

DROP-IN
Centre d'Information de Prévention
et de Traitement des addictions
2000 Neuchâtel

ADDICTIONS :
ANALYSE ET PERSPECTIVES ...

LE
RAPPORT D'ACTIVITE

2000

<http://www.drop-in.ch>

TABLE DES MATIERES

L'EQUIPE

Page 5

PREAMBULE

Page 7

Dépénalisation, décriminalisation, légalisation, libéralisation : tentative de "désenchevêtrement sémantique".

M. Claude Nicati, ex-Juge d'instruction à Neuchâtel, Substitut du Procureur général de la Confédération.

M. Julien Knöpfler, Avocat consultant à la Faculté de Droit de l'Université de Neuchâtel.

M. Pierre Aubert, Président du Tribunal de District de Neuchâtel.

M. Mark Hunyadi, Maître d'enseignement et de Recherches à l'Université de Genève, Dr en Philosophie et Chercheur associé en CNRS.

INTRODUCTION

Page 13

Que devrions-nous enfin, une fois pour toute, comprendre

LA SCENE

Page 17

Les amphétamines thaïes.

Cannabis : quelques implications psychosociales

PREVENTION PRIMAIRE

Page 19

Informations aux élèves.

Collaboration avec des institutions spécialisées pour adolescents.

Prévention primaire, pour qui ?

SNIIPS

Fil Rouge

Journées Santé

Groupe de Prévention du GREAT (GPG)

Enquête sur la dépénalisation du cannabis

PREVENTION SECONDAIRE

Page 24

Le Râteau-Ivre

Aide aux parents

PREVENTION TERTIAIRE **Page 31**

Connaissances actuelles : les bases du traitement

PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES ET SOINS **Page 42**

Médication et collaboration
Psychothérapies déléguées
Approche systémique et familiale
Création d'un groupe d'entraide

PATHOLOGIES SOMATIQUES ET SOINS **Page 46**

Dépistage des hépatites et du HIV
Vaccination hépatites A et B
Soins et conseils pour les abcès et phlébites
Injection de neuroleptique dépôt
Tests de grossesse et contraception
Echange de seringues

PATHOLOGIES SOCIALES ET SOINS **Page 49**

Précarité de l'emploi
La solitude
Les procédures judiciaires

ANIMATION **Page 51**

Les accompagnements
Activités proposées
Aide individuelle et ponctuelle
Animation et insertion

DISTRIBUTION ET SALLE D'ACCUEIL **Page 54**

SECRETARIAT **Page 55**

AIDE A LA SURVIE **Page 56**

Introduction.

Histoire et définitions :
Le travail de proximité
Le concept de "bas seuil"
La réduction des risques
L'aide à la survie et la reconnaissance politique

Le "13 Ouvert"

Encore un peu d'histoire
Une approche spécifique
L'accueil

La réduction des risques

L'occupationnel au "13 Ouvert"

Projets 2001

Le "13 Ouvert" en chiffres

AIDE AUX PATIENTS CHRONIQUES ET AUX INVALIDES Page 74

UN LIEU DE FORMATION Page 75

Formation destinée aux Institutions, professionnels ou autres
Formation - Echanges
Formation destinée aux professionnels du Drop-In
Groupes de travail
Participation à des commissions d'experts

ACTIVITES ET RELATIONS EXTERIEURES Page 82

EN GUISE DE CONCLUSION Page 84

DONATEURS ET REMERCIEMENTS Page 86

STATISTIQUES ET COMMENTAIRES Page 88

ANNEXES Page 98

Les "Infozones"

L'EQUIPE

Pierre-Alain PORCHET	médecin directeur	60%
Irène PORCHET-MARGUERAT	psychologue FSP-psychothérapeute	25%
Gilbert FORNEROD	assistant social responsable du secteur thérapeutique	100%
Astrid REICHENBACH	psychologue FSP-psychothérapeute	50%
Daniel BUGNON	éducateur spécialisé responsable du secteur administratif	100%
Valérie WENGER PHEULPIN	éducatrice spécialisée responsable du secteur de la Prévention primaire et secondaire	50%
Michel CATTIN	travailleur social	100%
Clément DESCOEUDRES	assistant social licencié en sciences sociales	100%
Jean-Marie COSTE	infirmier en psychiatrie responsable des soins infirmiers	100%
Philippe BERSET	psychologue et infirmier en psychiatrie responsable du secteur aide à la survie	100%
Laure OLIVERI	psychologue	80%
Véronique EVARD	infirmière assistante	75%
Magali STEINEMANN	assistante en pharmacie	65%
Christophe JAGGI	collaborateur social	100%
Nicoletta ERARD	secrétaire	100%

Claude-Alain CORNUZ	assistant social	100%
Barbara KISS MEYER	psychologue	75%
Jacques-André KUMMER	psychologue	80%
Sylvie KURZ	secrétaire	50%

donc : 19 personnes pour 15,1 postes

PREAMBULE

Chose promise, chose due !

Dépénalisation, décriminalisation, légalisation, libéralisation, ces termes sont à la mode, ils sont largement utilisés dans le cadre des interprétations des propositions de la Confédération en matière de dérivés du cannabis.

Nous constatons dans nos conclusions du rapport 1999 que les dérivés du cannabis n'étaient ni dépénalisés ni décriminalisés ni légalisés ni libéralisés alors que l'utilisation de l'héroïne a été légalisée par des arrêtés fédéraux urgents dans le cadre de la prescription médicalement contrôlée où elle est également dépénalisée et décriminalisée dans ce cas-là !

Nous promettons que nous allons consulter quelques spécialistes pour aider à une meilleure compréhension de ces termes et de leur application.

Nous espérons ainsi contribuer à "**un désenchevêtrement sémantique**" qui permettrait au public de mieux comprendre les enjeux et la manière dont ils se décrivent.

Nous les prions de recevoir ici nos très sincères remerciements pour leur participation à éclaircir le débat.

Pour notre part nous exprimons dans notre introduction l'état de notre réflexion en la matière.

**Monsieur Claude Nicati,
à l'époque Juge d'instruction de Neuchâtel, actuellement
Substitut du Procureur général de la Confédération.**

...

Je vous propose les définitions suivantes, étant précisé que la solution à vos interrogations n'a pas été trouvée dans un quelconque dictionnaire juridique digne de foi, mais qu'elle est davantage le fruit de la réflexion et de quelques recherches.

Dépénalisation

Démarche consistant à ne plus sanctionner un acte déterminé. L'acte en question reste inscrit dans le catalogue des infractions, mais il n'est plus puni donc n'est plus passible d'une peine, éventuellement à certaines conditions.

Une autre définition est que le processus ne relève plus du droit pénal, c'est-à-dire qu'aucune norme de droit pénal ne régit plus cette action. Cette notion est proche de la décriminalisation.

Ces deux définitions ne sont pas forcément antinomiques.

Décriminalisation

Le processus ne relève plus du droit criminel, il ne figure plus dans une loi pénale. Il n'est donc plus ni un crime, ni un délit, ni même une contravention.

En d'autres termes, le comportement objet de la discussion ne réalise plus aucune infraction pénale mais l'Etat peut cependant intervenir (par exemple via des normes administratives ou de droit civil).

Une autre définition empruntée au Larousse est le fait de soustraire une action ou un comportement, actif ou passif, à la juridiction criminelle.

Légalisation

Processus consistant à rendre légal, donc autorisé ou obligatoire, une chose qui ne l'était pas jusqu'à ce moment-là. Le concubinage était interdit par certains codes pénaux cantonaux jusque dans les années 1970. Par le fait de disparaître desdits codes, il a été légalisé.

Libéralisation

Démarche procédant de l'appréciation politique, dans le sens d'une ouverture ou d'une souplesse, mais qui n'est pas du domaine du juge ou de la loi.

Dans ce cadre, l'Etat n'intervient absolument plus dans un processus (ni en soutenant le processus par des mesures de subventions par exemple, ni par des interdictions ou des freins - taxe à l'importation par exemple - de quelque nature que ce soit).

J'espère avoir répondu à vos attentes...

Monsieur Julien Knöpfler,

Avocat consultant à la Faculté de Droit de l'Université de Neuchâtel.

...

Je me réfère à votre - légitime ! - demande (aiguillée vers moi par mon doyen M. Pierre Wessner) d'y voir un peu plus clair entre les notions de *dépénalisation* et de *décriminalisation*, en prévision de la rédaction par le *Drop-in* d'une brochure traitant de ces sujets en regard de la politique suisse en matière de stupéfiants.

Me tenant à mon engagement de vous écrire cette semaine encore, je vous remets en annexe quelques textes consacrés à la distinction susmentionnée. Comme je vous l'avais annoncé par téléphone, les quelques prises de position que j'ai pu collationner durant le bref temps dont je disposais sont fort diverses. Il me paraît cependant que l'on peut dégager trois conceptions :

1. La première est celle d'ANCEL, à laquelle se rallie BOLLE : elle résulte du Colloque de Bellagio (1973), auquel se réfèrent certains des textes joints. Cette conception fait de la **décriminalisation** un processus qui "tend à exclure du catalogue des infractions légales certains faits pour lesquels la conscience générale ne réclame plus un châtement". Pour ces auteurs, cette décriminalisation de jure peut être précédée par une décriminalisation de facto, lorsque les juges, la police ou même la population agissent comme si le comportement en cause n'était pas puni. A l'inverse la **dépénalisation** est considérée dans ce système comme une technique qui, "conservant à certains comportements leur caractère de déviance condamnée, cherche, soit à modérer la sanction ancienne, soit à organiser la réaction sociale en dehors du recours habituel à une peine classique". Il y a donc ici une **différence de degré**: décriminalisation lorsque l'infraction n'est plus punie (en fait ou en droit), dépénalisation lorsqu'elle est moins punie (en fait ou en droit).
2. La deuxième est celle de LEVASSEUR, citant RUIZ VADILLO. A ses yeux , la **décriminalisation** comporte trois variétés, toutes dépendantes du législateur : (1) l'abrogation totale de l'incrimination; (2) la simple disqualification; (3) le maintien de la qualification avec peines sensiblement différentes dans le sens d'une moindre rigueur (ex : substituts). De son côté, la **dépénalisation** est comprise par cet auteur comme consistant à "maintenir l'incrimination, mais à atténuer plus ou moins la répression, la rendant en fait exceptionnelle et plus douce" via la police, le parquet, les juges ou encore les autorités d'exécution). Dans ce cas, la décriminalisation intervient donc forcément de jure, tandis que la dépénalisation s'opère de facto : c'est donc la **place de la loi** qui est ici décisive.
3. Enfin, un troisième discours se présente comme l'inverse du premier. S'y rallie notamment un auteur comme PRADEL. Pour lui, la **dépénalisation** "tend à exclure du catalogue des incriminations légales certains faits pour lesquels la conscience publique générale ne réclame plus de châtement". Au contraire, la **décriminalisation** "conservant à certains faits leur caractère de déviance condamnée, cherche soit à modérer la sanction ancienne (p.ex. correctionnalisation), soit à organiser la réaction sociale en dehors du recours habituel à la peine classique". C'est donc à nouveau une **question de degré** qui se pose ici, à cela près que cette fois, c'est la dépénalisation qui est évoquée lorsque l'incrimination est purement et simplement abandonnée.

Personnellement, je dois bien avouer que la première de ces trois prises de positions terminologiques est celle qui me séduit le plus.

Pour être complet (et, éventuellement, dans la perspective de votre papier), je dois ajouter un troisième concept, qui est celui de la **déjudiciarisation**. Cette notion m'interpelle tout particulièrement puisqu'elle désigne les initiatives tendant à régler les infractions en évitant autant que possible le passage devant les tribunaux. On aura compris que la médiation (pénale, en particulier, dans le contexte qui nous occupe) figure en bonne place au nombre de ces initiatives !

En espérant vous avoir été d'une quelconque utilité, ...

Monsieur Pierre Aubert,
Président du Tribunal du District de Neuchâtel.

...

Des quatre mots que vous me soumettez, deux ne sont pas attestés en français (dépénalisation et décriminalisation), l'un l'est mais dans un sens tout à fait différent (légalisation) et seul libéralisation peut se vanter de ne pas trop heurter l'Académie française.

Cela étant, on doit considérer que les concepts de dépénalisation et de décriminalisation sont identiques et définissent la décision de sortir une activité du cadre pénal en cessant de menacer d'une peine ceux qui s'y livrent.

Le concept de libéralisation est plus flou en ce sens qu'il définit le fait de déréglementer une activité, en quelque sens que ce soit.

Quant aux termes de légalisation, il est impropre puisqu'il vise, normalement, le fait d'attester de l'authenticité d'une signature apposée sur un acte.. Dans le sens commun, il signifie "rendre légal" ce qui reste assez flou aussi et pourrait être, dans le cadre qui nous occupe de la consommation de haschisch, assez proche de dépénaliser.

Pour reprendre les choses sous un autre angle, le projet du conseil fédéral a pour but de cesser de punir les consommateurs de haschisch mais en tout cas pas de libéraliser la circulation du produit (ce qui peut paraître un peu hypocrite : ou bien le produit est dangereux et on l'interdit, ou bien il ne l'est pas, ou pas suffisamment, et on l'autorise sous réserve d'une réglementation du type de celle que l'on connaît pour la plupart des denrées alimentaires).

Pour ma part, en tant que juge, je n'ai pas d'opinion à avoir sur la qualité de la loi, sous réserve du droit que j'ai de changer de profession si je la trouvais trop inique pour pouvoir m'associer à sa mise en œuvre. Je peux tout de même regretter les remarquables disparités entre cantons qui ont pour effet que l'on est puni à Neuchâtel pour avoir acheté un produit vendu dans une boutique qui n'a rien de clandestine à Bienne ou presque n'importe où ailleurs, de même que la relative ambiguïté du texte qui laisse penser à certains qu'ils passeront entre les gouttes en faisant croire qu'ils consomment leur herbe en infusion. Tout ce petit jeu finit par devenir un peu ridicule...

Cela étant, le principe de la séparation des pouvoirs fait qu'il appartient au parlement de modifier la loi et non aux juges de la vider de sa substance en ne l'appliquant plus.

Espérant avoir ainsi répondu à vos questions, ...

Monsieur Mark Hunyadi,
Maître d'Enseignement et de Recherches à l'Université de Genève, Dr en Philosophie et chercheur associé au CNRS.

...

En ce qui concerne votre demande de clarification sémantique, voici en première approche ce que je puis dire :

Plutôt que de chercher à définir ces concepts terme à terme, à la manière du dictionnaire, il me semble en l'occurrence judicieux de les mettre en réseau, pour que de leurs relations naissent les différences de sens pertinentes. Ainsi, si "dépénalisation" et "décriminalisation" me semblent largement synonymes (pour d'éventuels subtils distinguos, il faut s'adresser au juriste), et renvoient au fait qu'une faute juridique n'est plus imputable à quelqu'un du *simple fait* qu'il est en relation avec le produit en question, la *légalisation*, elle, tout en présupposant une dépénalisation préalable, signifie qu'un *cadre légal* est imposé à l'usage d'un produit.

Quand bien même ce cadre serait fort strict et contraignant, ce serait tout de même, pour peu que ce cadre soit défini, une légalisation. Il y a donc des légalisations fort peu libérales, au sens où elles laissent peu de liberté d'action. En dehors de ce cadre, il y a bien pénalisation, c'est-à-dire imputation d'une faute pour usage en dehors du cadre tel qu'il a été légalement défini. En toute rigueur, il faut donc dire que ce n'est pas un *produit* que l'on dépénalise, mais un *certain usage* (production, vente, consommation) de ce produit, usage qui doit être circonscrit par le cadre légal. En dehors de cet usage juridiquement réglé (ce qui est, précisément, la légalisation), il y a bel et bien peine pour usage illégal de

ce produit. La dépénalisation est évidemment la condition préalable à toute légalisation, dans la mesure où on ne peut pas légaliser à propos de quelque chose dont l'usage serait de toute façon criminel : ce serait une contradiction dans les termes. Quant au terme de "libéralisation", c'est me semble-t-il le plus indéterminé de la liste, et fait justement référence aux différents types de légalisation que l'on peut entreprendre, c'est-à-dire de degré de liberté d'action que l'on peut accorder : une libéralisation peut être faible ou importante, selon la latitude que l'on est prêt à accorder dans l'usage (encore une fois : production, vente, consommation) du produit.

Pour résumer en une formule : une libéralisation peut être minime ou importante, elle se traduit en tous les cas par une légalisation qui elle-même présuppose une dépénalisation de certains usages (à définir dans le cadre de la légalisation) du produit concerné.

Mais dans ce réseau de concepts, je n'aimerais que l'on oublie ce qui pour moi est le corollaire indispensable de tout processus, fort ou faible, de libéralisation, à savoir *l'éducation*. Ce concept, il n'est pas besoin de le définir, l'essentiel est de le mettre en œuvre.

Voilà, j'espère que ces quelques réflexions vous seront utiles
...

INTRODUCTION

Voilà bientôt trente ans de "guerre à la drogue" intensive où l'arsenal pénal n'a pas pu enrayer "le fléau"!

Bientôt trente ans que les personnes souffrant de conduite addictive à des produits psychotropes illégaux sont marginalisées, incomprises, renvoyées à leur mal-vivre et à la pathologie sous-jacente qu'elles essayaient désespérément de soulager par l'usage abusif de ces produits qui, après un moment de plaisir, ne leur offre plus que celui du soulagement d'une souffrance.

Que devrions-nous enfin, une fois pour toute, comprendre ?

Il y a des produits psychotropes, c'est-à-dire qui modifient l'état de conscience : ils sont légaux comme l'alcool, les médicaments ou illégaux comme ceux que l'on a appelés les drogues : héroïne, cocaïne, dérivés du cannabis, ecstasy, amphétamines thaïes.

Pour tous ces produits, il existe **des usagers récréatifs** qui les utilisent épisodiquement, pour le "fun", sans que cela ne leur pose jamais de problèmes.

Il y a des **usages problématiques** où l'utilisation de ces produits a créé des dommages, par exemple : accident de la circulation sous ivresse alcoolique, cannabique, héroïnomaniaque, sous l'emprise de cocaïne ou de dérivés amphétaminiques.

Et il y a l'**usage abusif** générant la dépendance, l'addiction.

La grande erreur a longtemps été de définir la problématique par la nature des produits utilisés en évaluant leur "dangerosité intrinsèque".

Une analyse plus objective nous démontre que :

- ◆ **L'héroïne** et les opiacés ne présentent aucun problème lorsqu'ils sont utilisés avec rigueur et avec des indications médicales précises. **L'abus** par contre **est dangereux**, surtout dans les conditions illégales avec des produits douteux et par injection.
- ◆ **L'alcool** est pharmacologiquement plus toxique que l'héroïne, ce qui n'empêche pas des centaines de milliers d'usagers récréatifs d'en user à titre convivial sans que cela ne présente le moindre inconvénient. **L'abus est dangereux** et débouche à moyen et long terme sur des pathologies potentiellement plus graves que l'usage d'héroïne, la dangerosité de cette dernière étant particulièrement liée à son impureté due au trafic et aux modalités d'injection.
- ◆ **La cocaïne**, décrite longtemps comme la drogue des "golden boys", **les ecstasy** et les amphétamines tristement célèbres actuellement sous l'appellation "**d'amphétamines thaïes**" sont pharmacologiquement beaucoup plus dangereuses, ce qui n'empêche pas leur usage massif et banalisé, quasiment décrit comme normal dans le cadre des discos et des "rave party" et "afters". **L'abus est dangereux** ... et dans ce cas la notion d'abus peut

survenir plus tôt et il peut être encore plus dangereux que pour beaucoup d'autres produits psychotropes.

- ◆ **Le cannabis** est un produit psychotrope puissant à haute dose, il est utilisé récréativement par des centaines de milliers de personnes en Suisse sans que ces dernières n'en présentent le moindre inconvénient. **L'abus**, comme pour les autres produits, **est dangereux** et les plus fragiles peuvent tendre à avoir recours à une "auto-médication" avec des produits "plus puissants".

L'usage récréatif, irrégulier, d'un produit psychotrope, même puissant, peut être inoffensif s'il est consommé à titre ludique et avec prudence par une personnalité bien structurée et équilibrée.

Les produits illégaux ont certes une dangerosité particulière qui ne tient pas tant à leur pharmacologie qu'au fait que le marché illégal génère des mélanges, des coupages, des degrés de pureté différents. Imaginez des médicaments déclarés illégaux : que de catastrophes n'entraînerait pas la mise en circulation de produits impurs, mal dosés, coupés avec des excipients d'origine douteuse !

Que le produit soit légal ou illégal, la possibilité de modifier de façon importante l'état de conscience contient en tant que tel de sérieux dangers en fonction des caractéristiques du consommateur, de sa santé psychique et de sa fragilité.

Il s'agit bien là de la clef de la compréhension du problème : **la dangerosité d'un produit psychotrope est fonction des caractéristiques de la personne qui le consomme.**

Ceci nous explique bien la possibilité de vivre avec l'alcool, avec le cannabis, avec les opiacés (cf. l'utilisation récréative de l'opium en Orient), voire même à un degré moindre de la cocaïne et des amphétamines sans que cela pose le moindre problème à une personnalité pour laquelle cet usage est ludique, récréatif, donc souvent irrégulier.

Il en va tout autrement lorsqu'un produit psychotrope, quel qu'il soit, est consommé par une personnalité fragile, le découvrant souvent à l'adolescence ou à peine plus tard : le plaisir qu'il génère dans un premier temps devient ensuite celui du soulagement d'une souffrance, d'une pathologie sous-jacente qu'on ne perçoit pas encore clairement, avec l'illusion de maîtriser le produit et d'avoir ainsi trouvé une solution pour mieux vivre.

Nous le savons maintenant, la toxicomanie, les conduites addictives sont un symptôme de mal-être et d'un mal-vivre avec le plus souvent une pathologie psychiatrique sous-jacente où l'utilisation du produit psychotrope prend valeur "d'auto-médication".

Que vient faire le pénal là-dedans ?

En 1989 déjà, dans un de nos rapports d'activité, nous demandions la dépénalisation de la consommation mais le maintien de l'interdiction pour les jeunes.

Dans ce contexte, la dépénalisation en cours des produits dérivés du cannabis devrait nous faire plaisir !

Ce n'est hélas pas si simple.

La manière dont les choses se passent et se raisonnent laisse croire au public que le cannabis est dépénalisé parce qu'il est beaucoup moins dangereux que les autres produits psychotropes.

Ce n'est pas vrai !

Comme celle de l'alcool, la consommation de cannabis est massive en Suisse. Comme ceux de l'alcool et d'autres produits psychotropes l'usage problématique et l'usage abusif sont relativement rares.

Il n'empêche que la rencontre d'un produit psychotrope aussi puissant que les dérivés du cannabis avec un jeune présentant les caractéristiques de fragilité décrites plus haut est éminemment dangereuse et peut générer une trajectoire vers l'addiction.

C'est pourquoi nous regrettons infiniment que le politique n'ait pas eu le courage d'aller jusqu'au bout du raisonnement et de **dépénaliser la consommation de tous les produits psychotropes** : cela aurait au moins eu le bénéfice de faire comprendre que la pénalisation d'une "auto-médication" n'a pas de sens et aurait évité de faire croire que les dérivés du cannabis sont beaucoup moins dangereux que tous les autres produits psychotropes.

C'est certainement une bonne chose de cesser de pénaliser tous les usagers de cannabis en Suisse, parce que cela n'a pas de sens, comme n'a pas de sens la pénalisation de "l'auto-médication" que sont les autres substances psychotropes.

Cependant **cette distinction particulière faite sur le cannabis tend à faire croire que ce produit n'est pas dangereux, ce qui pourrait générer une "acceptation sociale" qui multiplierait les consommateurs parmi les jeunes et augmenterait ainsi considérablement la rencontre entre le produit et les plus fragiles d'entre eux.**

Cette remarque ne signifie pas qu'il faut maintenir une pénalisation qui a largement fait la preuve de son inadéquation mais que **toute mesure de dépénalisation doit être accompagnée de toutes les explications et de toute la prévention nécessaires pour permettre, en particulier pour les jeunes, de passer de "l'interdit pénal" à un "interdit social"** (cf. *texte de M. Hunyadi dans notre rapport 1999 ou sur <http://www.drop-in.ch>*).

Il faut pour cela d'autres explications qu'une dépénalisation des produits dérivés du cannabis "parce qu'ils sont moins dangereux que les autres".

D'autant plus que cela peut générer des effets pervers auprès des parents et des éducateurs : s'ils sont insuffisamment renseignés, ils ne verront aucune raison, devant ce qui paraîtrait alors être une "caution légale", de promouvoir l'interdit auprès des jeunes, non pas parce que la consommation est pénalement réprouvée mais parce qu'elle est potentiellement dangereuse (cf pages 32 et ss).

En résumé, aussi choquant que cela puisse paraître aux yeux de certains, plus de 25 ans d'expérience, les nouvelles connaissances en matière d'addiction et le bond en avant des neurosciences nous font penser qu'une dépénalisation de la consommation de tous les

produits psychotropes aurait été nettement plus adéquate que celle exclusivement du cannabis.

Cette dangerosité peut cependant être fortement atténuée par l'information et par la prévention, mais il faut alors qu'il ne s'agisse pas là que de vœux pieux, mais qu'on se donne les moyens de le faire massivement.

LA SCENE

Les amphétamines thaïes

Ces dernières années, le marché des produits a été marqué par **l'explosion de l'offre et de la consommation de substances stimulantes et euphorisantes**. Nos précédents rapports ont notamment insisté sur la prolifération de la cocaïne et des dangers que sa consommation induit. Aujourd'hui, force nous est de constater que la cocaïne ne détient plus le monopole des produits euphorisants, dangereux et prisés par bon nombre de personnes toxicomanes. Ces deux dernières années, en effet, **l'amphétamine dite "thaïe"** a opéré une percée inquiétante sur le marché de la drogue. Et contrairement à ce que l'on pourrait penser, la consommation d'amphétamine thaïe n'est pas uniquement l'apanage des noctambules fréquentant les soirées "raves". Cet excitant s'est également propagé dans la rue et semble séduire une population parfois très jeune et naïve quant à la dangerosité du produit.

Apparemment inoffensives, ces pilules plus petites et moins coûteuses que l'ecstasy (MDMA) avec lequel elles ont d'abord été comparées, sont en fait beaucoup plus dangereuses et provoquent **une accoutumance** très importante. Certains spécialistes - dont les chercheurs de l'Office fédéral de la police - pensent même que sa nocivité rejoint celle du crack (cristaux de cocaïne).

Les "thaïes" contiennent de **la métamphétamine** qui est une substance dont la propriété à court terme est de conférer au consommateur **un sentiment d'euphorie** pendant plusieurs heures. Cette sensation est accompagnée d'une inflation démesurée de **la confiance en soi** et éventuellement **d'hallucinations**. A court terme toujours, le revers de la médaille est que ce psychotrope puissant favorise **des accès de violence** aussi subits qu'imprévisibles. Selon l'expression consacrée dans la zone, ce produit peut littéralement faire "péter les plombs". A long terme, les effets des "thaïes" sont également préoccupants : dégâts pulmonaires et rénaux, appétit coupé, troubles du sommeil, troubles de la mémoire, **troubles psychiques graves et dépressions, voire de réelles lésions cérébrales après des consommations massives et prolongées**.

Parmi nos patients, plusieurs sont ceux dont une consommation importante de métamphétamines a déstabilisé un équilibre déjà précaire. Cette situation n'est pas sans rappeler nos observations des années précédentes concernant la cocaïne.

