

LE FLYER

Bulletin de liaison des Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes et
médecins relais, réseaux de soins, pharmaciens d'officine, ECIMUD et
structures de soins auprès des usagers de drogue

Septembre 2005

N° 21

- **Editorial** : page 3
Comité de rédaction
- **Analyse bibliographique** : page 4
**Baisse de la dépendance à la nicotine après stabilisation au cours
d'un traitement de maintenance à la méthadone**
Dr Christine RIVIERRE, Marseille
- **Résultats de l'étude Coquelicot** page 6
*Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, Julien EMMANUELLI
Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice*
- **Traitement de substitution aux opiacés en centre d'alcoologie** page 10
Dr Claude FONTANARAVA, Marseille
- **Asud, l'expérience de l'auto support :** page 13
10 ans de réductions des risques à Nîmes
Jef FAVATIER, Nîmes
- **La clinique de la non-demande : les nécessités d'adaptation
du cadre thérapeutique pour des personnes en marge** page 16
Naira MELIAVA, Paris

COMITÉ SCIENTIFIQUE DU FLYER

Rédacteur en chef :

Mustapha BENSLIMANE

NOVA DONA

PARIS

Comité de rédaction :

Dr Laurent MICHEL

Dr Béatrice CHERRIH

Stéphane ROBINET

Dr Pierre BODENEZ

Christine CALDERON

Dr Yves CAER

Maison d'arrêt

E.L.T.

Pharmacien

C.H.U.

AIDES

Hôpital CAREMEAU

LIMEIL BREVANNES

CHARLEVILLE MEZIERES

STRASBOURG

BREST

PANTIN

NIMES

Comité de lecture :

Dr Richard LOPEZ

Dr Pierre LAUZON

Dr Didier BRY

François LAFRAGETTE

Dr Béatrice GOSPODINOV

Dr Nelson FELDMAN

Dr Karine BARTOLO

Dr Xavier AKNINE

Fabrice OLIVET

Dr Antoine GERARD

Dr Brigitte REILLER

Dr Jean-Pierre JACQUES

Dr Olivier POUCKET

Dr Thierry LEDENT

Dr Catherine PEQUART

Dr Colette GERBAUD

Réseau VISA

C.R.A.N.

E.L.S.A.

Pharmacien

D.A.S.

Protox

CSST Gainville

A.S.U.D.

Service d'addictologie

C.E.I.D.

Centre Baudelaire

Service d'addictologie

La Boutique

C.H.U. St-Roch

CHAMPIGNY-S/MARNE

MONTREAL

CANADA

AVIGNON

PARIS

SARREBRUCK

ALLEMAGNE

GENEVE

SUISSE

MARSEILLE

AULNAY-S/BOIS

PARIS

LE PUY-EN-VELAY

BORDEAUX

BRUXELLES

BELGIQUE

METZ

CARVIN

PARIS

NICE

Pour écrire à la rédaction du Flyer :

Mustapha BENSLIMANE

Centre Nova Dona

104, rue DIDOT

75674 PARIS CEDEX 14

E-mail : novamb@club-internet.fr

Edito

Rentrée chargée concernant les TSO. On annonce l'arrivée d'une gélule de méthadone prévue pour 2006 (2^{ème} trimestre) avec la nécessité d'accompagner sa mise sur la marché d'un cadre de prescription et de délivrance sécurisant pour tous (usagers, pouvoirs publics, professionnels de santé). Un ou plusieurs génériques de Subutex® devraient aussi faire leur apparition sur le marché des MSO. On pourrait, notamment du côté des professionnels de santé investis dans le champ de la toxicomanie, se poser la question de la pertinence d'une politique de générique sur un 'créneau' aussi sensible. Mais alors, faut-il considérer que le Subutex® ou la méthadone ne sont pas des médicaments 'comme les autres' ? Doivent-ils échapper aux règles économiques que l'on applique à tout médicament, et pour quelles raisons précises ?

Au rayon des nouveautés, notons également quelques rumeurs concernant une buprénorphine haut dosage à dissolution rapide, annoncée elle-aussi pour 2006. Là-aussi, il faudra probablement que les pouvoirs publics définissent la place à accorder à ce médicament, qui aura l'avantage, semble t'il, d'être moins dangereux pour l'utilisateur en cas d'injection (moins d'excipients). De ce fait, celui-ci, sera-t'il plus injecté ?

Concernant les cadres de prescription et de délivrance, Subutex® changera-t-il de statut pour rejoindre celui, contraignant, de la méthadone ? Et ce statut, celui des médicaments 'Stupéfiants', va-t'il évoluer vers quelque chose de plus simple et de moins chronophage, pour ceux qui en assurent la délivrance. Dans ce cas, la réticence des professionnels au changement de statut du Subutex® sera-t'elle reconsidérée ?

Et enfin, quel cadre sera définitivement retenu et appliqué pour la mise en œuvre du Protocole de Soins, et les discussions sur l'élargissement de la primo-prescription de la méthadone reprendront-elles ? Si oui, sur quelles bases, dans quel sens ?

Beaucoup de questions posées pour une seule rentrée et pour un domaine thérapeutique dont on pensait, il y a peu, en avoir fait le tour.

Le comité de rédaction

Les bulletins LE FLYER déjà publiés, sont disponibles sur le site www.rvh-synergie.org . Ils peuvent être téléchargés en format PDF

Analyse bibliographique :

Baisse de la dépendance à la nicotine après stabilisation au cours d'un traitement de maintenance à la méthadone

Reduction in self-reported nicotine dependence after stabilization in methadone maintenance treatment

Lubomir OKRUHLICA et al., Heroin Add & Rel Clin Probl 2003, Avril 2003

Introduction

Les auteurs rappellent que la prévalence du tabagisme varie entre 85 et 100% chez les individus dépendants à l'alcool, aux opiacés et à la cocaïne. Clemmey en 1997 a, entre autres auteurs, décrit des taux élevés de tabagisme chez les patients en MMT. Cette forte prévalence n'est pas sans conséquence sur la santé des patients recevant au long cours des traitements de substitution. Par ailleurs, Hurth et coll. avaient signalé que les gros fumeurs étaient significativement plus souvent ceux qui déclaraient être sous-dosés.

Le but de cette étude était de déterminer si la stabilisation des patients au sein d'un programme de MMT avait changé leurs habitudes par rapport à la nicotine. L'hypothèse de départ était que cette stabilisation n'entraînerait pas d'augmentation de la dépendance à la nicotine.

Patients et méthodes

Dans le centre MMT de Bratislava, il y avait un pourcentage de rétention de 84% après une période de 12 mois, et 13% des prélèvements urinaires étaient positifs pour l'héroïne. La méthadone était délivrée sous une forme liquide mélangée à un jus de fruit, et des doses à emporter étaient autorisées pour les week-ends. A un stade ultérieur, les patients étaient autorisés à retirer leurs doses deux fois par semaine, si leurs analyses d'urine n'avaient jamais été positives au cours des douze mois précédents, et si la posologie quotidienne ne dépassait pas 200 mg.

138 individus du centre MMT de Bratislava ont fait partie cette étude clinique et prospective étalée de juin 2001 à juin 2002. Les patients étaient composés de 76% d'hommes et 24% de femmes, d'âge moyen 27 ans (19-44).

99% d'entre eux étaient fumeurs et 1% ne l'était pas (1 individu).

Les critères de diagnostic de dépendance aux opiacés (ICD-10) ont été utilisés. Le FTQ-8 (Fagerstrom Tolerance Questionnaire) a été utilisé pour mesurer la dépendance à la nicotine avant l'entrée en MMT et un an après le début du traitement. La corrélation entre le score FTQ et la posologie quotidienne de méthadone a été mesurée pour tout le groupe.

La concentration sérique de méthadone a été mesurée au sein d'un sous-groupe de 64 individus, 12 mois après l'entrée dans le programme.

Résultats

La posologie quotidienne moyenne de méthadone était 106 mg (10-230) et 107 mg dans le sous-groupe de 64 patients. Au moment du deuxième FTQ, il y avait 3 non-fumeurs (celui qui l'était à l'entrée de l'étude et deux nouveaux).

