

NUMÉRO 04 - DÉCEMBRE 2019

ADDICTION(S): recherches et pratiques

REVUE INTERNATIONALE

« AR-TI-CU-LEZ ! »

ADDICTIONS : LA RENCONTRE
INTERDISCIPLINAIRE – INTERSECTORIELLE – INTERNATIONALE

**Cette revue est publiée avec le soutien
de la DGS (Direction Générale de la Santé) en France**

Éditeur

La Fédération Addiction, Association Loi 1901, est propriétaire et assure
l'édition de la revue «Addiction(s) : recherches et pratiques. Revue internationale.»

Fédération Addiction
104 rue Oberkampf
75011 - Paris
Tel : 01 43 43 72 38
Fax : 01 43 66 28 38
infos@federationaddiction.fr
SIRET : 529 049 421 00017 - NAF : 9499Z

Directeur de publication : Jean-Michel Delile, Président
Responsable de la rédaction : Nathalie Latour, Déléguée Générale
Coordinateur : Olivier Hurel, Chargé de projet
Journaliste : Natalie Castetz
Conception et réalisation graphique : Nelly Gibert - Mediis Studio
Crédit photo de couverture : Istockphoto - JamesBrey

Partenaires de la revue :

AIDQ (Association des intervenants en dépendance du Québec), au Québec
Fedito Bxl asbl (Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes), en Belgique
Fedito Wallonne (Fédération wallonne des institutions pour toxicomanes), en Belgique
GREA (Groupement romand d'études des addictions), en Suisse
RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec), au Québec
Suchtverband Lztzebuerg asbl, au Luxembourg

Nombre d'exemplaires : 2950

Pubadresse routage

45, rue Condorcet
95154 Taverny

Date de parution : décembre 2019

Dépôt légal : mars 2020

Prix : 6€ l'exemplaire

ISSN : 2553-8330

SOMMAIRE

ÉDITO

Stéphane LECLERCQ P. 04

PATHOLOGIES COMPORTEMENTALES ET SOCIALES : LA QUESTION DES ORIGINES ET LA NÉCESSITÉ D'APPROCHES INTÉGRÉES BIO – MÉDICO – PSYCHO – SOCIALE

Interview de Michel Le Moal par Jean-Michel Delile P. 05

L'INTERDISCIPLINARITÉ, FACE CACHÉE DU DROIT À L'ACCÈS AUX SOINS?

L'EXEMPLE DES TRAITEMENTS AGONISTES OPIOÏDES Olivier Simon P. 12

MACADAM ET DRUGS LAB, PROJETS-PILOTES SANTÉ-ASSUÉTUDES EN PRISON : COMPLEXITÉ DES PRATIQUES INTERSECTORIELLES AU BÉNÉFICE DU PATIENT-DÉTENU

Pascale Hensgens P. 16

LA JUSTICE RÉVOLUTIVE DE PROBLÈMES : UNE COOPÉRATION ÉTROITE

ENTRE SANTÉ ET JUSTICE DANS L'INTÉRÊT DES PERSONNES Natalie Castetz..... P. 19

COMBATTRE L'HÉPATITE C CHEZ LES USAGERS DE DROGUES INJECTABLES AU LUXEMBOURG : ILLUSTRATION D'UNE APPROCHE INTERSECTORIELLE

Nadine Berndt, Carole Devaux, Rita Seixas, P. 22

QUAND LES NEUROSCIENCES S'INVITENT DANS LE MONDE DE L'ADDICTION

DANS UN ESPRIT DE COMPLÉMENTARITÉ DES APPROCHES Natalie Castetz P. 26

COLLABORATION ENTRE ESPACE DE CONSOMMATION

ET POLICE DE PROXIMITÉ À GENÈVE Serge Longère P. 29

LE RÉSEAU WAB : UNE INITIATIVE CRÉÉE PAR ET POUR LES INTERVENANTS

DU SECTEUR DES ASSUÉTUDES Amélia Ramackers, Emmanuelle Manderlier, Ronald Clavie..... P. 32

L'INTERSECTORIALITÉ SELON LE SMES (SANTÉ MENTALE & EXCLUSION SOCIALE) :

CONNECTER, SOUTENIR, AGIR Mathieu De Backer P. 36

SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCE : À MONTRÉAL, UNE ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

DÉVELOPPE DES SERVICES INTÉGRÉS INNOVANTS Natalie Castetz P. 39

(RÉ)SO 16-35 : L'APPROCHE INTERSECTORIELLE, UN ATOUT POUR RÉPONDRE AUX PROBLÈMES CONCOMITANTS DES JEUNES JUDICIARISÉS

Daniel Bellemare, Natacha Brunelle..... P. 42

INTERSECTORIALITÉ ET TERRITORIALITÉ, UN DÉFI MAJEUR DANS LA TRAJECTOIRE

DE SOINS EN MILIEU RURAL Grégory Lambrette..... P. 45

LA PRISE EN CHARGE DE L'HÉPATITE C : UN POTENTIEL LEVIER THÉRAPEUTIQUE

Lise Meunier P. 48

ADDICTOLOGIE DE LIAISON À L'HÔPITAL : ASSURER LE RELAIS

Interview de Thierry Musset par Natalie Castetz..... P. 51

SANTÉ MENTALE ET ADDICTIONS : LA FORMATION CROISÉE EN SOUTIEN

À L'INTÉGRATION DES SERVICES Kristelle Alunni-Menichini, Léonie Archambault,

Diana Milton, Michel Perreault, Nicole Perreault et Anne-Sophie Ponsot..... P. 53

PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES EN MILIEU SCOLAIRE :

DES PARTENARIATS EFFICACES Natalie Castetz..... P. 56



AR-TI-CU-LONS !



Stéphane Leclercq

*Directeur de la Fédération bruxelloise
Fédito BXL ASBL*

La multiplicité des problématiques, les difficultés croissantes d'accès aux soins, l'origine sociale de diverses souffrances mentales et conduites addictives, la complexité des demandes qui découlent de la précarisation d'une partie de la population mais aussi de notre société multiculturelle requièrent plus que jamais une approche globale. Le travail interdisciplinaire et intersectoriel est donc non seulement souhaitable mais indispensable.

Cependant, de quoi parlons-nous ? D'information, de coopération, de coordination, d'intégration ? Et, à quels niveaux pouvons-nous agir ?

À l'international, la «Commission on Narcotic Drugs (CND)» se réunit chaque année à Vienne. Les pays membres de l'Union européenne et de nombreuses ONG se doivent de continuer à y jouer un rôle d'une importance capitale. À ce niveau, il s'agit toujours de lutter pour abolir la peine de mort pour des infractions liées aux drogues. Mais il est aussi question de faire évoluer ensemble, avec d'autres secteurs (droits humains, VIH, VHC, santé mentale, prison, éducation, média...), les politiques et les investissements qui en découlent, de stratégies centrées sur la répression vers des approches pragmatiques de santé publique.

Et, en Europe, nous devons nous assurer que les difficultés rencontrées par les usagers et les professionnels soient transmises dans l'évaluation, actuellement en cours, de la stratégie antidrogues de l'UE 2013-2020.

Au niveau national, comment organiser cette intersectorialité ? Qui l'organise ? Un travail de collaboration interministériel « drogues » est formellement mis en place dans de nombreux pays. Les secteurs de la santé et du social doivent y avoir une place primordiale et la société civile doit y être impliquée. Les fédérations nationales et régionales font partie des acteurs essentiels dans la mise en place de ces processus afin de garantir la prise en compte des connaissances et des propositions issues de la pratique et de la recherche scientifique. Comment structurer davantage la consultation des parties prenantes, en vue d'une implication la plus efficace possible ? Quelle implication doit avoir chaque secteur ? Quelle doit être la place du commerce et des industries pharmaceutiques, du tabac, de l'alcool et, récemment, celle du cannabis dans ces rencontres intersectorielles ?

Au niveau local, de plus en plus de projets, de réseaux, d'interfédérations se développent entre professionnels du secteur des addictions et d'autres secteurs de la santé et du social. Nous nous en réjouissons et avons le plaisir de vous proposer quelques exemples inspirants dans cette édition. Les partenariats avec d'autres secteurs (média, justice, loisir, tourisme, culture...) sont plus rares et il y a là un champ encore largement ouvert à l'expérimentation et à l'innovation.

De la prévention au soin en passant par l'accueil bas-seuil, la réduction des risques, l'accompagnement, l'information ou la recherche, les besoins et les demandes auxquels doivent répondre nos services cumulent de nombreuses dimensions entremêlées qui rendent l'intervention ou la réorientation de plus en plus complexes, de plus en plus longues et demandent des compétences de plus en plus variées. Les profils des usagers changent et de nombreux centres sont saturés. Quelle articulation mettre en place entre les disciplines et les spécialisations nécessaires pour répondre à ces défis ? Entre les professionnels, les pairs-aidants et les usagers ?

L'intersectorialité génère de nombreuses questions et met en lumière une convergence d'intérêts, une complémentarité de pratiques et une nécessaire synergie des structures. Prenons également une part active dans la redéfinition d'objectifs communs et la mise en place d'actions qui se renforcent mutuellement. Ayons pour but l'impact collectif. À mes yeux, l'interdisciplinarité et l'intersectorialité ne prennent vraiment leur sens que si elles permettent de faire évoluer les paradigmes en place !

