, risques exclus, pathologies couvertes.

Une HMO restreint les soins à l'intérieur d'un réseau de médecin, d'hôpitaux où les malades vont directement consulter. Les assureurs fournissent des tarifs préférentiels uniquement à l'intérieur du réseau préétabli. Ce fonctionnement a beaucoup été exploité depuis 1973 en raison d'un acte déclaré qui stipule que toutes les entreprises de plus de 25 salariés se doivent d'offrir gratuitement à leurs employés une HMO. Le but d'une HMO est de diminuer le coût de la santé en favorisant un réseau donné uniquement. 70% des HMO sont privées et à but lucratif.

Aujourd'hui, les PPO représentent deux tiers des MCO contre un tiers pour les HMO.

Il est presque impensable de s'assurer individuellement sans passer par son employeur. Les assurances peuvent refuser des personnes en fonction de leur état de santé et le prix d'une assurance individuelle privée est très élevé. Le coût des soins de santé est une des causes principales de dette chez les américains de classe moyenne.

3.2.2 Assurance publique

Dans son programme de lutte contre la pauvreté de 1965, le gouvernement Johnson a mis en place deux assurances publiques : Medicare et Medicaid. Ainsi l'Etat couvre les gros risques : les personnes âgées, les handicapés lourds, les pauvres. En revanche, la classe moyenne ne reçoit aucune aide et c'est celle-ci qui souffre le plus de problèmes financiers liés aux coûts de la santé.

Medicare offre, depuis 1965, une couverture de santé à tous les américains âgés de plus de 65 ans ainsi qu'aux handicapés lourds. La définition de Medicare selon le site internet de Medicare et Medicaid est: Medicare est une assurance maladie pour : les personnes de plus de 65 ans, les personnes de moins de 65 ans avec un handicap lourd ainsi que les insuffisants rénaux de stade

terminal. Medicare coûte très cher à l'Etat et est de plus en plus menacé par le vieillissement de la population et l'augmentation des coûts dans le domaine de la santé.

Medicare existe en 3 parties:

Partie A, l'assurance hospitalisation : Elle couvre, en 2008, 45 millions d'américains⁸ (dont 6 millions d'handicapés) et exige une cotisation d'au minimum 10 ans pour en profiter. Elle rembourse avec une certaine franchise les hospitalisations, les séjours en maison de retraite et les soins à domicile. La partie A est financée par les cotisations obligatoires de tout les citoyens (2.9% réparti entre salariés et employeurs) et ne nécessite pas de primes mensuelles des assurés.

Partie B, l'assurance médicale supplémentaire : Celle-ci est facultative et couvre les frais de consultations ambulatoires, les soins à domicile et les analyses de laboratoire. La partie B est financée par des primes des bénéficiaires et par le budget fédéral.

Partie D : Depuis 2004, la partie D a été mise en place afin de couvrir les achats de médicaments prescrit à l'hôpital. Cette partie est, comme la partie B, facultative et financée par une prime mensuelle des assurés.

Medicaid est un programme de sécurité sociale financé par l'Etat fédéral et les Etats. Il est différent en fonction de chaque Etat au sein même du pays. Cette assurance permet de couvrir les plus démunis mais selon des critères assez complexes bien particuliers variant en fonction des Etats. Ce programme concerne majoritairement les enfants, les parents à faible revenu, les femmes enceintes, les personnes âgées et les personnes à handicap. Afin de bénéficier de l'aide Medicaid, il est nécessaire de vivre en dessous du seuil de pauvreté ainsi que de répondre à d'autres critères (famille monoparentale, moins de 16 ans etc.).

Medicaid couvre une plus large gamme de services que Medicare et n'a pas de prime assurance ni franchise. En 2008, Medicaid offrait ses services à environ 49 millions d'américains⁹. Il est possible d'être couvert par Medicare et Medicaid pour les prestations non prise en compte par Medicare (Medicare dual éligible). En théorie, Medicaid couvre la quasi-totalité des soins offerts aux patients mais beaucoup de cabinets libéraux refusent de prendre ces patients car Medicaid paye très mal les médecins. Les patients s'en remettent aux hôpitaux publics où l'attente est plus longue.

⁸ [http://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_\(United_States\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_(United_States))

⁹ <http://en.wikipedia.org/wiki/Medicaid>

Le problème principal de ce système est que l'accès à Medicaid n'est pas du tout équitable. Les critères ne sont pas remplis par beaucoup de familles qui sont dans le besoin. Ces « working poor » sont les plus touchés dans le système de santé américain. Ces américains ne sont justes « pas assez pauvres » pour toucher Medicaid et ne travaillent pas dans une « assez grande » entreprise pour qu'elle leur paye une assurance maladie. Ils se retrouvent donc sans aucune assurance maladie et s'endettent rapidement lors du moindre problème médical. Selon une étude du « National Institute of Medicine », le risque de mortalité chez les non assurés est 25 % plus élevés que chez les assurés.¹⁰

Nous avons remarqué qu'un grand nombre de patients rencontré pendant notre stage étaient couverts par le Medicaid. En effet, dans l'état New-York, les patients participant à un programme tel que celui du CDOP et vivant dans la précarité ont le droit de bénéficier du Medicaid.

3.3 La nouvelle réforme du gouvernement Obama

Il l'avait promis, il l'a fait. Lors de sa campagne présidentielle de 2008, la réforme sur la santé était un point clé. Son combat : que chaque américain, qu'importe son milieu social et son revenu, puisse bénéficier d'une assurance maladie. Malgré les oppositions des républicains, des évêques catholiques, de l'industrie pharmaceutique, des compagnies d'assurance, « une lutte longue d'un siècle va s'achever sur un vote historique »¹¹, s'exprime Barack Obama le 19 mars 2010, 2 jours avant de soumettre la réforme à la Chambre des représentants.

Cette réforme historique sonne aussi fort que celle de 1965 du gouvernement Johnson qui a permis la création de Medicare et Medicaid. Elle oblige tout les américains à être couverts par une assurance de bonne qualité avant 2014 sous peine d'amende (750 dollars par an). Les assurés pourront garder leur assurance même s'ils changent ou s'ils perdent leur emploi. Les compagnies d'assurance sont désormais obligées d'accepter tout américains, indépendamment de leurs antécédents médicaux. Ceci mettra fin à la discrimination présente dans le système de santé américain. Elle permet aux familles ayant un revenu inférieur à 88 000 dollars par an de recevoir une aide financière. La réforme sera financée par des taxes sur les revenus élevés et des restrictions dans la dépense de la santé. Son coût s'élève à 940 milliards de dollars sur dix ans. Cette réforme veut aussi pouvoir contrôler plus efficacement les coûts exorbitants de la santé.

Les entreprises de plus de 50 employés seront dorénavant obligées de couvrir la totalité de leurs employés sous peine d'amende. Les PME ne sont toujours pas obligées de couvrir leurs employés mais bénéficieront de crédits d'impôts afin de financer l'assurance santé de leurs salariés.

Ainsi le dimanche 21 mars à Washington, la réforme est acceptée. Barack Obama triomphe là où tous les présidents démocrates avaient échoué. Le résultat escompté est de pouvoir fournir à plus de 95% d'américains une assurance maladie contre 83.5% aujourd'hui. Ces 31 millions de personnes non assurées actuellement bénéficieront pour 60% d'entre eux d'une assurance privée financée par l'Etat

¹⁰ - « Vices et vertus du système de santé américain », Victor G. Rodwin, LE MONDE, 19.05.07

¹¹ - « Assurance-santé : la ténacité de Barack Obama », Corine Lesnes, LE MONDE, 21.03.10

et les 40 % restant seront assurés grâce à une extension des programmes publics Medicaid et Medicare.¹² Ce sont principalement les « working poor » cités plus haut qui bénéficieront des bienfaits de la réforme.

Cette réforme va faire un grand bien à beaucoup d'américains sans assurance mais l'état risque de payer le prix fort. En effet, les assurances privées garderont le monopole en ce qui concerne les assurances de la classe d'âge et milieu social « rentable », les 25-50 ans. L'Etat devra élargir les prestations des assurances publiques Medicare et Medicaid qui assurent les américains plus à risque et qui coûtent plus chers en terme de santé. Obama avait proposé de pouvoir imposer un encadrement tarifaire aux assurances privées en créant une assurance publique pouvant les concurrencer afin de pouvoir offrir une assurance de qualité à prix raisonnable à tous les américains. Ce projet, trop coûteux et vivement critiqué par les lobbies des assurances privées, a du être abandonné, laissant la suprématie à celles-ci, pour quelques années encore. La réforme prévoit un revanche une « Autorité des primes d'assurance », un garde fou des assurances privées.