La moyenne des scores FTQ était de 6,5 au début de l'étude et de 5,6 à la fin. La différence entre ces deux chiffres était statistiquement significative.

Il n'y avait pas de différence significative entre les genres et les posologies ou les scores FTQ.

Aucune corrélation n'a été retrouvée entre la dose quotidienne de méthadone et le FTQ pour le groupe entier. En revanche, dans le sous-groupe de 64, une corrélation a été établie entre le FTQ à l'admission et la dose de méthadone après un an de traitement (0,05), corrélation qui n'a plus été retrouvée après 1 an. Aucune corrélation n'a été établie entre les concentrations sériques de méthadone et le score FTQ.

Discussion

Le nombre de fumeurs à l'entrée dans l'étude était très élevé (99%). D'après Nestler, des voies opiacées endogènes ont été impliquées non seulement dans les effets de renforcement des opiacés mais également ceux d'autres substances comme l'alcool et la nicotine.

L'hypothèse principale des auteurs, basée sur des impressions cliniques, a été confirmée par les résultats de cette étude qui indiquent que non seulement il n'y a pas eu d'augmentation de la dépendance à la nicotine, mais aussi que le FTQ a diminué au cours de la stabilisation des patients dans le centre. Cependant, Stark et Campbell, qui ont mis en évidence une augmentation du tabagisme parallèle à une augmentation de la posologie de méthadone, ont également trouvé que la posologie de méthadone en maintenance n'était pas corrélée au degré de tabagisme. On pourrait ainsi penser que les effets aigus de la méthadone sur la nicotine s'annulent lors de la phase de maintenance. Cela est en accord avec les résultats de cette étude.

Il est important de mentionner l'absence de corrélation entre la posologie de méthadone et le score FTQ, et l'absence de corrélation entre le FTQ et la concentration sérique de méthadone. En effet, l'influence de la cigarette sur les concentrations sériques de méthadone était jusque là peu claire, et on pensait même que la cigarette augmentait la clairance de la méthadone et induisait une élimination plus rapide de cette substance.

Dans cette étude, la stabilisation des patients (posologies de méthadone adaptées, une nette diminution des signes de manque, d'envie, et de consommation d'opiacés illicites) pourrait expliquer le changement de comportement de ceux-ci par rapport à la nicotine.

Les auteurs proposent l'hypothèse suivante : quand il y a dans certaines files actives une grande proportion de patients qui ont une posologie faible de méthadone et prennent simultanément des opiacés illicites, c'est qu'ils ne sont pas correctement stabilisés, et utilisent la cigarette en tant que tentative de réduire leur inconfort.

Il semble donc que fumer de manière importante n'est pas forcément un futur inévitable pour les patients en MMT. Le traitement par la méthadone, s'il est bien conduit, et adapté à chaque individu, peut contribuer à une diminution de la dépendance à la nicotine.

La prise en charge de la dépendance à la nicotine devrait être une proposition de soin pour tout patient stabilisé, tout autant que la prise en charge de la dépendance à l'alcool. Le suivi au long cours de ces patients et l'entourage permanent de professionnel de santé devrait, en théorie, y contribuer largement.

Dr Christine RIVIERRE, Marseille

Résultats de l'étude Coquelicot, phase de faisabilité Marseille 2002

Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, Julien EMMANUELLI

Institut de Veille Sanitaire

Introduction

En l'absence de données comportementales chez les UD (Usagers de Drogues) depuis 1998, l'Institut de Veille Sanitaire a proposé de mener avec le soutien méthodologique de l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) et le financement de l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS), une étude transversale sur les fréquences et les déterminants des pratiques à risque vis à vis du VIH et de l'hépatite C (VHC) chez les UD. Une phase pilote a été réalisée à Marseille entre avril et juin 2002. En plus de tester sa faisabilité (recueil de sang au doigt, recours à des enquêteurs professionnels et aux médecins généralistes), les objectifs de cette étude étaient de décrire les situations à risque liées à la consommation de drogues et aux comportements sexuels, d'identifier les principaux déterminants de la prise de risque, et d'estimer la prévalence du VIH et du VHC chez les UD. Bien que la taille de l'échantillon (N=166) et la nature de cette étude (phase pilote) incitent à une certaine prudence dans l'interprétation des résultats, son originalité principale est de procéder à une mesure objective de la prévalence du VIH et du VHC chez les UD grâce à un prélèvement de sang capillaire sans restitution des résultats.

A partir de 2004, l'étude Coquelicot a été étendue à 5 villes (Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux, Marseille) auprès d'un échantillon de 1500 personnes toujours sous la responsabilité scientifique de l'InVS avec un financement de l'ANRS. Les résultats seront disponibles en 2006. L'étude Coquelicot devrait connaître une troisième édition en 2007-2008. Cette pérennisation du dispositif devrait permettre de suivre la dynamique de l'épidémie de VIH et de VHC chez les UD en France.

Résultats

La collecte des données s'est déroulée sur Marseille auprès de 166 UD recrutés auprès de 15 structures de prévention, de soins et d'hébergement pour UD et de 10 cabinets de médecine de ville¹ (CMV) entre le 22 avril et le 3 juin 2002. Le taux de participation est de 71%. Le taux d'acceptabilité du prélèvement sanguin est de 83%.

L'échantillon est constitué de 70,5% d'hommes, l'âge moyen est de 34,1 ans. Les répondants ont fait de la prison au moins une fois dans leur vie pour 60% d'entre eux (99/166) dont 9% ont poursuivi les injections en prison. L'habitat peut être considéré comme stable pour 61,2% d'entre eux

¹ Nous remercions les dispositifs qui ont participé au recueil de l'étude Coquelicot : Centre de soins AMPTA, Hébergement AMPTA, Bus méthadone MDM, Local MDM Mission réduction des risques, Equipe de rue MDM Centre-ville, Equipe de rue MDM quartiers, AIDES PES, Protox, Unité de substitution hôpital St Marguerite, Point Marseille – SOS DI, Entracte – SOS DI, Sleep'in consultation, Sleep'in équipe de rue, Centre Casanova, Intersecteur des Pharmacodépendances et Autres Regards.

Et les médecins généralistes : Dr Arnoulet, Dr Berria, Dr Betti, Dr Chiappe, Dr Fédérici, , Dr Martin, Dr Mattéi, Dr Nusimovici, Dr Philibert.

Martine Quaglia, Pascal Arduin de l'INED

(101/166). Enfin, 37,3% des répondants tirent leurs ressources économiques du RMI (62/166), tandis que 8,4% se disent sans ressource.

Respectivement 15,6% (26/166) et 14,5% (24/166) des UD disent avoir injecté ou sniffé des produits dans le mois précédant le recueil des données. Durant cette période, les produits de substitution (méthadone, Subutex®) ont été consommés par 80% des UD, les benzodiazépines par 50% et les produits illicites par 25%. 70% des répondants sont polyconsommateurs avec un nombre moyen de produits consommés dans le dernier mois de 2,6.

Trente-six pour cent des UD injecteurs (8/25) disent avoir partagé leur seringue et 23% (5/25) avoir utilisé le récipient, le filtre ou l'eau de nettoyage déjà utilisé par un autre ou laissé un autre utiliser leur filtre usagé au moins une fois dans le dernier mois. Un tiers des UD sniffeurs disent avoir partagé la paille de snif durant le dernier mois. Les risques de partage de la seringue sont significativement plus importants chez les UD illicites, chez les consommateurs d'hypnotiques et chez ceux qui déclarent avoir consommé plus de 2 produits.