Michel Le Moal
Médecin neuropsychiatre
et chercheur en neurosciences



Jean-Michel Delile
Psychiatre et président
de la Fédération Addiction

PATHOLOGIES COMPORTEMENTALES ET SOCIALES : LA QUESTION DES ORIGINES ET LA NÉCESSITÉ D'APPROCHES INTÉGRÉES BIO – MÉDICO – PSYCHO – SOCIALE

Interview de Michel Le Moal par Jean-Michel Delile

JEAN-MICHEL DELILE :
BONJOUR MICHEL, QUAND ON PARLE
DE « PATHOLOGIES COMPORTEMENTALES
ET SOCIALES » OU D'ADDICTIONS, LA
QUESTION DES ORIGINES SEMBLE CRU-
CIALE : CERTAINS Y VOIENT UN PROCESSUS
GÉNÉTIQUE-MOLÉCULAIRE, D'AUTRES UN
PHÉNOMÈNE COMPLEXE, MULTI-CAUSAL.
COMMENT POSER LA QUESTION ?

Michel Le Moal : Dans les sciences de la vie et
de la santé, et plus particulièrement dans le do-
maine des neurosciences cliniques, la recherche
des causes est essentielle. Le pourquoi et le
comment du basculement de la physiologie vers
la pathologie, du normal vers le pathologique, la
pathogenèse, sont la base de la recherche médicale

et de la découverte rationnelle d'un médicament
adéquat. Les niveaux d'approche ont une impor-
tance fondamentale. Il est admis que le système
nerveux s'aborde par la génétique moléculaire,
ou au niveau des cellules et des relations inter-
cellulaires, ou au niveau des fonctions et, enfin,
en considérant les manifestations plus globales
relevant de la psychologie et des sciences du com-
portement.

Les neurosciences fondamentales et cliniques
contemporaines sont régies par des dogmes fon-
dateurs : tout ce que le cerveau fait est explicable
à partir du fonctionnement de ses composants
de base (neurones). Complémentairement, à tout
événement mental correspond un événement céré-
bral qui lui est causal : la connaissance du cérébral

permet la connaissance du mental. Toutefois, le réductionnisme et le physicalisme ne sont pas les seuls paradigmes possibles. L'être vivant n'existe que par ses interactions avec les environnements qui le façonnent dès la conception et qui seront ultérieurement créés ou choisis en fonction d'un patrimoine génétique hérité de l'évolution.

L'environnement humain, subi ou créé par l'espèce, engendre des pathologies, témoins des limites adaptatives. Cette perspective, paradoxalement, est rarement considérée en médecine.

JEAN-MICHEL DELILE : LES CAUSES ENVIRONNEMENTALES NE SONT PAS VIRTUELLES, ELLES AGISSENT ELLES AUSSI AU PLAN BIOLOGIQUE. MAIS SUR UN AUTRE PLAN, C'EST CE QUE TU APPELLES LA QUESTION DES CAUSES DISTALES ET DES CAUSES PROXIMALES EN BIOLOGIE DES COMPORTEMENTS ?

Michel Le Moal : C'est cela, oui. Dans un article fondamental et majeur, référence toujours actuelle pour une réflexion sur la causalité, Ernst Mayr (1961) rappelait que la biologie n'est en rien une science uniforme et unifiée. Il faut distinguer une biologie dite fonctionnelle d'une biologie dite évolutionniste. Par exemple, le fonctionnement d'une cellule peut être ramené aux mouvements de molécules en fonction de lois précises et en raison de stimulations spécifiques, mais toute cellule vivante est également porteuse des expériences diverses acquises au cours des millions d'années d'expériences léguées par ses ancêtres. La première biologie, fonctionnelle, s'emploie à isoler les composants d'un individu, d'un organe, d'une cellule, par l'intermédiaire d'expériences contrôlées éliminant toute variation et par des méthodes rigoureuses de nature réductionniste relevant de la physique et de la chimie, puis à en démontrer les fonctions. De fait, la question posée est de savoir « comment » des causes proximales gouvernent les réponses de l'individu (ou de la cellule) à des sollicitations immédiates de l'environnement. La biologie évolutionniste considère que tout est lié au temps et à l'espace, cherche les raisons des diversités, les voies des adaptations possibles. Elle tente de répondre au « pourquoi », de connaître les causes ultimes, lointaines, distales, responsables de l'évolution et des variations du code ADN dont chaque individu est doté.

Le développement ordonné, de l'œuf à l'adulte, correspond à la mise en place d'un but - finalité causale - préconçu dans le passé. La sélection naturelle a fait de son mieux pour favoriser la production des codes garantissant la production de compétences, ou programmes, finalisant la meilleure adaptation possible. Les causes finales (téléologiques) correspondent à deux ensembles de phénomènes très différents. En premier lieu, il faut

considérer la production et l'amélioration, au cours de l'histoire, des espèces des remodelages du code génétique et, conséquemment, du processus développemental et d'une activité comportementale ayant une finalité contrôlée par un programme. En second lieu, il y a le test de ces programmes et leur décodage au cours de la vie d'un individu et, en conséquence, l'amélioration permanente, régulière, constante, stable du code, à savoir l'adaptation évolutionniste contrôlée par la sélection naturelle.

JEAN-MICHEL DELILE : OUI, LE COMPORTEMENT LUI-AUSSI EST UN PRODUIT DE L'ÉVOLUTION...