Fait nouveau, quelques personnes dont **la problématique addictive concerne presque exclusivement une forte dépendance aux amphétamines thaïes** sont entrées en traitement dans notre institution dans le courant de l'année 2000. D'une manière générale, ces personnes semblent mieux insérées socialement - par rapport aux héroïnomanes par exemple - et conservent une certaine lucidité par rapport aux conséquences de l'utilisation de tels produits. Nous observons que dans la plupart des cas, **nous sommes amenés à traiter des troubles dépressifs préexistants mais notablement aggravés** par une consommation massive d'amphétamines thaïes. Notre postulat selon lequel toute addiction est en fait une "auto-médication" de troubles sous-jacents se vérifie également auprès des consommateurs de métamphétamines.

Cannabis : quelques implications psychosociales

Un autre phénomène relatif aux produits tend à retenir notre attention : **l'usage extrêmement massif et compulsif de cannabis**. Certes, il ne s'agit pas là d'un scoop. Toutefois, il est notable de remarquer que la consommation de ce produit de plus en plus banalisé concerne la quasi intégralité des patients suivis dans notre institution. Certains d'entre eux parviennent à gérer leur consommation et peuvent être considérés comme des fumeurs "récréatifs" (à l'instar d'une frange de plus en plus importante de la population de notre pays). Pour d'autres, par contre, le cannabis pose bon nombre de problèmes qu'il serait inadéquat de ne pas relever.

Car **la dépendance** au cannabis n'a rien d'un mythe inventé par les tenants d'une morale conservatrice. Nous l'avons déjà mentionné ces dernières années, il existe de sévères toxicomanies au haschich. Souvent la motivation de diminuer cette consommation est moindre, tant la personne en traitement est centrée sur une volonté d'abstinence de produits comme l'héroïne ou la cocaïne. De plus l'idée d'abandonner certaines vertus du cannabis est pour beaucoup non envisageable - notamment le fait que chez certains consommateurs, il calme rapidement l'angoisse ou le stress et qu'il favorise les échanges sociaux et les contacts.

Pourtant, si l'on ne meurt pas du cannabis, on sait que celui-ci, à hautes doses, peut avoir un effet néfaste sur l'attention, la concentration, ou encore la capacité de mémoriser. La "**bonne qualité**" (forte teneur en THC) du cannabis actuellement sur le marché favorise l'établissement d'une dépendance importante et d'une consommation qui peut devenir compulsive. Souvent, force nous est de constater qu'il n'existe que peu de leviers thérapeutiques pour aborder cette problématique tant la consommation est banalisée.

Pour certains patients (ou certaines personnes rencontrées dans le cadre de l'antenne de proximité) présentant également des **troubles relevant de la psychiatrie**, le cannabis est fréquemment utilisé comme "anxiolytique". On s'en doute, cette "auto-médication", même si elle "fonctionne" pendant quelques temps, peut paradoxalement favoriser la révélation d'états confusionnels qu'il est difficile de diagnostiquer et de traiter tant le cannabis fait partie intégrante de leur mode de vie et de leur identité.

Socialement, un double problème se pose. Premièrement, **cette consommation est chère**. Il n'est pas rare d'entendre que certains patients retiennent **un tiers voire même la moitié de leur maigre budget** à l'achat de ce produit. Difficile, dans ces conditions, de consacrer son argent à des activités plus constructives et socialement renforcées. Un autre point est celui du **trafic** auquel quelques-uns se livrent - notamment pour subvenir à leur propre consommation.

PREVENTION PRIMAIRE

Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

La prévention primaire est l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme.

Durant l'année 2000, le Drop-In a participé au travail de la commission faïtière chargée d'élaborer une **Politique de Santé et d'Appui à la Jeunesse (PSAJ)**.

Ce fut un investissement important.

Pour mener à bien cette large réflexion, des groupes de travail ont été créés.

Dès l'automne 2000, une représentante du Drop-In a été associée à d'autres représentants de services et d'institutions pour former le **Groupe de Travail Promotion, Prévention et Appui (GT-PPA)**.

Nous espérons vivement que les efforts fournis par toutes les personnes associées à l'élaboration de la PSAJ permettront d'aboutir à une politique généreuse, novatrice et cohérente pour toute la jeunesse.

Informations aux élèves

Le nombre d'**informations** données à des élèves dans le cadre de la **préparation d'un exposé** est globalement identique à celui de 1999 (16) .

Les matinées **d'info-débat** proposées aux **étudiants de 3^{ème} année de l'école normale** sont des activités riches en échanges et en qualité.

Nous trouvons opportun de rencontrer ces étudiants qui ont déjà été confrontés à la réalité du métier au cours de plusieurs stages et remplacements.

Après une **première partie** destinée à la **présentation de l'institution** et à la **définition** de quelques **notions générales**, les étudiants se répartissent en groupes d'une dizaine de participants. Chaque groupe est animé par un collaborateur du Drop-In.

La **seconde partie** permet à chacun de **s'exprimer sur son expérience** et les difficultés observées dans sa pratique. Nous évoquons aussi différentes **façons d'aborder la promotion de la santé** et plus particulièrement la **prévention des dépendances**.

Collaboration avec des institutions spécialisées pour adolescents

A la fin de l'année écoulée, nous avons été contactés par deux **directeurs d'institution**.

Dans le premier cas, le directeur et l'équipe éducative se demandaient comment **réagir face à des pensionnaires soupçonnés de fumer du haschisch**.

Dans le second cas, le responsable du Foyer et ses collaborateurs(trices) savaient que certains pensionnaires fumaient occasionnellement du haschisch et ils souhaitaient **qu'une soirée d'information** soit organisée.

Après **l'analyse des demandes** et la **prise en compte des contextes**, nous avons dans les deux situations proposé sensiblement la **même prestation** ; à savoir, une **soirée d'échanges en sous-groupes**.

Chaque fois, un groupe a été composé des professionnels et du responsable du Foyer et deux autres groupes constitués des pensionnaires.

Les différents groupes ont été animés par des collaborateurs du Drop-In.

La **réflexion** menée dans les **groupes d'adultes** a porté principalement sur les **représentations** et les **pratiques personnelles** en matière de **consommation de produits psychotropes légaux ou illégaux** ainsi que sur la prise en compte de la **souffrance** parfois **exprimée par les adolescents** par le biais de comportements "déviant".

Dans les **groupes d'adolescents**, les discussions ont témoigné des **pratiques** et des **motivations de chacun**. Les thèmes **des limites** à respecter ou pas, des **souffrances personnelles** à soulager "à tout prix", de la **dépénalisation du cannabis**, des **ressources** à exploiter ou à créer ont largement occupé les échanges.

A l'issue de ces moments en groupe, une **synthèse en grand groupe** a été proposée.

L'opportunité a été prise par un seul des foyers. Cette pratique reste très tributaire de l'atmosphère régnant momentanément dans le Foyer.

Par contre, un bref bilan de la soirée a été chaque fois effectué **entre l'équipe éducative, la direction et les collaborateurs du Drop-In**.

Nous souhaitons que ces deux expériences aient une suite. Nous avons proposé aux équipes de poursuivre la réflexion et de (re)voir les adolescents en fonction des changements.

Le plus important, nous semble de pouvoir aider le **personnel éducatif** à se sentir en accord avec le rôle de relais de prévention qui leur est proposé.

Prévention primaire, pour qui ?

Toute personne ou tout groupe peut solliciter le Drop-In pour des séances d'information en matière d'addiction ou pour une présentation de l'institution :

- **Aux adultes** : des parents, des professionnels de l'enseignement, de l'éducation, de la santé et tout autre organisme ou institution intéressés.
- **Aux adolescents** : tous ceux qui le demandent et bien souvent pour la préparation d'un exposé présenté à l'école.
- **A tout groupe de jeunes** et en particulier dans le contexte des "Journées Santé" organisées par le GIS (Groupe d'Information Sexuelle et Education à la Santé).

Des informations ont été données à :

- plusieurs élèves de niveau secondaire inférieur et supérieur,
- des journalistes,
- des enseignants,
- des parents,
- des étudiants de l'Ecole Normale,
- des politiciens.

SNIIPS (Stand Neuchâtelois Itinérant d'Information et de Promotion de la Santé)

L'expérience pilote menée en 1998 et 1999 est terminée.

Une évaluation complète a été accomplie et commentée lors d'une conférence de presse en septembre 2000.

En conclusion, mettre en place un " stand communautaire " intégrant différents organismes de prévention et de promotion de la santé devrait rester au centre de toute prochaine conception.

L'expérience positive d'un mode de travail regroupant différents professionnels a motivé les initiateurs à souhaiter que les prochaines actions se poursuivent dans cette même voie.

Un organisme de santé publique pourrait se charger de la coordination

Fil rouge

Il s'agit d'un projet de **prévention des dépendances dans les institutions pour enfants et adolescents.**

Ce programme consiste à mettre en contact des organismes de prévention et des institutions spécialisées pour enfants et adolescents. L'objectif est de créer des liens et d'optimiser les démarches préventives des uns et des autres.

Le Drop-In participe à toutes les rencontres organisées par des institutions provenant de Berne francophone, Jura et Neuchâtel (BE-JU-NE).

Il existe aussi un **volet romand du Fil rouge.**

Deux colloques sont organisés chaque année et mettent en contact professionnels travaillant en institution et professionnels de la prévention.

Ces rencontres thématiques sont d'enrichissantes occasions de connaître les problématiques existant dans les institutions romandes spécialisées et de prendre le " pouls " des ambiances qui y règnent par rapport aux consommations de drogues légales et illégales.

" Journées Santé "

Nous avons participé en 2000 à **24 " Journées Santé "**.

Les travailleurs sociaux du Râteau-Ivre animent à tour de rôle un atelier. Les thèmes de la vie sociale, des consommations de produits psychotropes légaux et illégaux, de la dépendance, de la déprime et du " mal-être ", des relations avec les proches, des ressources personnelles, des plaisirs de la vie, de la dépénalisation du cannabis, etc... ont été développés.

Le thème de la dépénalisation du cannabis, de sa compréhension par les adolescents et des répercussions qu'ils pouvaient imaginer a été abordé par le biais d'un questionnaire. Celui-ci constitue le matériel de base utilisé par les membres du Groupe de Prévention du GREAT (GPG) lors d'une journée romande de rencontre (voir sous chapitre GPG).

Durant ces " Journées Santé ", les élèves ont le choix entre des ateliers proposés par des intervenants de différents services officiels. Il s'agit du **Planning familial, du Groupe SIDA Neuchâtel, du Service médico-social et du Drop-In.**

Groupe de Prévention du GREAT (GPG)

Le groupe de prévention du GREAT mène, au niveau romand, un travail de réflexion autour de la prévention primaire des dépendances, de la promotion de la santé dans ce domaine spécifique.

Les six journées annuelles permettent aux intervenants romands de se rencontrer, de se connaître, d'échanger sur leur pratique.

La perspective de la dépénalisation du cannabis a suscité des questions et a abouti à l'organisation, par les membres neuchâtelois, d'une journée de réflexion sur ce thème.

Afin de savoir comment adapter les actuelles stratégies de prévention primaire, deux collaborateurs du Drop-In ont élaboré un questionnaire.

Avec leurs collègues, ils l'ont soumis aux adolescents rencontrés dans le cadre des " Journées Santé " et au Râteau.

Nous vous soumettons ici un résumé des résultats de cette enquête et des considérations qui en ont découlé.

Enquête sur la dépénalisation du cannabis

Nous avons élaboré un petit questionnaire à discuter dans le cadre des " journées santé " organisées par le GIS et durant lesquelles le Drop-In de Neuchâtel intervenait. Nous avons eu la possibilité d'interroger toutes les sections des dernières années secondaires du collège de Cescole à Colombier (NE) (environ 50 élèves de 15-16 ans), ce qui représente un échantillon assez diversifié de ce type de population.

Ce questionnaire n'a pas été conçu de manière rigoureusement scientifique mais il donne un aperçu intéressant de l'avis de quelques jeunes reçus par groupes de 4 à 6 personnes.

Nous avons envie d'interroger des adolescents afin d'élucider un certain nombre de questions :

- Comment un changement de loi serait-il perçu par les adolescents et ne risquait-il pas d'avoir un effet contraire et incitateur ?
- Comment les jeunes que nous allions voir, se situaient face à cette pénalisation et à une éventuelle dépénalisation ?

Les réponses sont presque unanimes en ce qui concerne la **première question**: il n'y a pas d'effet incitateur pour eux, car ils ont conscience que la loi est une chose et le produit une

autre. Ils ne font pas de liens de cause à effet entre la dangerosité et l'interdiction. Ils citent fréquemment l'attrait de la transgression.

Pour certains, **l'interdit parental ou culturel est beaucoup plus important que l'interdiction légale.**

D'ailleurs, dans certains cas, c'est **la réaction des parents (discussions et bilans intrafamiliaux par exemple), et non l'action en justice**, qui a eu un impact sur le jeune qui cessa alors ses consommations. Un adolescent se demandait si ses parents auraient réagi s'il n'y avait pas eu d'interdiction légale et de sanction...

Effectivement, on peut se demander, en cas de dépénalisation, si certains parents seront à même de mettre un interdit ne reposant pas sur une interdiction légale.

Nous avons constaté beaucoup d'ambivalence et de contradictions concernant leur **position sur la dépénalisation de la consommation du cannabis**. Les jeunes avaient beaucoup de difficultés à faire des liens entre la réflexion induite par le questionnaire et leur réponse à cette question. Les avis étaient donc partagés.

Nous avons également interrogé des jeunes dans notre structure de prévention secondaire, le Râteau-Ivre. Les résultats sont différents car la population sondée est plus jeune (12-14 ans), plus défavorisée scolairement et presque exclusivement étrangère. Ces adolescents sont unanimement en défaveur d'une dépénalisation et se sont montrés particulièrement rigides dans leur raisonnement. On peut faire l'hypothèse que l'âge des adolescents influence nettement leur manière d'appréhender la question. Les 12-14 ans sont encore très influencés par certaines valeurs familiales, culturelles ou religieuses.

Les 15-16 ans, qui sont en pleine mutation, deviennent plus perméables à ce qui se passe autour d'eux, dans la société, la presse, ou en politique. Ils sont aussi influencés par ce qu'ils ont intégré depuis des années. Différents éléments forment leur opinion ce qui peut expliquer l'ambivalence constatée et les contradictions répétées.

PREVENTION SECONDAIRE

Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

La prévention secondaire est la prise en charge du problème au tout début de l'apparition du trouble qui peut ainsi être enrayeré.

LE RATEAU-IVRE

Le Râteau-Ivre est une structure spécifique du Drop-In de Neuchâtel destinée à accueillir depuis 1989 une population de jeunes entre 12 et 18 ans.

Il est tenu par des travailleurs sociaux du Drop-In et est ouvert de 15h30 à 18h30 du mardi au vendredi.

Depuis son ouverture, la “ loi ” appliquée au Râteau-Ivre est : **Pas d'alcool, pas de drogue, pas de violence.** Elle permet à la population des 12-18 ans, dès le moment des premières sorties, de faire l'apprentissage de la convivialité dans de bonnes conditions.

Cette structure a une vocation principalement de prévention primaire (information) et secondaire (plus spécifiquement destinée aux jeunes “ à risques ”).

La prévention au Râteau

Cette année l'équipe des travailleurs sociaux du Râteau a été complétée par l'arrivée de deux étudiants universitaires, précieux auxiliaires. Ils travaillent à tour de rôle chaque après-midi avec un professionnel. Leur fonction consiste essentiellement à seconder l'équipe au niveau de la gestion et de l'animation du lieu. Ils partagent la responsabilité du respect des règles et des limites. Ils bénéficient d'une sensibilisation aux notions de promotion de la santé et de prévention primaire et secondaire. Les professionnels restent disponibles afin de leur assurer un soutien et une écoute en cas de besoin.

Ce nouvel équilibre est précaire. Il est notamment fortement lié aux qualités personnelles de chacun des auxiliaires. La durée de l'activité des étudiants est relativement courte puisque dépendante de leurs plans d'études.

La constance et la qualité des prestations de prévention primaire et secondaire souffrent de ce système d'intervention extrêmement “ tendu ”.

Le temps de mise au courant et de formation de base d'un auxiliaire ampute d'autant la disponibilité du professionnel pour les adolescents. Durant ces périodes, la “ gestion ” prend le pas sur la prévention. Notons que la manière de procéder avec les stagiaires est plus ou moins identique. Cependant, ces personnes sont souvent “ surnuméraires ” et les “ désagréments ” de la période d'initiation vite compensés par une augmentation du potentiel de présence et d'animation auprès des jeunes.

Il serait temps d'envisager des moyens financiers supplémentaires destinés au Râteau-Ivre, le budget du Drop-In ne pouvant “ couvrir ” toutes les activités, nécessaires, qui s'y développent.

Les tendances notées dans notre rapport de 1999 se confirment cette année encore. Un groupe d'environ 50 personnes viennent chaque semaine, parfois tous les jours. La fréquentation quotidienne moyenne reste stable (25 à 30 personnes). **La présence des filles** au Râteau augmente considérablement pour atteindre la parité. Le bouche à oreille a rapidement véhiculé les nouvelles offres proposées aux adolescentes : magazines pour adolescentes, accès à internet, écoute personnalisée et réponses aux préoccupations spécifiques aux jeunes filles.

La fidélisation de la clientèle a permis d'augmenter les relations de confiance et la qualité des liens entre les adolescents et les adultes. Ainsi des discussions plus personnelles ont vu le jour mettant en évidence un certain nombre de thèmes : **relations familiales, échec scolaire, estime de soi, respect de l'autre, violence, relations sexuelles, MST, consommations de produits psychotropes légaux et illégaux, intégration, religion et culture, etc.** D'une manière générale, les échanges se sont enrichis.

Internet

Ce qui n'était encore qu'un projet en 1999 et devenu réalité en 2000. L'arrivée de l'ordinateur au Râteau-Ivre a considérablement influencé " l'atmosphère " du lieu. En effet, le jeune n'est jamais seul derrière son écran. Il est bien sûr accompagné par un adulte qui l'aide à apprivoiser ce nouveau mode de communication et à gérer au mieux le flux d'informations. Cet accompagnement constant prévient les débordements possibles sur le net.

Ses pairs s'associent généralement à sa démarche (" chat ", choix de musique...) par leurs commentaires et suggestions.

L'ordinateur avec accès à internet offre aux jeunes la possibilité d'exploiter les potentialités de cet outil en matière de prévention.

Les " chat " (groupes de discussion) par exemple permettent des discussions autour du respect de soi et d'autrui lorsque les échanges s'avèrent agressifs ou irrespectueux. Elles offrent l'opportunité de développer des dialogues concernant les préoccupations actuelles en matière de sexualité et l'apprentissage d'autoprotection face à la pédophilie.

Les " visites guidées " sont accompagnées par les travailleurs sociaux et aboutissent à la découverte de sites présélectionnés. Elles favorisent le contact et des discussions plus élaborées.

Parfois, nous avons pu constater qu'il était plus facile pour l'adolescent, dans un premier temps, **de poser une question ou de faire part d'une préoccupation par l'intermédiaire d'un site**, par exemple www.ciao.ch, que de l'aborder directement avec le professionnel. Dans un second temps, le sujet peut être approfondi voire personnalisé.

Le site du Râteau

Durant l'année écoulée, nous avons construit le site du Râteau (<http://www.rateau-ivre.ch>). Il présente les activités et les spécificités du lieu, propose des liens avec des sites de prévention et des pages de présentations personnelles.

Nous sommes actuellement au début de la création des "**pages perso**". Un appareil de photo numérique permet à l'adolescent de choisir l'image de lui qui lui convient le mieux. Cette première étape nous a déjà montré l'importance des mécanismes liés à la construction de

l'identité et à la valorisation de l'estime de soi. Lorsqu'un jeune compose une page avec sa photo, ses hobbies, qu'il exprime qui il est, comment il se voit, ou comment il aimerait être, il construit son identité et développe son affirmation de soi. Cette activité créatrice relève bien de la prévention primaire et nécessite un accompagnement professionnel.

Projets pour 2001

La qualité des relations et des liens créés ces dernières années a favorisé **la révélation de problématiques personnelles et parfois complexes.**

Confrontés aux tensions familiales, aux difficultés à se situer dans une famille recomposée, aux échecs scolaires, aux problèmes d'intégration sociale, à une maladie physique chronique, à une fragilité psychique, à des problèmes de séparation, de deuil, **certain adolescents "disjonctent"** et adoptent des attitudes tantôt agressives, provocatrices, de repli sur soi ou d'auto-dépréciation, entre autre.

A partir de ces manifestations, les professionnels du Râteau vont s'approcher du jeune, entrer en contact avec lui, lui signifier qu'ils ont remarqué des comportements, attitudes particuliers. Ils proposeront à l'adolescent une **écoute active et lui feront part de leur disponibilité** et de leur attention particulière à son égard.

Très souvent cette première démarche débouche sur un **complément d'investigation** fait en accord avec le jeune. Ce dépistage - dégrossissage de situation - permet pour les situations les plus légères d'étaler la crise et pour celles plus complexes de ... mettre les travailleurs sociaux face à un dilemme !

Faut-il établir un suivi individuel, personnalisé, structuré, régulier ?

Se pose alors la question du **contact avec les parents.**

Dans quel but les rencontrer ? Pour une simple information concernant notre action ou pour une participation plus active à la démarche d'accompagnement accomplie envers leur enfant ? Nous mettons-nous en relation avec d'autres membres du réseau (médecins, Office des mineurs et des tutelles, écoles, Orosp, AEMO, psychiatre, etc...) ?

Pour trouver des réponses à ces questions nous menons deux réflexions :

- Premièrement, nous prenons des options personnalisées en fonction de chaque situation et de nos moyens.
- Deuxièmement, nous nous interrogeons sur l'élaboration d'une manière de faire plus générale.

Proposerons-nous bientôt systématiquement certaines prestations ? Médiatiserons-nous notre nouvelle offre ? etc...

Les deux démarches nécessitent du temps pour l'analyse de la situation et évidemment pour agir en concertation avec l'adolescent. C'est là un moment charnière de l'accompagnement. Il faut laisser le temps au jeune d'appivoiser l'idée d'un soutien et de formuler une demande en son nom propre. Ce processus de maturation dure un peu mais s'avère indispensable pour

la suite. Il est **la condition sine qua non d'un travail comprenant coopération, synergie et interactivité.**

Dans les cas extrêmes, relevant de la **protection de la jeunesse**, un signalement peut être fait sans l'accord du jeune.

L'établissement d'un **réseau efficace**, ne laissant pas trop de place à la manipulation, ne se fait pas forcément très rapidement.

Nous devons aussi tenir compte que le Râteau est un espace appartenant aux jeunes. L'adolescent peut s'y présenter sous le jour qui lui convient, il peut choisir de ne faire part que d'une partie de sa réalité et ne donner qu'un éclairage partiel de sa situation. L'amener à être d'accord de se révéler davantage peut ralentir la démarche de soutien. Notre objectif consiste à agir dans la transparence et la cohérence avec le jeune et son contexte au sens large. Ce travail de prévention secondaire, parfois à la limite du tertiaire, intéresse vivement le Drop-In et en particulier l'équipe du Râteau.

Nous nous questionnons quant à notre rôle dans le dispositif actuel d'appui.

Avons-nous les **compétences requises ?**

En ce qui concerne le dépistage, l'analyse fine des situations et l'ébauche d'un " diagnostic ", nous pouvons répondre par l'affirmative. La pluridisciplinarité, l'expérience des professionnels du Râteau associées à la supervision médico-psychologique des situations par le médecin du Drop-In et les supervisions individuelles des travailleurs sociaux, garantissent des prestations de qualité.

Par contre, nous n'avons pas la compétence d'une offre systématisée par manque de disponibilité (une fois de plus la question des moyens budgétaires supplémentaires se pose !).

C'est dommage, car nous sommes convaincus que **ce type d'accompagnement est particulièrement adapté à la population fréquentant le Râteau . Cette dernière échappe à beaucoup des organismes pour lesquels l'accès est plus " structuré ".**

Autre offre en gestation : **l'aide aux devoirs .**

Cette activité nous semble particulièrement adéquate afin de permettre à l'adolescent en difficulté scolaire de reprendre confiance en soi et de se " redécouvrir " certaines compétences. Ainsi, il pourra souvent éviter un échec scolaire aux conséquences négatives pour l'estime de soi et l'avenir professionnel.

Lorsque l'éventualité d'une prestation systématisée pour l'aide aux devoirs est évoquée, quelques écueils apparaissent rapidement.

Nous avons observé qu'en cas de demande, la motivation du jeune doit être entretenue en permanence.

Trouver des personnes motivées à s'occuper de cette population un peu particulière et personnellement favorables au bénévolat risque de ne pas être aisé !

Si la part de transmission des connaissances est très importante, la part dévolue à la qualité de l'accrochage relationnel l'est tout autant.

Sans ce passage obligé, la démarche s'avérerait vite stérile.

Actuellement, l'aide aux devoirs proposée ponctuellement est vécue par les adolescents comme un moyen d'être plus en contact et en lien avec les professionnels. C'est une façon de se garantir une attention particulière.

Cette réflexion actuelle ne peut pas vraiment déboucher sur la création d'une prestation offerte de manière systématique.

Nous oeuvrons au coup par coup ce qui n'est ni suffisant ni satisfaisant et nourrit certains regrets.

Plus de moyens pour la promotion de la santé et la prévention est désormais notre leitmotiv !

La perspective de la dépénalisation du cannabis et les résultats d'études sur les us et coutumes des adolescents mettent en évidence tant la nécessité d'une démarche cohérente, transparente, systémique que l'utilité de moyens et de prestations conséquents.

La Politique de Santé et d'Appui à la Jeunesse (PSAJ) en cours d'élaboration par l'Etat de Neuchâtel permettra-t-elle de dégager quelques moyens pour un appui (prévention secondaire)

efficace envers la population des jeunes dans un contexte autre que scolaire ?

Nous pouvons l'espérer puisque cette PSAJ devrait s'adresser à la population des 0 - 18 ans et dans quelque contexte qu'ils se trouvent.

Dès que cette politique aura été adoptée et que son règlement d'application sera connu, nous pourrons nous situer et adresser des demandes plus ciblées.

Cela nous changera de la sempiternelle formulation de vœux pieux et de déclarations d'intentions pour le plus grand bien de notre population adolescente, en particulier de ceux qui ont besoin qu'on s'en occupe.

AIDE AUX PARENTS

En 2000, la psychothérapeute dans l'institution a reçu pour **116 consultations** des parents qui consultent seuls, le plus souvent de leur propre initiative.

Ces consultations ont concerné **58 personnes** : **36 mères*** et **22 pères*** (* qui assument le rôle de père / mère mais qui peuvent ne pas être les "géniteurs").

Près de la moitié d'entre elles ont été des **consultations de "couples de parents"** : il nous apparaît que les parents s'impliquent, davantage que par le passé, d'emblée ensemble : cela est quasiment la règle quand le problème qui les amène concerne un enfant adolescent.

Dans le cadre, par contre, des consultations où un parent est reçu seul, les mères sont toujours surreprésentées par rapport aux pères ("6 mères pour 1 père"). Notons cependant que, dans un deuxième temps, le parent reçu seul peut accepter l'idée d'une consultation de parents et inviter alors son conjoint à y participer.

Si en l'an 2000, la moitié des parents reçus sont connus, une autre moitié est constituée de parents inconnus de l'institution, mais qui s'y adressent assez "naturellement".

La plus grande partie des situations présentées sont celles où des parents se sentent **en difficulté avec un enfant adolescent** (voire, parfois, avec plusieurs).

Le motif le plus souvent avancé pour prendre contact et qui cristallise les angoisses des parents est la découverte de la consommation d'un psychotrope illicite, le cannabis surtout mais pas toujours exclusivement, par leur adolescent, souvent encore en âge scolaire.