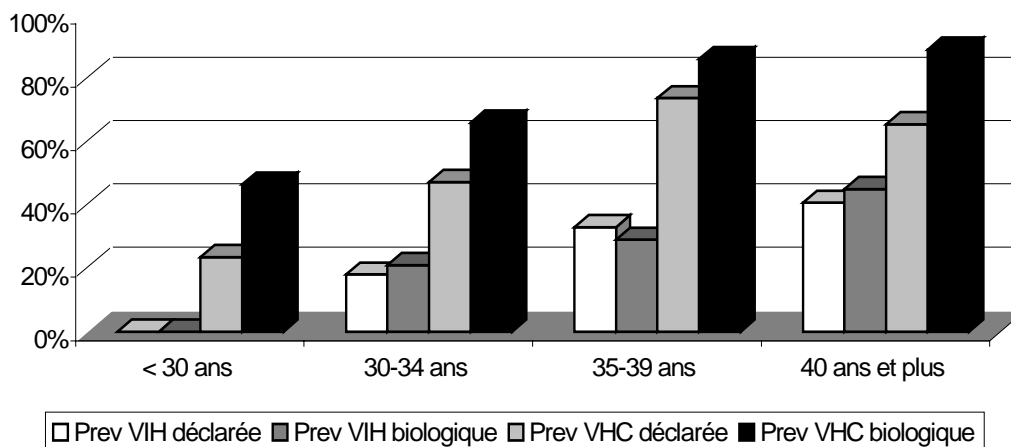
Soixante dix-neuf pour cent des répondants (131/165) déclarent avoir eu des relations sexuelles dans les six derniers mois. Les relations sexuelles non protégées entre personnes de statuts sérologiques VIH différents ou inconnus concernent 16,5% des personnes déclarant avoir eu des relations sexuelles dans les six derniers mois (14/131). Cette prise de risque sexuel global est significativement plus élevée chez les personnes qui s'estiment en mauvaise ou assez mauvaise santé.

Résultats relatifs à l'hépatite C

95% des UD étaient testés pour le VHC et 96% pour le VIH.

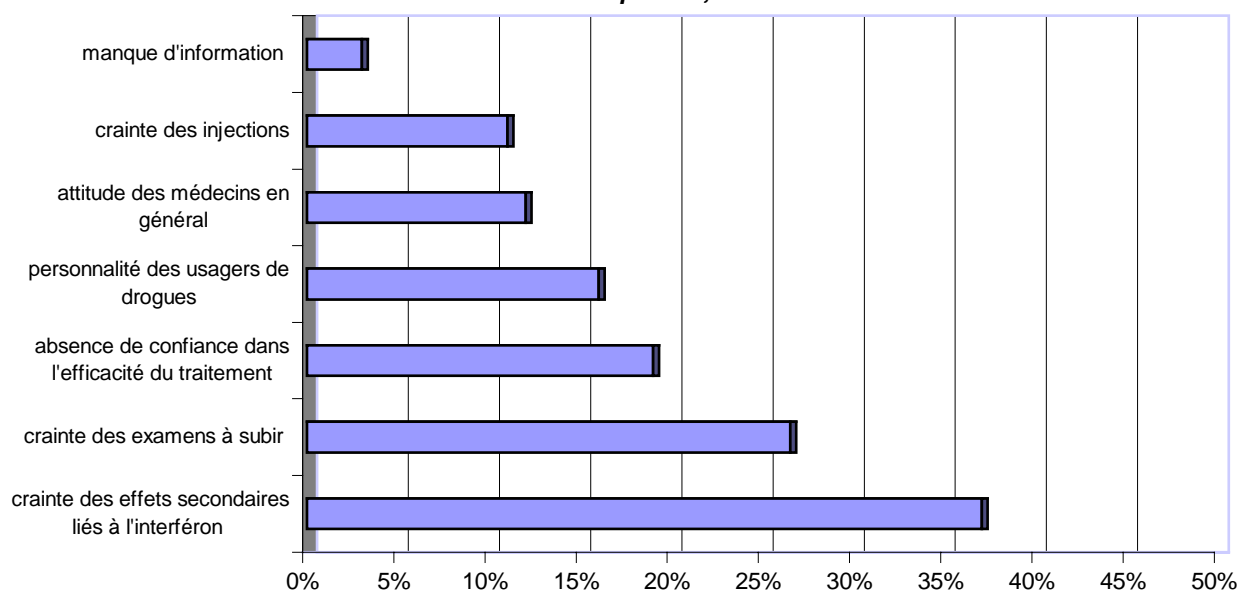
La prévalence déclarative et biologique du VIH est de 22% (36/156). Chez les moins de 30 ans, on note l'absence de toute séropositivité (0/35). La prévalence déclarée du VHC est de 51,6% (81/157) contre 72,6% par le test sérologique sur buvard (93/128). 30% des sujets positifs au VHC sur le sang capillaire (27/91) ont ainsi déclaré ne pas être contaminés par ce virus. Contrairement au VIH, la prévalence du VHC chez les UD de moins de 30 ans est de 43% (13/28). Un peu plus de la moitié des sujets séropositifs au VHC sont suivis médicalement.

Fig 1 : Prévalences de la séropositivité VIH et VHC par mode de recueil et par classe d'âge (étude Coquelicot, 2002)



L'étude Coquelicot qui a consacré quelques questions à la perception de l'hépatite C par les UD. Ces résultats montrent que l'hépatite C représente une maladie grave pour 92,3% des répondants (153/166) et que 77% (128/166) pensent que cette maladie peut être traitée efficacement avec des traitements. Parmi les raisons qui peuvent expliquer pourquoi les usagers qui en ont besoin n'accèdent pas à ces traitements (plusieurs réponses possibles étaient proposées), la moitié des personnes interrogées (80/166) évoquent des craintes autour du protocole thérapeutique : crainte des effets secondaires liés à l'interféron (62/166), crainte des examens à subir (44/166) et/ou crainte des injections (18/166). Douze pour cent (19/166) évoquent également les perceptions globalement négatives du traitement et 19% (31/166) l'absence de confiance dans l'efficacité du traitement. Seize pour cent (27/166) estiment que cette difficulté tient aussi à la « personnalité des UD » : manque de volonté, de motivation ou d'envie de se soigner, sentiments de peur ou de honte qui empêchent de faire les démarches ou de parler du problème, indifférence ou négligence qui fait que la maladie n'est pas considérée comme une priorité de santé ou comme un problème tout court. Le manque d'information concernant la maladie et les traitements sont cités dans 3% des cas (5/166). Il est intéressant de noter les distinctions entre les représentations que les usagers déclarent avoir eux-mêmes de l'hépatite C et celles qu'ils attribuent aux autres usagers, qui peut être interprétée comme une volonté de se distinguer du reste de la population des UD.

**Fig 2 : Raisons de la difficulté d'accès au traitement du VHC d'après les UD
étude Coquelicot, 2002**



Recommandations

Ces résultats préliminaires suggèrent un impact notable des actions et messages de réduction des risques sur le VIH (absence de séropositivité avant 30 ans) mais de portée très limitée sur le VHC dont la prévalence élevée chez les jeunes UD laisse supposer un risque de contaminations important dès le début de l'usage. Au-delà de biais de déclarations probables, ils confirment également l'évolution des tendances récentes chez les UD : chute des consommations des produits illicites au profit des produits de substitution et des médicaments psychotropes, et baisse importante de l'injection.

En plus de maintenir un niveau d'accessibilité suffisant au matériel d'injection stérile, ces premières données incitent d'ors et déjà à mettre un accent particulier sur l'accès au dépistage et aux soins qui

prennent en compte les réticences des usagers à se faire tester pour le VHC et à se faire soigner pour leur hépatite.

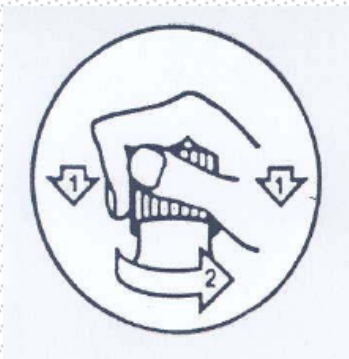
En effet, le dépistage VHC en Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit est souvent appréhendé comme une démarche « longue et fastidieuse », une proposition de test réalisé au sein même des structures fréquentées au quotidien pourrait avantageusement remplacer cette démarche. Dès lors, il est important d'envisager les modalités d'utilisation de ce test dans le cadre des programmes de prévention afin d'améliorer la prise en charge globale des publics exposés. Ce test doit être préalablement évalué non plus dans une optique de recherche épidémiologique, mais dans une optique de dépistage de santé publique. Une fois les performances de ce test évaluées dans une optique de dépistage, il faut réfléchir aux ressources logistiques nécessaires pour le recueil et l'analyse des buvards. Enfin, il est primordial de s'interroger sur les conditions de restitution des résultats. Ce screening de première intention peut paraître séduisant pour les équipes, mais il doit être manipulé avec précaution vis-à-vis des UD.