Michel Le Moal : « Comportement », « se comporter » : peu de vocables sont devenus aussi ubiquitaires au point d'en perdre un sens précis. Du point de vue de l'éthologie, de la psychologie scientifique et évolutionniste et de l'anthropologie, le « comportement » englobe les compétences universelles, prototypiques, héritées de l'évolution, partagée par tous les primates et de nombreux vertébrés et correspondant à des causes lointaines de nature phylogénétique. La manière de conduire un comportement - conduite - relève de causes proximales pour un individu qui exprime à un moment donné ses capacités adaptatives en raison des nécessités. Au pourquoi du comportement, répondent les nécessités de survie de l'individu et de l'espèce, causes distales, lointaines. Au comment des conduites, répondent les nécessités proximales à un moment donné. Quelques-uns des prototypes comportementaux hérités de l'évolution (recherche de nourriture, relations interindividuelles et sociales, reproduction, sélection et préparation du gîte, etc.) sont inscrits dans le patrimoine génétique. En complément de ces prototypes partagés avec les mammifères et les vertébrés supérieurs, il existe des programmes fonctionnels tels que l'empathie, l'attachement, la coopération, la tromperie, l'agressivité, etc..., d'une importance décisive pour la survie.

Peu après la publication d'Ernst Mayr, Nikolaas Tinbergen posait lui aussi la question du « pourquoi » des comportements (1963). Il proposait quatre grandes causes, de la plus lointaine (phylogenèse) à la plus proximale dans la vie quotidienne. Ici encore, la causalité se dilue et devient de plus en plus contingente lorsque l'on passe d'un niveau à un autre.

JEAN-MICHEL DELILE : COMMENT EXPLIQUER DÈS LORS L'EXPLOSION, CES DERNIÈRES DÉCENNIES, DES PATHOLOGIES COMPORTEMENTALES EN OCCIDENT, DANS LE PROXIMAL ? QUAND LES MODIFICATIONS ENVIRONNEMENTALES SONT DEVENUES TROP RAPIDES POUR NOS CAPACITÉS ADAPTATIVES ?

Michel Le Moal : Ce phénomène a provoqué une réflexion approfondie venue des pays anglo-saxons afin de cerner le pourquoi - les causes - de ces désadaptations. Ces recherches sur les comportements individuels et sociaux, productions les plus intégrées de l'organisme, ont culminé avec l'éthologie - science des comportements des espèces dans leur milieu naturel - et le prix Nobel décerné en 1973 (K. von Frisch, K. Lorenz, N. Tinbergen). Mais la primauté donnée à partir de cette époque à la biologie moléculaire, en particulier en France, a orienté la recherche en neurosciences dans une direction opposée, réductionniste.

JEAN-MICHEL DELILE : LE COMPORTEMENT EST UN RÉSULTAT DE L'INTERACTION ENTRE GÈNE ET ENVIRONNEMENT, MAIS LES MODIFICATIONS ENVIRONNEMENTALES PEUVENT DÉBORDER NOS CAPACITÉS HOMÉOSTASIQUES, C'EST CELA ?

Michel Le Moal : Cette relation complexe doit être précisée (Dunbar, 1988). Différentes sortes de comportements jouent des rôles sélectifs dans l'évolution. Par exemple, les comportements destinés à la communication seront plus stéréotypés ; ils ne peuvent être source de méprises - un comportement de cour par exemple -, et leur programme génétique sera dit « clos », fermé et résistant à tout événement survenant au cours de la vie. D'autres comportements - choix de nourriture ou d'habitat par exemple - auront plus de flexibilité afin d'incorporer une nouvelle expérience : le programme sera dit plus « ouvert » vers une adaptation adéquate. Il est admis que des pressions sélectives provoquant des changements comportementaux peuvent conduire à des changements phénotypiques facilitant l'accoutumance à de nouvelles situations écologiques et nécessités adaptatives. Le comportement est le pacemaker des changements évolutifs. Les gènes ne « déterminent » pas le comportement, en termes de causalité, du moins pas plus qu'un ordinateur, en raison des puces qu'il contient, « détermine » la production de ses programmes. La biologie, les constructions physiologiques guidées par les gènes, sont du côté des nécessités ; l'environnement, en raison de la complexité des cerveaux acquise par l'évolution, est du côté des possibles.

Il existe cependant une frontière lorsque les situations environnementales sont telles qu'une flexibilité relative n'est plus possible et qu'elles placent l'organisme au-delà des capacités de l'homéostasie. Si le stress perdure, surviennent les désadaptations physiques et psychiques, puis les syndromes pathologiques. Les espèces sont devenues sociales afin de résoudre certains problèmes psychobiologiques avec plus d'efficacité. Les vertébrés, les mammifères et les humains construisent et choisissent en relation avec des a priori génétiques et biologiques, dont les capacités d'apprendre.