¹² - « M. Obama emporte à l'arraché la réforme de la santé », Sylvain Cypel, LE MONDE, 23.03.10

6. Le Bellevue Hospital

Le lieu dans lequel nous avons eu l'opportunité d'effectuer notre stage est le « Bellevue Hospital » qui se situe au cœur de Manhattan.

Cet hôpital, fondé en 1731, est le plus vieil hôpital public des États-Unis. Bien qu'étant un endroit regroupant la plus part des spécialités médicales, le « *Bellevue* » est souvent considéré par la croyance commune comme étant uniquement un centre de traitement psychiatrique. En effet, le building adjacent au Bellevue n'est autre qu'un ancien bâtiment de psychiatrie qui s'est depuis quelques années transformé en un « Shelter », un logement pour les sans abris.

Il est également important de noter que sur les centaines de milliers de patients visitant l'hôpital dans l'année, une grande majorité ne possède pas d'assurance et est donc traitée gratuitement. Dans le CDOP, le service de psychiatrie dans lequel nous avons travaillé, ce n'est malheureusement pas le cas. Ainsi les patients doivent être couverts par une assurance ou se verront facturer les services offerts. Cependant c'est une diversité de patient très importante, venant de milieux très différents à laquelle nous avons été confrontés, qui ne peut souvent pas s'offrir ce genre de traitement. C'est là que différentes aides financières entrent en jeu, comme Medicaid dont nous parlions ci-dessus.



7. Le Chemical Dependency Outpatient Programme :

Le CDOP est une clinique se situant à l'intérieur du Bellevue Hospital. Il partage le deuxième étage de l'hôpital avec un service de psychiatrie infantine. Aucune communication physique entre ces deux services n'est possible. Il se compose de quatre salles de groupe, six bureaux pour le personnel, le bureau de la Dresse Miescher et ainsi qu'une grande salle commune dans laquelle les patients peuvent cuisiner et manger à leur guise. Le seul accès au CDOP est un ascenseur qui dépose patient et personnel soignant devant la salle commune du programme. Cette situation au sein de l'hôpital est d'ailleurs intéressante car elle renforce l'aspect de maison et le climat complètement autarcique qu'a le CDOP dont nous reparlerons plus tard. C'est un service de traitement psychiatrique de l'addiction à diverses drogues, au travers des thérapies de groupe et des activités variées sur lesquelles nous allons revenir dans quelques lignes.

6.1 Sa Structure

Le CDOP est dirigé par la Dresse Annatina Miescher. Malgré une apparence de liberté totale quant au fonctionnement de son service (voir son bureau ci-contre), la Dresse est soumise aux lois administratives internes. Si bien que les fonds disponibles, le nombre de patients accepté et la quantité de personnel payé, et donc pas bénévole (ce qui à son importance), est entièrement dicté par l'administration générale du Bellevue. Ceci créé de nombreuses tensions dans le service. L'hôpital effectue des changements de personnel inattendus et non souhaités par la personne concernée ou par les patients dont elle s'occupe.



Avant de continuer il est intéressant de discuter de notre ressenti lors de notre arrivée dans ce service.

C'est le lundi 17 mai que nous nous sommes rendu entre la *first avenue* et la *28st*, dans le Bellevue Hospital center, pour commencer notre stage.

Parce que nous n'avions pas envie d'avoir des préjugés et des opinions toutes faites à propos de ce stage, nous n'avions que très peu questionné nos prédécesseurs quant au CDOP. Nous ignorions tout de son fonctionnement mise à part le fait que la Dresse Miescher en était la Cheffe de service, suite aux quelques mails et téléphones échangés depuis la Suisse.

À 8h30, nous rencontrons enfin la Dresse Miescher qui ne manque pas de nous sauter dans les bras pour nous saluer. Il va sans dire que nous nous n'y attendions pas mais le résultat à été que nous avons été mis très à l'aise dès les premières minutes. Elle nous prend par la main, nous ballade dans le service, en profite pour saluer les patients qu'elle croise avec de tendres accolades. Elle nous amène finalement dans une salle où se déroulera le « colloque » du lundi matin. Nous nous retrouvons donc dans une salle, entouré d'une dizaine de personnes que nous croyons être des thérapeutes, docteurs ou psychologues.

Ce n'est que quelques jours plus tard que nous comprenons que sur les personnes présentes, seul 6 d'entre eux font partie du personnel soignant. Nous sommes donc très étonnés d'apprendre que le reste des personnes sont bel et bien des patients. En effet, le personnel du CDOP est constitué de deux docteurs, la Dresse Miescher et un psychiatre qui change tous les 6 mois, de quatre psychologues, de deux infirmières et d'un thérapeute de l'art. Mais au delà de cela, de nombreux patients dirigent eux-mêmes les thérapies de groupe. Bien évidemment ce sont des patients qui sont là depuis plusieurs années. Cela n'a tout de même pas manqué de nous étonner.

Dans le service, subissant des restrictions budgétaires depuis plus ou moins vingt ans, ce sont les patients qui s'occupent de l'intendance générale. Ceci permet d'économiser des frais de nettoyage d'une part, mais d'autre part permet également d'impliquer davantage les patients dans le programme et ainsi de les faire se sentir un peu plus chez eux mais surtout plus responsables.

Lors de la répartition des tâches chaque patient prend à cœur son devoir de la semaine. Ils sont à chaque fois remerciés par leurs pairs pour la prise en charge de la tâche en question. Ainsi ils prennent leur rôle avec beaucoup de fierté et d'honneur, du moins c'est le sentiment qui se dégageait durant ces séances.

Cependant tous les patients ne peuvent participer aux tâches. Seul ceux ayant plus de deux semaines de sobriété y sont autorisés. De part le fait que participer aux tâches ménagère de la clinique est un statut quasiment honorifique, les nouveaux patients sont stimulés à atteindre une période de sobriété de deux semaines et plus.

Au travers de ces différentes tâches les patients prouvent aux autres et à eux même qu'ils sont capables de tenir leurs engagements et d'avoir des responsabilités. Une chose qu'une personne sombrant dans la dépendance n'arrive plus à faire. C'est donc un petit retour vers une vie normale que de participer à ces corvées.



Une salle de thérapie



Tableau des tâches

6.2 Les acteurs du CDOP

6.2.1 Les conseillers

Il y a cinq conseillers, que ce soit des psychothérapeutes, des infirmiers, ou simplement des conseillers en addictologie. Ils se chargent de guider les patients de manière plus personnelle. Ce sont eux qui les écoutent, les dirigent et les soutiennent durant le temps du traitement. En cas de problème en dehors de la clinique (le week-end par exemple), un patient est poussé à appeler son conseiller pour obtenir son assistance. Chaque conseiller a à sa charge environ 25 patients. Ce sont eux même qui se repartissent les patient, sous la lourde influence de la Dresse Miescher.

C'est d'ailleurs là un des rôles clé de la Dresse qui attribue les patients aux conseillers avec lesquels elle pense qu'une relation va pouvoir bien fonctionner.

Les conseillers dirigent également de nombreuses thérapies de groupe, dont une qui réunit une fois par semaine tous les patients dont le conseiller s'occupe. Cette séance donne l'occasion aux patients de discuter sur ce qui va et ce qui ne va pas au niveau du fonctionnement de la clinique.

6.2.2 Les Patients

Le CDOP accueille environ 100 patients. Lors de notre stage une cinquantaine seulement était présente. Nous n'avons pas réussi à obtenir une réelle réponse au sujet de ces absences, mais il semblerait qu'en été les patients sont beaucoup moins compliants et moins présent.

C'est un service ambulatoire qui propose des thérapies uniquement en matinée ainsi qu'en début d'après midi (cf. activité). Les patients n'y passent donc qu'une partie de leurs journées, le plus souvent entre deux et quatre heures de temps.

De part son côté public, le Bellevue et plus précisément le CDOP s'ouvre à de grandes différences d'âge et de milieux sociaux. Il fut pour nous intéressant de constater la présence de patients hautement défavorisés et sans domicile ainsi que de patients appartenant à la « haute » société New-yorkaise.

Ne se focalisant pas que sur les alcooliques ainsi que sur les héroïnomanes (pourtant représentés de manière majoritaire durant notre stage) le CDOP accepte différents problèmes d'addiction, quelques patients ne sont par exemple jamais allés en centre de désintoxication, alors que d'autre les fréquentent continuellement en raison de leurs nombreuses rechutes.

Le temps de sobriété entre les patients est aussi hétéroclite. Certain ne sont sobres que depuis quelques jours alors que d'autres le sont depuis plusieurs années. Ceci permet aux personnes moins avancées dans leur traitement d'être confrontées à des patients qui sont sortit de leur addiction et ont repris une partie de leurs vie active, offrant ainsi une lueur d'espoir dans le traitement de leur dépendance qui prendra souvent plusieurs années.