Il s'agit alors d'aider ces parents à trouver des **repères** :

- de prendre, avec eux, la mesure de **la place de cette consommation** dans la vie de l'adolescent : a-t-on déjà à faire à un comportement toxicomaniaque, d'un côté, ou à un usage épisodique, d'un autre, avec toutes les variantes possibles entre ces extrémités ?
- d'essayer également d'en dégager un **sens possible** dans le moment que traverse leur adolescent; de découvrir, plus concrètement, avec eux quelles pourraient être les **impasses** (individuelles / relationnelles) où il pourrait se trouver et de découvrir aussi les **ressources** et les **appuis** sur lesquels compter pour l'aider à s'en dégager,
- d'aider également les parents à retrouver des repères pour leur **rôle particulier de parents d'adolescent(s)**, de parents d'êtres qui sont, par définition, "immatures", n'étant plus des enfants mais pas encore des adultes, et qui, de ce fait, ont encore besoin de leur **rôle protecteur mais non accaparant** :
 - accepter d'être un **parent différencié** qui n'a pas à être toujours d'accord avec l'adolescent et qui garde des frontières claires quant à sa propre intimité,
 - accepter de rester **protecteur tout en supportant** les réactions possibles de l'adolescent aux limitations qui lui sont mises,
 - pouvoir prendre la mesure de la difficulté de la tâche **sans se défaire narcissiquement...**sont des domaines très souvent évoqués avec eux dans leurs relations à leurs enfants.

Si chaque situation présentée est tout à fait singulière, il n'en demeure pas moins que, dans la majeure partie des cas, les parents ont de bonnes raisons pour consulter :

- dans un certain nombre de cas, **une intervention de quelques consultations** paraît suffisante pour permettre à des parents d'effectuer des réajustements plus heureux dans leurs relations à leurs enfants, tout en les confortant dans leurs capacités à mieux les aider;
- dans d'autres cas, où l'équilibre d'un adolescent semble plus délicat à trouver, une proposition de **suivi à un plus long terme** est faite aux parents concernés.

Le rythme des consultations comme le suivi envisagé sont fonction de notre perception des besoins de ces parents et, derrière eux, de ceux de leurs adolescents; mais ils sont, dans la réalité, fonction de l'investissement et de l'intérêt que les parents prennent à nos rencontres.

Dans tous les cas, nous essayons, tant que faire se peut, d'aider ces parents à trouver de nouvelles ressources pour sortir de l'impasse dans laquelle ils se sentaient en venant nous consulter...

Une autre partie de ces consultations concernent des **parents ayant des enfants toxicomanes**.

Cette année, la moitié de ces situations ont concerné des parents ayant des **enfants toxicomanes, jeunes, et en début de "trajectoire" à l'héroïne**, mais dont le comportement toxicomane, bien antérieur, était jusqu'alors passé "inaperçu".

Il s'agit ici d'aider les parents à supporter "le choc" et l'angoisse que cette "révélation" soulève, de les soutenir pour qu'ils puissent garder un lien avec leur enfant sans complicités malsaines, de les aider à perdre l'illusion d'une solution qui "sortirait magiquement" leur enfant de cette dépendance ... de les aider à s'interroger sur cette dépendance...

Ce soutien est rendu plus difficile encore quand l'enfant concerné n'a que peu de motivation à se faire aider, enfermé dans un sentiment de maîtrise toute-puissante ("je peux m'arrêter tout seul quand je veux...") et que les parents découvrent en parallèle la violence de ses comportements auto-destructeurs...

Des propositions de suivi sur un certain long terme sont faites à ces parents (quelquefois, une psychothérapie).

(Notons que, parallèlement dans l'institution, tout est fait pour que les enfants puissent y suivre un traitement individualisé et qu'ils puissent aussi, avec leurs parents, bénéficier de rencontres de famille lorsque cela semble utile.)

L'autre moitié des situations concernent des parents ayant des **enfants toxicomanes plus âgés, "chronicisés"**.

Il s'agit ici, d'un côté, de soutenir des parents souvent déprimés qui ont un enfant toxicomane refusant de s'approcher de tout réseau de soins.

Il peut s'agir aussi de soutenir le narcissisme de parents qui, bien que leur enfant se soigne depuis longtemps, n'arrivent pas à accepter la blessure que représente leur handicap, souvent le trouble psychiatrique sous-jacent au comportement toxicomane : il s'agit donc de les aider à faire le deuil d'attentes disproportionnées à son sujet pour une acceptation à ce que leur enfant vive "le mieux possible selon ses capacités".

Dans tous ces cas, le travail poursuivi avec les parents va dans le sens de les aider à acquérir une meilleure distance relationnelle

PREVENTION TERTIAIRE

Connaissances actuelles : les bases du traitement

Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

La prévention tertiaire consiste à donner des soins, à prévenir la rechute et à favoriser la réinsertion des malades.

La prévention tertiaire, donc les soins, demeure la mission principale et prioritaire du Drop-in de Neuchâtel.

Toute personne demandant des soins est, aujourd'hui encore, reçue sans délai dans l'institution et aucune prise en charge n'a à ce jour dû être refusée ou différée dans le temps.

Cette disponibilité doit rester un des piliers du fonctionnement de notre institution.

Vous le constatez dans ce rapport, le travail effectué par le Centre augmente constamment, sans commune mesure avec la dotation en personnel.

Les missions que remplit le Drop-in sont multiples et variées, il est difficile d'établir entre elles une hiérarchie : toutes sont importantes et la nécessité de l'abandon de l'une ou l'autre d'entre elles créerait inévitablement un trou dans le tissu sanitaire et social patiemment mis en place pour faire face, dans ce canton, aux problèmes liés à l'addiction des jeunes... Trou qu'on retrouverait inévitablement dans les deniers publics tant il est actuellement démontré que chaque prise en charge dans cette population entraîne des économies considérables en coût médico-social.

Ces quelques lignes juste pour rendre conscient le lecteur de la nécessité, pour conserver la qualité des prestations, d'envisager l'octroi de forces supplémentaires à notre institution... ou bien alors de prendre la décision "politique" de renoncer à une partie de ses services.

La prise en charge et les soins aux personnes présentant des problèmes d'addiction ont été longuement présentés dans notre rapport 1998, centré sur l'approche du patient, et en 1999 centré sur l'organisation du travail que cela implique.

(pour les lecteurs qui ne posséderaient pas ou plus ces rapports, ces renseignements se retrouvent sur notre site internet : <http://www.drop-in.ch>)

Cette année nous allons tenter l'exercice de mettre en relation les connaissances actuelles en matière d'addiction (décrites dans le rapport 1998) et les implications qu'elles ont au niveau des traitements.

Il s'agit ainsi pour nous d'informer pour mieux faire comprendre les exigences d'une prise en charge cohérente et de permettre au public de continuer à faire évoluer l'image qu'il a de la population des personnes souffrant de problèmes d'addiction, et de l'encourager ainsi à remplir au mieux son rôle pour éviter l'exclusion et maintenir un droit de citoyenneté qui demeure un des meilleurs garants des possibilités de "réinsertion".

- *Nous savons que les phénomènes liés à la toxicomanie des jeunes ne se définissent pas par les produits utilisés, mais par les caractéristiques et la personnalité de celui qui les consomme.*

Contrairement à ce que l'on pense, il n'est pas à la portée de tout le monde de devenir toxicomane, de présenter des dépendances pathologiques donc de souffrir d'addiction !

Il est bon de rappeler que pour en être menacé, il faut présenter des caractéristiques et **une fragilité qui datent de bien avant la première consommation de produits psychotropes**. Il s'agit souvent de perturbations de la personnalité et de l'affectivité qui émergent au moment de l'adolescence, période de la vie où le jeune doit justement "prendre son indépendance".

Si, en plus, **ce moment de l'adolescence** est rendu particulièrement difficile par des perturbations psychologiques, familiales ou sociales, alors, dans ce cas-là, la rencontre avec un produit psychotrope puissant, qui change la tête, offre de grands risques de générer une trajectoire vers les phénomènes de dépendance pathologique qu'on nomme addiction.

C'est dans ce contexte qu'il est important de comprendre que **la disponibilité massive de "drogue", de produits psychotropes puissants, est importante** : si elle ne rencontre pas "le produit", cette même personne exprimera son mal-être, son mal-vivre, sa pathologie, de manière très différente (comme avant les années 80, période où les produits psychotropes étaient rares sur le marché, si ce n'est l'alcool).

- *Nous savons qu'il est nécessaire de distinguer l'usage récréatif de produits psychotropes d'un usage abusif qui peut devenir compulsif et entraîner un dysfonctionnement de l'économie psychologique et du fonctionnement social de celui qui en sera victime.*

Il est vraiment nécessaire de faire cette distinction sinon, comme pendant longtemps, les toxicomanies resteront décrites et caractérisées par le produit utilisé, ce qui a largement empêché la progression de la compréhension des phénomènes d'addiction.

C'est également ce qui nous explique qu'un produit psychotrope peut être ou ne pas être dangereux en fonction de celui qui l'utilise et selon la manière dont il le fait.

Cette compréhension rend caduque la distinction entre "drogues dures" et "drogues douces".

On a souvent défini les **"drogues dures"** comme celles qui entraînent une dépendance physique (on doit augmenter les doses pour avoir le même effet et le fait de les cesser entraîne un état de manque physique et pas seulement psychologique). L'expérience nous a montré que la dépendance physique n'a que peu d'importance. Toute personne peut être sevrée de n'importe quel produit en quelques jours : aucun progrès ne sera réalisé, la personne présente toujours les mêmes difficultés et la même pathologie et la rechute est quasi immédiate.

Il y a eu souvent également confusion entre la "dureté", donc la dangerosité, et le mode d'utilisation. Par exemple, les opiacés sont utilisés avec des indications médicales précises sans que cela pose problème. Pharmacologiquement l'héroïne et la morphine sont des produits, lorsqu'ils sont utilisés "lege artis", qui peuvent être pris souvent pendant des années, par des douloureux chroniques par exemple, sans que leur utilisation régulière n'entraîne des perturbations mais au contraire améliore considérablement la qualité de vie du patient.

Ce qui est dangereux avec ces produits décrits comme "durs", c'est la qualité du produit qui n'est en rien contrôlée : illégal, son dosage n'est pas connu, ni sa concentration, ni sa composition, et de plus ils se l'injectent dans des conditions le plus souvent extrêmement dommageables.

Les "**drogues douces**", principalement représentées par les dérivés du cannabis, ne présentent certes pas de dépendance physique, ni d'overdose, on ne se les injecte pas : c'est en cela qu'elles sont décrites comme "douces".

Il faut aussi cependant que notre cerveau possède non seulement des récepteurs aux opiacés mais aussi au tétra-hydro-cannabinol, substance active du cannabis.

Ces récepteurs sont en étroite interaction avec le système dopaminergique, système de la récompense et du plaisir mais également système qui "se dérègle" lors des psychoses !

La stimulation de ces récepteurs peut, en fonction des doses, soit calmer, soit exciter ce système et ainsi favoriser l'émergence des psychoses, dont la schizophrénie, chez les personnes particulièrement vulnérables et prédestinées à cette pathologie.

Parler de "drogues dures" et "drogues douces" est donc un faux débat.

La dangerosité ne dépend pas du produit mais de sa qualité (qui varie s'il est légal et contrôlé ou illégal et non-contrôlé), du mode d'administration (l'injection est infiniment plus dangereuse que l'inhalation, le sniff, la fumée ou l'absorption par la bouche...) et surtout, comme nous venons de le dire, elle est définie par les caractéristiques de la personne qui le consomme.

Selon les anciens critères, s'injecter des dérivés du cannabis transformerait ce produit toujours décrit comme "drogue douce" en "drogue dure" !

- *Nous savons que la toxicomanie, l'usage abusif et compulsif de produits psychotropes est en fait, souvent inconsciemment, la découverte d'une "auto-médication" contre une souffrance engendrée par une pathologie complexe : faite souvent de troubles du développement psychologique et affectif exacerbés par les difficultés du moment.*

Nous savons que l'expérience du soulagement par cette "auto-médication", sa répétition possible assaisonnée de l'impression d'avoir découvert une solution et de maîtriser le produit, conduisent à la toxicomanie et à ses dérives.

Il s'agit là aussi d'une notion fondamentale, d'une des clefs principales de la compréhension des phénomènes d'addiction.

D'une manière certainement trop synthétique, nous répondons à une personne présentant des problèmes d'addiction qui nous interroge sur ses chances de "guérison" :

"Vous pourrez sortir de la toxicomanie quand vous aurez compris comment et pourquoi vous y êtes entrée, quand nous aurons, ensemble, compris ce que vous tentez de soulager avec l'usage de "drogues" et que nous aurons trouvé, ensemble, comment vous soigner autrement".

Cette phrase est rarement totalement comprise au début de la prise en charge (quoique nous soyions parfois étonnés de voir à quel point elle met en écho (et organise) des pensées et des réflexions que le patient avait déjà partiellement élaborées) mais elle s'éclaire généralement progressivement tout au long de la prise en charge.

- *Nous savons que la toxicomanie n'est donc pas une maladie ordinaire ou du moins que ce n'est pas une maladie qui porte ce nom. C'est le symptôme d'un mal-être et d'un mal-vivre avec le plus souvent une pathologie sous-jacente spécifique, psychiatrique, psychologique et/ou psychosociale. Il s'agit d'en faire le diagnostic afin d'élaborer des stratégies thérapeutiques adéquates. La médecine parle des "co-morbidités" de la toxicomanie, c'est-à-dire des pathologies psychiatriques ou psychologiques qui accompagnent la toxicomanie.*
- *Nous pensons maintenant qu'en fait c'est la toxicomanie qui est la "co-morbidité" d'une pathologie psychologique, psychiatrique ou psychosociale inconsciemment "soignée" par des produits psychotropes puissants : alcool, cannabis, héroïne, cocaïne ou autres drogues synthétiques.*

Ceci nous démontre la nécessité de faire un diagnostic ou, pour le moins, une approche diagnostique.

Il s'agit là **d'une démarche dans la durée** : il n'est pas question de mettre une fois pour toutes une "étiquette" qui pourrait générer pour le patient un "enfermement" supplémentaire.

Il s'agit bien plus d'une **"interrogation ouverte"** sur la pathologie que le patient "auto-médique", interrogation à long terme qui concerne non seulement le médecin de l'institution mais aussi le référent du patient et qui est permanente dans les divers colloques et présentations de cas... et avec le patient lui-même !

Dans certains cas un diagnostic assez clair peut être posé (par exemple au début d'une trajectoire de schizophrène dont "les angoisses de morcellement" ont été inconsciemment mais efficacement calmées à l'héroïne), dans d'autres, l'entité nosologique apparaît moins claire ou beaucoup plus complexe.

Il est fondamental que le patient comprenne la démarche et y participe pour progressivement découvrir que son bien-être ou mal-être ne se mesure pas à "j'ai assez de produit je vais bien, je manque de produit je vais mal".

Cette "auto-médication" par "la drogue" étant bien comprise par le patient, **il s'agit alors, en fonction des éclaircissements diagnostics, d'entrer dans une démarche pédagogique** où sont expliquées dans un langage qu'il peut comprendre les principales entités pathologiques qui sont "auto-médiquées" : la dépression, l'anxiété, les psychoses, les troubles de l'humeur, les troubles bipolaires etc...

La description "vulgarisée" de ces pathologies permet souvent au patient lui-même de faire des liens avec la manière dont il se sent et d'accepter des diagnostics, ce qui a principalement deux implications :

- l'amorce d'un changement identitaire
- l'ouverture à un traitement plus spécifique.

L'amorce d'un changement identitaire :

De "toxico" avec une imagerie personnelle souvent plus sévère que celle du public, le patient commence à comprendre qu'il n'est peut-être pas que "coupable et mauvais" mais que, comme beaucoup d'autres, il présente une pathologie. Si cette compréhension peut être soulageante, elle peut également être difficile à assumer, surtout lorsqu'il s'agit d'une pathologie psychiatrique importante.

Ouverture au traitement :

La démarche pédagogique permet également au patient de comprendre que "la drogue" n'est pas une "médication universelle" et que, de plus, si elle soulage momentanément, elle entretient la pathologie de base et la complique par les effets propres du produit.

La découverte qu'il existe une médication spécifique autre que "la drogue" pour des états sur lesquels on peut maintenant mettre un nom permet progressivement au patient d'accepter une médication spécifique : antidépresseurs, anxiolytiques, neuroleptiques, régulateurs de l'humeur.

Il est clair que cette démarche et les phénomènes de compréhension qui l'accompagnent ne peut pas s'effectuer une fois pour toutes mais doit souvent être répétée tout au long de la trajectoire de soins.

- ***Nous savons que la notion du temps nécessaire au traitement est fondamentale : il s'agit de soigner une pathologie complexe par une autre "méthodologie" que l'auto-médication par la drogue, de restaurer pour la personne toxicomane une identité détruite et remplacée par celle qu'offre la toxicomanie qui sert alors de seule "colonne vertébrale".***

Il s'agit là d'une des principales pierres d'achoppement du traitement.

Une des caractéristiques de l'addiction et de l'utilisation des produits psychotropes puissants utilisés comme "drogue" est qu'ils procurent un effet immédiat.

Il n'en est largement pas de même pour le traitement !

Les proches, la famille et le patient lui-même aimeraient être débarrassés le plus vite possible de cette "tare" que représente pour eux l'addiction, alors que **le traitement leur propose un chemin long et difficile, parsemé d'embûches**. Ceci démontre également l'importance d'une bonne information à la famille et aux proches ainsi que l'incapacité de certains patients d'envisager d'emblée un traitement visant à s'abstenir de l'utilisation de produits.

Un bon exemple pour illustrer ce propos est **la cure de substitution à la méthadone** qui accompagne le traitement du patient héroïnomane.

Comme nous l'avons déjà expliqué : la méthadone est un opiacé de synthèse qui permet de passer du stade de "toxicomane illégal" à "toxicomane légal" avec pour bénéfice de le mettre en contact avec le tissu sanitaire et social par le passage quotidien dans l'institution, de le protéger contre les overdoses et les maladies transmissibles, de lui permettre de ne plus avoir besoin de consommer de " drogues ", et surtout de lui donner du temps pour le "vrai" traitement.

Il s'agit pour le patient d'accepter d'être pour plusieurs mois, voire dans certains cas des années, méthadonomane et ceci **pour soutenir la démarche thérapeutique**.

Cette démarche thérapeutique est complexe :

Il s'agit tout d'abord de régler **la situation médicale** (HIV ? hépatites ? autres pathologies physiques ?) et **sociale** du patient (gîte ? couvert ? ressources financières ?) voire **juridique**.

Par la suite **la démarche diagnostique et pédagogique** décrite plus haut qui débouche sur un **traitement plus spécifique** : psychothérapie de soutien pouvant, rarement il est vrai, déboucher plus tardivement sur une psychothérapie d'inspiration analytique, médication adéquate à la pathologie sous-jacente jusqu'à l'obtention d'une bonne stabilisation.

Il s'agit pour le patient tout d'abord de s'éloigner de l'utilisation de ses "drogues", de régler ses problèmes médicaux, d'obtenir une indépendance primaire (gîte, couvert, moyens financiers d'existence), d'avoir réussi à soigner ce qu'il "auto-médiquait" avec une médication spécifique et le soutien psychothérapique régulier de l'institution pour progressivement tenter de retrouver l'estime de soi, une meilleure relation à l'autre, puis le ré-apprentissage du plaisir en dehors du produit.

A ce moment-là et à ce moment-là seulement on peut progressivement abandonner la béquille représentée par la substitution à la méthadone.

Une interruption plus précoce de cette substitution est rapidement génératrice de rechutes.

Par la suite, suivant la pathologie diagnostiquée, les médicaments pourront être progressivement arrêtés puis, en dernier lieu, la relation avec le référent.

Cette différence fondamentale entre les habitudes de la personne présentant des problèmes d'addiction et attendant d'obtenir de ses consommations un effet immédiat et la longueur du traitement est une des causes principales de la nécessité de devoir "remettre plusieurs fois l'ouvrage sur le métier" !

Pour les patients qui parviennent à cette compréhension le pronostic s'améliore considérablement et ils ont de bonnes chances de pouvoir maintenir une abstinence, mais une abstinence qui répond à la définition ci-dessous.

- ***En fonction de ce qui précède, nous savons donc que l'abstinence est une notion complexe. Ce n'est pas et ne doit pas être le retour à la situation précédant les conduites addictives : cette situation est caractérisée par la pathologie qui a conduit à la toxicomanie! L'abstinence marque la possibilité de ne plus s'auto-médiquer avec des produits psychotropes puissants et de fonctionner avec "sa propre tête", avec une économie psychique restaurée. L'abstinence est aussi un symptôme : celui que le traitement porte ses fruits, qu'une médication et une prise en charge adéquates ont pu être trouvées et se poursuivent pour déboucher sur la meilleure compensation possible. L'abstinence ne se prescrit pas elle se construit lentement.***

- ***Nous savons aujourd'hui qu'il est important d'entrer en contact le plus tôt possible avec la population des personnes toxicomanes et de pouvoir s'en occuper, quel que soit le stade de leur trajectoire. Il y a une continuité naturelle entre l'aide à la survie, la limitation des dommages, la gestion de la consommation et le traitement qui peut déboucher sur l'abandon de "l'auto-médication".***

Les conditions à remplir pour avoir une chance de pouvoir abandonner les comportements addictifs exigent une longue élaboration et un long traitement qui n'est manifestement pas d'emblée à la portée de tous les patients.

Pendant des années nous avons pensé que l'abstinence était le seul but à poursuivre, à tout prix. Ce prix a été lourdement payé par la population des personnes toxico-dépendantes qui a été ainsi rejetée avec tous les risques que cela implique pour leur santé physique et psychique et en augmentant bien sûr ainsi leur potentiel de délinquance.

Probablement plusieurs en sont décédées.

Il est non seulement possible mais nécessaire pour des raisons éthiques et également médico-sociales, voire financières, d'offrir une prise en charge à une personne présentant des problèmes d'addiction, quel que soit le stade de sa trajectoire.

Avec les prises en charge individualisées, sans seuil, que nous pratiquons depuis plusieurs années, nous avons maintenant l'expérience de patients au stade de "l'aide à la survie" sans exigence d'abstinence, sans autre but que de soulager, maintenir en vie... et créer une relation.

Pour toute une catégorie de patients demandant une prise en charge plus intensive mais n'étant pas encore prêts à remplir les critères nécessaires pour tendre à l'abstinence, la notion

"d'aide à gestion de la consommation" permet des prises en charge déjà beaucoup plus élaborées malgré une consommation de produits qui, par ailleurs, devient de plus en plus épisodique.

Ici aussi, une fois de plus, la notion du temps est fondamentale.

La fréquentation d'un centre de soins, quel que soit le niveau d'exigence (chez nous l'exigence minimale est "la cohérence entre ce qui se dit et ce qui se fait"), génère progressivement un apprivoisement, la création d'une relation, ce qui est déjà le début d'une thérapeutique.

Il est fréquent qu'un patient bénéficiant d'une aide du style "aide à la survie" voie sa situation s'améliorer et suive toute une trajectoire qui progressivement va lui permettre de réunir les conditions pour entrer dans un style de traitement plus ambitieux et qui tend à l'abstinence.

Il est intéressant de savoir, et cela est souvent mal compris, que **les patients sous substitution à la méthadone qui visent à l'abstinence reçoivent des doses beaucoup plus fortes que ceux qui continuent leur consommation épisodique** parce qu'ils sont à un stade de "gestion de consommation" ou "d'aide à la survie".

Cela tient au fait que pour viser à l'abstinence, il faut pouvoir abandonner l'utilisation du produit. La neurobiologie nous a appris à trouver les doses de méthadone qui permettent de saturer les récepteurs à opiacés du cerveau. La clinique et la mesure de la méthadone dans le sang nous permettent d'être très précis à ce sujet-là.

Un patient, dont les récepteurs à opiacés sont saturés, ne ressentira plus du tout les opiacés même s'il en consomme, ce qui lui permettra ainsi de définitivement renoncer à une consommation devenue inutile.

Un patient, dont la réalité du stade auquel il se situe dans sa trajectoire ne permet pas de viser à l'abstinence mais qui doit encore (momentanément) s'accrocher à son identité de personne dépendante, voudra continuer, même épisodiquement, à consommer et à ressentir son produit. Il recevra donc des doses de méthadone inférieures, qui neaturent pas totalement ses récepteurs à opiacés et qui, tout en le protégeant contre les overdoses, lui permettent encore de "sentir" son produit.

On pourrait être tenté d'imposer des doses saturant les récepteurs à opiacés même aux patients qui ne sont pas prêts à viser à l'abstinence : gardons-en nous bien :

ne pouvant plus ressentir l'effet de l'héroïne, ce patient qui n'est pas encore prêt à viser à l'abstinence aura alors recours à des produits sur lesquels la méthadone n'a pas d'influence, par exemple la cocaïne ou les amphétamines.

- ***Nous savons que les traitements doivent être individualisés, qu'il n'y a pas de traitement univoque valable pour toutes les personnes souffrant de conduites addictives mais que l'offre doit être diversifiée tout en obéissant à de sévères critères de qualité.***

A problème complexe et multiple, réponse complexe et multiple !

Cette vérité s'est à tel point imposée que nous avons progressivement, comme nous l'avons décrit, débouché sur **des véritables traitements "à la carte"**, sans seuil, les plus individualisés possibles.

Ceci se manifeste non seulement dans le cadre du traitement médico-psychosocial qui se passe au Drop-in mais aussi à travers tous les services "parallèles" dont le développement s'est imposé pour l'institution.

Une personne présentant des problèmes d'addiction ne bénéficie pas seulement dans notre institution de **l'approche médico-psychosociale** (dépistage, diagnostic des pathologies physiques, approche et diagnostic des pathologies psychiatriques, prise en charge sociale, mise au point d'un traitement spécifique avec ou sans substitution à la méthadone, etc...) mais également de la **salle d'accueil** où elle est reçue quotidiennement, où elle peut se poser un moment et déposer ses tensions et ses problèmes avec l'écoute bienveillante de l'équipe de distribution, qui se charge également de "maintenir la loi", faisant de cet espace en plus un espace sécurisant, "hors zone".

Elle peut bénéficier de **l'antenne de proximité du "13 ouvert"** avec son bistrot, ses repas quotidiens, ses petits boulots, sa buanderie, son infirmerie, sa bibliothèque, son service d'écrivain public, etc... (cf chapitre "aide à la survie"), elle peut trouver **des contrats d'insertion socioprofessionnelle (ISP)**, qui lui permettent de se mobiliser, de reprendre contact avec une activité gratifiante. Elle bénéficie également de tout le travail qui peut se faire **au jardin potager social**, d'une manière structurante et structurée, ainsi que **du groupe d'entraide** décrit dans ce rapport.

Ses parents et ses proches peuvent venir dans l'institution pour se renseigner, mieux comprendre la problématique des addictions afin d'être plus adéquats dans leur manière de réagir et d'agir. **Des entretiens de famille** abordent les aspects plus systémiques de la pathologie, **des coachings** sont organisés pour leur partenaire et leurs proches.

Le tout de manière coordonnée et dans l'esprit du traitement et de la prise en charge la plus globale possible et la plus cohérente.

S'il existe cette multiplicité des possibilités à l'intérieur d'une même institution, il est aisé de comprendre la nécessité de multiplier les offres de prises en charge différentes et différenciées dans le domaine des addictions.

Nous en arrivons ainsi à la notion de **"chaîne thérapeutique"**, c'est-à-dire de coordination des diverses offres thérapeutiques, pouvant provenir d'institutions complètement différentes, collaborant à offrir des possibilités de soins et de prises en charge à une personne toxicomane tout au long de sa trajectoire, quel qu'en soit le stade.