Concernant la prise en charge du VHC, les UD peuvent hésiter à se faire soigner en raison de représentations négatives autour du protocole thérapeutique, et ce d'autant plus que la co-infection fréquente VIH-VHC et les conditions de vie précaires de la plupart de ces personnes rendent complexe leur prise en charge médicale.

Références

Emmanuelli J, Jauffret-Roustide M. Epidémiologie du VHC chez les usagers de drogues, France, 1993-2002. BEH n° 16-17/2003, p. 97-99

A partir du mois de novembre 2005, les flacons de méthadone sirop seront fermés par un bouchon de sécurité, destiné à éviter une ouverture et une absorption accidentelle, notamment par des enfants. D'une façon générale, comme l'ensemble des médicaments destinés aux adultes, la méthadone doit être tenue hors de portée des enfants.



Pour l'ouvrir : posez le flacon sur un plan dur, puis appuyez sur le bouchon en le dévissant dans le sens indiqué par la flèche.

Malgré ces précautions, en cas de prise accidentelle par un enfant, la période la plus critique se situe 1 à 4 heures après la prise. Dans ce cas, ou dans le doute, l'enfant doit être conduit aux Urgences le plus rapidement possible.

Témoignage :

Traitement de substitution aux opiacés en centre d'alcoologie

Dr Claude FONTANARAVA, C.H.U. Marseille

Les usagers de drogue bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO)¹ sont passés de quelques dizaines dans le milieu des années 90 à près de 100 000 en ce début de troisième millénaire. Cette spectaculaire modification du paysage du soin aux toxicomanes se heurte cependant à la persistance d'une stigmatisation, préjudiciable à la réintégration sociale qui est pourtant un des buts de ce type de thérapeutique. Cette forme de ségrégation isole parfois certains malades et leur interdit peu ou prou d'accéder à des prises en charge en moyen séjour lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.

C'est quelquefois, sinon souvent, le cas des problèmes de dépendance alcoolique fréquemment retrouvés chez ces patients². L'alcool est, habituellement, la première toxicomanie sévère à laquelle de nombreux jeunes gens sont confrontés. Chez certains d'entre eux, l'usage plus tardif de l'héroïne supplante *de facto* notre bonne vieille molécule d'éthanol, mais cette dernière n'a pas disparu pour autant et, à l'arrêt des opiacés illicites, il n'est pas rare de la voir revenir sur le devant de la scène. Cette problématique se retrouve également chez les malades traités par des médicaments de substitution (MSO³) que ce soit le Subutex® (BHD⁴) ou bien la méthadone.

En ce qui concerne la méthadone, nous sommes parfois en face de patients présentant des épisodes d'insomnie, d'angoisse, d'anhédonie et la recherche de « sensations ». Ceci est soit le fait de sous-dosages, soit la conséquence d'une prise d'alcool qui déséquilibre le traitement et qui peut entraîner à nouveau des prises d'alcool ou de benzodiazépines, voire de cocaïne, avec toutes les conséquences que l'on connaît. Les consommations d'alcool retrouvées dans ces cas sont souvent massives et intermittentes, du moins au début, pour devenir par la suite régulières, avec apparition de tous les symptômes de la dépendance avérée tant physique que psychologique (DSM IV⁵).

De la même manière, des patients traités par la BHD, mal équilibrés, avec des prises multiples, des injections ou des « sniff » (ces phénomènes eux-aussi parfois générés par des sous dosages) vont, avec l'alcool, rechercher un effet anxiolytique ou une « défonce ».

L'alcool est le transfert de dépendance le plus fréquemment retrouvé et sa prise en charge est extrêmement difficile dans un pays où la pression sociale vis à vis du produit est très forte. Pour ces patients, comme pour les autres, l'accès à des structures spécialisées va souvent s'avérer nécessaire.

Les demandes d'admission en « centres de cure de désintoxication alcoolique », ainsi qu'il est encore coutume de les appeler, se font le plus souvent sur dossier médical sans qu'un entretien puisse avoir lieu. Le peu de lits dont disposent en France ces établissements font que le recrutement des malades est très varié, ces derniers provenant parfois de départements fort

¹ TSO : Traitement de substitution aux opiacés

² Ottomanelli G. Méthadone patients and alcohol abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16: 113-121,1999.

³ MSO : Médicaments de substitution aux opiacés

⁴ Buprénorphine Haut Dosage

⁵ DSM IV : Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders

éloignés du lieu de soin. De ce fait, dans la plupart des centres, il se doit malheureusement d'être plus ou moins sélectif, la demande dépassant, et de loin, l'offre.

La notion de prise de MSO (de même qu'il n'y a pas si longtemps, les tri-thérapies) effraie parfois les personnes chargées des admissions en faisant ressurgir le spectre du toxicomane agressif, délinquant chronique, plus ou moins asocial, et, a minima, perturbateur de nature. Nombreux sont les refus qu'essuient ces patients sans autre forme d'explications.

Leur parcours n'est évidemment pas le même que celui de « l'alcoolique pur et dur », pilier de bar et boit-sans-soif, ce qui est, soit dit en passant, une image d'Epinal que l'on peine à retrouver dans un monde où la polytoxicomanie devient peu à peu la règle. Mais, lorsqu'on exerce entre autres en centre d'alcoologie de moyen séjour⁶, on se rend compte que les malades en TSO et, en particulier ceux traités par la méthadone, ne posaient, le plus souvent, pas plus de problèmes que les autres. Et, tout en tenant compte du fait que les patients recevant de la méthadone sont beaucoup moins nombreux que ceux recevant du Subutex® (16 000 versus 85 000), il semblerait en tout état de cause exister plus de facilité d'intégration en institution et dans les thérapies de groupe chez les premiers.

Cela vient probablement du fait que dans le premier cas, d'une part, le traitement est mis en place dans un contexte plus « contenant » (CSST ou Etablissement de soins) avec une prise en charge mieux structurée et que, d'autre part, il nous semble qu'il y ait moins de mésusage avec la méthadone qu'avec le Subutex®. Dans le deuxième cas, les mésusages du Subutex® aussi bien que sa prescription inadéquate, entraînent fréquemment des états de manque permanents faisant que, restant en souffrance, il leur est difficile de s'intégrer à une thérapie institutionnelle tant que l'équilibrage de leur TSO n'est pas obtenu. Dans notre expérience, les doses d'équilibre semblent d'ailleurs être plus facilement acquises avec la méthadone et, en tout cas, plus stables dans le temps.

Il faut cependant noter que l'association Ethanol - Méthadone⁷ entraîne plusieurs phénomènes que l'on ne retrouve pas avec la BHD.

Il y a, dans un premier temps, en cas de prise importante d'alcool, une modification de la pharmacocinétique de la méthadone consistant en une augmentation des concentrations plasmatiques au cours des premières heures (effet 'turbo' décrit par les usagers). On note par la suite, une perte d'efficacité en fin de 24 heures, liée à une baisse plus brutale de ces mêmes concentrations plasmatiques. Celles-ci s'accompagnent de sensations de manque (graph. 1). De ce fait, à l'arrêt de la consommation d'alcool, il n'est pas rare de pouvoir, lorsque cela est demandé par le patient, diminuer la dose de méthadone sans trop de difficultés. Cette dernière avait souvent été soit augmentée, soit maintenue à des niveaux élevés pour compenser ces états de manque qui, en fait, étaient essentiellement imputables à l'alcool.