Les antécédents personnels sont eux aussi très divergents. Quelques patients sortent à peine de prison, après avoir purgé de plus ou moins longues peines (nous avons discuté avec des patients qui faisaient leurs premiers mois de liberté après 20 ans de prison) alors que d'autres n'y ont jamais mis les pieds.

Toutes ces divergences rendent le CDOP très riche et très ouvert en termes d'opinions et de discussions échangées. L'on pourrait penser que ces différences devraient au contraire scinder les patients en groupe, mais ce n'est absolument pas le cas. Cette envie omniprésente de changement et de toujours vouloir aller de l'avant crée un respect entre les patients qui se ressent durant la plupart des discussions de groupe.

Plusieurs raisons poussent les patients à venir s'inscrire et suivre un traitement dans le CDOP. Dans la majorité des cas, 72% durant notre stage, les patients viennent de leur plein gré. Le plus souvent c'est une prise de conscience personnelle qui les amène à rentrer en contact avec des services tel que le CDOP. Dans cette situation, les thérapies et les discussions de groupe sont facilitées de part la motivation qui les pousse en avant. Ils se sont rendu compte de leur isolement ainsi que de la destruction de leurs relations ayant été engendrée par leur addiction. Dans ces cas là, les patients découvrent ce programme via d'autres centres d'aide, comme les Alcooliques Anonymes par exemple.

L'hôpital Bellevue se charge également de rediriger certains patients atteints d'autres maladies vers le CDOP lorsqu'ils présentent des signes d'addiction. Comme le cas de Patrick, un homme de 68 ans qui après avoir été sobre pendant 17 ans a rechuté dans l'alcoolisme pendant 10 ans. Une semaine après notre arrivée, il a été diagnostiqué d'une cirrhose hépatique nécessitant une transplantation dans les plus brefs délais. Cependant, comme dans de nombreux hôpitaux, le Bellevue possède un conseil chargé de décider quel patient peut ou ne peut pas recevoir d'organe. Dans le cas des alcooliques, c'est une situation très délicate car le risque de rechute dans l'alcoolisme après une transplantation est élevé et donc la destruction du nouvel organe également. C'est pourquoi ce conseil à établi des normes qui doivent être respectées par chaque patient désirant une transplantation. L'une de ces normes est de suivre un traitement pour combattre l'alcoolisme. Ainsi des patients comme Patrick sont indirectement « forcés » à suivre les thérapies du CDOP sans quoi ils n'auraient aucune chance d'obtenir un nouvel organe.

Dans d'autres cas c'est la justice qui donne le choix entre une thérapie ou une période en détention pour des personnes ayant enfreint la loi sous l'emprise de diverses drogues. Un patient de 17 ans, Denis, a d'ailleurs choisit de suivre le programme offert par le CDOP, une fois par semaine, après avoir eu un accident de voiture avec des examens sanguins positifs pour le THC.

Avec le recul, il fut intéressant de comparer les patients entièrement volontaires à ceux qui l'étaient moins. La manière qu'ils ont de percevoir leurs addictions est différente. Les premiers la voient comme une maladie qu'ils doivent accepter et combattre, qu'eux seuls sont responsables de leurs actes lié à la dépendance, alors que les seconds voient cela avec fatalité en rejetant toutes les fautes commises sur les autres, que ce soit leurs proche, la justice ou le plus souvent la société en elle même.

Sans vraiment se ranger d'un côté ou d'un autre, nous avons appris avec le temps que même si leur dépendance est liée à des événements dont ils n'étaient eux même pas tout le temps responsables,

le comportement des plus volontaire, à savoir prendre une responsabilité plus grande quant à leur situation, est nettement plus bénéfique dans le traitement de leur maladie.

Cette façon d'être plus actif dans le processus de guérison nous a semblé beaucoup aider les patients. Le fait de réaliser que c'est eux qui sont responsables de leurs agissements leur indique qu'ils peuvent en changer le dénouement et ainsi qu'ils sont libres de modifier leur quotidien de vie afin de s'en sortir. Il est évident que tout n'est pas aussi simple mais force est de constater que plus les années passent et plus ces patients progressent dans leurs traitements, plus ils changent de discours. Des patients frustré de devoir se rendre dans le CDOP afin d'y suivre des thérapies évoluent peu à peu jusqu'à finalement complètement adhérer au programme. Ce fut le cas de Theresa, une femme de 46 ans qui a été forcée par la justice de suivre ce programme pendant une année. Elle nous a raconté que pendant toute cette première année, elle voyait le CDOP comme une prison, ne parlait à personne et restait complètement isolée. Puis une fois son obligation terminée elle a décidé de rester au sein du programme. Cela fait maintenant quatre ans que Theresa suit les thérapies.

Ce changement de perception de la maladie est possible d'une part grâce aux traitements qu'offre le personnel du CDOP mais également grâce à une cohésion presque totale entre les patients. Bien que des disputes soient inévitable, une entraide et une écoute, que ce soit dans l'hôpital ou en dehors (voir « sorties avec les patient »), est toujours présente. C'est l'un des points qui nous a le plus impressionné durant notre stage. Après avoir été trop souvent rejetés par leurs proches et complètement isolés de la société, ce soutien inébranlable qu'ils s'apportent leurs permet de se redécouvrir une importance au sein d'une forme de société qu'est le CDOP.



Un patient et Valérian

6.2.3 Les « Peers Leaders »

Dans la clinique du CDOP, la Dresse Miescher pousse les patients les plus anciens à faire part de leurs expériences aux travers de divers groupe qu'ils dirigent eux-mêmes. Ces patient, environ une dizaine durant notre stage, sont appelés les « Peer Leader ».

Durant leurs groupes, les « peers » sont encouragés à parler d'eux et de leurs expériences dans l'addiction. La plupart du temps ils en profitent pour parler de leurs erreurs et présentent la manière qu'ils ont employée pour les résoudre.

Nous avons été impressionné durant ces groupes par l'effet qu'on les « peers » sur les autres patient.

Alors que les conseillers sont écoutés avec attention, de la même manière qu'un enfant écouterait ses parents, les « peers » sont considérés comme des exemples. En tant que tels, ils s'imposent une ligne de conduite pour garder l'image d'un leader au sein des groupes. C'est une forme d'auto-motivation pour rester sobre et ne pas faire d'écarts dans leurs traitements. De plus ils sont une preuve vivante de la réussite du traitement et de la guérison pour les autres patients, leur donnant ainsi plus d'espoir.

Nous avons trouvé cette manière qu'a le personnel du CDOP d'utiliser les expériences des anciens patients est extrêmement sensée et clairvoyante. Car en plus de ne rien couter au service, ils apportent un regard différent sur l'addiction que celui que peut avoir un conseiller.

8. Une semaine type

Nous allons maintenant vous présenter une semaine comme nous les passions au CDOP. Bien entendu, décrire tous les groupes auxquels nous avons assisté ne serait probablement pas très intéressant. C'est pourquoi nous parlerons de ceux qui nous ont le plus marqués.

7.1 Lundi

7.1.1 Colloque

Tout le personnel du CDOP se retrouve chaque lundi matin afin de faire un bilan sur les patients fréquentant la clinique et d'annoncer les entrées et sorties de la semaine.

La Dresse Miescher amorce la réunion en présentant les cas relevant de la semaine. Souvent, il s'agit de patients dont la thérapie ne se passe pas comme prévu. Il faut alors prendre certaines décisions dans le meilleur intérêt du patient, mais aussi dans celui de la clinique. C'est pourquoi l'avis de l'entièreté du personnel est pris en compte. Ainsi, la psychiatre, le psychologue, les infirmières, et les quatre conseillers expriment leur opinion sur le cas et en retirent une conclusion collective.

Nous avons remarqué que ce n'était pas toujours chose facile car chacun avait sa propre relation avec le patient en question, donc sa représentation personnelle de la situation. De ce fait, les avis divergeaient les uns des autres, mais nous avons trouvé que le résultat final n'en était que plus adapté. En effet, chacun connaissant une facette du patient, aucun élément n'était mis de côté et cela donnait lieu à une discussion complète. Cela permettait également d'estomper les implications personnelles pouvant influencer la décision finale. Cette observation nous a permis de réaliser que le travail en groupe est nécessaire à l'établissement d'une médecine de qualité.

Puis la Dresse Miescher procédait à l'énumération des entrées et sorties de la semaine et s'assurait que chacun des nouveaux patients soient attribués à un conseiller. Le reste de la réunion consistait en de brèves formalités, comme par exemple les absences de la semaine etc. Il a été intéressant pour nous d'observer l'organisation nécessaire à une telle clinique et comment cela se passait derrière les murs.