Jusqu'à récemment, on opposait **les prises en charge stationnaires et les prises en charge ambulatoires**. Il pouvait s'agir d'une véritable opposition méthodologique, chacun vantant les avantages de l'un ou l'autre des systèmes.

Ce mode de pensée est heureusement maintenant largement dépassé.

Les offres de traitements, la "chaîne thérapeutique", s'adaptent de mieux en mieux à **la trajectoire d'une personne souffrant de problèmes d'addiction**.

Cette trajectoire commençant, comme nous l'avons montré, avant la rencontre avec le produit met en valeur la nécessité de tous les efforts de **prévention** faits pour que ces personnalités fragiles puissent suivre d'autres voies que celle de l'addiction.

Par la suite les mesures **d'aide à la survie** puis de "**gestion de la consommation**" peuvent précéder les **thérapies visant l'abstinence**.

Cette trajectoire n'est largement pas linéaire, elle est souvent chaotique.

Dans le cadre de ce "**cheminement thérapeutique**" il peut être nécessaire d'extraire un moment le patient de son milieu et du traitement ambulatoire pour lui permettre de se "mettre au vert" temporairement dans une unité de soins stationnaires qui collabore étroitement avec l'ambulatoire, pour étaler une crise, pour compenser une situation.

Au cours de cette "trajectoire" et en fonction de ses nombreuses variations, les divers outils mis au point actuellement pour faire face à cette problématique doivent pouvoir être mis en oeuvre selon les besoins, de manière coordonnée.

Nous y tendons et de riches collaborations se créent entre l'institution de soins ambulatoires et l'institution de soins stationnaires créant un instrument beaucoup plus efficace pour accompagner le patient dans son cheminement thérapeutique d'une manière coordonnée, cohérente et beaucoup plus sécurisante.

A peu près tous les outils sont actuellement à disposition : institutions de soins ambulatoires, institutions de soins stationnaires, hôpitaux psychiatriques, toutes les techniques qu'elles soient médicamenteuses, psychothérapeutiques, ou basées sur les activités plus occupationnelles et pédagogiques. Il nous manque encore actuellement la possibilité d'utiliser une technique certes marginale et d'indication rare : **la prescription et la distribution différenciée d'héroïne**.

Il n'existe en effet actuellement que des programmes de prescription et de distribution d'héroïne à protocole extrêmement lourd et à haute exigence, donc à "haut seuil", surveillés par la Confédération et coûtant très cher.

Dans des situations très rares, une distribution très momentanée d'héroïne dans le cadre de la trajectoire thérapeutique d'une personne toxicomane en ambulatoire pourrait être utile : il s'agit de situations où le patient, en fonction de ses difficultés psychiques, retourne "à la rue" et s'adonne à des consommations compulsives et extrêmement dangereuses, situations brisant momentanément le lien thérapeutique et génératrices des pires nuisances : overdose, sida, hépatites et autres maladies infectieuses.

Il y aurait, dans le cadre de ces situations une fois de plus très rares et ne nécessitant pas la création d'un instrument de prescription et de distribution d'héroïne lourd et coûteux, l'indication à pouvoir ponctuellement permettre que cette phase ne rompe pas le lien thérapeutique en se passant sous surveillance et en maintenant le contact dans le cadre habituel des soins.

L'indication, la prescription et la distribution devraient bien sûr se faire avec toute la rigueur qu'implique cette méthodologie marginale.

- ***Nous savons aussi qu'une personne toxicomane prise en charge voit sa situation sanitaire et sociale s'améliorer considérablement, son recours aux pratiques illégales, voire à la criminalité, fortement baisser et que les coûts engendrés par la toxicomanie s'abaissent également drastiquement. Le nombre de décès par overdose diminue dans les mêmes proportions.***

Cette assertion est maintenant largement démontrée : les personnes présentant des problèmes d'addiction inscrites dans un programme thérapeutique, quel que soit son niveau, **consomment beaucoup moins de produits** et surtout beaucoup **moins dangereusement** et **ainsi consomment également beaucoup moins de médecine** (avec les coûts extrêmement lourds engendrés par les pathologies liées aux addictions : traitements du sida par trithérapies, traitements des hépatites par interféron, soins intensifs pour overdose, cardiopathies sur atteintes valvulaires, etc...).

La délinquance et sa pénalisation sont également beaucoup moins importantes chez un patient pris en charge et **le recours à l'aide sociale**, comme d'ailleurs le démontrent clairement les statistiques neuchâteloises, tend, contrairement à toutes les autres populations, à très nettement diminuer ces dernières années.

253 patients, leurs proches, leur famille ont bénéficié des services du Drop-in de Neuchâtel, ce qui implique, toujours pour l'année 2000, environ 40'000 passages dans notre institution.

PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES ET SOINS

Nous avons largement décrit l'importance des pathologies psychiatriques et des soins dans nos rapports 1998 et 1999 (*cf également notre site internet <http://www.drop-in.ch>*), nous n'y reviendrons pas dans les détails.

Médication et collaboration

Plusieurs patients chez qui nous avons posé le diagnostic de psychose (principalement schizophrénie) et qui ont pu recevoir une médication spécifique basée en général sur l'injection de neuroleptiques dépôt (ceci pour des raisons de compliance : une injection toutes les deux à trois semaines) ont complètement quitté leurs conduites addictives et pour certains ont déjà pu cesser leur méthadone.

Chez tous la qualité de vie s'est très nettement améliorée et l'un d'eux a même pu reprendre un travail à 100%.

Nous avons cependant constaté qu'après ce long "chemin thérapeutique" fait ensemble, il était difficile, les soins devenant purement psychiatriques, de les confier à un psychiatre ou à une institution spécialisée. Nous devons généralement continuer un traitement et une prise en charge en absence de tout phénomène d'addiction.

Les méthodologies de soins deviennent alors plus classiquement psychiatriques, dans la mesure de nos moyens.

Les patients et leurs proches reçoivent un enseignement quant à la maladie de base et la nécessité des soins à long terme.

Lorsque la situation est suffisamment stabilisée, la compliance assurée, nous interrompons le traitement neuroleptique dépôt, auquel la pathologie est susceptible d'échapper à long terme, pour des neuroleptiques atypiques à faible liaison avec les récepteurs à la dopamine dont l'efficacité devrait durer beaucoup plus longtemps, avec des effets secondaires moindres et une amélioration de la situation cognitive et affective du patient. Le passage est souvent difficile, avec un état dépressif réactionnel, nous sommes en train de vivre cette expérience avec un de nos patients.

Nous aimerions également ici souligner **la bonne collaboration avec les hôpitaux psychiatriques**, le bénéfice que nous retirons des séminaires de formation postgraduée organisés par **l'hôpital de Prévargier** et l'amélioration permanente du travail en réseau et de la communication avec **l'hôpital de Perreux** que la répartition des tâches a désigné pour l'hospitalisation psychiatrique des patients présentant des phénomènes d'addiction.

La psychiatrie reste lourde à assumer, souvent seuls, dans notre centre et nous aimerions, au moins une demi-journée par mois, bénéficier d'un "deuxième regard" spécialisé sur nos diagnostics et nos traitements.

Jusqu'à maintenant **les rares indications à un sevrage**, principalement avant d'entrer dans une institution de soins stationnaires exigeant encore l'abstinence complète au moment du début du séjour, étaient effectuées en hôpital psychiatrique où elles exigeaient de 10 jours à 6 semaines d'hospitalisation.

Grâce à la collaboration avec **l'UST de Fribourg** et bénéficiant des travaux qu'ils y ont effectués sur la buprénorphine (Subutex) nous avons mis au point un protocole de sevrage

ambulatoire permettant à la plus grande partie des patients de ne plus être hospitalisés, ce qui génère une diminution drastique des dépenses (sevrage à la buprénorphine : environ fr. 250.-).

Psychothérapies déléguées

191 séances de psychothérapie d'inspiration psychanalytique ont été données par la psychothérapeute dans l'institution en l'an 2000.

Elles sont en légère augmentation par rapport à 1999 où 175 séances avaient été données.

Elles ont concerné 13 patients :

- 4 personnes toxicomanes (où la symptomatologie toxicomaniaque est discrète),
- 2 épouses de personnes toxicomanes,
- 6 mères de personnes toxicomanes,
- 1 adolescent en difficulté (fin d'adolescence).

Un couple de parents a, par ailleurs, été reçu sur une petite période.

Parmi les traitements menés, 5 ont débuté cette année et 3 se sont terminés.

La psychothérapeute note le bon investissement de leur traitement par tous ces patients, qui semblent en retirer des bénéfices dans leur équilibre psycho-affectif.

Aucune rupture n'est à signaler pour cette année.

Elle note aussi avec plaisir que 3 traitements ont pu se terminer, dans un domaine où les séparations et les fins sont des points particulièrement sensibles que l'on rencontre chez tous ces patients.

Approche systémique et familiale

Le temps semble s'être figé dans le parcours d'une personne toxicomane. Bien souvent il est ressenti comme du temps perdu.

Le temps perdu est difficile à rattraper et pour ce faire il faut le prendre: prendre du temps, prendre son temps.

Le temps est ce qu'il y a de plus égalitaire. Qui que l'on soit, où que l'on soit, quoi que l'on fasse ou qu'on ait fait, le temps s'écoule inlassablement le même pour tous. Ce n'est que la perception qu'on en a qui diffère. Si nous ne pouvons pas changer le temps, nous pouvons changer la perception qu'on en a.

Suivant Hegel considérons le temps comme le mouvement par lequel le présent devient passé: le temps figé de la personne toxicomane reste donc fixé sur le présent. Comme pris dans un cercle d'où l'on ne pourrait s'échapper, condamné à reproduire indéfiniment le présent: les comportements toxicomanes.

La famille vient généralement renforcer cet état en demandant au jeune toxicomane "redeviens ce que tu étais!" (l'être parfait idéalement docile de la prime enfance), or à redevenir ce qu'il était, il risque fort de (re)devenir ce qu'il est aujourd'hui !!! Il vaudrait mieux, pour paraphraser G. Ausloos, dire : "redeviens qui tu seras!".

Dès lors comment "remettre en marche" le mouvement du temps et trouver son temps propre ?

Stephano Cirillo nous dit que si la famille d'origine façonne la personnalité de l'enfant, c'est l'enfant qui développe le symptôme.

Ceci renforce notre hypothèse de l'importance d'un double travail familial et individuel. La "porte d'entrée" dans le travail individuel est dans ce cas le symptôme : mettre en place un traitement qui permette à l'individu de travailler les souffrances qu'il tente d'éteindre avec le produit. Mais ceci avec beaucoup de patience, en prenant du temps, beaucoup de temps sinon le risque est de perdre son temps et de reproduire le schéma rejetant de celui qui n'arrive à rien, qui ne change pas.

Et pour réveiller la marche du temps : travailler avec la famille, reprendre les différents niveaux générationnels afin de rendre à chacun les souffrances passées et de faire émerger le patient-désigné comme le porteur d'un symptôme qui va permettre à la famille de relire son histoire.

La toxico-dépendance mise en perspective avec l'histoire familiale, c'est-à-dire le passé avec la reconnaissance des souffrances des parents, peut créer un "in put" suffisant à la reprise du mouvement temporel faisant de son propre présent le temps passé de demain.

Création d'un groupe d'entraide

Cette année 2000 a vu la création **d'un groupe " thérapeutique "** au Drop-in.

Suite à différentes difficultés que peuvent rencontrer certains patients face au maintien de l'abstinence, l'approche de " type groupal " semble permettre un soutien supplémentaire et pertinent.

Notre modèle s'inspire en partie des concepts de groupes de prévention à la rechute de type cognitivo-comportemental et de concepts de groupes de type " affirmation de soi ".

Le but de ce groupe est multiple.

- Il **informe** les patients sur certaines situations à risque qui peuvent les mener à la rechute (repérage des déclencheurs)
- Il **développe** certaines compétences sociales pour faciliter le choix d'abstinence (savoir refuser une demande...)
- Il **crée une dynamique** entre les participants qui favorise les échanges et développe ce que l'on pourrait appeler le " sentiment d'auto-efficacité face à l'abstinence " (" je peux y faire face ! ", " d'autres le peuvent aussi ! "...).

Le problème majeur du groupe pratiqué en ambulatoire avec des sujets toxico-dépendants se pose en terme de **compliance** (fréquentation régulière du groupe). Malgré un intérêt

exprimé par un grand nombre de patients, le fait d'y participer avec régularité reste difficile, et sans une certaine continuité le groupe perd de son utilité.

Pour favoriser la participation, nous avons décidé **d'ouvrir le groupe à tous les patients**.

Exclure par exemple des personnes qui sont encore en phase de consommation occasionnelle voire active (ce qui aurait été souhaitable d'un point de vue théorique) n'a pas été retenu. Seules les personnes qui sont sous l'effet de stupéfiant au moment du groupe ne sont pas admises.

Les règles de fonctionnement sont celles que l'on rencontre habituellement dans les différents types de groupe, avec notamment **le respect de ce qui est dit et la confidentialité** (ce qui est dit dans le groupe reste dans le groupe).

Ces règles ont été discutées avec les participants lors de la première séance. **Un cycle de 8 séances** d'une heure et demie à un rythme d'une réunion toutes les deux semaines a été proposé. Tout au long du cycle différents thèmes sont abordés, avec en début de séance une partie théorique puis dans un deuxième temps un échange plus informel entre les participants.

Le bilan de ce premier cycle est plutôt positif.

La participation a certes été modeste (en moyenne 4 à 5 personnes), elle est cependant conforme à ce que l'on peut attendre de ce genre de démarche en ambulatoire. Les thèmes ont été appréciés des participants et les échanges ont été actifs. Plusieurs participants sont restés " fidèles " et ont fréquenté la majorité des séances.

Au fil du temps, des thèmes liés aux "**compétences sociales**" ont été abordés (" comment faire des critiques "...) et ils ont connu un succès plus unanime que les thèmes traités en début de cycle. En effet, lors des premières séances, les discussions étaient plus axées **sur des stratégies pour maintenir l'abstinence**. Elles ont eu comme inconvénient de s'adresser à un public hétérogène qui ne se trouve pas au même stade de son évolution face aux produits. **Des discussions autour du produit** ont eu lieu et sont devenues des thèmes sensibles pour des personnes encore enclines à consommer.

Le succès rencontré dans les séances plus de type " affirmation de soi " a montré l'intérêt de ce type d'approche dans une population où les troubles de la communication, même s'ils sont le plus souvent l'expression d'une autre pathologie (trouble dépressif, troubles de la personnalité), sont fréquents. Réussir à améliorer certaines compétences dans ce domaine, est certainement un plus dans une évolution personnelle.

Un nouveau cycle est prévu en 2001. Au vu de notre expérience, nous avons décidé de mettre l'accent sur les techniques " d'affirmation de soi ".

PATHOLOGIES SOMATIQUES ET SOINS

Le problème des hépatites, et en particulier de l'hépatite C, dans la population toxicomane est préoccupant. D'après différentes études, plus d'une personne toxicomane sur deux est porteuse d'un virus de l'hépatite. Nos statistiques semblent montrer que la proportion est encore nettement aggravée parmi les personnes qui s'injectent des produits. Ce fait n'est pas nouveau, toutefois la propagation du virus reste inquiétante et ne semble pas diminuer.

“ L'épidémie silencieuse ” d'hépatites C est une épidémie grave qui va poser de plus en plus de problèmes en matière de santé publique et de coûts.

La population toxicomane vieillit et une partie des patients sont porteurs du ou des virus de l'hépatite depuis de nombreuses années (il n'est pas rare de rencontrer des patients infectés par les trois virus de l'hépatite A, B et C). Les graves manifestations de cette maladie, qui peut devenir chronique, apparaissent de plus en plus dans la population âgée des personnes toxicomanes, population porteuse du virus depuis plusieurs années déjà. Ces manifestations surprennent et inquiètent certains patients et il est parfois tard pour réagir efficacement, le foie étant déjà bien attaqué (cirrhose constituée).

On sait que suivant différents facteurs (âge de la contamination, sexe, génotype du virus...), l'évolution de la maladie ne sera pas la même pour tout le monde. **De plus certaines conduites, et en particulier la prise régulière d'alcool, aggravent considérablement la maladie et son pronostic.** Plusieurs patients HCV positif ignorent ou sous-estiment ce phénomène.

Une bonne nouvelle tout de même: les traitements de l'hépatite ont évolué ces dernières années et les chances de pouvoir guérir l'infection par le virus augmentent régulièrement.

Une nécessité **d'information sur les dégâts de l'alcool et sur la prise en charge actuelle** des hépatites est fondamentale.

Ce constat a passablement orienté notre travail. Nous avons traité ce sujet par **des informations médicales individualisées**, des créations de **flyers informatifs** (un flyer infozone traite du thème de l'hépatite), et par **des cours organisés sur le sujet “ hépatite ”**.

Conjointement à ces informations, nous avons sollicité nos patients pour des tests de dépistage ainsi que pour se faire vacciner contre l'hépatite A et B.

Dépistage des hépatites et du HIV

Un test de dépistage complet est proposé aux nouvelles personnes en traitement.

Parallèlement, pour l'ensemble des patients du Drop-in, une mise à jour de leur situation a été entreprise, soit en contrôlant auprès de leur médecin traitant que des tests aient bien été effectués, soit en faisant ou refaisant des tests afin d'actualiser leur situation.

Cette année, 51 personnes ont été dépistées.

28 tests se sont révélés positifs à l'hépatite C (55% des patients testés sont hépatite C positifs)

12 tests se sont révélés positifs à l'hépatite B (24%)

17 tests se sont révélés positifs à l'hépatite A (33%)

1 test a été positif au HIV.

Parmi les 51 personnes testées cette année, certaines ne sont pas des consommatrices de drogues par injection, et dans ce cas elles sont bien évidemment nettement moins concernées par le problème de l'infection virale, quoique des questions se posent sur la contamination possible par "sniff".

Si l'on s'intéresse uniquement aux personnes injectrices de drogues, alors environ 70% ont été testées positives à l'hépatite C.

Aujourd'hui au Drop-in, 54 patients ont été identifiés comme porteurs du virus de l'hépatite C, soit 58% de la population testée.

Pour une partie des patients du Drop-in (environ 30%), nous n'avons pas encore de tests "fiabes" (tests qui sont validés par un examen de laboratoire récent). Le travail de dépistage doit se poursuivre l'année prochaine.

Vaccination hépatites A et B

35 personnes ont été vaccinées cette année.

Un vaccin combiné hépatite A et B a été proposé dans la majorité des cas, en tout 27 personnes en ont profité en 2000, 2 personnes ont été vaccinées uniquement contre l'hépatite B et 4 personnes contre l'hépatite A.

La polémique sur les risques liés à la vaccination des hépatites s'est fait beaucoup moins ressentir que dans les années précédentes, les réticences à se faire vacciner ont été beaucoup moins nombreuses.

Soins et conseils pour les abcès et phlébites

Cette année encore différentes personnes se sont adressées à nous pour des soins liés aux abcès. Différents scénarii de prise en charge sont alors proposés. Soit l'infection ou les dommages liés aux veines ne sont pas trop avancés et un suivi est proposé au Drop-In, soit dans les cas plus graves et urgents, ils sont réorientés vers la policlinique ou leur médecin traitant.

Une consultation médicale peut aussi s'organiser au Drop-In suivant les situations et leur degré d'urgence.

Injection de neuroleptique dépôt

6 patients reçoivent périodiquement leur médication sous forme d'injection dépôt au Drop-in. Aujourd'hui, si la situation le permet (stabilité psychique du patient, bonne compliance, bonne compréhension de la pathologie de base et de la nécessité d'un traitement à long terme...), un

passage de la médication dépôt vers une forme orale avec les neuroleptiques atypiques est encouragé pour des motifs neurophysiologiques.

Tests de grossesse et contraception

Cette année encore plusieurs tests de grossesse ont été effectués.

Quelques patientes profitent de prendre leur pilule en même temps que la prise de méthadone pour augmenter les chances d'une bonne compliance au contraceptif.

Echange de seringues

Les échanges de seringues restent marginaux au Drop-In, ceux-ci s'effectuant principalement à l'antenne du “ **13 ouvert** ”. L'offre existe tout de même en dehors des heures d'ouverture du “ **13** ”. La distribution reste assez peu importante, elle a surtout pour fonction de dépanner dans des situations exceptionnelles (horaire de fermeture des pharmacies et du “ **13** ”, pas d'argent sur soi pour acheter une seringue...).

Ces moments d'échange restent des contacts privilégiés où certaines demandes d'un autre type peuvent être formulées (abcès, manière indirecte pour le patient de montrer que ça ne va pas...).

PATHOLOGIES SOCIALES ET SOINS

L'an dernier, nous avons introduit cette nouvelle rubrique dans notre rapport, tant il est vrai que la majorité des personnes suivies au Drop-in présentent des problématiques sociales importantes, parmi lesquelles une situation précaire au niveau de l'emploi, des problèmes de solitude prononcés et, pour certains, des démêlés avec la justice.

Nous avons également parlé des problèmes de logement tout en constatant qu'à Neuchâtel, la "clochardisation" n'a pas cours. Une des difficultés qui a été évoquée est la problématique de la cohabitation entre personnes désinsérées - il n'est pas rare d'observer que le partage d'un appartement aboutisse à une mise à la porte sans délai de l'un des colocataires.

Dans notre précédent rapport, nous avons enfin cité quelques chiffres qui n'ont que très peu évolué et que nous ne reproduisons de ce fait pas ici.

Précarité de l'emploi

Une proportion considérable des personnes suivies par notre institution est sans emploi, voire sans activité. **Les contrats I.S.P.** (Insertion socioprofessionnelle) constituent une "parade" contre l'inactivité (cf. chapitre concernant L'Aide à la Survie). Ce type de contrat est destiné aux bénéficiaires de l'aide sociale financière dispensée par les Services sociaux.

Dans nos structures d'aide à la vie - à savoir l'antenne de proximité "Le 13 Ouvert" et le Jardin potager social - nous avons pu occuper bon nombre de personnes :

- 21 personnes au 13 Ouvert
- 16 au Jardin potager social

Cela représente en tout :

- 47 contrats (dont la durée de 3 mois peut être reconduite) pour l'antenne de rue
- 41 contrats pour le jardin (prolongation durée idem)

S'il nous paraît trop ambitieux de parler de réinsertion professionnelle proprement dite - dans la mesure où cela n'a débouché sur aucun engagement dans le circuit économique dit "normal" - on peut tout de même affirmer que ces personnes ont été à un moment ou à un autre, ou toute l'année pour beaucoup, "insérées" dans une activité de type professionnel, avec les contraintes que cela comporte, l'apprentissage d'une nouvelle matière, le respect des horaires et des jours de travail, la confrontation à l'autorité, etc. Pour certaines, l'expérience a été entièrement nouvelle. Pour d'autres, la période passée en I.S.P. peut être comprise comme un rappel utile à d'autres formes de travail réalisées dans le passé lors d'une insertion antérieure mais "perdue" actuellement.

Quelques personnes envisagent maintenant, après plusieurs mois passés dans l'une ou l'autre de nos activités, d'aller "voir ailleurs", soit dans un autre lieu ISP du canton, soit dans un "petit boulot", voire désirent être engagées de manière fixe dans une entreprise.

La solitude

Dans le chapitre de ce rapport consacré à l'animation, nous parlons en d'autres termes de la difficulté qu'ont certains patients à sortir de la zone et/ou des activités liées à la consommation. Se développe ainsi parfois une identité autour du "rien faire" et de l'attitude de "consommation". Essayer de sortir de cette identité et d'en forger une nouvelle semble être au-dessus des forces de plusieurs. Pour ceux qui s'y essaient, la solitude liée au fait de "s'extraire de la zone" peut être très importante s'il n'y a pas un autre tissu social pour les accueillir et les soutenir.

Chaque référent tend à accompagner le plus possible les patients dans leur démarche de reconstruction de nouvelles dynamiques sociales.

Ainsi, selon leurs intérêts, les patients sont orientés le plus possible en direction d'activités de groupe aussi diverses que le sport, l'art, des cours (type Ecole Club Migros par ex.), etc.

Les procédures judiciaires

Nous l'avons noté l'année dernière, les patients qui ont des problèmes avec la justice représentent un quart de la population en traitement au Drop-in, la majorité pour consommation ou petit trafic. Fréquemment, nous observons avec satisfaction que les juges suspendent une procédure ou une peine de prison au profit d'un traitement dans notre institution.

Parallèlement à cela, il est aussi possible de réaliser au 13 Ouvert ou au jardin **un T.I.G., c'est-à-dire un travail d'intérêt général** en lieu et place d'une peine ferme que cela fasse suite à un jugement ou pour une conversion d'amende en jours d'arrêt.

Dans ce domaine, la collaboration avec le Service d'Exécution des Peines reste excellente.

En 2000, une dizaine de T.I.G. ont pu être effectués dans nos deux lieux d'insertion cités ci-dessus, représentant plus de mille heures de travail et dont nous vous parlons par ailleurs dans ce rapport (cf. chapitre "L'Aide à la Survie).

ANIMATION

Lors des entretiens ou **à la salle d'accueil**, ou encore au **“ 13 ouvert ”**, les patients expriment souvent leur désir de réaliser divers projets. En effet, bien des personnes vivent dans l'ennui et souffrent d'un vide relationnel voire temporel. Il est souvent difficile pour celles-ci d'exprimer leurs envies ou leurs besoins surtout lorsque ceux-ci ne se rapportent pas au monde de l'addiction.

C'est pourquoi, dans le cadre de l'animation, nous proposons des activités permettant aux usagers de s'impliquer dans un projet afin de les aider à se (re)structurer.

Les accompagnements

Parfois, **la déprime** est trop “ envahissante ” et elle laisse peu d'énergie au patient pour réaliser ses projets.

De même, **la peur de l'échec** semble être une véritable barrière à la mise en route d'une activité.

Afin de pouvoir aider les patients et usagers du “ 13 ” à trouver les moyens nécessaires à la réalisation de certains projets, **nous avons jugé utile de leur permettre de vivre d'autres expériences en dehors du champ de la zone et du traitement.**

C'est ainsi l'occasion de redonner aux patients le goût de vivre par des activités qui ne sont pas centrées sur un produit.

Celles-ci sont élaborées la plupart du temps en collaboration avec les usagers.

Les envies et idées des personnes toxico-dépendantes sont recueillies lors d'interactions diverses dans la salle d'accueil ou au “ 13 ouvert ”. Au travers de discussions informelles, les souhaits et les besoins se manifestent. Le ou la patient(e) qui propose une activité sera ainsi mobilisé(e), dans la mesure de ses moyens, pour collaborer à la concrétisation de ses envies. Ceci favorise alors une forme “ d'autonomisation ” des usagers.

Lorsqu'une demande est suggérée, il est important que l'animateur tienne compte **des ressources et des compétences du demandeur** afin que la démarche soit un renforçateur.

Il s'agit d'être attentif à ne pas soutenir un projet illusoire qui n'aurait d'autre aboutissement qu'un échec supplémentaire dans la trajectoire du patient.

Il arrive bien souvent que plusieurs personnes se mettent ensemble pour préparer une activité, ce qui favorise **la notion de solidarité.**

Activités proposées

Comme nous l'avons dit précédemment, il est difficile de se rendre compte de l'intensité des craintes qui habitent une personne toxico-dépendante lorsqu'il s'agit de fréquenter un lieu ou une population qui lui sont étrangers.