La maladie et la mort témoignent des limites de l'adaptation lorsqu'elles sont poussées aux extrêmes. Lorsque l'environnement social n'évite plus d'avoir faim, d'avoir froid, d'être physiquement atteint, ne permet pas de se reproduire, il met en cause l'équilibre psychique et physique (Compton et Shim, 2015, Marmot et Wilkinson, 2006).

JEAN-MICHEL DELILE : DE CE POINT DE VUE, PEUX-TU AVANCER QUE LES « MALADIES COMPORTEMENTALES ET SOCIALES » SERAIENT UNE SINGULARITÉ CONTEMPORAINE ?

Michel Le Moal : Oui, dans leur prévalence actuelle et, en tout cas, il est possible d'avancer qu'un environnement social peut être pathogène. La psychiatrie moléculaire est devenue le programme explicite des maladies mentales et comportementales (vaste domaine de la médecine), réaffirmé à maintes reprises depuis la « décennie du cerveau » des années 1990 née aux USA, confirmant le primat de la génétique moléculaire pour la recherche des causes. De fait, de nombreux variants génétiques ont été découverts, qui peuvent avoir un rôle pathogénique, très souvent communs à plusieurs conditions psychopathologiques. Toutefois, il apparaît que les variations révélées par dizaines ont un rôle étiologique faible, à quelques exceptions près, et n'ont pas pu démontrer que les syndromes étudiés étaient biologiquement cohérents (Kendler, 2013). En conclusion, « l'ambiance gène » a imposé, pour l'essentiel, une orientation de recherche à l'exception de nombreuses autres et qui s'est révélé être pour une bonne part une véritable impasse.

Les sciences médicales sont fortement influencées par le concept de la maladie transmissible qui implique l'apparition en masse d'une condition pathologique donnée reposant sur la probabilité d'un agent pathogène - bactérien, viral - se transmettant d'un individu à un autre. Les maladies dites « non transmissibles » touchent également un grand nombre d'individus : le cancer, l'obésité, les lombalgies, les dépressions, les addictions par exemple. Le suicide est un acte individuel mais le taux de suicides est une propriété du groupe social étudié et il en est de même pour la violence et ses conséquences, manifestations dont la fréquence s'accroît. La transformation des sociétés humaines depuis la révolution néolithique s'est accélérée ces derniers siècles et plus encore ces dernières décennies. Et ce, en raison des développements technologiques, des évolutions des situations politiques, de la propriété, des idéologies hiérarchisantes, de l'avènement des classes sociales et de la domination des élites. Ces facteurs socio-économiques ont entraîné de grandes inégalités dans le bien-être et la santé des individus. Nos sociétés contemporaines au sein desquelles les normes de vie avaient atteint de hauts niveaux au cours du précédent

siècle ont, ces dernières décennies, mis en cause d'une manière massive les équilibres fonctionnels fondamentaux qui permettaient une certaine stabilité biologique et adaptative pour le grand nombre. Dans les pays anglo-saxons où inéquités et inégalités ont le plus progressé, une grande quantité de travaux scientifiques (Atkinson, 2015) ont mis en évidence la nature des nouvelles normes sociales contraignantes (le terme « social » inclut les interactions entre sujets et des sujets avec leur environnement). Des contraintes de long terme - stress chroniques - concernant les choix comportementaux induisent des conditions physiologiques et psychologiques nocives qui mettent en péril la santé physique et mentale des citoyens. Il a été montré que la bonne santé des individus est devenue un marqueur essentiel d'une société harmonieuse, équitable, égalitaire et inversement (Hanson *et al.* 2013, Marmot, 2015, Tricomi *et al.* 2010). Les déterminants sociaux pathogènes « passent sous la peau ».

JEAN-MICHEL DELILE : C'EST AINSI QUE L'ON PEUT OBSERVER L'ÉMERGENCE DES MALADIES « CHRONIQUES », NON TRANSMISSIBLES QUI SONT POUR UNE BONNE PART D'ORIGINE SOCIALE ? C'EST D'AILLEURS CE QUE NOUS RAPPELLE L'OMS (71 % DE LA MORTALITÉ MONDIALE DE NOS JOURS)...

Michel Le Moal : Cette évolution lente, profonde et dramatique dans ses conséquences en pathologie humaine a été identifiée au cours des dernières décennies. Dès les premières lignes de son célèbre ouvrage consacré à la perte des capacités d'autorégulation comme marqueur de la société américaine, Roy Baumeister (1994) écrivait : « La faillite des capacités d'autorégulation est la pathologie sociale majeure des temps présents. L'Amérique se trouve assaillie de toutes parts par des problèmes sociaux et de profonds malaises, reflets du dysfonctionnement des structures sociales ayant des racines économiques et sociobiologiques. Ils se manifestent par les difficultés qu'ont les individus à se contrôler, mais aussi à se rendre responsables de leur existence et à devenir autonomes. Partout dans le pays, des gens se sentent misérables parce qu'ils ne peuvent contrôler leur argent, leur poids, leur consommation de tabac ou d'alcool, leurs émotions, leurs hostilités variées, leurs impulsions diverses et plus encore... » De même, le psychiatre et généticien Michael Rutter notait en 1999 (Rutter, 1999) : « Durant le demi-siècle qui suivit la deuxième guerre mondiale, il a été observé une augmentation importante du taux des conduites antisociales, des troubles dépressifs, de l'usage de drogue et d'alcool et cela chez les adolescents et jeunes adultes. Quelle que soit l'importance de la génétique en relation avec les différences interindividuelles, il est tout à fait invraisemblable qu'une dérive génétique