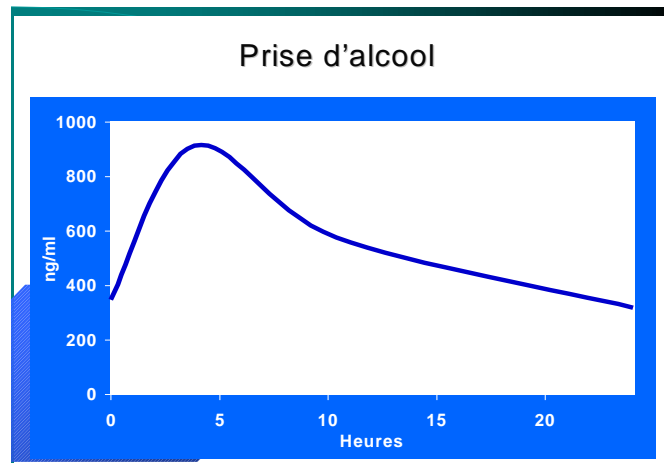
Il convient également de ne pas négliger un problème qui se pose assez souvent au soignant en centre d'alcoologie : il s'agit de la teneur en alcool des flacons de méthadone (1,8 %). Le principe de base lors de la prise en charge d'une dépendance alcoolique avérée est l'abstinence totale qui, dans ce cas de figure, est impossible à obtenir, même si la quantité d'alcool ingérée lors de la prise d'un flacon peut paraître infime. La proposition⁸ de mettre sur

⁶ CMS Saint Barnabé, Chemin de Fontainieu. 13014 Marseille

⁷ Hillebrand J. Excessive alcohol consumption and drinking expectations among clients in methadone maintenance. Journal of Substance Abuse Treatment, 21: 155-160(2001).

le marché d'autres formes galéniques de méthadone (gélule par exemple, Cf. Conférence de Consensus), si elle est mise en pratique, permettra probablement de résoudre ces soucis.

Graphique 1. Influence de la prise d'alcool sur les taux sanguins de méthadone sur 24 heures



Il est assez fréquent que certains patients substitués exacerbent sous alcool des troubles psychiatriques, parfois sévères, et le plus souvent préexistants. Dans nos observations, il est intéressant de constater que les patients traités par la méthadone sont plus facilement stabilisés en cas de comorbidités psychiatriques que ceux traités par la BHD. La méthadone aurait-elle des effets psychotropes, de type anxiolytique et antipsychotique, comme le suggère Maremmani⁹ ?

Il semble que la prise en charge de la dépendance alcoolique chez les patients en TSO constitue un facteur de meilleur pronostic en ce qui concerne l'évolution psychosociale et par là même, la réinsertion⁷. Dans la même optique, la non-consommation d'alcool va permettre très souvent le démarrage ou la reprise d'un traitement de l'hépatite C qui avait souvent été repoussé voire abandonné¹⁰ chez ces patients.

En conclusion, on peut dire qu'encore actuellement, en raison de certaines représentations générant des a-priori négatifs, les patients traités par des MSO n'ont pas toujours accès à la prise en charge de la dépendance alcoolique dans certaines structures normalement dédiées. Il semble indispensable que des échanges constructifs aient lieu entre les différents intervenants du champ de l'addictologie, modifiant de ce fait des points de vue totalement rétrogrades et permettant de faire cesser des querelles de clocher d'un autre âge.

Il est aussi préjudiciable pour ces patients particulièrement fragiles de minimiser la problématique alcool que de diaboliser le fait qu'ils soient sous MSO.

Cette stigmatisation doit disparaître car, d'une part, à titre individuel, elle contribue à entretenir un sentiment de rejet chez ces malades et d'autre part, d'un point de vue plus général, dans les années qui viennent, si ce n'est pas déjà le cas, la polytoxicomanie sera la règle et les prises en charge se devront d'être pluridisciplinaires.

Autant commencer dès maintenant.

⁹ Dual Diagnosis Heroin Addicts. Heroin Add & Rel Clin Problem 2003; 5(2): 7-98, traduit en français dans LE FLYER hors-série n° 3, vol. 1, sept. 2004.

¹⁰ Caputo F et al. Short-term of methadone administration reduces alcohol consumption in non-alcoholic heroin addicts. Alcohol and Alcoholism, 37: 164-168, (2002).

Asud, l'expérience de l'auto support :
10 ans de réduction des risques à Nîmes
Jef FAVATIER, Asud Nîmes

Terme anglo-saxon qualifiant « l'éducation par les pairs », l'auto-support, que l'on pourrait traduire par auto-organisation, s'est développé dans un objectif de réduction des risques au sein de la population des usagers de drogues. Cette implication des (ex) consommateurs dans les actions de la réduction des risques, si elle est (re)connue par les spécialistes de la santé, l'est beaucoup moins du grand public. Et même pour une grande partie des intervenants du secteur sida toxicomanie, cette démarche d'auto-support reste une notion assez floue.

L'action participative des usagers de drogues - assez disparate d'un groupe à l'autre - passe par différentes étapes :

- représentation des usagers du dispositif de soins,
- défense de leurs droits sous la forme de syndicat d'usagers de drogues,
- intervention, voire mise en œuvre d'actions de terrain incluant la participation d'usagers relais (travail de rue, accueil et programme d'échange de seringues notamment).

A ces différents niveaux d'implication s'ajoute une terminologie qui varie selon une partition Nord/Sud caractéristique (expériences au nord de l'Europe différentes de celles des pays méditerranéens, issues d'une culture latine). Ainsi, la majeure partie des écrits disponibles fait référence à l'historique des groupes du nord de l'Europe, anglo-saxonne alors que, par exemple, l'expérience française se réduit à quelques publications (1).

Naissance d'Asud à Nîmes

Les actions d'Asud-Nîmes ont débuté en 1994, l'année où Véronique Cerf, la présidente fondatrice, a déposé les statuts de l'association. Avec le soutien de l'association Aides et la pugnacité de quelques médecins et pharmaciens libéraux, nous avons débuté nos actions selon deux axes de travail : l'accès au matériel stérile et les traitements de substitution. Ces besoins prioritaires étaient exprimés par les injecteurs d'héroïne, à l'époque où la Buprénorphine Haut Dosage était annoncée, où les premiers « Programmes méthadone » débutaient dans le cadre des CSST.

Avec le concours de quelques médecins qui prescrivaient, selon les cas, du Temgésic®, Palfium® et/ou des sulfates de morphine, nous avons pu organiser les premières réunions, qui donneront naissance, par la suite, au réseau Ville/Hôpital Toxicomanie, malheureusement disparu aujourd'hui.

Nous avons bénéficié d'une situation locale peu commune. A l'époque, la ville de Nîmes étant la première commune à installer un AUTOMAT échangeur de seringue, alors que l'un des premiers « Programmes méthadone » débutait en région (mars 1994). On peut considérer qu'un élan régional particulier a favorisé la mise en œuvre de notre projet d'accueil et d'orientation des usagers de drogues, avec la mise à disposition du PES (programme d'Echange de Seringues). Quand notre PES ouvre ses portes en septembre 1995, grâce au financement de Sidaction, nous avons rapidement décidé de recruter des salariés issus du secteur professionnel : une jeune psychologue diplômée et une intervenante ayant une expérience d'aide soignante sont ainsi entrées à Asud-Nîmes. Cette embauche de personnel

qualifié fut l'un des éléments déterminants pour valider le sérieux de notre expérience et dès le début, la nécessité de mettre en place une équipe pluridisciplinaire nous est apparue. Mais cette organisation du travail inédite a suscité bien des débats au niveau national. Pourtant, nous restions en conformité avec nos statuts puisque la présidence était assurée par une 'usagère' de drogues et la proportion de 60% d'usagers parmi les membres de l'association était respectée.

On peut s'interroger sur la présence d'une psychologue au sein d'un PES. Malgré un climat local globalement favorable, la relation patient-soignant était balbutiante. Le CSST et certains médecins hospitaliers ne voulaient pas entendre parler de nous, usagers de drogues, en tant qu'interlocuteurs. D'où la présence de la psychologue, qui a pu intégrer les principales réunions de médecins, élaborer un réseau de prescripteurs et orienter les usagers vers une prescription de Subutex®.