7.1.2 The Big book group, par un « Peer leader »

Le Big book est la "bible" des alcooliques anonymes. Il s'agit d'un livre souvent utilisé comme référence lors d'un programme de réhabilitation. Il a été originellement écrit pour des lecteurs ayant une addiction à l'alcool, mais il est communément utilisé lors de nombreux programmes de réhabilitation, quelle que soit la nature de l'addiction. Les premières pages se consacrent aux grandes habitudes à adopter dans le but de réussir la désintoxication sous forme de douze étapes, les règles d'or auxquelles il est impératif de se plier quotidiennement.

-12 étapes tirées du Big Book :

Nous avons admis que nous étions impuissants devant l'alcool - que nous avons perdu la maîtrise de notre vie.

Nous en sommes venus à croire qu'une Puissance supérieure à nous-mêmes pouvait nous rendre la raison.

Nous avons décidé de confier notre volonté et notre vie aux soins de Dieu tel que nous Le concevons.

Nous avons procédé sans crainte à un inventaire moral approfondi de nous-mêmes.

Nous avons avoué à Dieu, à nous-mêmes et à un autre être humain la nature exacte de nos torts.

Nous étions tout à fait prêts à ce que Dieu élimine tous ces défauts.

Nous Lui avons humblement demandé de faire disparaître nos défauts.

Nous avons dressé une liste de toutes les personnes que nous avons lésées et nous avons consenti à réparer nos torts envers chacune d'elles.

Nous avons réparé nos torts directement envers ces personnes dans la mesure du possible, sauf lorsqu'en ce faisant, nous risquions de leur nuire ou de nuire à d'autres.

Nous avons poursuivi notre inventaire personnel et promptement admis nos torts dès que nous nous en sommes aperçus.

Nous avons cherché par la prière et la méditation à améliorer notre contact conscient avec Dieu, tel que nous Le concevons, Lui demandant seulement de connaître Sa volonté à notre égard et de nous donner la force de l'exécuter.

Ayant connu un réveil spirituel comme résultat de ces étapes, nous avons alors essayé de transmettre ce message à d'autres alcooliques et de mettre en pratique ces principes dans tous les domaines de notre vie.

Puis, chaque chapitre reprend un des commandements plus en détail afin d'expliquer son importance dans le processus de désintoxication.

Le groupe est animé par Henry, 60 ans, alcoolique sobre depuis 15 ans. Il se rend chaque jour au CDOP, son big book sur le bras, qu'il considère d'ailleurs comme le pilier de sa réhabilitation réussie. Selon lui, il faut lire tous les jours les douze étapes afin de se souvenir que même si tout va bien, on est un "addict" et donc qu'une rechute reste possible à tout moment.

Ce groupe nous a paru très similaire aux réunions d'alcooliques anonymes auxquelles nous avons participé. Tout comme ces dernières, le point principal que nous en avons retiré est l'importance d'appartenir à une communauté et de se soutenir, afin d'être tous ensemble plus fort que la drogue.

7.1.3 Art therapy, par Lena

Lena travaille au sein du CDOP en tant que thérapeute d'art depuis douze ans. Elle a aménagé une grande salle en atelier artistique, dans lequel on trouve tout le nécessaire à la création artistique. L'atmosphère y est vivante, avec de nombreuses créations de patients exposées et de grandes tables propices à la discussion. Il y a plusieurs autres coins plus tranquilles, pour ceux qui préfèrent travailler dans l'intimité et dans le silence. Lors de ces ateliers, les patients expriment leur ressenti de diverses manières: certains dessinent, d'autres bricolent alors qu'il y en a même qui ne font qu'observer. Beaucoup des patients qui fréquentent ce groupe sont des "habitués", c'est-à-dire qu'ils viennent ponctuellement et s'approprient très bien les lieux: ils ont leur place, leurs outils et leur tiroir contenant leurs créations. La plupart ont leur propre style, dans lequel ils s'épanouissent semaines après semaines. Nous avons eu la chance de pouvoir regarder les portfolios de plusieurs patients, et nous avons été frappés de voir à quel point leur état d'esprit se retrouvait dans leurs œuvres.

Trois fois par année, le groupe participe à une exposition dans une fameuse galerie newyorkaise, ce qui donne l'opportunité aux patients non seulement de s'ouvrir au monde extérieur mais aussi de vendre certaines de leurs créations. La satisfaction personnelle qu'ils en retirent est, selon Lena, très bénéfique à leur traitement ainsi qu'à leur réinsertion sociale.

7.1.4 Psychopharmacology

Ce groupe a été conçu dans le but de répondre aux questions des patients non seulement sur l'effet de la consommation de drogues, mais surtout sur les médicaments associés à leur programme de désintoxication. La personne en charge est un interne en psychiatrie et très au point sur la pharmacologie des traitements et leurs effets associés. Nous avons été impressionnés par l'intérêt et la curiosité des patients quant à ces sujets. Ils avaient énormément d'interrogations assez pointues quant à l'effet de certaines drogues. Ils nous ont avoués apprécier ce groupe car ils se faisaient souvent prescrire un bon nombre de substances lors de leur entretien hebdomadaire chez le psychiatre, mais que faute de temps ils n'avaient pas toujours d'explication claire concernant l'utilité précise de ces dernières. Ainsi, cette session leur permettait de combler ce manque, mais aussi d'apaiser certaines de leurs craintes quant à la consommation de médicaments. Beaucoup de ces derniers engendrant une pharmacodépendance, la compliance des patients s'en trouvait parfois réduite, puisque cela leur évoquait leur toxicomanie. Recevoir une explication scientifique à ce phénomène pousse donc les patients à suivre plus assidument leur prescription.

7.2 Mardi

7.2.1 Community meeting

Tous les mardis, l'ensemble du CDOP, c'est-à-dire le personnel ainsi que les patients, se retrouvent dans la pièce principale. Tout d'abord, il y a les présentations des nouveaux arrivants de la semaine. Puis, chacun se présente en donnant son nom, sa drogue de choix et le nombre de semaines/mois/années depuis lesquels il ou elle est sobre. Puis, le Dr. Miescher annonce si un des membres du personnel sera absent ou si un groupe est annulé. Après ces formalités, on assiste à la répartition des tâches ménagères pour la semaine. C'est alors au tour de Henry, président du "patient gouvernement"

de collecter des fonds qui seront utilisés afin d'acheter du café pour tout le monde. Chacun donne ce qu'il peut et semble satisfait, puisqu'il y a toujours de quoi se désaltérer dans la pièce principale.

Enfin, tout le monde se lève, se tient la main et se positionne en cercle afin de réciter leur devise habituelle:

God, grant me the serenity

To accept the things I cannot change

Courage to change the things I can

And wisdom to know the difference

7.2.2 Female/Male group

Comme son nom l'indique, ces groupes sont exclusivement réservés aux femmes ou aux hommes. Dans le cas du « Female group », l'animatrice est soit une patiente bien engagée dans le programme, soit une des thérapeutes. Durant ces sessions, les participants ont l'occasion de discuter de certains points personnels leur tenant à cœur. Le point le plus souvent abordé concerne leur vie sentimentale et affective, mais ils parlent également de leur vie familiale et professionnelle. La différence principale que nous avons pu relever dans ce groupe est l'écoute particulièrement attentive des uns envers les autres. En effet, les participants montrent respect et empathie envers les récits de leurs camarades et cherchent souvent à les aider d'une manière ou d'une autre, en leur donnant notamment quelques conseils.

Nous profitons du fait de décrire ce groupe afin de parler d'un cas qui nous a beaucoup marqué, car il décrit très bien l'atmosphère de sérénité et d'entraide qui régnait dans la salle. Une patiente héroïnomane de 55 ans, sobre depuis quatre ans, prend la parole pour raconter son histoire avec un homme qu'elle a rencontré il y a quelques mois lors d'une réunion d'alcooliques anonymes. Elle nous confie qu'une belle amitié est née entre eux, mais qu'il lui a avoué avoir de forts sentiments à son égard. Ne partageant pas ces derniers, elle a décidé de mettre fin à leur relation, mais depuis il ne cesse de la harceler de façon très gênante, notamment vis à vis de ses enfants et de sa mère. Cette persécution incessante lui pèse beaucoup et elle n'a pas d'amis à qui en parler.

A la fin de son récit, les autres participantes, qui l'avaient attentivement écoutée, se sont empressées de prendre la parole afin de lui faire part de leur solution au problème. La discussion a été animée, et a même fini accompagnée de rires et de gentilles blagues. La protagoniste, qui semblait plutôt anxieuse à son arrivée, est repartie d'un air bien plus apaisé, le sourire aux lèvres.

Cette brève histoire illustre bien le sentiment d'attache qui s'installe entre les patients de la clinique. Nous avons constaté qu'ils avaient un réel sentiment d'appartenance à la communauté du CDOP, et que ce dernier était source de force et de courage face aux rudes épreuves de la désintoxication.