ait pu apparaître si rapidement et soit la cause de l'augmentation des troubles psychopathologiques chez les jeunes. En clair, des facteurs sociaux sont responsables de ces changements majeurs. » Plus récemment le directeur général de la Santé des USA, Richard Carmona, concluait ainsi son rapport annuel (2003) : « Cette augmentation régulière et incontrôlable des pathologies comportementales et sociales est devenue intolérable au regard des souffrances causées aux familles, aux enfants et aux adolescents et plus généralement aux communautés. Ces pathologies représentent une charge considérable qui met en péril le futur de notre système de santé et au-delà, le futur de notre société. »

JEAN-MICHEL DELILE : CETTE ÉVOLUTION NE PEUT QUE METTRE EN DIFFICULTÉS LES APPROCHES MÉDICALES TRADITIONNELLES.

Michel Le Moal : Désormais, l'humain est confronté à des conditions pathologiques dites « comportementales et sociales ». La question qui hante la médecine, à savoir quand une maladie commence, se déporte désormais de l'individu à l'échelle historique du groupe social. Les affections, de formes très diverses, longtemps nommées « fonctionnelles » faute d'y attribuer des étiologies spécifiques sont souvent caractérisées dans la littérature scientifique comme « endémiques » voire « épidémiques » en raison de leur lente et incontrôlable propagation. La liste est longue, quoique fluctuante, de ces pathologies chroniques constituant désormais une large part de l'activité du médecin : un traitement sera prescrit (avec une efficacité très limitée) pour chacune d'entre elles, en raison des bases physiopathologiques (pathogéniques) par lesquelles elles s'expriment. Les causes apparaissent indéterminées pour la plupart des praticiens ; elles sortent des cadres habituels d'un enseignement qui serait basé sur le triptyque classique, étiologie (cause), pathogénie (physiopathologie) et traitement.

À l'issue d'une consultation de quinze minutes, le médecin traite le contexte proximal, la prescription concerne un organe, ou une partie d'un organe, en raison de la fragmentation de la médecine. De fait, ces syndromes révèlent les inadaptations de l'individu et de son héritage phylogénétique à un contexte social auquel il ne peut faire face. Le cerveau humain n'a pas été construit au cours de l'évolution pour se conformer aux conditions de vie délétères de notre modernité. L'adaptation de l'homme et des autres espèces animales se réalise par des capacités qui sous-tendent les relations interpersonnelles et prosociales, les coopérations entre individus, les liens émotionnels et empathiques, le sens de la réciprocité, de l'équité, etc... (Decety, 2014). Les pathologies comportementales et sociales font apparaître des causalités d'un ordre différent et obligent à un changement de paradigme, de représentation des normes. Ce nouveau

modèle de pensée est le thème du dernier ouvrage de Michael Marmot (2015). L'auteur résume le dilemme dès la première ligne : « What good does is do to treat people and send them back to the conditions that made them sick ? »¹

JEAN-MICHEL DELILE : MAIS SI L'ON ABORDE LA QUESTION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ, LES CAUSES DES CAUSES, NE PEUT-ON ENVISAGER D'ENRICHIR L'APPROCHE MÉDICALE INDIVIDUELLE DES PATIENTS D'UNE ACTION PLUS GLOBALE PRENANT EN COMPTE LEUR ÉQUILIBRE PERSONNEL, LEUR NIVEAU DE STRESS, LEUR ENVIRONNEMENT SOCIAL ?

Michel Le Moal : Bien sûr, c'est pourquoi je soutiens vos actions de prise en charge médico-sociale des addictions et plus largement le projet de la Fédération Addiction. Sinon, le médecin agit comme le pompier : il souhaite « éteindre » les souffrances et les dérèglements identifiés, non qu'il se désintéresse au pourquoi du feu ; les causes possibles sont, le cas échéant, dues à l'environnement social et donc en dehors de ses attributions ou de ses compétences. Plus précisément, sa mission est de soigner l'individu, éventuellement en situation de précarité ou de pauvreté, non d'agir sur la précarité elle-même ni sur le pourquoi de la situation présente. La prescription va traiter la physiopathologie du symptôme, mais elle n'aura aucun effet sur la cause du dérèglement physiopathologique. Il est indiscutable que la génétique contribue à l'acquisition des vulnérabilités individuelles, mais pour de nombreuses pathologies les adversités sociales et socio-économiques sont les causes déclenchantes réelles, à l'origine des mécanismes créant les maladies (Marmot et Wilkinson, 2006).