En parallèle, un travail de sensibilisation était mené afin que, nous usagers, puissions être présents dans toutes les réunions qui nous concernaient. Un an plus tard, nous avons orienté environ 200 usagers vers un traitement de substitution et notre présence légitime était reconnue par une grande majorité des médecins.

Aujourd'hui notre action bénéficie du statut « Boutique ». Nous privilégions toujours la pluridisciplinarité des fonctions. Ainsi une infirmière, un éducateur spécialisé, un adulte relais, un référent de l'accueil et un directeur composent l'équipe d'Asud Nîmes actuelle, qui gère, depuis 2004, l'unique « boutique auto-support » en France.

Idéologie ou pragmatisme ?

Préoccupation centrale de l'auto-support, la question des traitements de substitution reste incontournable dans la mise en place d'une politique de réduction des risques. Là aussi le cadre reste flou : les réticences des secteurs médical et universitaire étaient telles que les pouvoirs publics - DGS en tête - n'ont eu d'autre argument que celui du soin. L'objectif annoncé, le passage à l'abstinence par l'entremise d'un traitement de substitution, devait tout au plus durer quelques mois. Un 'optimisme' qui fixait une durée de traitement à six mois, période couramment recommandée dans les diverses communications de la DGS. Mais l'expérience montre qu'il existe une différence entre les recommandations et la pratique.

Aujourd'hui, malgré ce chemin parcouru, nous avons toujours beaucoup de mal à parler, de manière pragmatique, des pratiques de réduction des risques, surtout quand il s'agit de la délivrance des traitements de substitution. Tout juste, pouvons-nous aborder la notion de haut et bas seuil, ce dernier seuil étant d'ailleurs régulièrement attaqué (remise en cause de l'expérience du Bus méthadone de Médecins du Monde, notamment).

La conférence de consensus

Cette conférence ayant eu pour thème « *Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution* », s'est tenue à Lyon en juin 2004. Elle ne fut guère plus explicite dans ses nouvelles recommandations. A quel moment doit-on considérer qu'une prescription relève de la réduction des risques ou d'une démarche thérapeutique ? Qui est habilité à la mettre en œuvre ? Et sur quels critères ?

Au moment où la politique de réduction des risques et les traitements de substitution sont copieusement critiqués, il semble indispensable de rappeler quelques faits avérés en terme de santé publique :

- résultats positifs obtenus en terme de prise en charge des usagers de drogues,
- diminution des décès par overdose,
- réduction des contaminations VIH parmi les usagers,

- diminution du trafic et des délits liés à la consommation d'héroïne. Et si le nombre d'interpellations n'y suffisent pas, c'est bien que la question idéologique prime sur le pragmatisme.

Les communications de nos hommes politiques focalisent toujours sur les quelque 5 à 20 % - selon les régions - d'usagers qui sont effectivement en difficulté, détournent le produit, se l'injectent et développent un état de nomadisme lié aux prescriptions de Subutex®. Comme si les 80% (et plus) d'usagers qui ont pu retrouver une vie « normale » grâce à la substitution ne comptaient pas. Comme si parler de ceux qui ont réussi à renouer avec le cercle familial, repris une vie affective et sociale stable ou retrouvé un emploi n'intéressait personne.

Que dit la conférence de consensus à ce sujet ? Il faudrait un rééquilibrage entre le nombre de prescriptions Subutex® et Méthadone, la délivrance des traitements de méthadone en médecine de ville, l'expérimentation d'un ou deux programmes de délivrance d'héroïne médicalisée (injectable). Asud adhère évidemment à toutes ces recommandations, mais veut aller plus loin. Lors de la conférence de consensus, outre l'élargissement de la palette de traitements de substitution, la position d'Asud visait différents points :

- la nécessaire alliance thérapeutique,
- la reconnaissance du principe de connaissances partagées sur le sujet de la substitution,
- la prise en compte de la notion de plaisir ou de confort thérapeutique.

Dans le cadre du confort thérapeutique pour des traitements que l'on sait aujourd'hui de longue durée, la possibilité de délivrance des traitements à 28 jours doit être conservée et le libre choix du pharmacien maintenu - ce qui hélas n'est plus le cas. Une alternance thérapeutique avec changement de molécules devrait aussi être proposée avec mise sur le marché d'une galénique en forme sèche pour la méthadone.

Rappelons qu'un usager qui souhaite prendre des congés de plus de 14 jours se verra l'accès à ses produits de substitution compliqué. Il devra faire un choix restrictif de sa destination en fonction d'un relais de prescription, sans parler des destinations hors de nos frontières où la substitution n'existe pas ou peu.

Par ailleurs, 14 jours de traitement à une posologie de 75 mg par jour représente un chargement de près de 7 kilos. En cas de voyage en avion, c'est, en plus de l'encombrement, une part conséquente du poids autorisé en bagage qui va être consacrée au seul médicament.

Réduire les possibilités de prescription et de délivrance des produits de substitution, c'est à la fois nier les compétences et le diagnostic posés par le prescripteur. C'est mettre en cause les capacités du pharmacien et nier le droit de tout usager au confort thérapeutique. Pour ces raisons d'ordre compassionnel, Asud-Nîmes poursuivra son action d'auto-support aux côtés des usagers, qui sont en demande d'aide et de soulagement. L'association consolidera sa relation de travail avec les médecins et les pharmaciens de bonne volonté, également engagés auprès de ces patients, souvent en détresse, qui s'adressent à eux.

(1) Publications de référence en français :

- Interview de J.-L. Rozembaum par Christophe Montaucieux, Le journal du sida, 1996.
- Les travaux d'Abdala Toufick, parus dans les revues Prévenir et Toxibase, 1997.
- Marie Jauffret, L'auto-support des usagers de drogues en France, groupes d'entraide et groupe d'intérêt, Groupement de recherche Psychotropes Politique et Société du CNRS, juillet-septembre 2000.

Article issu du mémoire-thèse de recherche :

La Clinique de la non-demande : les nécessités d'adaptation du cadre thérapeutique pour des personnes en marge.

Naira MELIAVA, psychologue clinicienne, Paris

Le concept de « clinique de la non-demande » est né de la rencontre d'un quotidien de psychologue au sein d'une association 'précarité' et de nombreuses interpellations sur le rôle des professionnels de la santé mentale dans le domaine psychosocial qui sont au cœur des débats des intervenants.

Avant tout empirique, cette recherche devenait un support de réflexion sur les situations cliniques que l'on peut rencontrer dans une pratique psychologique « de la rue » et de les articuler avec les techniques classiques afin de se donner la possibilité d'être un professionnel au service de l'autre dans ce qu'il a de plus complexe.

Croiser ces expériences avec une recherche théorique sur les politiques actuelles en matière d'accès au soin a permis de mettre en exergue de nombreuses réactions, souvent critiques, lorsqu'elles émanent des acteurs de terrain, mais, à l'inverse, souvent soutenues par les responsables de secteur ou autres représentants. C'est pourtant dans une perspective sociale que cette organisation de la santé mentale a été instaurée, espérant offrir des services plus accessibles (par le fonctionnement en secteurs) et moins asilaire (par la réduction des lits). Comment se fait-il alors que l'on puisse observer de tels phénomènes contraires au postulat initial ? En effet, de nombreux constats montrent que la prise en charge est toujours « élitiste », refusant une catégorie précaire de patients sous de nombreux prétextes, et qu'elle n'offre pas de suivis suffisants pour que le temps de soin soit réellement respecté en fonction de la singularité des patients.

Serait-ce la rigidité administrative qui a éloigné la psychiatrie de sa fonction principale ou faut-il simplement un peu de temps pour accorder le système aux besoins de la population ?

A cette question, il semble que les regards changent, que la systématisation des diagnostics et l'intérêt de la psychiatrie s'orientent davantage sur des problématiques plus complexes mais moins avérées. C'est sans doute ce que souhaite marquer l'utilisation du terme « santé mentale » au lieu de « psychiatrie » dans les nouveaux discours. Il faudrait donc attendre le développement des recherches et théorisations pour entrevoir un changement dans la philosophie actuelle ? Si tel est le cas, le retard pris dans la prise en charge n'en sera que renforcé et la création de structures plus indépendantes sera croissante. Cet avenir pourrait être une solution plus adaptée pour les patients, mais risque de désunir des professionnels et de rendre l'accès au soin encore plus contraignant et difficilement compréhensible pour les usagers.