7.3 Mercredi

7.3.1 Home groups

Ces groupes sont tenus par les différents conseillers du CDOP afin de faire un bilan hebdomadaire avec les patients dont ils ont la charge. La discussion se déroule sous forme d'un tour de table où chacun partage les événements et les impressions de la dernière semaine. Nous avons pu remarquer que c'est souvent lors de ces sessions que les patients annonçaient une éventuelle rechute. Nous pensons que cela est rattaché au fait qu'il règne une certaine intimité dans ces groupes. En effet, on ressent un lien plus marqué entre les patients ayant le même conseiller. L'ambiance en devient presque familiale.

Nous avons été émus par une confession en particulier: Juan, 58 ans, ayant une addiction à l'alcool et à la marijuana, était sobre depuis bientôt deux ans. Le week-end précédent, il a été invité chez son neveu afin de fêter l'heureuse arrivée d'un nouveau bébé. Comme c'est souvent le cas lors de festivités, on proposait du champagne et Juan a fini par céder pour une coupe. Puis, il s'est resservi une fois, deux fois, et à n'en plus finir. Sur son retour, il s'est procuré de la marijuana qu'il a immédiatement consommée.

Lors de son récit, Juan semble gêné et triste. Il avoue d'ailleurs ressentir une honte profonde et une sensation d'échec. Etant sobre depuis deux ans, il avait enfin réussi à reconstruire une vie normale, avec un logement fixe et des études bientôt terminées. Soudainement, il a peur de tout perdre.

Face à son récit, toute la salle est restée silencieuse et attentive. Personne n'a eu de réaction méprisante envers lui, mais chacun lui a plutôt fait ressentir qu'il avait eu du courage d'en parler si ouvertement et qu'affronter ses erreurs représentait déjà un énorme pas. Ainsi, le groupe lui a redonné force et espoir afin qu'il reprenne sa vie là où il l'avait laissée avant l'épisode de rechute. Nous avons senti que Juan est reparti avec plus de confiance en lui, sentiment nécessaire à l'affrontement des périodes difficiles.

7.3.2 Write your life

Ce groupe est un de ceux les moins fréquentés du programme. Les quelques participants y sont très fidèles et semblent énormément l'apprécier. Chacun possède son propre cahier, sur lequel il est souvent écrit en majuscules PRIVATE - DO NOT READ. Selon la semaine, il peut y avoir un thème à suivre. Cependant, la plupart du temps, les patients sont libres d'écrire sur ce qu'ils désirent. Un des thèmes imposés lors de notre présence était celui de l'ESPOIR. Nous avons été étonnés de voir à quel point ce simple mot évoquait différentes choses selon les personnes. Pour certains, l'espoir rimait avec réussite et retour à une vie normale. Pour d'autres, l'espoir avait une connotation bien plus négative, puisqu'il sous entendait la peur de ne peut être jamais y arriver, de rechuter. Pour d'autres, l'espoir était justement le moyen de ne pas céder à la tentation. La liste est encore bien longue, mais ce que nous avons pu retirer de cette expérience est que chacun a ses représentations personnelles. Il est important de les considérer au même titre que la pathologie traitée, afin de ne pas laisser de côté certaines angoisses pouvant être cause de futures rechutes.

7.3.3 Spirituality

Ce groupe, un des plus populaires et appréciés de la semaine, a été fondé par Danny, alcoolique sobre depuis cinq ans. Chaque semaine, il choisit un mot comme thème de la session et organise un certain nombre d'activités s'y rattachant.

Par exemple, un des thèmes choisis lors de notre stage a été le mot "happiness", qui signifie "joie" ou "bonheur". La première question que Danny a posée aux participants est: "qu'est-ce que le mot joie signifie pour vous?". C'est alors que chacun a commencé à énumérer sa définition personnelle, que Danny a recopiée sur le tableau noir.

Puis, nous avons lu un texte intéressant sur le bonheur. Il en donnait une définition et rapportait un certain nombre de chiffres, comme par exemple les populations les plus heureuses, les moins heureuses ainsi que les conclusions d'études sur les liens entre bonheur et argent, ou bonheur et amour. Les participants semblaient absorbés par ces informations presque "scientifiques".

Après cette lecture, nous avons dû remplir un texte censé évaluer notre "niveau de bonheur". La plupart des participants ont obtenu un résultat entre "pas très heureux" et "triste". Pour remonter le moral de chacun, Danny leur a demandé de se fixer une résolution pour la semaine suivante, afin de rapprocher leur score du côté "très heureux".

Chacun est donc reparti avec un engagement comme devoir, et la promesse de venir en faire le feedback à la prochaine session. Nous avons remarqué qu'à la sortie de la salle, les patients semblaient motivés et plein d'énergie. Selon nous, le fait d'avoir une sorte de responsabilité leur donnait de la force et surtout du courage pour affronter les moments difficiles de leur quotidien. Bien entendu, la semaine suivante, Danny ne négligeait jamais de prendre un moment afin que chacun puisse rapporter le compte rendu de son engagement. Et puis, c'était reparti pour un nouveau but, pour une nouvelle semaine.

7.3.4 Art therapy

Même programme que le Lundi

7.4 Jeudi

7.4.1 Alcohol and substance abuse - Ed's group

Dans ce groupe, Ed, un conseiller, apporte des éclaircissements scientifiques sur les effets cliniques de l'abus de substances ainsi que sur le phénomène physiologique de dépendance. Les patients ont ainsi une explication à certains des symptômes qu'ils présentent ou dont ils ont peur. Nous pensons que même si ce groupe paraît d'utilité plutôt informationnelle au premier abord, il présente également un aspect thérapeutique. En effet, prendre conscience de la dangerosité de ces substances et, surtout, se l'entendre répéter au fil des semaines aide à attribuer à la drogue en question une connotation péjorative. Cette association nous semble vitale dans le traitement de désintoxication, puisque l'élément responsable de la rechute est souvent l'excès de plaisir lié à la consommation de la substance. Ce groupe, en mettant à nu l'effet des drogues, permet de donc de contrebalancer cette représentation positive.

7.4.2 Relapse prevention I and II

Ce groupe a été créé afin d'éviter au mieux un des grands problèmes liés à l'addiction: le phénomène de rechute. Malheureusement, beaucoup de patients suivis recèdent à leur drogue de choix un jour où l'autre. Il est donc important de prendre conscience que la dépendance à une substance n'est pas quelque chose de guérissable. Cependant, il est tout à fait possible d'adapter son mode de vie face à ce handicap afin de pouvoir faire face aux périodes de crises.

Les points traités dans ce groupe se rattachent aux questions suivantes:

- Qu'est-ce qu'une rechute?
- Pourquoi cela arrive-t-il?
- Comment cela se passe-t-il?
- Quelles sont les habitudes à intégrer afin de l'éviter?
- Comment réagir face à une rechute afin de limiter les dégâts?

Ces deux groupes se consacrent donc au même problème, celui de la rechute, mais sont destinés à deux types de patients différents. "Relapse prevention I" est fréquenté par des patients sobres depuis peu de temps, c'est-à-dire moins de six mois, ou qui ont un passé marqué par de fréquentes rechutes. Les personnes participantes au "relapse prevention II" sont quant à elles à un stade avancé de leur thérapie, avec souvent des années de sobriété. Dès lors, on assiste à l'affrontement de problèmes bien différents dans chacun des groupes.

Dans le *Relapse prevention I*, nous avons beaucoup plus ressenti la peur liée à l'éventualité de sombrer à nouveau. Les patients n'ayant que quelques semaines de sobriété, ils vivaient encore dans l'angoisse de leur période de consommation.

Dans le *Relapse prevention II*, on distinguait plus d'assurance dans les propos des intervenants. Etant suivis pour la plupart depuis des années, ils avaient repris une vie sociale et professionnelle et n'assistait dès lors qu'à quelques groupes par semaine. Il s'agissait donc d'un suivi sur le long terme, en d'autres termes une sorte de rendez-vous hebdomadaire afin de ne pas oublier son problème d'addiction.

La notion de suivi quasi éternel a été complexe à intégrer pour nous. Cela vient sûrement du fait que nos études médicales nous donnent beaucoup d'exemples de maladies curables, dont le traitement correct permet un retour à une vie totalement normale. Aujourd'hui, nous réalisons vraiment que ce n'est pas toujours le cas. Il y a des maladies laissant des traces indélébiles, qui nécessitent donc une adaptation permanente de la personne atteinte. L'addiction en faisant partie, elle doit être prise au sérieux, autant chez une personne sobre depuis une semaine que chez une autre sobre depuis des années.