Ce qui est appelé déterminants « sociaux » de la santé concerne les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, travaillent, vieillissent, qu'elles soient positives ou délétères. Les conditions néfastes réfèrent aux adversités, globalement socio-économiques, qui précèdent avec un délai plus ou moins long les troubles physiques ou mentaux, ou qui accroissent la probabilité de leur apparition. Ces adversités, appelées « causes sociales fondamentales » sous-tendent et orientent les facteurs de risques et les vulnérabilités au niveau individuel, puis les pathologies. L'accroissement lent, régulier, décennies après décennies, des « pathologies comportementales et sociales » ne touchent pas les populations dans leur ensemble. Les travaux cités s'accordent sur l'existence d'un gradient concernant l'inéquité dans le domaine de la santé au sein d'un pays donné et entre pays, mais l'absence d'accès aux soins n'est pas plus la cause de la maladie que l'absence d'aspirine n'est la cause des maux de tête.

JEAN-MICHEL DELILE : L'INIQUITÉ,

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ONT DONC UN IMPACT DIRECT SUR NOTRE BIOLOGIE ET NOTRE SANTÉ ?

Michel Le Moal : La pauvreté, le désavantage social, l'inégalité, sont autant de toxines qui détruisent la cohésion sociale : plus basse est la position, plus profond est l'isolement. Il en est ainsi des travailleurs pauvres et des individus sans emploi (Barr *et al.* 2016). Cette situation, que l'on a identifiée à une « mort sociale », affecte la parentalité, l'éducation des enfants mais surtout leurs capacités cognitives, leurs émotions, leur développement global (Hanson *et al.* 2013) [Figure 1 : substance grise corticale totale mesurée au cours du développement (5 à 37 mois) par IRM en fonction du statut économique et social (SES) familial. La pauvreté réduit le développement cérébral. Reproduit avec autorisation et avec modifications de Hanson *et al.* 2013, *Plos One*, 8, e80954]. Des corrélations ont été établies entre le statut économique et social (SES) et le nombre de mots adressés et acquis : dès la venue dans son monde dans les milieux à SES bas, sans contrôle de la vie, le petit enfant est déjà handicapé. Au cœur du processus, il est une réalité largement démontrée, à savoir que les conséquences d'un SES bas sont transmissibles.

JEAN-MICHEL DELILE : CELA NOUS RAMÈNE AU FONDEMENT SOCIAL DE L'INDIVIDU...

Michel Le Moal : Au début du premier millénaire, Sénèque (4 avant J.C. - 65 après J.C.) écrivait dans l'une de ses lettres au jeune Lucilius consacrée à la détresse de l'individu déclassé (la 87^{ème}) : « ... La pauvreté, cela veut dire souffrances et carences physiques et affectives... Vous serez pauvre en fonction de ce que vous n'avez pas... C'est un état et un sentiment de non existence au milieu de ceux qui ont et qui existent... On ne « devient » pauvre que lorsque pauvre, on vit au milieu des riches... » En d'autres termes, la rupture du sujet d'avec son milieu de vie et du monde dont il a une connaissance naturelle (clan, communauté) en raison de sa pauvreté, sa relégation sur les marges où rien ne se fait et ne peut se faire vont à l'encontre de la nature même du vivant partagée avec les animaux et légué par l'évolution (Decety, 2014). Sénèque définissait déjà avec perspicacité l'être social résultant de dispositions et de manières d'être dont l'acquisition constitue un capital social reflétant son appartenance au groupe. Ce capital est constitué de ressources liées à la possession d'un réseau durable de relations structurantes au sein de clans et communautés, d'inter-(re)-connaissances dont les modalités adaptatives reflètent celles du groupe, des manières de penser, agir, sentir, constitutives de l'individu qui ont été appelées « sens pratique » (Tocqueville) ou « habitus » (Bourdieu). Cette nature intériorisée, sensible et pratique, intelli-

¹ « Quel est l'intérêt de traiter les personnes si c'est pour les renvoyer aux conditions qui les ont rendues malades ? »

gente, qualitative, est le fondement même des liens (les dimensions physiques, psychiques, sociales, culturelles) et de l'interdépendance avec le milieu humain et la classe sociale auxquels il appartient. Il s'agit d'une dimension naturelle, universelle, phylogénétique, bien étudiée dès les vertébrés et mammifères, avec des modalités d'expression propres au groupe.

JEAN-MICHEL DELILE : QUE SE PASSE-T-IL QUAND CES PROGRAMMES BIOLOGIQUES À LA BASE DE L'EMPATHIE, DE LA COOPÉRATION, DU SENS DE L'ÉQUITÉ, DE LA COHÉSION DES GROUPES ET DE LA CONSTRUCTION SOCIALE, NÉCESSAIRES À LA SURVIE DE L'INDIVIDU ET DE L'ESPÈCE SONT ALTÉRÉS OU RÉDUITS À NÉANT ?