Partant de ce constat, l'animateur met sur pied diverses activités. Ces animations peuvent être considérées comme **autant d'interfaces (espaces transitionnels) entre le lieu de traitement, le "13 ouvert" et le milieu extérieur.**

Nous observons cette année que les **animations de type ponctuel** ont bien fonctionné, alors que les activités régulières n'ont pas retenu l'attention des patients sur une longue durée ;

c'est le cas par exemple du cours de théâtre ainsi que la natation qui ont dû s'arrêter après une durée de quatre mois environ et ceci par manque " d'assiduité ". Cette constatation semble être en rapport au nombre croissant de personnes sous contrat ISP dans notre institution, situation nécessitant déjà un effort sur une longue durée et une assiduité peu compatible avec d'autres engagements du même type.

Animations ponctuelles

- randonnée sur le lac gelé des Taillères
- marche et torée dans les Gorges de La Pouëta-Raisse
- Creux-du-Van
- bains thermaux d'Yverdon
- spectacle d'improvisation théâtrale
- travail dans une boulangerie pour Noël (tradition depuis deux ans)
- journée à ski à Morgins
- pique-nique au bord du lac

Aide individuelle et ponctuelle

Sur un plan plus individuel, le rôle de l'animation peut être là pour **soutenir des démarches** de type administratif telles que :

- Aide à la démarche de recherche d'un travail, d'une occupation ou d'un loisir
- Aide dans les formalités administratives, dans la recherche d'un appartement
- Aider les patients à écrire des lettres, à répondre à du courrier, etc.

Animation et insertion

Nous avons remarqué que les usagers ont besoin d'occupations diverses. **L'animation peut être une sorte de tremplin vers l'insertion sociale puis professionnelle.**

Dans cette optique, nous avons constaté que bien des usagers au bénéfice d'un " contrat ISP " ont moins besoin de participer aux activités qu'auparavant. Bien souvent, ils ne participent plus aux animations en suggérant, à juste titre, qu'elles sont déjà occupées. Pourtant, certains souhaitent cumuler leur travail et les loisirs. Par exemple, c'est spontanément que certaines personnes travaillant dans le cadre du jardin potager social, ont proposé à l'animateur de former une équipe de football dans le but de participer à un tournoi inter-cantonal.

L'animation, en ce sens, est une des interfaces avec une réinsertion sociale et/ou professionnelle.

Partant de ce constat, nous nous dirigeons peut-être vers **une animation plus intégrée aux secteurs existants**, et ainsi ne constituant pas une entité à elle seule.

C'est le secteur animation qui viendrait " se fondre " dans les autres secteurs en s'adaptant à ceux-ci, toujours afin d'aider les personnes à reprendre contact avec une certaine réalité sociale.

Il est d'ailleurs ressorti de ces observations que l'animateur a pris une place sans cesse croissante dans le cadre du " 13 ouvert " et de ses ateliers.

Il faut toutefois garder à l'esprit la notion de plaisir. En effet, les personnes toxico-dépendantes peuvent ainsi redécouvrir le plaisir de participer à des activités diverses et de collaborer à la préparation de celles-ci. Ce n'est peut-être qu'au terme de toutes ces expériences riches et variées qu'une reconstruction identitaire autre que celle de toxicomane est envisageable et le réapprentissage d'un autre plaisir, plus gratifiant, que celui du soulagement que génère la consommation d'un produit psychotrope.

DISTRIBUTION ET SALLE D'ACCUEIL

Actuellement 3 distributrices travaillent 5 jours sur 7 dans les tranches horaires 8h30 - 11h45 et 14h30 - 18h30.

- environ 170 patients passent chaque jour prendre leur dose de méthadone et leur médication
- environ 15 patients suivent un sevrage au Subutex

Des prises d'urine et de salive sont demandées chaque semaine et envoyées au laboratoire pour recherche de traces de stupéfiants. Un certain nombre de patients, par la confiance instaurée entre eux et nous et l'absence de "sanction punitive", se déclarent d'eux-mêmes positifs, permettant ainsi une grande économie des coûts médicaux. Cette confiance et cette absence de "sanction punitive" nous permettent de discuter et de vérifier la compliance des patients face à leur médication.

Une sensibilisation a été faite quant au prix des médicaments auprès des personnes toxico-dépendantes, favorisant la compliance et la reddition des médicaments non consommés.

La préparation des semainiers se fait à la pharmacie, ce qui permet de consacrer ce temps à offrir un accueil optimal.

Une dizaine d'enfants accompagnent régulièrement leurs parents. Une caisse de jeux est prévue pour eux en dehors de la salle d'accueil et il faut garder sur eux un œil attentif.

L'augmentation du nombre des chiens dans la salle d'accueil a généré des tensions supplémentaires. Par conséquent nous avons établi un règlement "chien" : pas plus d'un chien dans le lieu et celui-ci doit être tenu en laisse. Un crochet pour attacher les chiens a été mis en place devant la porte d'entrée. Des sachets hygiéniques pour les crottes sont à disposition. Le grand nombre de lacunes éducatives et parfois la violence auprès des chiens, ont incité à mettre en place un échange avec une personne s'occupant d'éducation canine afin de montrer l'importance d'un chien bien "élevé" et ainsi conserver de bons rapports avec le voisinage !

La salle d'accueil

la salle d'accueil permet, à qui en a envie, de se poser un moment avant et après la prise de méthadone dans un espace privilégié et sécurisant. Les distributrices doivent être attentives au respect de ce lieu de passage pour qu'il reste harmonieux.

Dans ce but, des règles ont été établies comme par exemple de ne parler qu'en français et d'éviter des discussions autour de la consommation et de trafic de produits psychotropes.

L'accueil des personnes toxico-dépendantes est personnalisé le jour de leur anniversaire ainsi qu'à l'occasion d'autres fêtes.

Les différentes humeurs véhiculées dans la salle d'accueil dépeignent les ambiances de la zone.

Etre distributrice

Exige une PRESENCE dans l'ici et maintenant ainsi que de l'empathie lesquelles permettent de favoriser le climat de confiance entre le patient et l'institution.

SECRETARIAT

Ouvrir la porte du Drop-In, c'est déjà **faire un grand pas** ... puis, passer devant le secrétariat, s'y arrêter, formuler une demande, poser des questions, avant de solliciter un rendez-vous dont le but premier est d'être entendu, trouver l'aide souhaitée, attendre une réponse, voire la solution de son problème.

Pour les secrétaires, il est important non seulement de se montrer disponibles, mais encore de se montrer dignes de confiance pour être en mesure de les convaincre que nous pouvons leur permettre de poursuivre leur démarche.

Depuis un certain temps, il semble que des **demandes dans "l'urgence"** se multiplient.

Le secrétariat, c'est aussi l'endroit où l'on vient faire un petit signe, dire bonjour ou encore y passer sa colère ou son agacement : c'est un peu par là que passent les "humeurs" de chacun avant de se diriger dans la salle d'accueil et de distribution, ou, au contraire, d'en ressortir, soit en claquant la porte, soit avec un sourire ...

AIDE A LA SURVIE

INTRODUCTION

L'aide à la survie n'a pas toujours bénéficié d'une bonne presse, notamment en Suisse romande. Pourtant ce type d'approche que l'on qualifie de " seuil bas " est aujourd'hui entré dans les moeurs. Mieux même puisque celui-ci est considéré par les experts en toxicodépendance comme **un versant indispensable de l'aide apportée aux personnes dépendantes**.

Le politique partage également cette conviction et, voilà plus de 10 ans, a promu l'aide à la survie au rang de pilier de la politique fédérale en matière de drogue. Le canton de Neuchâtel a mis en vigueur son concept d'aide à la survie en 1998 (" Concept pour une Politique cantonale d'Aide à la Survie "). Nous reviendrons sur ces aspects historiques dans les sous-chapitres suivants.

Depuis plus de 15 années, des **antennes de proximité** ont fait leur apparition et des travailleurs de rue sont allés à la rencontre des populations dites marginalisées. Pourtant, les antennes de rue n'ont pas le monopole de l'aide à la survie et de la réduction des risques. Dans le cadre des suivis psycho-sociaux individualisés dans notre institution, pour une partie des personnes toxico-dépendantes, il est évident que chaque " référent " du Drop-in dispense des informations ou prescrit des stratégies qui peuvent se rapporter à une aide à la survie. La question est alors de connaître la spécificité d'un lieu comme " **Le 13 Ouvert** " (l'antenne de proximité neuchâteloise affiliée au Drop-in). C'est ce que nous tenons à développer dans ce chapitre.

HISTOIRE ET DEFINITIONS¹

Dans le but de clarifier **l'esprit qui anime notre travail** et de différencier **les différents concepts** qui le sous-tendent, nous avons pensé qu'il serait judicieux d'introduire ce chapitre consacré à " **l'aide à la survie** " en opérant un bref détour historique. Ce petit saut dans le passé permettra, nous l'espérons, de mieux discerner l'indispensable complémentarité qu'une approche comme l'aide à la survie apporte en matière de politique et, surtout, de traitement de l'addiction.

Le travail de proximité

En Suisse, il est légitime d'affirmer que **le travail de rue** tel qu'il est pratiqué aujourd'hui trouve ses racines au début des années 1980 à Zurich. L'événement socio-politique ayant favorisé son éclosion est le " Züribrennt " : des jeunes en colère manifestent violemment et s'insurgent ntre l'inadéquation des services et des institutions qui leur sont destinés.

¹ Référence : un article de Christian Moeckli paru dans le journal " Dépendances " de septembre 1999 et intitulé " Aide à la survie, réductions : une introduction terminologique sur fond historique " .

C'est à partir de ces événements que s'organise progressivement **le travail social de proximité (synonyme de travail de rue)**. Issus de mouvements " alternatifs " puis également relayé par des gens des Eglises, des travailleurs sociaux prennent l'option d'aller à la rencontre des jeunes et / ou des populations marginales là où ils se trouvent, à savoir dans la rue.

Le concept de " bas seuil "

Plutôt porte-parole des revendications des " jeunes en colère " à l'origine, les travailleurs de rue vont très rapidement être confrontés au problème de la drogue. Et malgré les réticences des travailleurs concernés, le travail de proximité a tendance à être réduit à une partie spécifique de l'aide aux toxicomanes par les politiques. Le concept de "**seuil bas**" fait alors son apparition et retient tout particulièrement l'attention dès l'apparition des scènes ouvertes et l'apparition du sida (dès les années 85). Les décideurs se rendent compte que ni les offres thérapeutiques prônant d'emblée des changements radicaux dans les comportements et la personnalité de l'utilisateur, ni la répression policière ne peuvent se targuer de constituer les seuls outils préventifs adéquats dans la lutte contre les phénomènes liés aux conduites addictives d'une partie de la jeunesse.

Le concept de seuil bas apporte une nuance de taille à l'offre thérapeutique et propose un regard nouveau sur la personne toxicodépendante. Parmi les postulats véhiculés par les tenants de cette nouvelle démarche figure notamment la conviction qu'une aide ciblée et comportant peu de conditions d'accès au traitement permet d'atteindre un double objectif :

- 1) à court terme celui de rencontrer la personne ici et maintenant et là où elle se trouve (en principe dans la rue) et quel que soit le stade de sa trajectoire
- 2) à moyen ou long terme, celui de mobiliser la personne et de l'inscrire progressivement, selon son rythme propre, dans une démarche d'autonomisation.

Concrètement, l'apparition du " bas seuil " signifie que le choix est donné à la personne toxico-dépendante souhaitant entreprendre un traitement ou, tout simplement, s'approcher d'intervenants sociaux. Autrement dit l'exigence d'abstinence cesse d'être une condition d'accès absolue à des prises en charge institutionnalisées. Bien qu'aujourd'hui cette réalité ne surprenne plus personne, c'est d'une véritable révolution qu'il s'agit à ce moment-là. Les personnes dépendantes possèdent désormais une alternative entre la rue, la désinsertion voire la marginalisation et les traitements souvent considérés comme trop lourds en exigences et en sacrifices et pour lesquels elles ne sont pas encore prêtes.

La réduction des risques

Si les concepts de " seuil bas " et de " travail de rue " doivent être associés au travail social, celui de "**réduction des risques**" est lié à l'intervention médicale en matière de toxicodépendance et à ses développements récents.

L'arrivée du sida dans les années 1980 constitue l'amorce d'un changement important dans le regard médical. Les personnes souffrant de toxico-dépendance deviennent non seulement des malades qu'il est impératif de traiter, mais également des acteurs dans l'exigence de la mise en place de stratégies efficaces pour enrayer l'épidémie.

Il serait injurieux de prétendre que le corps médical découvre à ce moment-là la réalité de la toxicomanie, mais il est cependant manifeste que l'intérêt croissant pour cette problématique et les découvertes importantes qui la concernent y trouvent partiellement leur origine.

Certes, les programmes de substitution à la méthadone existent déjà, mais ceux-ci sont encore marqués par l'objectif " d'abstinence-à-tout-prix ". Dès les années 1980, la médecine va **se pencher sur la souffrance** vécue par le toxicomane ici et maintenant, sans exiger forcément de celui-ci une mise à distance immédiate et radicale du produit.

La représentation du produit, justement, est également remise en question. Certes, l'héroïne est une substance psychoactive dangereuse - " vampirisante " affirment certains. Cependant, cette dangerosité est également considérée selon un autre prisme. Premièrement, la substance héroïne est très proche d'autres produits (d'autres opiacés) fréquemment administrés par le corps médical - la morphine ou la codéine par exemple. Deuxièmement, la dangerosité est principalement liée aux conditions dans lesquelles le comportement de consommation a lieu (conditions hygiéniques déplorables, situations sociales catastrophiques).

L'aide à la survie et la reconnaissance politique

Vers la fin des années 80 et le début des années 90, nous assistons à une sorte de convergence des sphères médicales et sociales vers une nouvelle philosophie de prise en charge : **l'aide à la survie**.

Cette approche se caractérise par **des innovations " techniques "** en matière de soins : **accueil sans seuil, aide sociale, aide matérielle, distribution de seringues et de matériel d'injection stérilisé, programmes méthadone plus accessibles, soins de base, etc.** Plus fondamentale encore, ces techniques s'appuient sur **une philosophie et une perception non manichéenne du toxicomane et de la dépendance en générale**. Les notions de " Bien " ou de " Mal " relatives aux produits et aux comportements qui y sont liés sont dépassées au profit d'une approche centrée sur la souffrance et les demandes des patients et, bien entendu, sur l'adéquation de celle-ci avec les différents cadres institutionnels qui s'assouplissent mais gagnent en cohérence.

En 1991, le Conseil fédéral adopte ce concept comme l'un des quatre piliers de la politique en matière de drogue. En Suisse romande, le terme " d'aide à la survie " - et la philosophie qu'il promeut - a été reçu avec méfiance et l'on a tôt fait de le juger selon son versant " aide à la survie physique ". Dans un souci consensuel, à partir de 1995, ce pilier a été rebaptisé " **aide à la survie et réduction des risques** ".

A ce stade il nous paraît utile d'en donner une définition : **le concept d'aide à la survie et réduction des risques " désigne de plus en plus cet ensemble de mesures sociales et médicales, à bas seuil d'exigence, qui s'appuient sur une acceptation provisoire de la consommation de substances psychotropes illégales - consommation qui est considérée comme une mauvaise réponse que donne la personne à sa situation de vie"² et à une pathologie sous-jacente qui serait ainsi " auto-médiquée "**.

Notons pour terminer que l'aide à la survie ne doit en aucun cas être opposée à l'abstinence. Elle doit être considérée comme un complément dans la boîte à outils de l'offre thérapeutique.

² Christian Moeckli (cf. note en bas de page précédente)

Certains toxicomanes utiliseront cet outil comme une porte d'entrée vers des formes de traitements qui leur permettront d'atteindre l'abstinence. Pour d'autres, peut-être, dont les ressources psychiques et le soutien social présentent d'importantes failles, les structures d'aide à la survie leur permettront de vivre,... de vivre le moins mal possible.

LE 13 OUVERT

Nul besoin de préciser qu'à Neuchâtel, le contexte est sensiblement différent que celui des grandes villes alémaniques où sont nées les orientations décrites ci-dessus. Peu de mouvements contestataires sont venus ébranler une politique en matière de drogue bien établie. Pas de scènes ouvertes non plus. Outre le fait que Neuchâtel soit une ville de moyenne importance, nous pensons que cette réalité a également été induite par une volonté politique cohérente en matière de lutte contre la drogue basée sur la collaboration avec les centres de soins.

Pourtant, l'idée de l'aide à la survie a fait son chemin.

Encore un peu d'histoire...

En **1996**, motivé par le souci de réduire le nombre d'overdoses mortelles dans le canton (80 entre 1990 et 1995), le **Bureau de la Commission drogue crée une Sous-commission overdose** dont la mission est d'en étudier les causes et d'envisager des moyens de prévention adéquats. Parallèlement, cette même année, le Drop-in crée puis distribue des dépliants informant les usagers de drogues sur les causes pouvant conduire à une surdose.

Parmi les propositions émises par la Sous-commission overdose figure la recommandation de **créer des structures d'accueil à seuil bas dans le canton**, ceci dans un esprit d'aide à la survie. Le mouvement est en marche...

1997 marque le début du chantier de l'antenne de proximité de Neuchâtel. Les anciens locaux du Drop-in situés à la Rue des Chavannes sont investis à cet effet. Peu à peu l'outil prend forme, cela notamment grâce à l'investissement massif de plusieurs usagers qui participent grandement aux travaux de rénovations et, déjà, à la confection des repas. Malheureusement, la dotation en personnel restreinte ne permet qu'une ouverture restreinte - 1 jour par semaine.

En **1998**, les autorités cantonales acceptent de s'engager en faveur d'une politique d'aide à la survie. En effet le **Conseil d'Etat accepte le "Concept pour une Politique cantonale d'Aide à la Survie"**. De même le projet est soutenu financièrement par le **Bureau Réduction des Risques de l'Oeuvre Suisse d'Entraide Ouvrière (OSEO)**. Ces soutiens permettent de poursuivre les efforts entrepris jusque-là avec, comme point de mire, la certitude, à terme, de pouvoir développer ce secteur par l'engagement de nouveaux collaborateurs. Cette même année, le temps d'ouverture de l'antenne de rue double et sa fréquentation triple.

L'année **1999** est celle de l'explosion de l'offre au sein de l'antenne de rue, baptisée "Le 13 Ouvert". Tout d'abord, un **secteur "occupationnel"** se développe de manière extrêmement rapide. La possibilité est offerte à plusieurs usagers de participer activement à la vie de la maison tout en bénéficiant d'un contrat d'insertion socio-professionnelle (I.S.P.) (cf. chapitres I.S.P.). De plus, dès l'automne, grâce à l'engagement de nouveaux collaborateurs,

l'ouverture du 13 devient quotidienne. Vers la fin de l'année, la fréquentation du lieu culmine à une moyenne de 30 passages par jour !

L'année **2000**, on le verra, est marquée par la **consolidation** de ce qui a été mis en place depuis 1996. De plus, **plusieurs projets se sont concrétisés** parmi lesquels : le suivi rigoureux des travailleurs sous contrat d'insertion socio-professionnelle (I.S.P.) ; les cours sur la prévention des risques ; la création de nouveaux ateliers.

Une approche spécifique

Dans le contexte qui est le nôtre, nous avons déjà signalé (dans de précédents rapports d'activité) le fait que le terme "**d'aide à la vie**" est peut-être plus révélateur du travail qui est effectué. Certes, la "**survie**" de certains de nos patients ou de personnes fréquentant le 13 en état de crise aiguë peut devenir une préoccupation majeure. Que ce soit au Drop-in ou à l'antenne de proximité, nous sommes fréquemment confrontés à des situations extrêmes où la vie de la personne qui demande semble ne tenir qu'à un fil ténu. Dans les deux structures, des réponses adéquates peuvent être données, que ce soit sous la forme d'une orientation, d'un soutien psychologique ou social, voire d'une médicalisation adéquate.

Un nombre non négligeable de " clients " du bistrot social situé au 1^e étage de l'antenne de proximité ont par la suite décidé d'entreprendre un traitement. Certains d'entre eux, souffrant d'addiction, se sont naturellement adressés au Drop-in. D'autres, par contre, ont été orientés vers d'autres structures de soin - notamment le Centre Psycho-social (CPS). Cette réalité permet d'affirmer que le 13 Ouvert peut être considéré comme une porte d'entrée et un corridor menant en direction du tissu sanitaire et social, en particulier vers les lieux de soin.

Nous l'avons mentionné l'année précédente, il existe une autre porte d'entrée au 13 Ouvert : "**l'occupationnel**". Par rapport à d'autres lieux d'accueil de ce type, la spécificité du 13 Ouvert est peut-être l'offre d'activités aussi diverses que la cuisine, la conciergerie, la couture ou le travail dans l'atelier. Les postes que nous proposons sont occupés en majorité par des personnes en traitement au Drop-in et, souvent, l'occupation s'inscrit dans la logique du traitement.

Ainsi la spécificité du 13 Ouvert n'a de sens que si elle s'inscrit dans une complémentarité avec ce qui est fait dans les lieux de traitements - qu'il s'agisse du Drop-in ou d'autres structures d'aide.

Il est temps maintenant de vous proposer une sorte de "photographie" du 13 Ouvert, photographie qui se veut le reflet neuchâtelois (reflet tout en nuances) de ce qui a été précédemment développé (cf. "histoire et définitions").

L'accueil

La principale raison d'être de l'antenne de proximité est toujours constituée par l'accueil qui y est effectué. Mais que sous-tend ce mot passe-partout qui intrinsèquement ne signifie pas grand chose ?

Le cadre

Avant d'entrer dans le vif du sujet, un écueil nous paraît important à préciser. Un accueil tel qu'il est traduit dans une antenne de rue ne signifie en aucun cas que n'importe quoi peut être fait dans ce lieu et que les travailleurs sociaux optent envers et contre tout une attitude de "laisser-faire".

Pour fonctionner, n'importe quel lieu d'accueil a besoin d'au moins un minimum de règles. Les nôtres se résument ainsi : **pas de violence, pas de trafic, pas de consommation**. D'autres règles - moins fondamentales mais nécessaires - assurent le bon fonctionnement de certains espaces (l'accès à l'espace cuisine, par exemple, est réservé aux membres de l'équipe cuisine ; chacun est invité à débarrasser sa table après le repas ; etc.). Le cadre est souple mais nous tenons à ce qu'il soit respecté.

Un accueil chaleureux et de qualité ne peut faire l'économie de ces exigences. De plus le cadre que nous proposons permet aux usagers de **différencier ce lieu d'un endroit de "zone" avec toute l'insécurité que celle-ci implique**. Nous pensons que pour certains usagers passablement déstructurés, ce cadre minimal contient déjà une esquisse de **quelque chose de "thérapeutique"**.

La cohabitation entre certains usagers est parfois difficile et tendue. De même la promiscuité - souvent beaucoup de monde (et de chiens !) dans un espace restreint - n'est pas toujours évidente à gérer. Néanmoins, au vu de la population fréquentant le 13 Ouvert, nous déplorons somme toute peu de passages à l'acte violents. Quant au trafic et à la consommation, nous tentons de responsabiliser chaque usager en leur transmettant notamment le message selon lequel ces pratiques, à terme, ne sont pas viables dans un lieu comme le nôtre et que la pérennité de celui-ci est intimement liée au respect du cadre mis en place.

De multiples demandes

On s'en doute, le rôle des travailleurs sociaux ne se limite aucunement à celui de garant du cadre. De multiples demandes émanent des usagers. Celles-ci concernent aussi bien des **renseignements de type social** que **des questions plus spécifiquement relatives à la problématique des dépendances**. Notre "double casquette" (à la fois collaborateurs au 13 Ouvert et référent au Drop-in) nécessite parfois une certaine prudence dans nos réponses. Il est primordial, en effet, de se garder d'interférer dans la relation thérapeutique liant l'usager et son référent au Drop-in et d'éviter soigneusement d'envoyer des messages paradoxaux.

Il va sans dire que nous ne pouvons répondre à toutes ses demandes. Fréquemment, notre réponse concerne plutôt **une orientation** de la personne vers des services plus adaptés et compétents selon le problème soulevé. Il n'est pas rare que les démarches (par ex. demande d'aide pour un déménagement ou inscription aux Services sociaux) soient effectuées avec la personne.

D'autres demandes sont moins explicites et concernent essentiellement **un désir d'être entendu et écouté**. Lorsque, visiblement, une personne est en état de détresse, nous lui proposons un temps d'écoute et d'attention, cela dans un espace éloigné des regards et des oreilles indiscrettes. Ces types d'entretiens ne sont pas rares mais, encore une fois, nous tentons dans la mesure du possible d'encourager la personne à (re-)prendre contact avec son réseau (médecin traitant, assistant social, ... ou un collègue référent du Drop-in).

Le bistrot

Depuis ses débuts, l'antenne de proximité a été mue par la vocation de **proposer un repas aux usagers**. Aujourd'hui, un repas est servi chaque jour de la semaine et le bistrot ne désemplit pas. Quotidiennement, ce sont en moyenne plus de 20 assiettes qui sont servies.

La confection des repas et le service sont toujours l'œuvre d'usagers - le plus souvent également suivis dans notre institution - qui bénéficient d'un contrat d'insertion socioprofessionnelle (I.S.P.). Nous reviendrons sur la nature et l'adéquation de tels contrats. Durant l'année 2000, nous avons eu la satisfaction de constater **une sensible amélioration dans la qualité de la cuisine**. La supervision de l'équipe cuisine par une collaboratrice du Drop-in et les cours dispensés par **une diététicienne** ne sont pas étrangers à ces progrès.

Malgré d'inévitables difficultés de cohabitation et de gestion du stress, les équipes cuisine semblent désormais "rodées" et effectuent leur travail avec beaucoup de plaisir, de compétences et d'autonomie.

Le feed-back des clients est d'ailleurs le plus souvent très positif, ce qui est particulièrement gratifiant pour les cuisiniers et leurs aides.

Le prix du repas (4.-) est extrêmement modeste et, pour ceux qui sont dans l'incapacité momentanée de régler leur note, une alternative leur est offerte : ce que nous appelons "**le troc**". Il s'agit en fait de la possibilité de payer son repas en effectuant un travail utile à notre collectivité (vaisselle, nettoyages, aide au service, etc.). Le troc est toujours individualisé. Il n'est pas rare, en effet, d'accueillir des personnes très affaiblies et diminuées dans leur capacité de travail. Nous leur demandons néanmoins une participation minimale dans l'aide aux rangements : concrètement, le troc peut par exemple consister à débarrasser sa propre assiette et à nettoyer une ou deux tables !

Nous avons abandonné l'idée de "l'ardoise" après avoir constaté que cette pratique, finalement, va à l'encontre d'une responsabilisation et d'une participation active à la vie de la maison.

La note conclusive est unilatéralement positive : **le bistrot dont l'essence est d'être au service de l'accueil remplit complètement sa fonction et permet à une population en manque de repères stables de se nourrir de manière équilibrée au moins une fois par jour à la même heure.**

Qui est accueilli au 13 ?

Nous nous sommes largement penchés sur le concept "d'aide à la survie" (ou "aide à la vie") plus haut dans ce chapitre. Le point essentiel véhiculé par cette notion est le bas niveau d'exigences formelles dans l'accueil (ou le traitement) des personnes sollicitant les structures fonctionnant selon cette philosophie. Au 13 Ouvert, **en théorie, n'importe qui peut franchir la porte d'entrée** et se poser pour échapper à la solitude, boire un café, se restaurer ou encore participer plus activement encore à la vie de la maison. **Dans les faits, nous constatons que la grande majorité des "clients" est issue de la "zone"**.