7.4.3 Patient government

Chaque jeudi, les patients se retrouvent dans la pièce principale afin de discuter des différentes choses qu'ils aimeraient améliorer au sein de la clinique. Nous n'avons malheureusement pas pu

participer à ces sessions, car les patients désirent être dans la plus stricte intimité. Nous avons pu néanmoins poser quelques questions sur la forme que prend la réunion: l'ensemble des patients, le "*patient gouvernement*", se retrouve hebdomadairement. Le président du patient gouvernement, actuellement Henry, ouvre la discussion en présentant l'ordre du jour et en s'assurant qu'il n'y a pas d'autre sujet délaissé. La secrétaire, Debby, prend note du déroulement de la discussion. Ainsi, ils discutent des changements qu'ils aimeraient observer au sein de la clinique. Ils délèguent ensuite une personne, qui ira rapporter le sujet de leur discussion au personnel du CDOP. Après observation, nous avons remarqué que leurs demandes étaient toujours considérées au sérieux et gérées au mieux que possible.

7.4.4 Music group

Chaque semaine, ce groupe se concentre sur un artiste ayant marqué l'histoire de la musique. La première demi-heure est consacrée au visionnement d'un documentaire biographique sur l'artiste en question, suivie d'une discussion de groupe. Lors de cette dernière, les participants expriment ce à quoi les chansons écoutées leur font penser, ainsi que les émotions qu'elles dégagent en eux. Parfois, certains des patients ne connaissent pas le chanteur ou la chanteuse du jour. Ils sont alors souvent enchantés d'élargir leur culture musicale et montre leur intérêt en faisant beaucoup d'interventions.

Cependant, pas tout le monde ne parle. Il y a aussi ceux qui écoutent, en silence, mais qui semblent pensifs. Certains ont un sourire aux lèvres, peut être s'agit-il d'un souvenir heureux.

Le sentiment principal ressenti après chaque séance du music group est l'atmosphère très émotive régnant dans la salle. Tout le monde semble enfoui dans ses pensées. Cela nous inclu également, puisque c'est un groupe où tout le monde est traité de la même manière, personnel soignant compris. Nous n'étions pas seulement spectateurs, mais participants actifs au même titre que les autres.

7.5 Vendredi

7.5.1 Anger group

Anger signifie colère, principal thème des discussions - souvent très émotives - de ce groupe. Il ne s'agissait pas ici de décrire ce qu'est la colère, mais réellement de l'exprimer, de vider son sac. Les sujets dont il était question étaient donc très variés, dépendant directement des soucis de leur protagoniste. Certains exprimaient leur rage vis-à-vis de leur addiction et de son effet néfaste sur leur personne, d'autres rapportaient leurs soucis familiaux, sentimentaux, etc. L'important étant que chacun puisse se soulager de ce qui lui pèse, afin d'extérioriser sa peine et de mieux pouvoir la prendre en main.

Ce que nous avons observé est l'évolution de l'attitude des patients fréquentant ce groupe au fil des semaines. Au début de leur programme, ils semblaient gênés d'exprimer leurs sentiments à une foule de personnes qui leur étaient inconnues. Puis, sessions après sessions, ils s'ouvraient de plus en plus et finissaient par prendre la parole de leur propre gré. Nous pensons que cette désinhibition est liée à plusieurs points. Tout d'abord, il est évident que chacun se sente plus à l'aise dans une communauté après s'y être intégré. Aussi, cela reflète un certain avancement dans le processus

thérapeutique. En effet, ce stage a très bien illustré le fait qu'il n'est pas toujours facile d'extérioriser ses sentiments, que cela soit par timidité, honte ou refoulement de ses problèmes. En être capable implique souvent une longue période pendant laquelle la personne a dû admettre qu'elle avait besoin d'aide, et c'est seulement après ce temps de réflexion que l'on remarque enfin un élan de participation.

Ainsi, il a été très intéressant pour nous de suivre ce processus d'extériorisation de la personnalité afin de nous rendre compte que temps et patience sont des éléments indispensables à la relation thérapeutique.

7.5.2 How are you doing

Ce groupe de fin de semaine permettait aux patients d'extérioriser le vécu de leur semaine, de faire le point sur leur état ainsi que de partager leurs plans pour le week-end.

Nous avons remarqué une objectivité des patients vis-à-vis de leur état beaucoup plus frappante que lors des groupes du début de semaine. On ressentait un certain recul face aux événements du week-end ou des jours précédents, chose qui permettait évidemment une autocritique censée et utile. Ils repartaient donc souvent avec de très bonnes résolutions pour le week-end. Cet état d'esprit énergétique et confiant nous a paru vital pour éviter les faux pas du week-end, surtout considérant le fait que la clinique fermait ses portes.

De plus, comme nous l'avons déjà mentionné, c'était l'occasion de parler des projets pour les deux jours à venir. Nous aimerions insister sur deux points essentiels liés à ce simple fait. Tout d'abord, exprimer ses plans permettait de les ouvrir aux autres. Beaucoup de patients repartaient ainsi de la session en ayant des projets pour le week-end avec leurs camarades de la clinique. Comme le dicton le dit : « l'union fait la force » et nous avons remarqué une bonne corrélation entre le fait d'avoir un week-end chargé d'activités et le taux de retour à la clinique le lundi matin. Ainsi, occuper sainement ces deux jours permettait très clairement de poursuivre le programme avec succès.

Deuxièmement, nous avons noté une certaine prise de conscience concernant l'importance de structurer son temps libre dans le traitement de l'addiction. Certains patients paraissant plutôt confiants quant au bon management de leur temps libre et laissant entendre qu'ils ne rechuteraient pas quelques soient les circonstances. Ils se laissaient parfois convaincre par leurs camarades qu'ils pouvaient se tromper sur ce fait et qu'il était bien plus prudent d'en faire trop que pas assez. Ces patients, à leur arrivée dans la salle, se taisaient lorsque l'animateur les invitait à parler de leurs projets pour le week-end. Puis, en entendant que la plupart des autres étaient plutôt prévoyant quant à ce point, ils semblaient plus attentifs à la discussion et finissaient même de temps à autre à s'intégrer à une des activités dont il était question.

Pour conclure, ce que nous avons principalement retenu de ce groupe est son influence sur le bon suivi du programme ainsi que l'union entre les patients.

7.5.3 Photo therapy

L'animatrice, Lena, a mis ce groupe artistique en place suite à l'acquisition d'un superbe appareil photo réflexe, cadeau d'un ancien patient. De plus, Lena s'est lancée sans hésitation en remarquant le succès du groupe "art therapy". Elle n'a pas eu tort: malgré le fait que ce soit un des derniers groupes de la semaine, il attire beaucoup de personnes. Non seulement, le thème de la photographie interpelle la curiosité de plus d'un, mais l'ambiance régnant dans ce groupe est particulière. Lena fait de son mieux pour éviter la monotonie et rendre le séminaire très divertissant. Lorsqu'il fait beau temps, elle n'hésite pas à organiser l'atelier à l'extérieur, en choisissant toujours des endroits inédits de la région new-yorkaise. Nous avons par exemple eu l'occasion d'aller à Coney Island avec le groupe, où nous avons passé une après-midi enrichissante, autant sur le plan de notre culture générale que sur celui de notre formation.

Un autre vendredi après-midi, nous avons reçu la visite d'une photographe professionnelle, venue partager son savoir et son matériel pro avec les patients. Le résultat de cette intervention est que nous avons tous beaucoup appris et beaucoup ri. Tout d'abord, la photographe nous a montré quelques uns de ses travaux, qui ont beaucoup impressionné le public que nous étions. Puis, elle nous a donné un mini-cours de photographie avant de nous lancer dans un vrai "shooting" en utilisant son propre matériel.

La semaine d'après, nous avons visionné sur grand écran les clichés pris. Toute la salle avait le sourire aux lèvres. Lena en a aussi profité pour projeter d'anciennes photographies prises depuis la naissance de ce groupe. Beaucoup des patients ont semblé émus de revoir des portraits d'anciens patients, dont ils n'avaient plus entendu parler, qui étaient retournés à une vie saine ou qui étaient malheureusement décédés. Quant à nous, il a été intéressant de savoir à quoi ressemblaient certains des patients que nous connaissions bien. Le changement était souvent marquant: la tristesse, la malnutrition, l'effet des drogues, tout cela était physiquement visible!

Cette expérience nous a aidé à réaliser que le CDOP permet un vrai retour à la vie pour certains des patients. Il nous a été difficile de reconnaître des personnes que nous connaissions très bien, tellement le fossé entre leur apparence physique actuelle et celle à leur arrivée était grand. Sûrement que cela n'a pas été le cas uniquement pour nous, et nous pensons que cela aide à réaliser que la toxicomanie est une autodestruction dont les dégâts sont massifs.