Concernant le travail du psychologue plus spécifiquement, il semblerait que la rigidité imposée par l'ancrage psychanalytique français a bien souvent conduit les psychologues à s'enfermer dans un mode de prise en charge prédéfini, souvent sectorisé (hôpitaux, CMP...) ou autonome (cabinets libéraux...). Cette position d'entre-deux, entre la psychiatrie et la thérapie, entre la relation duelle et le travail en équipe, ne favorise pas la définition d'une mission spécifique, pouvant s'introduire dans une démarche plus globale. C'est ici un questionnement nouveau qui s'offre au psychologue, l'incitant à s'investir dans de nouvelles formes cliniques et s'inscrivant dans une dynamique pluridisciplinaire. Mais le travail proposé

requiert une participation plus personnelle de sa part, voire même un engagement qui pourrait interférer avec sa neutralité.

Il n'est pas de mise de vouloir « convertir » nos pairs à la pratique en centres sociaux ou spécialisés dans l'addiction, mais simplement de présenter les possibilités qu'offre ce travail. Profondément humaniste et prêt à se nourrir des échanges interdisciplinaires, il y trouvera un défi stimulant et un renouvellement de ses connaissances. Mais comme l'ont largement soulevé les diverses contestations, quelle place occupera le psychologue sur la scène de la marginalité ?

Il ne doit pas devenir un simple acteur confondu dans la masse des professionnels, mais il ne faut pas pour autant qu'il se désunisse des équipes. Au contraire, ne pourrait-il pas être une interface, un support pour les équipes et les patients, en dehors de tout enjeu social ou médical ? La création de cet espace d'écoute et de soutien exige du psychologue une grande souplesse dans le maniement de ses outils et dans l'acceptation des patients. Il doit, en effet, ne pas se buter au silence de la demande, qui n'intervient pas en refus mais signifie au contraire la difficulté à penser et à exprimer des besoins autres que matériels ou physiques. Il est donc nécessaire de prendre le temps de créer le lien, de rester constant et disponible, même si les échecs sont fréquents, et il faut continuer de croire au potentiel du patient et du processus thérapeutique.

La notion de cadre, notion clef de la recherche a été le principe le plus difficile à conceptualiser car il témoigne de l'embarras du psychologue à penser ses méthodes tout en conservant pourtant un statut privilégié.

La marginalité, qu'elle soit conséquence de l'exclusion ou de la consommation de produits psychoactifs, inscrit la personne dans une absence de repères, de limites et de contenance. Le cadre thérapeutique, qui se doit avant tout d'être un outil sécurisant pour le patient lors de sa régression et plus largement de son introspection, est dans la présente situation clinique, un élément de reconstruction à part entière. Il ne s'agit pas d'enfermer la rencontre dans un système stable et restrictif, mais de faire ressentir au patient une invariance de notre part quelles que soient les tentatives de rupture qu'il jouera dans la scène thérapeutique.

Malgré les contradictions et les imprécisions techniques qui accompagnent les théories sur le cadre, il faudra au clinicien trouver avec subtilité les ingrédients adaptés pour soutenir sa position et permettre au patient de les intégrer progressivement.

La tonalité archaïque de la relation et même de la problématique du patient, trouvera dans le cadre une protection et une garantie du soin. Permettant au psychologue, et plus largement à la structure référante, de se forger un espace singulier pouvant être reconnu, le cadre devra être dans la continuité de la clinique, acceptant les remaniements nécessaires pour ne pas être un simulacre des thérapies classiques. Enfin, dépositaire de la spécificité de la profession de psychologue et de son éthique, il sera un garde-fou aux éventuelles dérives et dénaturations de cette fonction.

Finalement, n'est-ce pas le même problème qui se pose dans la définition du cadre et dans celle de notre mission sur la scène de l'exclusion sociale ? La multitude des pratiques ne tend pas vers une unité de notre profession. Elle témoigne néanmoins de la richesse de celle-ci. Il faudra plus de recul pour que ces méthodes rejoignent les fondements de notre clinique. Permettre à ces nouvelles pratiques d'être abordées par des cliniciens dans le cadre de la recherche des théories et de leur unité semble être un appui pour notre profession. Il est nécessaire que ces situations thérapeutiques soient davantage pensées pour leur permettre d'être reconnues et d'engager un processus d'intégration de ces concepts au corpus fédérateur préexistant.

D'un point de vue pratique rencontrer les usagers avait comme objectif de comprendre leurs représentations des services qui leur étaient proposés, mais surtout leurs attentes en matière de soutien psychologique.

Tout d'abord, on a pu constater que leur lien avec les structures référentes est important, qu'il est une attache avec la société et, plus simplement, avec le groupe identificatoire et protecteur. Mais déjà le rôle qu'ils attribuent est ambigu, car ils réclament une prise en charge globale parfois proche de l'assistantat. Aucune contrainte ou effort ne peut être fourni pour entreprendre des démarches et les usagers souhaiteraient que l'on soit doté d'une toute-puissance réalisatrice.

Malgré ces attentes presque magiques ou du moins archaïques, ils considèrent généralement leur interlocuteur dans ce qu'il est et non dans la fonction qu'il exerce. Ils s'adressent donc à nous dans une relation sincère et humaine, mais que nous devons recadrer dans un contexte structuré. Interrogés sur le travail du psychologue, le flou est encore plus important. Ils distinguent difficilement la différence entre le médical et le psychologique (« *le psychologue est un toubib* »), mais ils savent cependant que le psychologue n'exige pas d'eux des démarches concrètes. Il est perçu comme un soutien, un interlocuteur privilégié pour exprimer ses difficultés. C'est dans ces conditions que les usagers souhaiteraient entreprendre un suivi avec un psychologue. Dans la réalité, ils ont pour la plupart rencontré des professionnels de la santé mentale, mais les circonstances et les expériences ont souvent été propices à la construction d'une image dévalorisée et discréditée de notre fonction. Si certains ont rencontré un professionnel avec lequel ils ont créé un lien et ont pu instaurer leur confiance, la plupart sont restés sur une représentation négative.

Compte-tenu des discours des patients, il faudra au psychologue une intuition clinique sensible pour réussir à nouer une relation thérapeutique avec une personne marginalisée. Mais la prétendue incapacité à travailler sur un matériel symbolique ne semble pas attribuable aux personnes interrogées, qui ont parfois utilisé le cadre des entretiens de recherche pour livrer des récits souvent riches émotionnellement.

Enfin, ils ont confirmé la nécessité de ne pas dénier la situation matérielle qu'ils vivent. Il ne s'agit pas de les contraindre au suivi sans tenir compte de leur réalité quotidienne, mais d'ouvrir un espace qu'ils pourront, s'ils le souhaitent, s'approprier pour exprimer leurs souffrances ou, plus généralement, leurs « états d'âme ». La prise en charge psychologique ne doit pas être systématique pour qu'elle soit identifiée comme un soutien qu'ils peuvent s'approprier. Elle doit être accessible et ne pas consister en une simple orientation, sans accompagnement rassurant.

L'autre pan de l'investigation impliquait une confrontation avec d'autres praticiens afin d'évaluer leurs méthodes de travail, et leur ressenti par rapport à leur clinique. De ces rencontres est ressorti un large éclectisme des orientations théoriques mais tous se rejoignent dans une implication commune, un investissement majeur dont ils témoignent avant tout en se positionnant comme membre de la cité et de par leur spécificité ensuite.

Les entretiens effectués avec des professionnels de divers horizons ont mis en exergue la richesse de cette clinique « psycho-sociale ». Cet exercice de réflexion sur leur pratique semble avoir été un défi stimulant, permettant à chacun d'exposer son point de vue et de témoigner de ses perspectives de travail.