Cependant, signalons que cette "zone" n'est pas homogène, n'est pas constituée que de personnes dépendantes aux produits psychotropes et ne développe pas les mêmes attentes par

rapport à un lieu comme le 13 Ouvert. Attentes différenciées que l'on peut tenter d'identifier (même s'il faut être conscient qu'une même personne peut figurer dans plusieurs catégories) :

- Nous l'avons dit, certains usagers s'y rendent pour se poser dans un endroit où ils peuvent échapper à des regards jugeant, où ils ne craignent pas la confrontation directe avec ce qui est, selon eux, trop institutionnalisé et menaçant.
- Il n'est pas rare d'entendre que pour plusieurs, le 13 Ouvert est un espace privilégié de rencontres. C'est avec beaucoup d'intérêt et de satisfaction que nous avons observé - et parfois encouragé - l'émergence de mouvements spontanés de solidarité (par exemple : organisation d'un déménagement) ou de "self-help" (accompagnement de personnes en difficulté).
- D'autres conçoivent l'antenne de proximité essentiellement comme un dispensateur de services : un bistrot où il est possible de bien manger et pour pas cher ; une douche et une buanderie (utilisées chaque jour par des squatters ou des gens de passage).
- Enfin, plusieurs usagers, dont la plupart sont entrés au 13 par les "portes" décrites ci-dessus, utilisent cet espace comme lieu de réinsertion - avec toutes les nuances que ce terme recèle (cf. chapitre sur "l'occupationnel" et notamment les sous-chapitres concernant les contrats I.S.P. et les T.I.G.).

La réduction des risques

Les soins infirmiers

Le secteur des soins infirmiers au 13 se concentre avant tout sur deux offres :

- **distribution de matériel injectable stérile**
- **soins ou "orientation - information" pour les dommages liés aux injections.**

Plus de 400 seringues ont été distribuées via l'antenne de proximité, ainsi que du matériel servant à l'injection (aiguilles, eau stérile, désinfectant, acide ascorbique...).

Le modèle des seringues avec filtre est proposé. Ce modèle est hygiéniquement avantageux par rapport à la technique "classique" d'injection qui utilise le plus souvent comme filtres des cotons de cigarettes. Ces "cotons" sont reconnus pour devenir de véritables nids de bactéries, et il est fréquent que les consommateurs les réutilisent plusieurs jours après le premier shoot. Cette pratique comporte un fort risque de développer une infection. L'utilisation du filtre proposé avec ce type de seringues évite ce risque.

Le retour des seringues usagées est encouragé, et dans ce cas le matériel neuf est remis gratuitement. Sinon il est normalement demandé 50ct. pour l'ensemble du matériel, ceci reste négociable en fonction des situations.

Plusieurs personnes nous ont montré des abcès. Une prise en charge peut être amorcée si la situation n'est pas trop grave. Dans le cas contraire, les personnes sont réorientées vers les policliniques ou vers leur médecin traitant.

Différents petits maux physiques sont manifestés (nausées, vertiges, boutons, plaies...). Il n'est pas rare de prendre aussi la tension artérielle afin de rassurer une personne qui est souvent anxieuse. L'attention portée aux symptômes physiques nous permet souvent

d'approfondir avec le patient leur malaise qui est plus global et suivant la situation de le réorienter vers un lieu de soins ou un lieu social au besoin.

Face à quelques situations de jeunes femmes très “ déstructurées ” autant psychiquement que socialement, un travail spécifique a été entrepris sur le problème de la contraception. Des conseils et du soutien ont été prodigués, ainsi qu’une réorientation vers le planning familial.

Cours sur la prévention des risques

1) Le point de départ : un constat

Dans le cadre de notre travail quotidien auprès des usagers, force nous a été de constater que le **manque de connaissances** de ces derniers concernant les risques liés à la consommation de produits stupéfiants est inquiétante. Inversement, la “ zone ” pullule de **représentations et de croyances souvent erronées**. L’exemple de l’eau salée injectée comme antidote de l’overdose en est un paradigme. La croyance selon laquelle le HIV peut aujourd’hui être guéri - croyance on ne peut plus fausse et dangereuse - est également véhiculée par certains.

Considérant que la première phase de toute **prévention** auprès de personnes déjà toxicodépendantes consiste à **donner des informations** claires, précises, concises et facilement assimilables, nous avons été d’avis qu’il serait judicieux de s’inspirer de l’expérience pilote menée à Genève - à savoir un cours centré sur la prévention des overdoses. Ainsi un **concept de prévention des risques** a été développé par des collaborateurs du 13 Ouvert. Il se veut accessible, interactif et ouvert à la collaboration avec d’autres intervenants.

2) Choix des thèmes et messages

Le choix des thèmes et des messages à transmettre nous a été dicté par plusieurs éléments. Le premier est notre expérience sur le terrain et les questions qui nous sont fréquemment posées par les usagers - notamment le thème de l’**overdose**. Le second est lié à la fréquence et à la dangerosité de certaines pratiques auxquelles s’ajoute le problème des fausses croyances y relatives. Ce second élément concerne aussi bien l’overdose que **les techniques d’injection**. Quant au thème des **hépatites virales**, il est essentiellement dicté par son envergure épidémiologique chez les consommateurs de drogues.

L’overdose

Le thème de l’overdose nous a paru central à traiter. Nous pensons qu’un minimum de connaissances théoriques, une capacité à en reconnaître les signes et l’apprentissage de comportements simples et adéquats à adopter sont autant d’atouts permettant de **sauver des vies**. Sans en présenter une liste exhaustive, une série de messages nous ont paru essentiels à transmettre parmi lesquels : “ il est possible d’identifier les signes d’une overdose ” ; “ l’overdose aux opiacés est un arrêt respiratoire ” ; “ attention aux mélanges et à la consommation après un temps d’abstinence ” ; “ la personne qui alerte les secours ne sera pas poursuivie en justice pour des faits liés à la consommation ” ; “ mieux vaut appeler le 144 “ pour rien ” que de laisser une personne mourir... ”. Nous avons également tenu à ce que les participants acquièrent certains gestes et réflexes, raison pour laquelle **l’apprentissage de la respiration artificielle** est une part essentielle du programme.

Les hépatites

Les injecteurs de drogues figurent parmi les populations les plus touchées par les virus de l'hépatite. Médicalement, l'orientation du traitement est largement influencée si le diagnostic de l'hépatite est posé - notamment l'hépatite C. Le cours a pour but de sensibiliser les participants sur l'importance du **dépistage**. Il insiste également sur les stratégies permettant de **freiner l'évolution de l'hépatite C** vers un cancer du foie ou une cirrhose, à savoir : se faire vacciner contre les hépatites A et B si la personne ne les a pas encore contractées ; réduire voire stopper toute consommation d'alcool ; si la personne est encore consommatrice, au moins éviter d'injecter. A l'adresse des participants qui n'ont pas contracté le virus de l'hépatite C, le message central consiste à insister sur l'absolue nécessité de ne jamais partager leur matériel d'injection (seringue, aiguille,... mais également la cuillère, le filtre ou l'eau). Un autre message est de préciser que la transmission de l'hépatite B se transmet également par voies sexuelles - message d'autant plus important que le virus de l'hépatite B est beaucoup plus résistant et transmissible que celui du H.I.V..

Les techniques d'injection

Un programme de prévention des risques liés à la consommation de produits stupéfiants ne peut faire l'économie d'aborder le thème des techniques d'injection. Nul n'est sans savoir que le partage de seringues et une mauvaise hygiène d'injection présentent des risques considérables : la transmission de maladies virales ; l'infection bactérienne ; les lésions aux veines. En matière d'injection, un minimum de savoir-faire réduit considérablement les risques précités. Un des leitmotiv de la prévention est d'insister sur le slogan " 1 seringue, 1 aiguille, 1 shoot ". Proscrire l'échange de matériel - quel qu'il soit - doit également être répété. Enfin, le fait de bien expliciter la nature, l'utilité et la manière adéquate d'utiliser ce que contient une boîte-flash³ n'est pas un exercice superflu. Au-delà de toute attitude moralisatrice, nous sommes d'avis que **l'enseignement d'une bonne hygiène d'injection** permet de compléter les prises en charge individuelles des patients qui continuent de consommer. Il paraît évident que le traitement est " facilité " si la personne parvient à éviter de contracter une hépatite ou une infection bactérienne.

3) Bilan de l'exercice 2000

Durant l'année écoulée, nous avons organisé **deux cycles** de cours, un comprenant 5 séances d'environ 1 heure pendant laquelle un des thèmes précités est abordé⁴.

Toutes les personnes n'ont pas suivi l'ensemble des cinq cours. En effet plusieurs participants n'ont assisté qu'à une partie du cycle au gré de leurs envies et des thèmes proposés. La formule d'inscription et de participation est restée souple - sauf peut-être pour les personnes effectuant un travail d'intérêt général (TIG) pour lesquelles la participation a été obligatoire -.

En moyenne 8 personnes ont assisté à chaque cours.

³ Une " boîte-flash " contient tout le matériel permettant de faire une injection, à savoir une aiguille, une seringue, de l'eau stérilisée qui permet d'éviter le mélanger le produit à de l'eau contenant des bactéries par exemple, du désinfectant, de l'acide ascorbique qui facilite la dissolution du produit, un tampon d'ouate, un sparadrap.

⁴ 1 heure est consacrée au thème des hépatites, 1 heure à celui des techniques d'injection et 3 à l'overdose.

Le nombre de participants aux séances a varié entre 4 et 10 personnes. Les thèmes de l'overdose et des hépatites ont été plus mobilisateurs que celui relatif aux techniques d'injection. Ce n'est pas une surprise car la population qui fréquente ces cours n'est pas uniquement constituée d'injecteurs actifs. Certains, en effet, ont abandonné cette manière de consommer ; plus rarement, certains participants n'ont jamais injecté les produits consommés. De plus, pour beaucoup, le fait de participer au cours sur les techniques d'injection peut signifier implicitement qu'ils continuent de s'injecter des drogues, ce qui n'est pas toujours aisé à reconnaître.

Le nombre de participants pour ces premiers cycles est tout à fait satisfaisant à nos yeux. Le fait d'avoir prévu le déroulement de ces cours quelques minutes après le repas du 13 - moment de forte affluence - a permis à des personnes non inscrites d'y participer. Cette stratégie a eu l'avantage de compenser les absences de personnes pourtant inscrites au cours.

Suite aux discussions que nous avons eues après les séances avec les participants, il en est ressorti un " feed back " globalement positif, avec notamment la satisfaction d'avoir acquis ou tout au moins clarifié de nouvelles connaissances et / ou stratégies. Néanmoins nous nous sommes rendus compte que pour certaines personnes, plusieurs aspects du contenu du cours n'ont pas toujours été très bien compris ou assimilés. Le niveau des participants étant très divers (capacités d'attention et de compréhension variées et pouvant être perturbées par la prise de médicaments ou produits stupéfiants). Nous ajouterons que la somme d'informations relativement copieuses présentées dans un laps de temps assez court expliquent sans doute ces " défaillances ".

Mais rappelons que l'objectif des cours est modeste : il n'entre pas dans notre propos de faire des participants des spécialistes en réduction des risques, mais simplement de leur permettre d'assimiler quelques messages et comportements essentiels suivant les thèmes abordés. Ces premiers cycles nous ont confortés dans nos choix.

Le **questionnaire interactif** utilisé comme support pédagogique a été très efficace comme moyen didactique. Il a facilité les échanges au sein du groupe ce qui a permis, entre autre, de repérer les fausses croyances sur les sujets abordés.

Animée par des spécialistes du Service d'Incendie et de Secours (S.I.S.), la séance pratique sur la réanimation respiratoire a été particulièrement appréciée par les participants. Hormis la qualité des intervenants, la possibilité d'effectuer des exercices pratiques sur des mannequins a été très enrichissante et s'est révélée tout à fait indispensable pour l'apprentissage de la réanimation d'une overdose.

4) Conclusion et nouvelles perspectives

Au vu de ce premier exercice 2000, il nous paraît important de poursuivre cette démarche en 2001. Bien que le principe des cours sera identique, notre réflexion s'est portée sur la possibilité d'introduire quelques idées neuves parmi lesquelles : s'appuyer sur des supports graphiques (photo, vidéo...) pour enrichir le cours ; introduire une évaluation en fin de séance pour vérifier l'acquisition et (re-)préciser les messages clés ; si l'opportunité se présente co-animer le cours avec un usager de drogues.

Le flyer overdose : “ INFOZONE ”

Rappelons que l'idée première, à la demande du “ Bureau de la Commission Drogue ”, était de remettre à jour le “ flyer overdose ” distribué en pharmacie et destiné aux acheteurs de matériel d'injection. Nous avons abandonné l'idée que ce flyer soit rédigé par un groupe d'usagers suite à différentes difficultés concrètes rencontrées. La rédaction du flyer est sous la responsabilité de professionnels qui le créent dans un échange perpétuel avec les usagers du 13.

Le flyer overdose a été baptisé INFOZONE.

Infozone se présente sous la forme d'une page A4 recto-verso qui est plié en trois parties (cf. annexes). Le recto est consacré au thème de l'overdose (information sur la réanimation artificielle, les causes de l'OD...). Le verso de la page est principalement destiné à un thème d'actualité qui est renouvelé trois ou quatre fois par année. **Cette année deux sujets ont été abordés : la cocaïne puis les hépatites.** Ils ont permis de faire passer des informations et des recommandations sur ces deux problèmes qui provoquent de gros dégâts parmi les usagers de drogues. En ce sens, **le flyer INFOZONE nous paraît un outil adéquat en terme de réduction des risques.**

Le flyer a été distribué dans les pharmacies de l'ensemble du canton par l'intermédiaire des trois centres ambulatoires et avec l'appui du pharmacien cantonal. Il a également été présenté dans les structures d'accueil (le 13 Ouvert, le Seuil, le CAPVT).

Pour les prochains numéros d'INFOZONE, une collaboration rédactionnelle entre les centres ambulatoires neuchâtelois est imaginée.

L'occupationnel au 13 Ouvert

Depuis près de deux années, l'antenne de proximité propose aux usagers différentes activités. Nous avons assisté à une explosion de la demande en matière de contrats d'insertion socio-professionnelle (I.S.P.). Durant l'année 2000, deux nouveaux projets ont pu voir le jour : l'atelier K-Lumets et la couture. Les autres offres occupationnelles concernent la cuisine (confection des repas et service), la jardin et la conciergerie. Cette année, les différents lieux de travail ont également permis à plusieurs usagers d'effectuer un travail d'intérêt général (T.I.G.), cela en collaboration avec l'Office de l'Exécution des Peines.

Le contrat d'insertion socio-professionnelle (I.S.P.)

Nous l'avons déjà précisé dans notre rapport de l'année dernière, **le contrat I.S.P. est un contrat tripartite conclu entre les Services sociaux d'une commune, un lieu de travail pouvant offrir un cadre adéquat et une personne souhaitant (ré-)investir un programme d'occupation structuré et supervisé.**

Il s'agit de préciser que le cahier des charges d'un travailleur I.S.P. est le fruit d'un accord entre les travailleurs sociaux du 13 et la personne qui s'y inscrit. Autre point capital : **le cahier des charges est toujours individualisé** et, en ce sens, présente un compromis entre les attentes, les capacités de la personne et les besoins de l'antenne ou du jardin.

Pour certains usagers, le cahier des charges fait mention de passablement d'exigences et de responsabilités. Le programme mis en place se rapproche alors d'une (ré-)insertion professionnelle. Dans la plupart des cas, cependant, la réalité de la personne fait pencher la balance vers un cahier des charges modeste en terme de quantité de travail et d'exigences fixées. Plutôt que de la "réinsertion", il est légitime d'affirmer que nous sommes là dans un domaine que l'on pourrait baptiser le "**relationnel - occupationnel**". Il s'agit alors bien plus d'une (ré-)insertion sociale que professionnelle. Cette souplesse permet à beaucoup de se réinscrire dans un rythme de vie plus stable et mieux structuré, cela sans mettre en place un dispositif et des objectifs trop élevés qui, inévitablement, mèneraient à un nouvel échec si la personne n'était pas prête.

Quelle que soit la nature du cahier des charges, **nous exigeons que ce qui a été décidé soit respecté par le travailleur I.S.P.** (horaire, respect des règles de base, etc.). Dans notre perspective, c'est là un point essentiel du contrat.

Le travail d'intérêt général (T.I.G.)

Le Drop-In adhère à la conviction selon laquelle l'emprisonnement de personnes toxico-dépendantes pour des motifs de consommation personnelle est la plupart du temps une mesure inopérante, voire contreproductive. En effet si l'on considère que la consommation de produits stupéfiants est une automédication contre des problématiques sous-jacentes et antérieures, l'emprisonnement ne règle rien et souvent complique.

La sphère juridique tend à partager cette opinion. L'excellente collaboration avec le Service de la Justice et plus particulièrement avec l'Exécution des Peines nous a incité à poursuivre notre expérience en matière de programmes de travaux d'intérêts généraux. Depuis 1999 déjà, le 13 Ouvert et le jardin sont des lieux où il est possible d'exécuter un T.I.G..

Les différentes occupations

Nous avons déjà passablement insisté sur le travail effectué en **cuisine** par des équipes dont la compétence est encourageante. Chaque jour, en effet, les cuisiniers et leurs aides concoctent des mets appréciés par les usagers. Il faut souligner que jamais, dans le courant de l'année 2000, une équipe de cuisine nous a fait faux bond. Certes, certains membres ont été absent une fois ou l'autre, mais cela n'a pas empêché le repas de se faire et d'être servi dans les temps.

Un lieu comme le 13 Ouvert qui contient plusieurs étages et accueille près de 40 personnes quotidiennement ne peut faire l'économie **d'une équipe de concierges** (ou plutôt de bricoleurs hommes à tout faire). A l'actif de ces derniers, mentionnons l'excellent travail de nettoyage et de rénovation effectué dans **la bibliothèque** de l'antenne. Celle-ci est devenue un lieu accueillant et chaleureux que nous espérons développer et exploiter en 2001.

L'atelier de couture

La mise en place de l'atelier de couture témoigne du dynamisme qui anime certains usagers. **Trois jeunes femmes fréquentant régulièrement le lieu ont mis en commun leurs idées, leurs envies et leur énergie pour proposer et créer un espace réservé à la couture.** Supervisée par une collaboratrice, elles ont fait preuve d'autonomie et de rigueur dans cette entreprise. En quelques semaines, l'atelier est passé du statut de projet à celui d'espace fonctionnel.

Les couturières - qui ont suivi des cours avant de se lancer dans l'aventure - rendent passablement de services aux usagers et aux travailleurs I.S.P. parmi lesquels :

- fabrication de tabliers pour les cuisiniers
- confection de rideaux et de sets de table pour le bistrot
- réparations, retouches de vêtements
- supervision de personnes désireuses de s'essayer à la couture et / ou de réparer elles-mêmes leurs vêtements
- gestion d'un troc d'habits

L'atelier K-Lumets

L'atelier K-Lumets a vu le jour dans le courant de l'année 2000. L'atelier de menuiserie du 13, alors occupé très occasionnellement pour des projets personnels, a permis de mettre en place un dispositif permettant la confection d'allume-feux.

Ainsi l'atelier K-Lumets du 13 Ouvert est devenu un des nombreux lieux de sous-traitance des allume-feux commercialisés par la Fondation des Perce-Neige. Nous tenons à remercier les responsables des ateliers protégés de Monruz pour leur accueil - à quelques reprises des usagers se sont rendus dans ce lieu pour y être formés -, leurs conseils et leur aide matérielle.

Actuellement, l'équipe K-Lumets est formée de 4 personnes travaillant 6 heures par semaine. Dans l'offre occupationnelle de l'antenne de proximité, **l'atelier K-Lumets permet à ceux qui s'y inscrivent de travailler à leur rythme, cela dans un endroit et une atmosphère beaucoup moins " effervescents " que peuvent l'être le " bistrot " ou la cuisine.**

Bien que la production ait eu passablement de peine à démarrer, nous devrions observer les premiers fruits de cet investissement en temps et en matériel en 2001.

Le jardin potager social ou “ Drop-in Garden ”

En ce qui concerne le jardin, **les récoltes successives ont permis de continuer d’approvisionner “ le bistrot ” du 13 Ouvert en produits frais.**

L’équipe du jardin est constituée de 11 personnes travaillant sous la supervision d’un chef de culture. Ce dernier, accompagné par un travailleur social, ouvre “ le chantier ” chaque matin, distribue le travail et veille à la bonne marche de la petite entreprise.

Cette année, la participation et l’investissement des usagers a permis de poursuivre le développement du “ Drop-in Garden ” qui, rappelons-le était encore en friche en 1999. Aujourd’hui, l’intégralité de la surface cultivable est exploitée avec notamment un accroissement important de la culture florale.

Concernant l’enceinte, les serres et les bâtiments du jardin, les travaux de restauration sont toujours en cours. L’objectif que nous nous étions fixés - à savoir redonner vie aux anciennes serres de la Ville de Neuchâtel - est en passe de se réaliser.

Mais le Jardin potager social ne se réduit pas à un espace géographique. **Diverses activités “ extra muros ” ont été réalisées en 2000.** Ainsi, à deux reprises, **un stand du “ Drop-in Garden ”** destiné à la vente des plantons s’est implanté en ville. Les bénéfices récoltés lors de ces ventes ont permis divers investissements matériels d’une part, et une reconnaissance sociale de la qualité du travail effectué par les usagers d’autre part.

En décembre, le désormais traditionnel “ **stand de Noël** ” tenu par les travailleurs I.S.P. et quelques collaborateurs du Drop-in a reçu un très bon accueil. Le stand de Noël a notamment permis **d’informer les nombreux clients** sur la nature et les objectifs des activités proposées dans le cadre d’une structure comme le jardin. De plus, le stand a favorisé l’éclosion de moments de vie extraordinaires et privilégiés pour les travailleurs I.S.P. qui ont pu constater que leurs efforts et la qualité de leurs décorations ont été massivement salués par les passants. Enfin, la quantité de matériel vendu et le bénéfice retiré ont largement dépassé leurs espérances, preuve que leur investissement n’est pas resté sans écho.

Au vu de l’expérience vécue au jardin jusqu’à ce jour, nous nous sentons confortés dans notre volonté de proposer une reprise de contact avec une activité de type occupationnel par des travaux liés à la terre. Les “ jardiniers ” qui, au fil des saisons, voient sortir de terre le fruit de leur labeur, ont cette année encore fait preuve d’un potentiel extraordinaire. **Il est tout à fait réaliste d’affirmer que pour plusieurs d’entre eux, cette activité a contribué au fait qu’ils puissent se forger une autre identité que celle liée à la toxico-dépendance.**

La mise en place et le développement du jardin n’auraient pu se réaliser sans l’appui de certains. Le Drop-in tient par conséquent à remercier :

- La Ville de Neuchâtel qui nous a permis de mettre sur pied en nous mettant le terrain à disposition “ cette entreprise ”, laquelle s’inscrit désormais dans les projets durables de notre cité.

- Les voisins qui nous témoignent leur confiance et qui se sont montrés prêts à s'ouvrir à d'autres images que celles véhiculées traditionnellement sur les personnes toxicodépendantes. Le succès de "**l'apéro des voisins**" nous encourage à continuer nos efforts et nous permet d'envisager une vie associative dans le cadre de ce cadre magnifique qu'est devenu le Jardin potager social.

Projets 2001

Renforcer la distribution de seringues et de matériel d'injection

A Neuchâtel, la distribution du matériel d'injection s'effectue principalement par le biais des pharmacies et par l'antenne de proximité du Drop-in. L'offre actuelle nous paraît insuffisante face aux demandes qui ont considérablement augmenté depuis l'apparition massive de la cocaïne sur le marché. En terme d'horaire, différentes périodes ne sont pas couvertes, notamment le soir. Faciliter l'accessibilité au matériel d'injection est l'une de nos préoccupations majeures afin de réduire d'importants risques médicaux.

Dans différents cantons suisses alémaniques, **un automate distributeur de seringues** a été implanté dans la cité. Ce type de service comporte de nombreux avantages. Il permet notamment une accessibilité au matériel d'injection 24 heures sur 24. Accès illimité et anonyme, ce qui encourage clairement le consommateur à renouveler son matériel plus souvent et à ne pas réutiliser plusieurs fois son matériel souillé.

Seul point d'interrogation face à la distribution par un automate : le retour des seringues usagées. L'expérience suisse alémanique montre que le retour se fait dans de bonnes proportions - proportion comparable au système actuel où on demande en règle générale le retour d'une seringue usagée pour obtenir une nouvelle seringue. Toutefois, si le projet de l'automate peut se concrétiser en ville de Neuchâtel, nous avons imaginé un système original dans le but de favoriser le retour du matériel usagé. L'idée est la suivante : ajouter dans le prix de vente une taxe de "dépôt" pour la seringue et l'aiguille s'élevant à 50ct. et, bien entendu, rendre cette somme lorsque la personne nous ramène son matériel d'injection. **C'est le système de la seringue consignée** qui aura très certainement un effet considérable au sein de cette clientèle pour qui l'argent reste souvent un problème majeur.

Développer "l'autogestion supervisée"

A ce jour, les espaces du bâtiment abritant l'antenne de proximité ne sont pas tous exploités. A l'instar du Jardin potager social il y a quelques années, certaines pièces sont encore "en friche". Pourtant, plusieurs projets qui nous tiennent à cœur tardent à voir le jour. A cela deux raisons principales :

- 1) Le temps que chaque collaborateur social travaillant au 13 est compté. Or le fait de concrétiser des projets et d'entreprendre de nouveaux travaux nécessite un investissement en temps que nous ne pouvons plus guère donner.
- 2) Un autre de nos soucis est de continuer d'offrir aux usagers du 13 Ouvert un accueil optimal. Le "cœur" de cet accueil, on le rappelle, est le bistrot qui est situé au 1^e étage de la maison. Or, selon l'expression consacrée, nous ne pouvons être "au four et au moulin", c'est-à-dire consacrer du temps à jouer le rôle de "contremaître" de différents chantiers et

celui de personne de référence disponible et assurant une présence marquante dans le cadre du bistrot et de la cuisine.

L'idée est alors de déléguer la responsabilité de différents projets à des usagers qui en émettent le souhait et, par la suite, de les responsabiliser dans la gestion de différents espaces. Bien entendu, les projets, les budgets et la manière de travailler nous seront soumis. Il n'est pas question que l'équipe sociale de l'antenne de rue soit placée devant des faits accomplis. Il s'agirait de développer une " autogestion supervisée ".

En quelque sorte, cette expérience de " **partenariat** " avec des usagers a déjà été tentée au Jardin potager social, avec toute la réussite que nous lui connaissons. L'expérience de la mise en place de l'atelier de couture s'y rapporte également. En 2001, il est planifié qu'une salle de fitness soit mise et place puis gérée par un (ou plusieurs) usager(s).

Le point crucial est celui du respect du cadre dans ces espaces co-gérés par des usagers. Les responsables et les personnes qui fréquenteront la salle de fitness par exemple connaissent les règles du jeu, à savoir que nous n'hésiterons pas à fermer momentanément le lieu si les règles de base (pas de violence, pas de trafic, pas de consommation) cessaient d'être respectées. Il ne sera pas non plus demandé à une personne toxico-dépendante de jouer le rôle de " chien policier " dans ces espaces mais de sensibiliser à la nécessité qu'un cadre défini d'avance soit respecté.

Le 13 Ouvert en chiffres

Les passages au 13

228 personnes différentes sont venues au moins 1 fois au 13 Ouvert, ce qui constitue une nette augmentation par rapport à l'année dernière (150).

En tout, cela représente **plus de 8000 passages sur l'année !**

La population qui fréquente le 13 Ouvert

35% de la population fréquentant le lieu n'est pas en traitement dans notre institution.

10 à 15% des personnes ne sont pas connues de notre institution en début d'année.