7.5.4 Horticulture

Le CDOP possède un petit jardin à l'arrière du *Bellevue Hospital*. Les patients ont dès lors la possibilité de participer à des après-midi de jardinage, pendant lesquelles ils en apprennent sur les techniques agricoles et s'appliquent à rendre leur petit coin de paradis agréable. Ils viennent d'ailleurs souvent s'y installer pour discuter ou pour boire un café. Aussi, cette activité en plein air est une source de dépense énergétique, nécessaire à leur bonne santé et à leur moral. Les habitués de ce groupe disent d'ailleurs souvent que cela "*leur aère l'esprit*".

Les samedis et les dimanches, la Dr. Miescher passe toujours sa journée dans le jardin et ceux qui désirent la rejoindre y sont les bienvenus. Ils sont nombreux chaque week-end, afin d'occuper sainement leur journée en patientant que la semaine recommence.

9. Les sorties avec les patients

Au cours de la semaine, différentes sorties peuvent être organisées par le personnel du CDOP. Le thérapeute qui propose la sortie doit prévoir un budget qui est alloué à sa branche pour permettre son organisation. Cependant les fonds disponibles à ce genre d'activités ne sont que trop faibles, ainsi ce sont les patients qui, le plus souvent, payent pour pouvoir y participer.

Bien évidemment ces sorties sont facultatives et n'importe quel patient est libre de se joindre à l'excursion en question.

Durant notre stage nous avons eu l'occasion de côtoyer les patients en dehors de la clinique, via ces sorties, ce qui nous a encore mieux appris à les connaître.

Parce qu'elles requièrent un financement, ces excursions sont relativement rares bien que nous ayons eu la chance de participer à plusieurs d'entre elles. Nous étions d'ailleurs enchantés de l'enthousiasme qu'ont eu les patients à notre égard et leur désir de nous faire découvrir quelque chose que nous ne connaissions pas. Comme une reconnaissance au fait que nous soyons venu de Suisse pour écouter leurs récits et essayer de les aider durant ce stage de six semaines.

8.1 Central Park

La première sortie à laquelle nous avons participé fut la plus chargée en émotion.

Nous avons appris une semaine auparavant qu'un patient était décédé en 2009. L'une de ces dernières volontés était de voir ses cendres relâchées dans Central Park.

Nous n'avons pas osé demander de participer à cet « enterrement » de part son côté très délicat. En effet, nous ne connaissions pas le défunt et commençons à peine à être à l'aise avec les patients.

Comme à leur habitude, ils se sont montrés très ouverts envers nous et ce sont les patients qui nous ont proposé de les accompagner. Ne sachant que répondre nous sommes allés demander l'avis de la Dresse Miescher. Elle, ne pouvant pas venir, nous a demandé de la représenter lors de cette petite cérémonie. Nous avons donc accepté, non pas sans une certaine gêne, d'accompagner les quelques patients présents et Lena, la thérapeute d'art, à Central Park.

C'était pour nous la première fois que nous étions en compagnie des patients en dehors de l'hôpital.

Ce fut une expérience relativement intense, d'une part la raison de la sortie rendit cette excursion pleine d'émotion mais d'autre part, nous nous sommes rendu compte pour la première fois à quel point les patients étaient soudés entre eux. Il était déjà étonnant de les voir si respectueux les uns envers

les autres dans la clinique mais ce fut encore plus en dehors alors qu'aucune obligation en relation avec une thérapie ne les liaient.



Lieu choisit par les patients pour la cérémonie

8.2 Le « Living Museum »

La seconde sortie que nous avons faite avec les patients fut celle au Living Museum dans le Queens.

Le Living Museum se situe à l'intérieur de l'ancien hôpital psychiatrique, le « Creedmoor Psychiatric Center ». Cet hôpital, ouvert au début du 20e siècle, a accueilli pendant plusieurs années jusqu'à 7000 patients pour des troubles psychiatriques.

C'est au début des années 70 que le Dr. Janos Marton, un psychiatre d'origine autrichienne, récupère l'ancien réfectoire et cuisine de l'hôpital afin d'y installer un musée dans lequel serait exposé l'Art Brut créé par les patients participant à son programme d'« Art Therapy ». Désirant en faire un refuge pour la créativité des patients et de l'effet bénéfique sur leurs afflictions, ce programme réunit en moyenne une centaine de patients.

C'est une fois encore accompagné de Lena, la thérapeute d'art, que nous avons eu la chance de découvrir cet endroit. Nous avons quitté le Bellevue en début d'après-midi avec quelques patient afin

de gagner la station de métro la plus proche pour nous rendre dans le Queens. Une heure et demie de métro plus tard nous arrivons enfin devant l'entrée principale du « Creedmoor Psychiatric Center ».

Dans le musée, nous rencontrons trois patients qui nous présentent, à nous comme aux patients du CDOP présents, leurs œuvres.

Il fut à la fois attendrissant et touchant de voir comment les patients du CDOP s'émerveillaient devant cet endroit. L'importance qui est donnée aux patients du Living Museum au travers de cet établissement les a beaucoup touchés. Ils nous ont dit être impressionnés que des gens partageant des problèmes souvent similaires aux leurs arrivent à se faire aussi bien accepter par la population environnante, et ce en partie grâce à l'art dont ils sont les concepteurs.



Ancienne cuisine, devenue le centre du musée

8.3 Coney Island

Se souvenant être allé à Coney Island l'année précédente avec le groupe d'étudiant 2009, les patients ne voulaient pas que l'on manque l'occasion de le faire avec eux.

Ils nous ont donc emmenés, la dernière semaine de notre stage, durant tout un après-midi sur cette péninsule se situant au Sud de Brooklyn. C'est ici que se trouvent les plages de sable les plus proches de Manhattan. Nous avons donc passé un après-midi de détente en leur compagnie à se balader entre les diverses et nombreuses attractions faisant la réputation de cette île. Une fois de plus cette sortie nous a fait ressentir toute la gentillesse et la bonne volonté de ces personnes. Toujours en train de nous prendre la main pour nous faire découvrir des choses qu'ils trouvent merveilleuses, nous nous sommes rendu compte que c'est au travers de ces petits plaisir que les patients reprennent peu à peu goût à un train de vie plus sain.



Photo de groupe prise à Coney Island

10. Les Alcooliques Anonymes

Les Alcooliques Anonymes, où AA, est un mouvement international permettant aux personnes ayant un problème lié à l'alcool de se réunir afin de discuter, de partager leurs expériences, et de se soutenir dans la recherche de leur sobriété.

Nombreux sont les patients du CDOP à faire partie de ces groupes. Ils sont comme un deuxième pilier ou soutien dans leur traitement. Durant la deuxième semaine de notre stage, nous rencontrons Freddy, un homme de 38 ans d'origine portoricaine qui nous propose de se joindre à lui pour aller dans un meeting d'AA. En effet, bien qu'étant souvent restreint aux personnes participant activement à ces meetings, il y a quelques groupes durant la semaine qui accueillent des amis ou des membres de la famille. Freddy est ce que le personnel du CDOP appelle un multirécidiviste. Ce qui veut dire que depuis qu'il fait partie du programme, il a de nombreuses fois rechuté dans l'alcool, jusqu'à en perdre sa maison, sa femme et ses enfants. Il s'impose donc un programme presque militaire afin d'éviter l'isolement et l'ennui. Il se lève chaque matin à 5h30 afin de suivre le AA meeting de 7h30 se trouvant dans l'« East Village », rejoint la clinique à 8h30, y passe la journée, et fini le soir avec une heure à l'église.

Freddy a peur de se retrouver seul car il sait que l'isolement et l'ennui sont très souvent des facteurs de rechute pour les alcooliques et les drogués. Si bien que de nombreux patients de CDOP passent leurs journées dans la clinique pour y trouver de la compagnie, d'où une fois de plus l'impression de seconde maison que donne ce service.

Le fait de ne plus toucher à leurs drogues crée un grand vide dans le quotidien des patients, un vide qu'ils essaient donc de combler avec diverses activités (comme celles de Freddy), et malheureusement souvent trop d'activité qui sont très stressantes pour eux. Ce stress amène une peur qui les pousse à reprendre de la drogue ou de l'alcool afin de ne plus le ressentir. L'autre problème est qu'une fois leur objectif accompli, ce vide revient de plus belle (comme le fait de ressentir la banalité des meetings). C'est pourquoi ils leur est souvent conseillé de faire les choses les unes après les autres. Ainsi le personnel du CDOP est généralement inquiet lorsque des patients comme Freddy s'imposent de trop nombreuses occupations. Hélas cette inquiétude s'est avérée être réelle pour le cas de Freddy. Après nous avoir donné rendez-vous à la clinique le lendemain, Freddy est rentré chez lui. C'est la dernière fois que nous l'avons vu. Nous avons appris plus tard qu'il avait bel et bien rechuté.