Les structures, dans lesquelles ces psychologues exercent paraissent parfois disparates, tant dans leurs modalités de prise en charge que dans leurs objectifs, mais elles s'unissent dans leur pluridisciplinarité et dans leur acceptation de la problématique multi-factorielle de leurs usagers. Ils ne recherchent pas la stigmatisation de leur offre de soutien, mais au

contraire restent spontanés face à la diversité de leurs patients et identifient les limites de leurs prises en charge.

A travers ces présentations de leur structure, on peut voir que les psychologues sont engagés dans la philosophie de travail induite par le positionnement politique que leur centre occupe. Ils revendiquent leur appartenance à ce mouvement de soins et prennent partie dans l'organisation des prises en charge. Même si les niveaux d'exigence imposés par le cadre sont étalés, force est de constater que la rencontre avec un psychologue se fait toujours lorsque l'utilisateur intègre un réseau de soutien structuré et qu'il peut accepter les contraintes qui en découlent. En effet, peu de psychologues sont présents dans les centres d'accueil « bas-seuil », non pas, comme le souligne une psychologue, parce qu'ils n'auraient pas leur place, mais parce que l'accent y est avant tout mis sur le pôle éducatif pour préparer la personne aux autres modalités de suivi.

Cependant, ne serait-il pas adapté de proposer un soutien psychologique dès le premier contact avec des intervenants sociaux plutôt que d'attendre l'échec des projets mis en place pour orienter la personne sur le psychologue ? Souvent utilisé en dernier recours, lorsque les travailleurs sociaux ou médicaux s'épuisent de la relation, le psychologue n'est pas toujours intégré dans le continuum des autres actions. Il est encore difficile pour les autres professionnels d'accepter que le travail effectué lors du soutien ne soit pas objectivable et même parfois différent de leurs objectifs. Mais, comme on peut le voir, la plupart de ces psychologues sont avant tout un support pour les équipes. Ils peuvent diriger des supervisions et être des interlocuteurs privilégiés pour les professionnels dans la compréhension de leurs usagers.

Tel que cela avait été envisagé dans les hypothèses, le psychologue est un maillon nécessaire de la chaîne de soins. Néanmoins, nous sommes encore à l'aube de la collaboration qui s'instaure entre notre spécialité et celle des autres professionnels. Il faudra que le psychologue fasse certaines concessions pour s'allier durablement à ces nouvelles modalités de travail : concevoir de rendre sa pratique plus accessible et souple, en communiquant une partie des informations à l'équipe par exemple, si ces adaptations sont utiles dans la globalité de la prise en charge et dans la limite du secret professionnel. Il ne semble pas y avoir d'incompatibilité entre les outils du psychologue et les objectifs globaux des institutions.

Faire le choix de présenter des structures diverses permettait de rendre compte de la diversité des populations qu'elles prennent en charge. La distinction ne doit pas se faire au niveau de la symptomatologie ou de la catégorie sociale des patients. Elle trouve davantage son sens dans la demande ou plutôt dans le choix de l'utilisateur à s'adresser vers tel ou tel centre. Les facteurs de la marginalité étant multiples, tenter de faire une généralité sur la structuration de la personnalité de ces patients semble inapproprié, même si les diagnostics psychopathologiques sont de plus en plus fréquents.

On peut cependant constater que les professionnels considèrent certains aspects de la personnalité de leurs usagers comme des signes cliniques incontestables. C'est le cas de la problématique abandonnique, courante chez ces patients. Ceux-ci trouvent dans la relation thérapeutique un espace pour remettre en scène leur scénario de vie. Le vide qui envahit leur quotidien et leur psyché rend le travail d'élaboration plus difficile, et il faudra les aider à reconstruire leur identité en respectant leur rythme. Enfin, il faut en permanence renouveler le lien qui sous-tend la relation thérapeutique et rester constant pour ne pas recréer la rupture. Là encore, le psychologue doit s'adapter au matériel, factuel ou archaïque, que le patient lui apporte lors de son introspection.

Les pratiques de ces professionnels s'accompagnent d'une pluralité incontestable qui laisse entrevoir de nombreuses perspectives. Le savoir et le savoir-faire ne sont pas monolithiques. Ils puisent au contraire leur qualité dans l'utilisation de plusieurs outils. La

théorie et l'enseignement universitaire sont un support indispensable pour mettre en œuvre leur clinique. Mais l'expérience professionnelle et la personnalité du thérapeute sont aussi des éléments fondamentaux. Les modalités concrètes de la pratique de psychologue en centre spécialisé sont nombreuses et reflètent l'abondance des techniques. Toutefois, aucun des psychologues interrogés n'a formulé de définition concrète du cadre, ce qui confirme la difficulté à appréhender cette notion mais aussi la possibilité de l'exploiter sous différents abords. Ils expriment tous le besoin de créer un espace privilégié, de le maintenir et de donner des repères au patient ; ils ne prônent pas une rigidité stérile. L'intitulé de la recherche semble confirmé par le témoignage de ces professionnels qui présentent simplement une adaptation du cadre pour ces usagers, et qu'ils considèrent comme naturelle.

En revanche, dès qu'il s'agit d'évoquer les structures hospitalières ou les centres médicaux psychologiques, les réactions sont semblables. Le discours est revendicateur, même pour ceux qui sont rattachés à ces institutions. Il n'y a pas de doute quant à la difficulté qu'il peut y avoir à orienter ces personnes vers de telles structures, souvent impersonnelles et peu ouvertes à l'acceptation des usagers. La création de liens avec les autres structures est rare et quand elle a lieu, on y voit une exception appréciable mais fragile. Il semble que le fossé qui se crée entre les institutions et les patients est le fruit d'une perte de contact avec la réalité du terrain, mais aussi d'une difficulté à renouveler les actions malgré les motivations à l'œuvre. Cependant, les compétences des structures indépendantes trouvent leurs limites là où celles de ces institutions deviennent indispensables.

C'est toute une culture des soins qui tend à se renouveler. Ne perdant contact avec leurs racines, les structures et plus spécifiquement, les psychologues deviennent les acteurs de ce changement. Se faisant doucement et prenant naissance dans la pratique de terrain, l'intégration de la clinique du « réel » ou de la « non-demande » au corpus théorique sera légitimée et s'affiliera spontanément aux problématiques rencontrées au cours des sociétés. Le présupposé d'adaptation ne semble pas être une contrainte ou un élément dénié des professionnels, mais bien au contraire il est l'essence même des interventions du psychologue.

Loin de vouloir faire de cette réflexion une plaidoirie au service de mes pairs ou encore d'être un discours accusateur sur les politiques en place, elle est une pièce à la construction d'une prise en charge plus adaptée, dans laquelle chaque individu, quels que soient son statut, sa fonction, sa demande ou son refus, trouve un accompagnement qui lui convienne.

La problématique de cette clinique se trouve à la croisée du social et de l'individuel, entre le réel et le rêve, entre le thérapeutique et la guidance, et caractérise la marginalité. Comment trouver un équilibre dans ce qui constitue l'individu depuis son plus jeune âge ? Il semble qu'en s'accrochant trop à son travail sur le symbolique, le psychologue a oublié d'être avant tout un support pour l'expression de soi, quelles qu'en soit les modalités. Favoriser l'ouverture de la « boîte de pandore », n'est-ce pas finalement d'être un acteur du soin sans pour autant dédaigner de s'attarder sur des éléments plus banals et quotidiens que les abysses cachés de la souffrance psychique du patient ? Cependant il faudra rester prudent, comme le rappelle P. Duval (2003), « afin de rester lucide et de se méfier de la perfusion psychologique qui fait partie de ces solutions illusoire pour aider les individus à supporter l'insupportable et qui sollicitent beaucoup les ressources personnelles de chacun. ». Il ne s'agit pas de « psychologiser » l'exclusion ou l'addiction, et les praticiens doivent rester conscients de leurs limites dans la reconstruction de la personne. Si le psychologue ne saurait être un substitut aux besoins vitaux comme le droit à l'hébergement, l'hygiène, la santé physique, il pourrait représenter un soutien dans la réalisation des projets de réinsertion et de soins que ne renoncent pas à faire les plus marginalisés de nos concitoyens.