La majorité des clients du 13 est encore constituée par des patients suivis au Drop-in (environ 2/3)

Le bistrot

Le 13 a ouvert ses portes à 229 reprises durant l'année écoulée, soit chaque jour de la semaine, y compris pendant les vacances d'été, et également lors de quelques jours fériés (26 décembre et 2 janvier par exemple). Chaque jour, un repas chaud a été servi.

La moyenne des passages s'est élevée à 35 par jour. Nous n'avons pas constaté de différences de fréquentation significatives par rapport aux périodes de l'année. Autrement dit chaque saison a connu des jours de haute fréquentation - près de 50 passages et pas loin de 30 repas servis - et des jours creux - 12 repas, 25 passages.

En tout **plus de 4100 repas ont été servis** contre 1700 l'année dernière ! En moyenne, nous servons **18 repas quotidiennement**. Plus d'1/4 de ces repas ont été troqués par un travail utile à la collectivité.

Fait nouveau : nous constatons que seule la moitié (à peine plus) des usagers qui passe au 13 viennent pour se restaurer. Cela s'explique par le fait que de nombreux travailleurs I.S.P. ne mangent pas sur place. De plus, beaucoup sont ceux dont le passage est bref - le temps d'un café ou d'une douche et puis s'en vont...

La douche et la buanderie

Ces deux services sont utilisés **quotidiennement**.

Les activités occupationnelles

Cuisine : 5 personnes représentant 23 contrats I.S.P. de 3 mois
Service : 4 personnes représentant 11 contrats.
Ateliers : 6 personnes représentant 9 contrats.
Conciergerie : 2 personnes représentant 2 contrats.
Buanderie : 2 personnes représentant 2 contrats.

T.I.G. au 13 : **8 personnes** totalisant **près de 1000 heures** de travail d'intérêt général
T.I.G. au jardin : une seule personne a effectué un T.I.G. dans ce lieu.

AIDE AUX PATIENTS CHRONIQUES ET AUX INVALIDES

En 1999, plus de 70% de nos patients répondaient aux critères de l'art. 74 de la Loi sur l'Aide aux Invalides.

En 2000, ce pourcentage se maintient dans les mêmes valeurs, du moins en apparence pour l'instant.

Car “ l'épidémie silencieuse ” de l'hépatite C commence à se manifester au grand jour : plus de la moitié des personnes toxicomanes testées dans notre centre sont porteuses du virus. Il faut s'attendre ces prochaines années à une augmentation considérable de patients invalidés par cette épidémie, malgré toutes les mesures préventives qui ont été développées jusqu'ici. Ils viendront grossir les rangs de la population correspondant déjà aux critères de la loi sur l'aide aux invalides.

Notre institution poursuit ses activités de soutien auprès de ce type de patients et continue à développer notamment ses propositions d'occupation principalement dans le cadre du “ 13 ouvert ” (cf chapitre “ Aide à la survie ”).

UN LIEU DE FORMATION

Formation destinée aux institutions, professionnels ou autres

- à des **médecins**, dans le cadre de la formation continue dans le domaine des addictions proposées par la Société de Médecine du canton de Fribourg, à Seedorf, par le Dr P.-A. Porchet, sur le thème : "**Toxicomanie et méthadone : la personne et la substance**",
suivi d'un atelier : "**Initiation et maintenance d'un traitement à la méthadone**".
- à l'équipe des collaborateurs(trices) du Foyer André, par le Dr P.-A. Porchet.
- au **team médical** du Foyer André, par le Dr P.-A. Porchet et M. G. Fornerod,
- sous forme de supervision, au Responsable pédagogique du Foyer André et un(e) collaborateur(trice) ainsi qu'à la Responsable du Foyer La Cloche.
- à des **infirmières diplômées**, à l'occasion d'une journée au Drop-In, à la demande de la section neuchâteloise de l'Association suisse des infirmiers (ères), par MM. J.-M. Coste, P. Berset et G. Fornerod,
- à des **élèves** en fin de formation à l' **Ecole Normale de Neuchâtel**, par Mme V. Wenger-Pheulpin, MM. M. Cattin, C. Descoedres et G. Fornerod,
- à l'**Ecole Suisse de Police**, à Neuchâtel, par M. G. Fornerod,
- aux **aspirants de la Police** de la Ville de Neuchâtel, par M. G. Fornerod.
- au **Study Club** (groupe de médecins-dentistes), par MM D. Bugnon et G. Fornerod.

Stages et stagiaires

Chaque année, **les stagiaires de CESANE**, l'école neuchâteloise de soins infirmiers, nous rappellent l'importance de cette profession dans la prise en charge des personnes toxicodépendantes.

Leur formation "généraliste" (soins physiques et psychiques) leur permet d'intervenir tant dans la compréhension et la prise en charge des graves troubles de la personnalité dont nos patients souffrent, que dans le suivi des personnes sous neuroleptique dépôt ou dans les campagnes de dépistage et de vaccination (principalement hépatite).

Leur savoir-faire en soins physiques nous est précieux avec une population qui vient souvent chez nous pour montrer un abcès, par exemple, et qui ne va que très rarement consulter un généraliste ou une polyclinique.

Trois stagiaires se sont succédés :
Tamara Patrizi, en hiver,
Véronique Wehrli, au printemps,
Silvio Taddei, en été.

Sylvie Haas : **une stagiaire de l'EESP**, l'école sociale de Lausanne, a commencé un long stage (6 mois) en septembre. Le caractère "généraliste" du travailleur social correspond bien à notre offre de stage et permet à celui qui l'occupe de s'exercer dans divers aspects du champ du travail social. Que ce soit au niveau de la prise en charge, du rapport avec les services sociaux, de l'accompagnement social, de l'animation d'ateliers occupationnels dans le cadre du "13 Ouvert", de l'animation de sorties à thème ou de l'investissement dans notre structure de prévention du Râteau Ivre, le stagiaire travailleur social trouve ici de quoi couvrir une large palette d'activités professionnelles.

De plus, il y a moyen de travailler sur les représentations de chacun dans une équipe pluridisciplinaire.

Pédagogiquement il est plus aisé de suivre des stagiaires "généralistes" car ils ont une ouverture d'esprit, une curiosité plus vaste, donc une plus grande mobilité.

Comme à l'accoutumée, nous avons reçu une dizaine de personnes pour **des stages dits "d'observation"**, de un jour à une semaine dont l'objectif est une prise de contact avec le champ des toxico-dépendances à travers une institution.

M. M. Cattin a siégé en qualité d'expert à l'occasion de la défense d'un mémoire de fin d'études à l'**IES (Institut d'Etudes sociales à Genève)**, par une ancienne stagiaire.

Formation - Echanges

Groupe de formation continue médecins-pharmaciens

Reconnu comme lieu de formation continue par la Société neuchâteloise de médecine, le groupe, à raison de 10 à 15 participants en général, a continué à se réunir au cours de l'année 2000.

Il est utile de rappeler qu'il s'agit d'un groupe ouvert auquel la participation peut être ponctuelle ou régulière, si possible avec plaisir et selon ses besoins.

La convivialité qui y règne permet des échanges informels en début de séance, avant d'aborder le sujet proposé, en principe étayé par une présentation de situation de patient.

Divers thèmes ont été traités :

- informations sur le développement des projets **MedRoTox** et son Forum interactif, notamment.
- **Drogues "dures" (?), drogues "douces" (?) : le cannabis, (dépenalisation ?, libéralisation ?, que doivent penser les parents?)**

- "Je lui prescris de la méthadone ... depuis si longtemps !"
- "(Ré)intégration psychosociale : sortir du milieu ?"

Rencontres dans les locaux du Drop-In avec

- **Le médecin cantonal et le médecin cantonal adjoint** pour la présentation des nouvelles directives concernant les traitements avec substitution à la méthadone notamment, suivie d'un repas.
- Le **Groupe Sida Neuchâtel (GSN)** pour une présentation de leurs activités, suivie d'un repas.
- Des représentants du **Centre de Consultation LAVI (aide aux victimes)**.
- L'**Office des Etablissements spécialisés (OES)** et le secteur **Gestion du Service des Mineurs et des Tutelles (SMT)**.
- Le **Chef de l'Action sociale** du canton de Neuchâtel.
- La direction de l'**Office régional de l'orientation scolaire et professionnelle** de Neuchâtel
- Le **responsable des programmes ISP (Insertion socio-professionnelle)** du canton de Neuchâtel.
- Un médecin, responsable d'un programme de recherche scientifique
- un médecin du **Collège Romand des Médecines de l'Addiction (COROMA)**
- La direction de la **Maison de Pontareuse**, le CPTT et le CAPTTvt pour échanger sur les futures offres possibles de la prise en charge de personnes souffrant d'addiction.

Autres

- La direction et des collaborateurs (trices) de l'**Hôpital de Perreux** et des représentants du CPTT, du CAPTTvt et du Drop-in pour échanger sur les modalités de collaboration.
- La direction et les collaborateurs (trices) de la **Maison de Pontareuse** pour la présentation du modèle de prise en charge suivie d'un repas dans leurs locaux.
- Une personne du **Dispensaire des rues**.
- Des personnes de l'**Aumônerie de rue**.
- Les responsables du programme "**Ressources**" à l'occasion de l'anniversaire de cinq ans d'activité.
- Le Dr P.-A. Porchet et M. D. Bugnon ont poursuivi leur activité dans le cadre du **groupe intercantonal de professionnels des cantons de Berne, Jura et Neuchâtel (BEJUNE)** qui définissent les collaborations et la coordination autour de projets et d'expériences communs aux trois régions.

Formation destinée aux professionnels du Drop-In

A l'interne

Le séminaire à l'interne réunissant quasi tous les collaborateurs du Drop-In et animé par la psychologue-psychothérapeute dans notre institution s'est poursuivi en l'an 2000.

Il occupe un espace particulier parmi les activités de l'institution, en y créant un lieu de réflexion dégagé de tout "devoir agir" immédiat.

Il est, dans ce sens, apprécié des collaborateurs qui sont sans cesse sollicités et amenés à répondre, dans la réalité, aux besoins régressifs des patients (voire à leur "avidité"...).

Le cadre de séminaire est précisément fixé : il a un horaire précis et une règle : "on ne doit pas être dérangé, sauf en cas d'urgence"; l'animatrice veille tout particulièrement au respect de ce cadre (les demandes intempestives, toutes plus valables les unes que les autres bien sûr, ne sont pas rares !),

Ce séminaire, initié en 1995, poursuit son travail depuis 6 ans avec le même noyau de collaborateurs, augmenté par l'arrivée, au fil du temps, de nouveaux collègues.

La dynamique de groupe s'y est proportionnellement enrichie ; elle est actuellement tout à fait fluide.

La formule retenue en 2000 est celle de ces deux dernières années : la présentation, par un collaborateur, d'un patient, par séance.

Il s'agit d'approfondir, en groupe, la compréhension de la réalité psychique de ce patient et d'en dégager des éléments de compréhension théorique des formes très diverses sous lesquelles se présentent les cas dits "états-limites".

Cette formule, qui a bien convenu jusque là, permet aussi de s'adapter à une présence différenciée des collaborateurs : en effet, de par la diversification des secteurs d'activité du Drop-In, il est aujourd'hui quasiment impossible de réunir tous les collègues en même temps.

Le séminaire de l'an 2000 a compté 6 séances de 1.30 h. chacune.

Une séance supplémentaire de "bilan et perspectives pour le futur" a eu lieu, où le désir de poursuivre, avec quelques variantes, a été énoncé.

La qualité de l'écoute réciproque, le climat de tranquillité qui y règne et la solidarité des participants dans la recherche de compréhension d'une problématique posée rendent ce travail très intéressant.

En parallèle, et pour permettre aux nouveaux collègues de s'y intégrer plus facilement, un "**petit séminaire**" a débuté avec eux : 5 séances de 1.15 h lui ont été consacrées cette année; il se poursuivra en 2001. Quelques notions sur le développement psychique et sur la période de l'adolescence y ont été abordées.

L'intérêt et la vivacité de ces collègues rendent le travail avec eux riche et plein de découvertes.

Il est envisagé d'ouvrir la participation à ce séminaire à d'autres institutions qui pourraient en bénéficier.

Supervision

Chaque collaborateur(trice) bénéficie d'une supervision individuelle, hebdomadaire, ou selon les fonctions, toujours selon le même concept décrit dans notre rapport 1999 (p.38).

A l'externe

- Une partie de l'équipe a participé à la **IV Conférence européenne de l'ERIT (Association Européenne de Rencontres des Intervenants en Toxicomanie)** à Porto, sur le thème : **"Usages, dommages et dépendances, vers des modèles et des pratiques transculturelles"**.
- M. Cattin est en voie de terminer une formation en systémique au Centre de Recherches familiales et systémiques (**CERFASY**), à Neuchâtel.
- J.-M. Coste a poursuivi une formation en thérapie cognitivo-comportementale, organisée à l'hôpital de Cery en collaboration avec l'**AFFORTHECC (Association francophone de formation et de recherche en thérapie comportementale et cognitive)** :
 - 2 journées sur le thème : "Les thérapies comportementales"
 - 2 journées sur le thème : "Les troubles addictifs"
 - 2 journées sur le thème : "L'anorexie-boulimie"

MM. J.-A. Kummer et C.-A. Cornuz ont suivi un cours de 20 h sur les **"Co-morbidités et dépendances"**, organisé par la **FORDD (Fédération Romande des Organismes de Formation dans le Domaine des Dépendances)**.

M. M. Cattin a participé à :

- un Congrès mondial de l'**IFTA (International Family Therapy Association)** sur le thème : **"Reconciliation, new voices for a new era"**, à Oslo.
- Un séminaire de 2 jours animé par le Dr. G Ausloos, organisé par le CERFAY, sur le thème : **"La prise en charge des adolescents"**.

Le Dr P.-A. Porchet et M. G. Fornerod ont participé à un symposium organisé par le **Dr Walker, directeur de la clinique de Préfargier**, sur le thème : **"La Dépression"**

Le Dr P.-A. Porchet et M. J.-M. Coste ont participé à un symposium organisé par le **Dr Walker, directeur de la clinique de Préfargier**, sur le thème : **"Cognition et Schizophrénie"**.

Mme A. Reichenbach a participé (3 jours) à la **Conférence interrégionale et interdisciplinaire de l'Association Internationale de Psychanalyse (IPA)**, organisée par le Département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (**HUG**).

Mme B. Kiss-Meyer a participé à un symposium organisé par **Fondation La Passerelle**, sur le thème : **"Sens et place du milieu résidentiel dans le traitement de la toxicomanie"**.

- Mme V. Wenger Pheulpin a participé à une conférence à Neuchâtel sur le thème : **"Que peut faire l'école pour prévenir la violence en collaboration avec les familles ?"**, donnée par le **Dr Nahum Frenk**, pédiatre et thérapeute de famille, responsable du projet de prévention de la violence à la Fondation Profa à Lausanne.
- Mme W. Wenger Pheulpin et MM. C. Descoedres et J.-M. Coste ont participé à une conférence à Neuchâtel, donnée par **M. Jacques Fortin**, professeur à l'Université de Lille, co-auteur de **"une école sans violence ? De l'urgence à la maîtrise"**.

Mme L. Oliveri a suivi un cours d'une journée de **sensibilisation à Internet**", organisé par **ARIA/GREAT**.

Une journée organisée par le **Fil Rouge** à Crêt-Bérard, sur le thème : **"Le cannabis en liberté ? Conséquences pour l'action éducative"**.

Groupe de travail

Groupe Romand d'Etudes sur l'Alcoolisme et les Toxicomanies (GREAT)

Nous avons participé à :

- une journée, sur le thème : **"Réduction des risques, traitements, quelles articulations possibles ?"**, organisée par le **GREAT**.
- deux journées organisées par le **GREAT** et avec la collaboration de la **Plate-forme Femmes - Dépendances**, sur le thème : **"Toxicomanie et maternité : expériences québécoises"**
- à l'Assemblée générale et au Colloque de printemps du **GREAT**, sur le thème : **"Du réseau réel au réseau virtuel : quel usage d'Internet dans le champ des dépendances ?"**
- trois séances de groupe de travail **"Seuil bas" du GREAT**.

Groupe de Prévention du GREAT (5 séances)

Fil Rouge Romand et Fil Rouge Régional (Berne-Jura-Neuchâtel / BEJUNE).

Deux journées nationales organisées par l'**Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP)**, à Berne, sur le thème :

"Apprendre les uns des autres. Recherche et pratique en matière de drogue - un échange d'expériences et de connaissances".

Une journée organisée par l'**Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP)** et la **Plate-forme Femmes-Dépendances**, à Fribourg, sur le thème :

"Pour une prise en compte du genre".

Un colloque du **Service de Pédiatrie** de Neuchâtel, à l'hôpital Pourtalès, sur le thème : **"Prise en charge d'enfant de mère toxicomane"**, présenté par les Drs M.-O. Gourbier-Boula et P. Ruckli.

Séance de travail organisée par le **Service de l'Action Sociale, l'Office des Etablissements spécialisés** et le **Service de l'Emploi**, sur les possibilités de collaboration entre les différentes offres cantonales.

Commission faîtière de réflexion concernant une **Politique cantonale de Santé et d'Appui à la Jeunesse (PSAJ)**, ainsi qu'à ses travaux et au **Groupe de Travail Promotion - Prévention - Appui (GT- PPA)**.

Un cours de réanimation en cas d'overdose, avec la participation de patients du Drop-In, donné par le **Service Incendie et Secours (SIS)**.

Participations à des commissions d'experts

Le Dr P.-A. Porchet a participé :

- au groupe d'Experts **"Médecins Romands Toxicomanie"** (MedRoTox) créé à l'initiative de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP)
- au **"Collège Romand des Médecines et l'Addiction (COROMA)**
- au groupe d'experts constitué par l'Office Fédérale de la Santé Publique (OFSP) en vue de la **"Conférence nationale sur les traitements de la substitution 2001"**
- au groupe d'experts créé par l'**Institut de Recherches sur la toxicomanie (ISF) : "Etude comparative sur les traitements à la méthadone (ECPM)**.

Le Dr P.-A. Porchet et M G. Fornerod ont continué à siéger à la **Commission Technique du Foyer André**, présidée par M. Eric Pavillon, chef de l'Office des Etablissements spécialisés (OES) et constituée à la demande de la Commission cantonale Drogue.

ACTIVITES ET RELATIONS EXTERIEURES

Sur le plan cantonal

Le Centre de Prévention et de Traitement des Toxicomanies des Montagnes Neuchâteloises (**CPTTMN**), le Centre d'Aide et de Prévention et de traitement de la Toxicomanie du Val-de-Travers (**CAPT'Tvt**) et le **Drop-In** ont poursuivi leur collaboration tout au long de l'an 2000, en particulier par des rencontres des directeurs et des médecins des centres.

Commission cantonale drogue et Bureau

La commission et le Bureau en particulier ont poursuivi leur travail de coordination et ont pris les décisions utiles en matière de lutte contre la toxicomanie dans le canton.

Service cantonal de la Santé Publique.

La bonne collaboration avec le Service de la Santé Publique s'est poursuivie tout au long de l'année 2000.

Les Hôpitaux

La bonne collaboration s'est poursuivie en 2000, notamment à l'occasion de l'hospitalisation de patients du Drop-In.

Fondation la Passerelle

Le Dr P.-A. Porchet a poursuivi son activité en qualité de membre au sein du Conseil de la Fondation.

Association Neuchâteloise de Thérapie familiale

M. M. Cattin a participé aux activités de l'Association, représentant le Drop-In.

Groupe Information Sexuelle et d'Education à la Santé (GIS)

(cf : chapitre Prévention primaire)

Groupe Sida Neuchâtel (GSN)

(cf : chapitre Prévention primaire)

Stand Neuchâtelois Itinérant d'Information et de Promotion de la Santé (SNIIPS)

(cf : chapitre Prévention primaire)

Autres institutions

Nous avons collaboré, notamment, avec :

- Les **Services Sociaux** de la Ville de Neuchâtel et d'autres communes.

- Le **Service cantonal des Mineurs et des Tutelles (SMT)**
- Des institutions d'accueil : le **Foyer André, la Maison de Pontareuse, l'Auvent, La Ruche, les Foyers Feu-Vert et 44**, etc.
- Des **Offices régionaux de Placements (ORP)**

Sur le plan intercantonal

- M. D. Bugnon a continué à participer aux activités du **Comité du Groupement d'Etudes sur l'alcoolisme et les toxicomanies (GREAT)**.
- M. D. Bugnon participe aux travaux du groupe "**Qualité - Thérapie - Drogue - Alcool (QuaThéDA)**", destiné aux institutions ambulatoires.
- M. D. Bugnon participe aux discussions de la **Coordination romande des Institutions et organisations oeuvrant dans le domaine des addictions (CRIAD)**.

EN GUISE DE CONCLUSION

« **Addiction : Analyse et Perspectives...Le Rapport d'Activité 2000** »...

Un « pavé » de près de 100 pages ! ...

100 pages pour dire la souffrance des personnes dont la manifestation est l'addiction et ses galères, la souffrance des familles et des proches, l'impact médico-psycho-social... et **la complexité** du phénomène.

100 pages pour décrire ce que l'on a appris en la matière, fruit d'une réflexion cantonale, nationale, internationale.. et de la nôtre après maintenant plus de 25 ans d'expérience.

100 pages pour évaluer une pratique et proposer une information, une réflexion avec l'éclairage que le partage de expériences et les progrès considérables des connaissances en matière de neurosciences ont permis.

100 pages pour partager tout ça avec vous, avec la Cité, pour que la compréhension de ces phénomènes complexes progresse afin de **pouvoir déboucher sur les meilleurs moyens médicaux, psycho-sociaux et juridiques pour tendre à être le plus adéquat possible** pour affronter un problème touchant au départ des adolescents, nos enfants, et avec lequel nous allons devoir vivre encore vraisemblablement de nombreuses années.

Nous essayons ainsi de **réduire au maximum l'écart entre les connaissances acquises par les « spécialistes » du terrain et le reste de la population**, pour qu'un débat éclairé et réellement démocratique puisse préparer un avenir où il est clairement compris qu'il y a concordance d'intérêt entre les soins des personnes souffrant d'addiction et une démocratie soucieuse du bien-être de tous, d'une éthique... et de ses finances.

Pour l'équipe, la préparation de ce rapport, outre le stress qu'elle génère, est un moment d' « arrêt sur l'image », **le passage de la primauté de l'action à celle de l'évaluation**. Moments riches en partage et en discussions pour vérifier l'acquisition des nouvelles connaissances, leur application et le consensus de travail qui évalue si bien les moyens institutionnels de communication interne et de la dynamique du groupe des professionnels, garante de la qualité de ses prestations.

Plus qu'un « rapport d'activité », ce document est aussi notre « **carte de visite** », pour le Canton et la Fondation qui nous emploient, mais aussi pour la communauté scientifique avec laquelle nous échangeons de plus en plus.

Certes...C'est long à lire !...Concluons donc !

En conclusion, **merci de bien vouloir comprendre que tous les doutes que nous avons émis quant aux circonstances accompagnant les propositions de dépénalisation de l'usage des dérivés du cannabis ne signifie surtout pas que nous sommes partisans du maintien d'une pénalisation... qui n'a aucun sens.**

Cela a été prouvé ces 30 dernières années où, malgré la pénalisation, la consommation n'a fait qu'augmenter alors que l'attitude pragmatique à son égard des Pays-Bas porte ses fruits : les dernières études dont les comptes-rendus ont récemment été publiés dans « Medical Tribune » montrent que la consommation commence sérieusement à baisser là-bas.

Nous espérons avoir réussi à démontrer que la consommation abusive et compulsive, donc preuve d'addiction, de tous les produits psychotropes est une automédication dont la pénalisation n'a non seulement pas de sens mais est, en plus, contre-productive.

Nous savons bien que tant que la Cité n'aura pas encore pu entendre et rejoindre la réflexion des professionnels du terrain, les décisions des diverses formations politiques ne pourront aboutir qu'à un compromis. (et à stimuler notre envie de remplir notre mission d'informer...)

Les propositions de révision de la loi sur les stupéfiants en sont la preuve.

Pour que cela soit tout de même un progrès et non un auto goal, **merci de nous donner les moyens d'informer et de prévenir car c'est vraiment indispensable...**et ceux qui ont encore des doutes, et qui ne lisent d'un rapport que l'introduction et la conclusion, peuvent se documenter en consultant progressivement les autres pages !

Le deuxième point fondamental est **la démonstration de l'importance de tout ce qui a été fait ces dernières années au niveau de ce qu'on a appelé « l'aide à la survie ».**

Le canton a rattrapé son retard.

Il s'agit d'un domaine d'avenir qui mérite de se développer encore tant il est porteur de potentialités, également en matière d'économie financière. Il s'agit vraisemblablement du meilleur investissement qu'on puisse faire avec, pour être « tendance », un rapport prix-performance inégalable.

Il s'agit donc d'un secteur qu'il faut non seulement maintenir en « officialisant » la prise en charge de son budget, mais qu'il faut développer.

Avec relativement peu de moyens supplémentaires, d'énormes économies peuvent être faites en matière de souffrances bien sûr, mais aussi en limitant au maximum l'explosion des coûts médicaux et sociaux qui risque bien de se manifester ces prochaines années, générée par « les épidémies » qui se développent à bas bruits dans les milieux concernés.

Un dernier mot pour remercier la Population et les Autorités d'avoir permis la création et le développement des outils dont nous disposons pour soulager les personnes souffrant d'addiction, garantissant leur droit de citoyenneté et la qualité de la démocratie dans ce Canton et ce aussi pour le plus grand bien, comme le démontrent les statistiques de l'Action Sociale, des deniers publics.

Demeure une autre fonction importante de ce « rapport » : dans un esprit de transparence nous voulons que chacun puisse savoir comment nous utilisons les budgets qui nous ont été confiés !

Vous avez dit : « 100 pages ! » ? ...

DONATEURS ET REMERCIEMENTS

Nous tenons ici à remercier les personnes, sociétés et entreprises qui témoignent par leurs dons de l'intérêt qu'elles portent à notre travail.

Anonyme	Fr.	9'000.--
Fabrique de Tabacs Réunis	Fr.	1'500.--
Pharmacie du Landeron, M. Touzeau	Fr.	1'000.--
Fondation Haldimann-L'Hardy, à Neuchâtel	Fr.	1'200.--
M. A. Wildhaber, Pharmacie de l'Orangerie, à Neuchâtel	Fr.	1'000.--

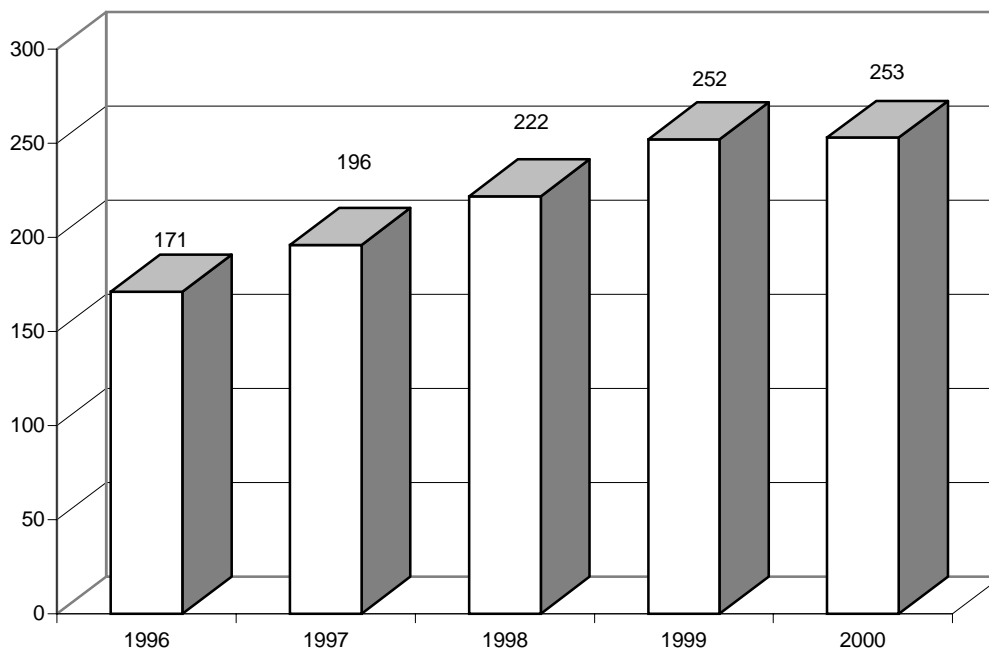
Nous remercions également ici toutes celles et ceux qui, en recevant notre dernier rapport d'activité, ont témoigné leur solidarité en nous "garnissant" le bulletin de versement. Nous publions ici les noms des donateurs ayant versé Fr. 50.-- ou plus.