C'était pour nous la première fois que nous assistions à une rechute. Cela ne nous a pas déçu mais plutôt mit un coup au moral. Nous avons réalisé que malgré le travail que font les personnes participantes au CDOP, personnel et patient, le risque de rechute est présent. Même si ces patients semblent sereins en notre compagnie, nous avons compris que leur combat contre leur maladie est constant et requiert des efforts permanents.

Après trois semaines dans la clinique nous avons rencontré un nouveau patient dans le groupe d'« Art therapy », Ron.

Ce patient de 32 ans nous a confié être héroïnomane et cocaïnomane depuis plusieurs années. Après avoir perdu dans la drogue tout l'argent qu'il possédait et passé des semaines en tant que sans abris, il a décidé de trouver un endroit qui lui apporterait de l'aide. C'est ainsi qu'il a découvert le CDOP via un groupe d'Alcooliques Anonymes. Il nous a raconté ne pas avoir été seul dans sa lutte contre son addiction. En effet, il ne se trouve pas confronté au problème de la solitude car il est entouré d'amis qui, comme lui, essaient de sortir de l'héroïne. Nous lui avons demandé comment se faisaient aider ses amis. Ils nous ont alors parlé de divers programmes de soutien. Nous lui avons dit que nous n'avions malheureusement pas eu l'opportunité d'aller dans d'autre endroit que le CDOP. Il nous a proposé de l'accompagner dans l'un des plus grand, si ce n'est le plus grand, meeting d'Alcooliques Anonymes de Manhattan.

Nous nous sommes donc donné rendez-vous le soir même devant la « St Anthony's Church », une église au milieu du quartier de SoHo, un quartier artiste branché de Manhattan, construite en 1866 qui se targue d'être l'une des plus vieilles paroisses des États-Unis, dans laquelle se déroule ce meeting.

Ce meeting réunit environ 150 personnes, ce qui est inhabituel pour ce genre de réunion qui ne regroupe normalement qu'une trentaine de participants. Il y a deux raisons à cela. La première est simplement le fait que la salle est suffisamment grande. La deuxième est que ce meeting est célèbre car il réunit non pas des personnes plus ou moins âgées, mais de jeunes alcooliques appartenant souvent à une jeunesse dorée. Il n'est en effet pas rare de croiser certaines célébrités durant ces réunions. Ceci étant, le décor auquel nous avons été habitués durant notre stage change du tout au tout. Ce n'est plus des personnes dont la moyenne d'âge est la cinquantaine que nous voyons arriver, mais de jeunes adultes de notre âge. Ce ne sont pas non plus des sans abris, vêtus de vieux haillons qui s'assoient à côté de nous, mais des personnes venant de milieux très aisés. Un sentiment alors tout à fait inhabituel nous envahit, nous avons l'impression de ne pas être assez bien habillé pour participer à cette séance...

Une anecdote d'ailleurs relativement amusante quant à ce meeting : Tous les ans le « Time Magazine » désigne les meilleurs endroits pour passer la soirée du nouvel an. Ron nous apprend que la soirée organisée par les responsables de ce meeting fait partie, depuis quelques années, du top 10 des lieux de Manhattan pour célébrer la nouvelle année.

Nous assistons donc, pendant une heure et demie, à cette réunion atypique. Durant environ une heure, c'est un ancien alcoolique ayant 22 ans de sobriété qui parle avec humour de son expérience et de la façon de s'en sortir devant les 150 personnes présentes. Suite à cela, les personnes présentes sont encouragées à se présenter et à donner leur temps de sobriété. C'est sous les acclamations que la prochaine demi-heure s'écoule. Chaque fois qu'une personne se présente, les autres l'acclament afin de l'encourager et c'est dans un tonnerre d'applaudissements que se termine ce meeting. L'impression que nous avons en sortant est très curieuse. Nous nous rendons compte que la barrière entre une personne « addict » et nous-même n'est pas aussi grande que nous l'imaginions.

11. Conclusion

Durant nos six semaines de stage nous n'avons cessé d'apprendre de nouvelles choses.

Nous avons compris à quel point il est important de prendre au sérieux l'addiction. Nous étions loin d'imaginer l'impact que peut avoir cette maladie sur le quotidien. D'ailleurs, nous avons de la peine, au début de notre stage, à considérer l'addiction ou la toxicomanie en général comme une réelle maladie. Si bien qu'il n'était pas naturel d'utiliser ce mot pour la décrire. Mais c'est au cours des semaines passées aux côtés de toutes ces personnes tellement affectées par leur addiction que nous avons réalisé le caractère essentiel du terme « maladie » dans le traitement des patients. Ces personnes ayant souvent une grande difficulté à accepter leur maladie, il est indispensable de la part du personnel soignant de faire le premier pas.

Nous avons découvert une autre partie de la médecine qu'est la psychiatrie et plus spécifiquement celle pratiquée dans le service de la Dresse Miescher. Nous avons l'habitude d'observer et d'apprendre certaines formes qu'a la médecine. Certains comportements entre le médecin et le patient qui sont définis et ne peuvent être transgressés. Nous avons compris que dans ce service, il y a peu de limites dans la forme que peut prendre le traitement. Peu importe la tournure que prend ce dernier, que ce soit de la discussion, de l'écoute, du dessin ou du jardinage, ce sont les raisons qui motivent un tel traitement qui vont faire de cette thérapie un succès.

Nous avons pu également nous rendre compte des disparités présentes entre les différentes communautés évoluant dans de grandes métropoles, mais surtout de l'effet qu'on voit ces disparités sur des problèmes d'addiction. Les patients les plus démunis tombent dans la drogue le plus souvent comme dernier recours face à l'exclusion dont ils sont victimes. Il serait évidemment naïf de penser que seules ces disparités sont responsables de leur maladie, mais elles sont souvent un déclencheur, comme ce fut le cas pour beaucoup de patients du CDOP.

Il y a tout de même un point que nous regrettons de ne pas avoir abouti. Nous nous étions fixés comme objectif de réaliser une série de portraits photo des patients ainsi que de pénétrer plus profondément dans leur univers grâce à ces photos et à des contacts plus individuels. Malheureusement cela n'a pas été possible. En effet, les patients désiraient tellement montrer ce qu'ils avaient de meilleur en eux qu'il fut difficile pour eux de nous laisser entrer dans le côté plus sombre de leur vie. C'est pourquoi, sentant cette gêne, nous n'avons pas voulu donner suite à ce projet qui pourtant nous tenait à cœur.

12. Remerciements

Nous tenons à remercier l'association Argos qui a soutenu ce stage et a fait confiance aux étudiants de médecine une année de plus

Nous voulons remercier également tout le personnel du CDOP, Lena, Ed, Karen, Elana, Andy, Vanessa, Stéphanie pour leur accueil, leur générosité et la gentillesse avec laquelle ils nous ont acceptés.

Nous remercions la Dresse Annatina Miescher, sans qui ce stage n'aurait pas pu être réalisé, pour sa disponibilité, sa bienveillance et sa sympathie durant ces six semaines de stage ainsi la simplicité avec laquelle elle nous a accepté.

Et bien entendu nous remercions les patients du CDOP pour leur générosité et enthousiasme ainsi que leur confiance dans toutes les discussions que nous avons eu la chance de partager.

13. Bibliographie :

- http://en.wikipedia.org/wiki/Preferred_provider_organization
- http://en.wikipedia.org/wiki/Managed_care
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Protection_sociale_aux_États-Unis_d%27Amérique
- <http://www.who.int/countries/usa/fr/>
- <http://www.cms.gov>
- http://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_in_the_United_States
- http://fr.wikipedia.org/wiki/New_york
- U.S. census bureau, <http://www.census.gov>
- Guide du routard, édition 2009, Hachette
- « Le système de santé américain », Sandrine Chambaretaud et Diane Lequet-Slama, Rubriques internationales, septembre 2001
- <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-36/ad361417.pdf>
- http://www.lexpansion.com/economie/actualite-economique/ce-que-la-reforme-de-la-sante-va-changer-pour-les-americains_228955.html#xtor=AL-189
- La crise chronique du système de santé américain, Catherine SAUVIAT, [http://www.ires-fr.org/IMG/File/R461\(1\).pdf](http://www.ires-fr.org/IMG/File/R461(1).pdf)
- « Vices et vertus du système de santé américain », Victor G. Rodwin, LE MONDE, 19.05.07
- Cours « économie et système de santé », Université de Genève 2009-2010, Faculté de médecine.
- « M. Obama emporte à l'arraché la réforme de la santé », Sylvain Cypel, LE MONDE, 23.03.10
- « Assurance-santé : la ténacité de BarackObama », Corine Lesnes, LE MONDE, 21.03.10