Commune de St.-Blaise	Fr.	500.--
Commune de Marin-Epagnier	Fr.	500.--
Classe 8 PP 31, I. Matthey, Neuchâtel	Fr.	350.--
Dr B. Jeanneret-Gris et Mme F. Jeanneret-Gris, la Chaux-de-Fonds	Fr.	300.--
Bureau Pierre Studer SA, architecte, la Chaux-de-Fonds	Fr.	200.--
M. Pierre Arni, Neuchâtel	Fr.	100.--
Mme et M. J.-P. et F. Bettone, St.-Blaise	Fr.	100.--
Cabinet médical de Groupe, Uttins 4, Colombier	Fr.	100.--
Commune d'Auvernier	Fr.	100.--
Commune de Cornaux	Fr.	100.--
Dr Alain De Meuron, Chézard-St.-Martin	Fr.	100.--
M. Thomas Facchinetti, Neuchâtel	Fr.	100.--
Fédération Neuchâteloise des Assureurs Maladie, à Neuchâtel	Fr.	100.--
Dr E. Flammer, Neuchâtel	Fr.	100.--
Dr Félix Gueissaz, Neuchâtel	Fr.	100.--
MM. Cl. Matthey et J.-P. Studer	Fr.	100.--
Dr Béatrice Perret, St.-Blaise	Fr.	100.--

Pharmacie Tobagi, Colombier	Fr.	100.--
Dr Yves Turberg, Neuchâtel	Fr.	100.--
Mme et M. Madeleine et Michel Vautravers, St.-Blaise	Fr.	100.--
Dr Monique Barrelet	Fr.	50.--
Dr Gilbert Villard, Peseux	Fr.	50.--
Dr Claude Cherpillod	Fr.	50.--
M. Michel Hunkeler, Cormondrèche	Fr.	50.--
Dr Wolfgang Ammann	Fr.	50.--
Dr Jacques Epiney, St.-Aubin	Fr.	50.--
Dr Philippe Vuille	Fr.	50.--
Dr Pierre Willemin, Hauterive	Fr.	50.--
Pharmacie du Soleil, Neuchâtel	Fr.	50.--
Mme Lucienne Marguerat, Horgen	Fr.	50.--
Mme June Caroline Dubois Vurlod, Chézard-St.-Martin	Fr.	50.--
Mme Mady Jeannet, Neuchâtel	Fr.	50.--
Dr A.-M. et A. Cosendai, La Chaux-de-Fonds	Fr.	50.--
Mme et M. Ch. et J.-A. Guy, Neuchâtel	Fr.	50.--
Dr L. Barbezat, Neuchâtel	Fr.	50.--
Dr Carole Weil-Frank, Neuchâtel	Fr.	50.--
Mme I. Sperisen Stern et M. D. Stern, Le Landeron	Fr.	50.--
Dr Ph. Erard et Fr. Verdon, Neuchâtel	Fr.	50.--

STATISTIQUES ET COMMENTAIRES 2000

NOMBRE DE PERSONNES TOXICOMANES

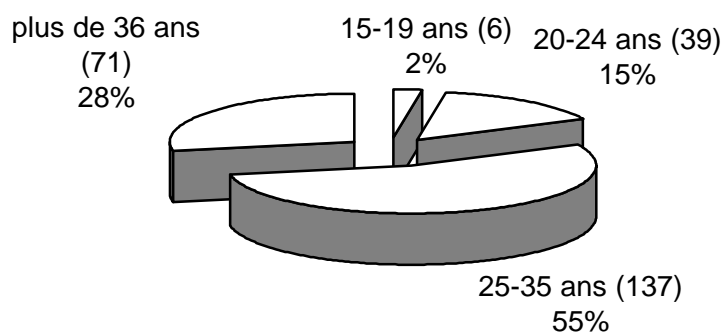


	1996	1997	1998	1999	2000	
Personnes toxicomanes	171	196	222	252	253	TOTAUX
	57	63	57	66	50	non-substituées à la méthadone
	114	133	165	186	203	substituées à la méthadone

Le nombre de personnes toxicomanes ayant consulté le Drop-In en 2000 est stable par rapport à l'année précédente soit respectivement 253 en 2000, 252 en 1999.

Il est à noter, que si le nombre de personnes est resté stable, le pourcentage d'entre elles qui ont bénéficié d'une cure de substitution à la méthadone est quant à lui passé de 74% à 81 % soit une augmentation de 7 % par rapport à 1999. Cet accroissement du nombre de personnes bénéficiant d'une cure de substitution à la méthadone par rapport à celles n'en bénéficiant pas, résulte du type de prises en charge proposées aux patients en traitement dans notre centre, à savoir que ces traitements "à seuil différencié" sont adaptés à chaque problématique avec pour règle fondamentale, qu'il y ait cohérence entre le discours et la réalité.

AGES DES PERSONNES TOXICOMANES

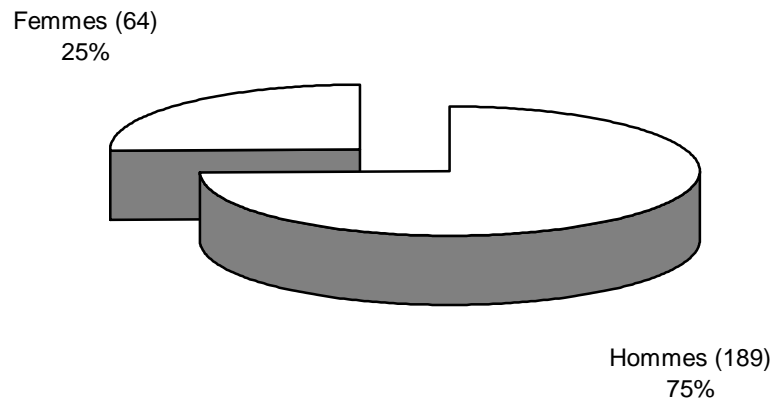


15-19 ans (6)	6
20-24 ans (39)	39
25-35 ans (137)	137
plus de 36 ans (71)	71

Par rapport à l'année précédente, nous notons, un léger vieillissement de la population qui consulte notre centre. Ce vieillissement se traduit par une augmentation de 5 % (13 personnes) du nombre de patients de plus de 36 ans en traitement. Il est intéressant de noter que le 83% ont 25 ans et plus !

Tranches d'âges	1999	2000	variation
de 15 à 19 ans	4%	2%	-2%
de 20 à 24 ans	17%	15%	-2%
de 25 à 35 ans	56%	55%	-1%
dès 36 ans	23%	28%	+5%

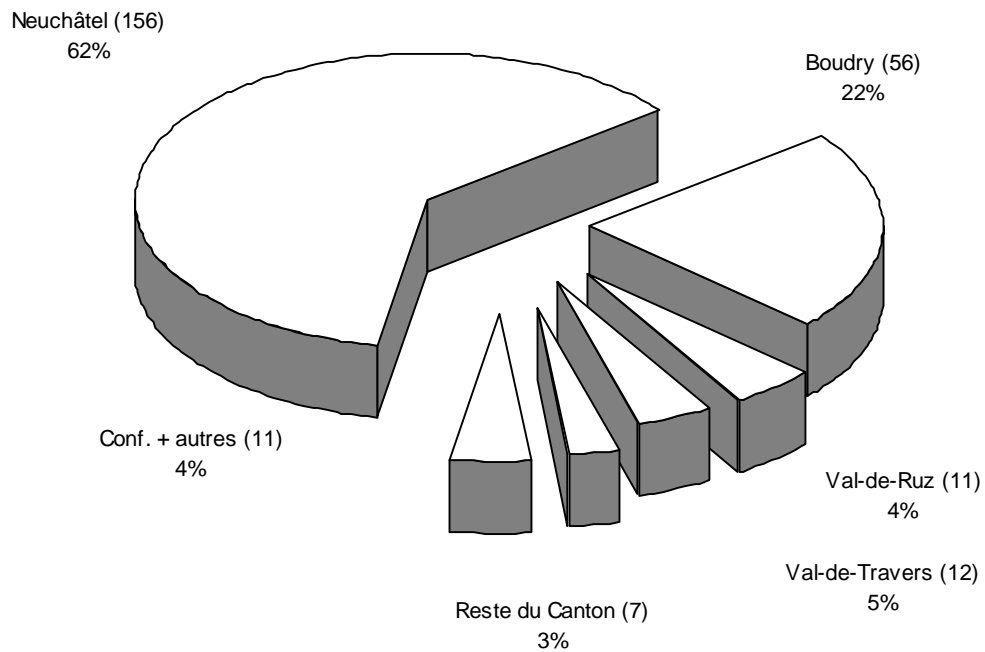
SEXE DES PERSONNES TOXICOMANES



Hommes (189)	189
Femmes (64)	64

On ne note pas de changement significatif en 2000 par rapport à l'année précédente à savoir que la proportion hommes - femmes s'établit toujours à 3/4 d'hommes 1/4 de femmes.

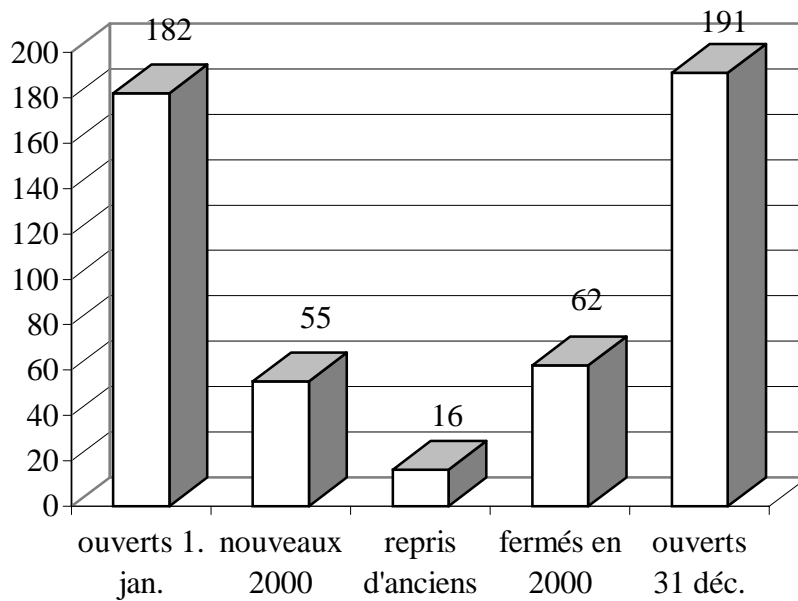
PROVENANCES DES PERSONNES TOXICOMANES



Neuchâtel (156)	156
Boudry (56)	56
Val-de-Travers (12)	12
Val-de-Ruz (11)	11
Reste du Canton (7)	7
Conf. + autres (11)	11

Là aussi, il n'y a pas de changement significatif par rapport aux années précédentes, à savoir que la majorité des patients qui fréquentent notre centre proviennent des districts de Neuchâtel (62 %) et Boudry (23 %), **soit le 84 %**, 87% en 1999.

DOSSIERS DE PERSONNES TOXICOMANES

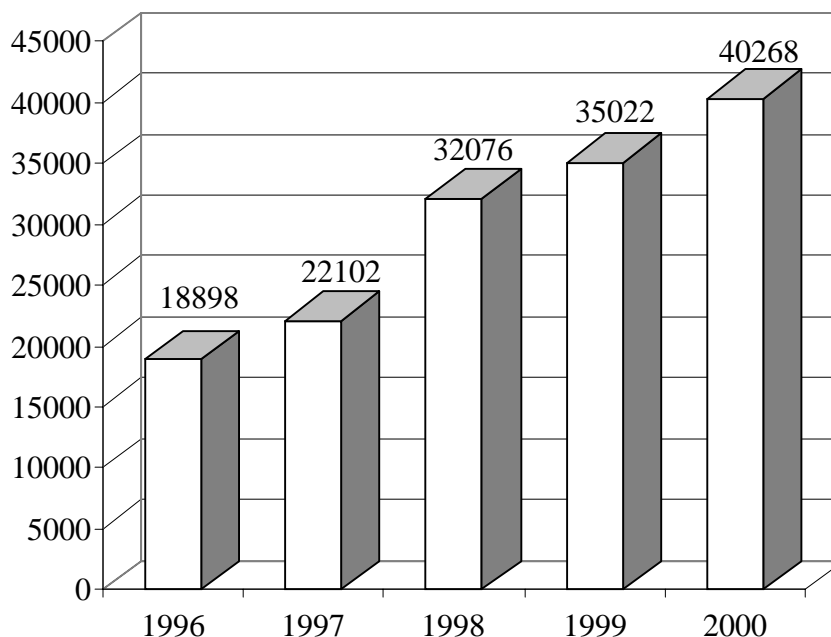


ouverts 1. jan.	182
nouveaux 2000	55
repris d'anciens	16
fermés en 2000	62
ouverts 31 déc.	191

Au 31 décembre 2000, 191 personnes toxicomanes sont suivies au Drop-In, (182, au 31 décembre 1999).

Cette augmentation de 9 unités est bien entendu à mettre en relation avec ce que nous décrivons depuis quelques années, à savoir, une offre de traitement "à la carte" adaptée à chaque personne qui limite le nombre de "drop-out" d'interruption avant terme du traitement.

NOMBRE DE VISITES



1996	1997	1998	1999	2000
18898	22102	32076	35022	40268

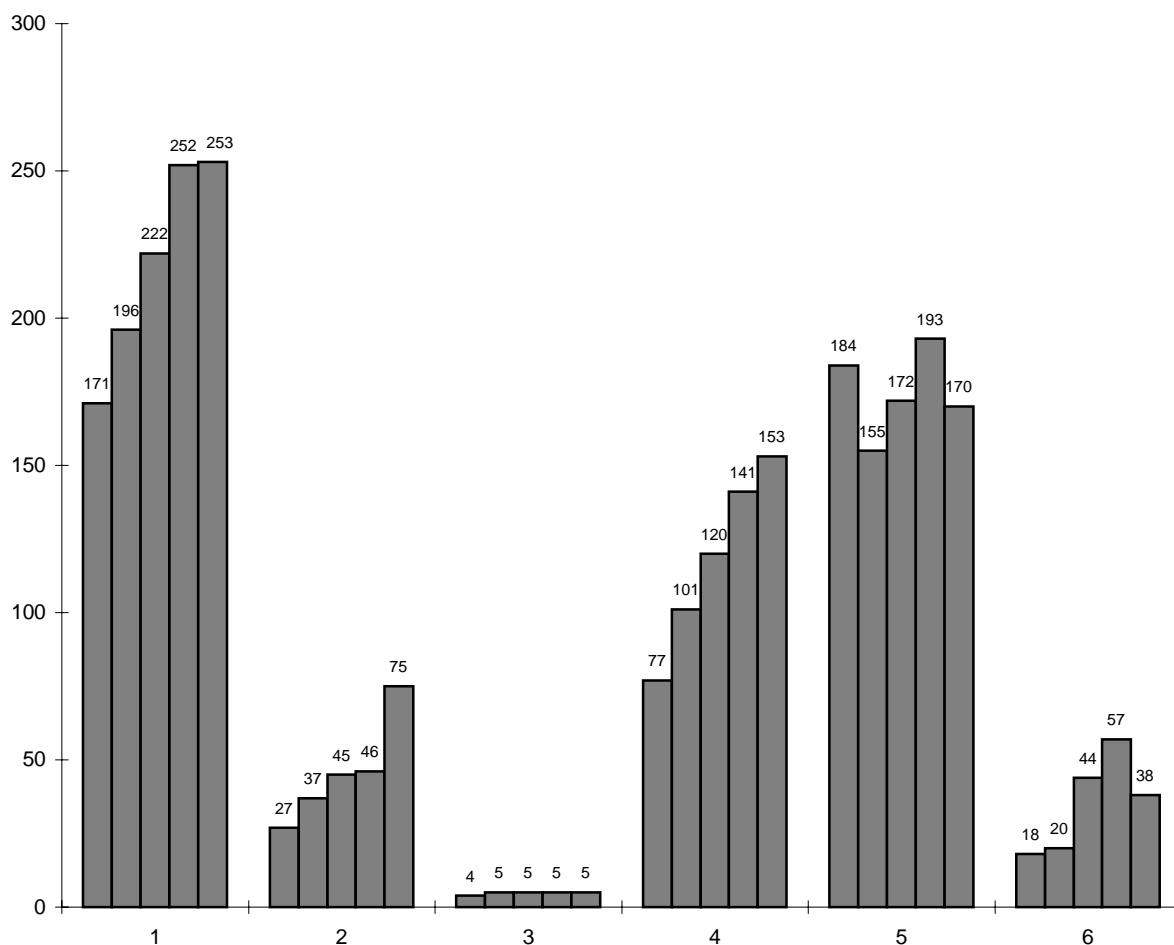
Décomposition du nombre de visites:

Au Drop-In avec distribution méthadone	28293
Au Drop-In sans méthadone (estimation 15p/j)	3750
Au 13 Ouvert (35 p/j)	8225

En 2000 nous avons un chiffre global de visites de 40'268.

Cette augmentation de 5'246 visites par rapport au 35'022 (et non 38'772 comme écrit par erreur dans le rapport 1999 !) s'explique principalement par deux facteurs à savoir : d'une part l'augmentation du nombre de personnes bénéficiant d'une cure de substitution à la méthadone et par conséquent passant journellement dans notre institution, d'autre part l'augmentation des activités de l'Antenne de proximité, le "13 Ouvert" qui " a tourné à plein régime "en l'an 2000.

POPULATION CONSULTANTE



	Personnes toxicomanes	Enfants de personnes toxicomanes	Ado, jeunes en difficulté	Parents familles	institutions, professionnels	Autres	Totaux
1996	171	27	4	77	184	18	481
1997	196	37	5	101	155	20	514
1998	222	45	5	120	172	44	608
1999	252	46	5	141	193	57	694
2000	253	75	5	153	170	38	694

Personnes toxicomanes

252 personnes toxicomanes ont bénéficié de notre aide en 1999, alors qu'elles étaient au nombre de **253 au cours de l'année 2000**, soit une augmentation de 1 unité. Les personnes toxicomanes substituées à la méthadone sont au nombre de 203 (186 en 1999) alors que celles qui ne sont pas substituées sont au nombre de 50 (66 en 1999)

Enfants de personnes toxicomanes

75 enfants de personnes toxicomanes en traitement en 2000 par rapport à 46 en 1999.

Cette notable augmentation (+65%) est à mettre en relation avec l'arrivée ou le retour de patients plus âgés que les années précédentes et qui pour un certain nombre d'entre eux sont parents.

Adolescents, jeunes adultes en difficulté

Ce chiffre est stable depuis quelques années.

Parents - familles

153 personnes en 2000, 141 en 1999

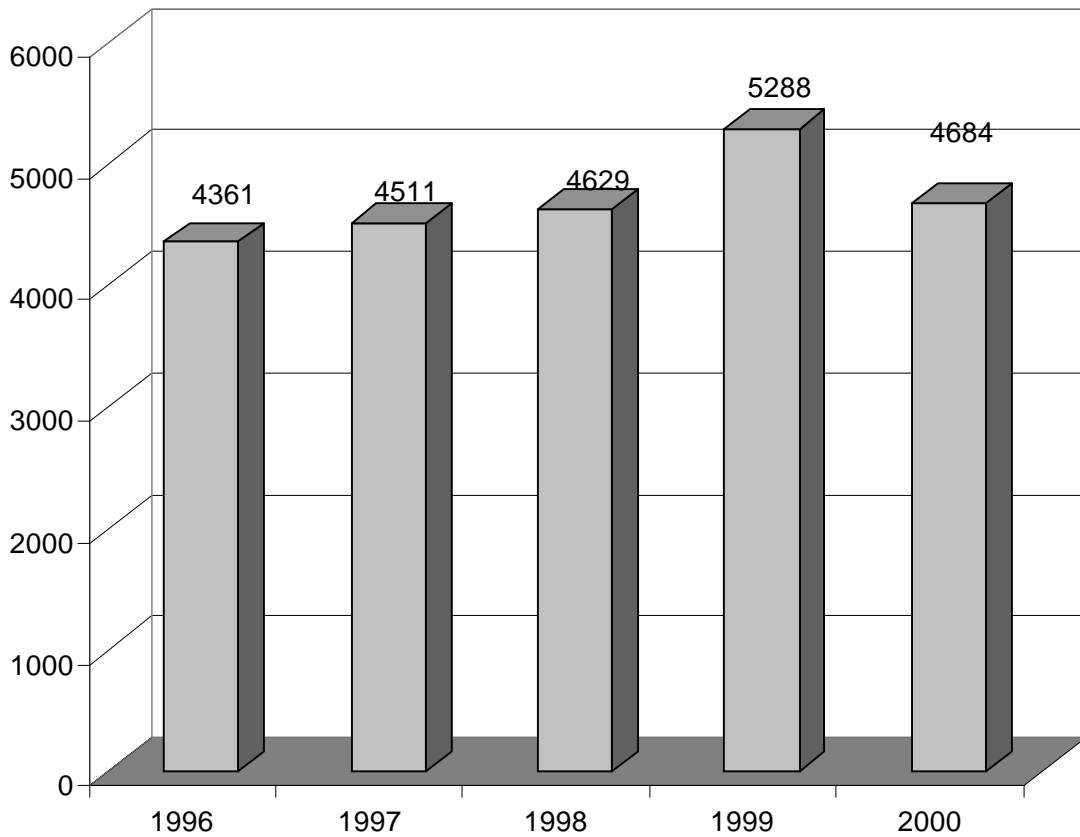
Institutions - professionnels

170 professionnels ont participé l'an dernier à des titres divers à différentes prises en charge de personnes toxicomanes dans notre institution ou à d'autres aspects de notre travail.

Autres

Cette catégorie enveloppe principalement les amis proches de personnes toxicomanes (non toxicomanes elles-mêmes) qui viennent consulter notre centre ainsi que des personnes ou des groupes qui s'adressent à nous pour divers types d'information, nous avons eu 38 personnes en 2000.

EVOLUTION DU NOMBRE DE CONSULTATIONS INDIVIDUELLES 1996-2000



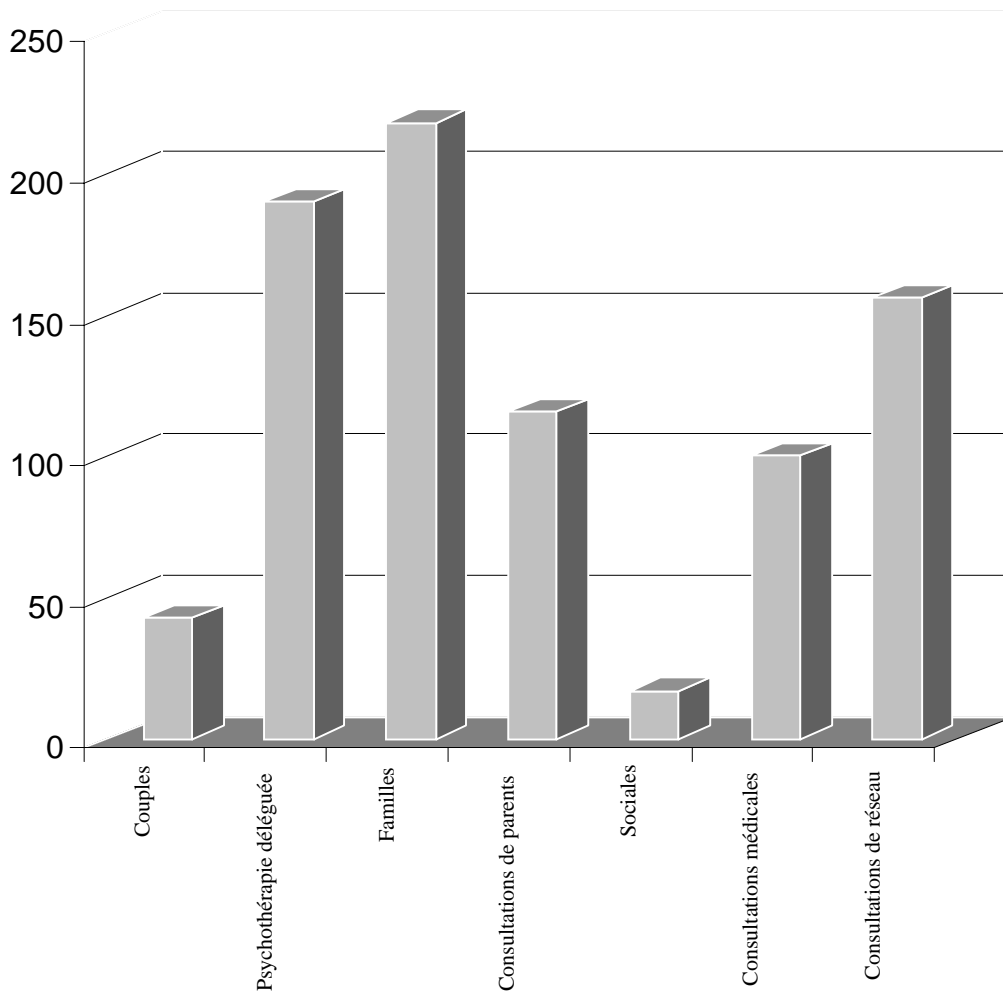
1996	1997	1998	1999	2000
4361	4511	4629	5288	4684

La multiplicité des tâches du Drop-in avec le Râteau-Ivre, l'antenne de proximité "le 13 ouvert", le "potager social", l'aide aux parents, la prévention primaire et secondaire et la professionnalisation de toutes ces tâches impliquent une augmentation de travail sans commune mesure avec l'augmentation de la dotation du personnel. Nous avons dû différencier l'investissement dans les prises en charge individuelle selon le stade de la trajectoire des patients et leur susceptibilité d'entamer une démarche thérapeutique.

Ceci nous a permis, en diminuant ces consultations individuelles de gagner un peu de temps pour les autres tâches.

Nous veillerons à ne pas laisser la qualité des prises en charge baisser pour autant : avec l'augmentation permanente du travail du Centre, certaines tâches devront être abandonnées à l'avenir si les moyens de les exécuter ne peuvent nous être donnés, malgré le fait qu'il est maintenant largement démontré que leur exécution soulage considérablement les deniers publics en diminuant drastiquement les coûts médico-sociaux engendrés par les addictions.

AUTRES CONSULTATIONS



Couples	43
Psychothérapie déléguée	190
Familles	218
Consultations de parents	116
Sociales	17
Consultations médicales	100
Consultations de réseau	156

Consultation médicale

Ne sont comptabilisées ici que les consultations "longues" du médecin avec le patient et son référent.

ANNEXES

Les « Infozones »