Michel Le Moal : La « mort sociale » de l'individu, et ce qui a été défini (voir plus loin) par humiliation, déresponsabilisation, sont à l'origine d'une « mort biologique ». En son temps, Durkheim écrivait : « Le suicide varie en fonction inverse du degré d'intégration des groupes sociaux dont fait partie l'individu. Quand la société est fortement intégrée, elle tient les individus sous sa dépendance, considère qu'ils sont à son service et, par conséquent, ne leur permet pas de disposer d'eux-mêmes à leur fantaisie » (Durkheim, 2007). Le déséquilibre du lien social ou la désintégration sociale sont pathogènes. La pauvreté, le chômage entraînent une rupture, un rejet, un stigmate, une perte de statut ; ils dépersonnalisent et vident l'individu de ce qui est une raison d'être (Link et Phelan, 2001).

JEAN-MICHEL DELILE : PEUT-ON PARLER DE PSYCHOPATHOLOGIE DE L'EXCLUSION ?

Michel Le Moal : Au plan psychopathologique, ont un rôle central la perte de contrôle, de l'auto-régulation, de l'existence et l'impossibilité d'en être responsable, ainsi que pour son entourage. La déresponsabilisation, dans ses trois dimensions - matérielle, psychosociale, politique - empêche l'accès aux nécessités de base et prive d'une place dans la communauté. La perte du sentiment d'équité, de vie digne, d'être un individu agissant et projeté dans l'avenir, débouche sur le mal le plus profond : l'humiliation, la honte, le regard dépréciatif des autres, facteurs d'un stress violent affectant les équilibres physiologiques. Les pauvres ne sont pas les architectes de leur pauvreté. L'injustice sociale tue à grande échelle. Dans de nombreuses villes, en Europe et en Amérique du Nord, il suffit de franchir en quelques minutes les limites de certains quartiers pour passer d'un monde à un autre, divergeant par une espérance de vie de dix voire vingt ans (Marmot, 2015). Les humains (et les primates) acceptent une inégalité justifiée et loyale, mais l'évolution les a également dotés de capacités à créer une sociabilité sur des bases empathiques (Decety, 2014) et à être sensibles à l'arbitraire, la

déloyauté, l'inéquité, l'injustice. Pauvreté, rejet, inégalités dans un monde sans équité, perte du contrôle de son existence, réduction de la cohésion sociale, réduction des coopérations et amoindrissement de la connectivité intrasociale, sentiment de non existence, inaccessibilité à l'échelle sociale, humiliation, etc... : autant de facettes d'une détresse qui met en cause les acquis phylogénétiques ayant permis les constructions pro-sociales à la base des coopérations empathiques animales et humaines. Cette détresse entraîne des atteintes graves aux équilibres physiologiques et des symptômes divers physiques et psychiques (Compton et Shim, 2015 Figure 2 : déterminants sociaux de la santé mentale : causes distales, causes proximales (G X E : interactions gène - environnement). Reproduit avec autorisation de Shim R.S., 2015, *The social determinants of mental health*, American Psychiatric Publishing, Washington DC et London, England]. Les déterminants sociaux de la détresse sont les causes de la cause pour laquelle le médecin rédige l'ordonnance.

Tout ce qui contrariera l'expression des caractéristiques fonctionnelles psychobiologiques qui constituent notre héritage commun, dont le raffinement de plus en plus complexe des conduites parentales et sociales cohésives, agira comme un stressor et déclenchera des réactions physiopathologiques, de l'anxiété, de la dépression, des troubles cérébraux s'aggravant avec le temps et la durée des contraintes pathogènes (Katsnelson, 2015, Tricomi *et al.* 2010). En retour, les troubles mentaux, comportementaux, physiques, amoindriront les capacités d'autonomie et d'adaptation. L'anxiété sociale (ou l'évaluation sociale négative) suscite une large littérature scientifique, en particulier dans le contexte du sentiment d'inégalité (Atkinson, 2015). Le sentiment de honte dû au rejet est également très présent chez les animaux ; il provoque la mobilisation de l'axe biologique et hormonal du stress et de la sécrétion de cortisol.

En résumé, la discrimination et l'exclusion sociale, les expériences de vies défavorables dès la petite enfance, une éducation négligée, le chômage, le sous-emploi, l'insécurité au travail, l'inégalité insupportable et discriminatoire des rétributions, la pauvreté, l'isolement et l'absence de voisinage sécurisant, l'insécurité alimentaire, les logements de mauvaise qualité et non sécurisés, l'environnement inquiétant, l'accès inadéquat aux soins médicaux, tous ces facteurs souvent liés sont autant de déterminants sociaux de troubles physiques et mentaux dans la mesure où la santé dite mentale et la santé dite physique sont liées. Lentement, le nombre des sujets atteints s'accroît, inexorablement, selon les critères internationaux qui définissent les seuils de pauvreté ou la qualité de travailleur pauvre.

JEAN-MICHEL DELILE :
QUELLES CONCLUSIONS ?

Michel Le Moal : Les causes sociales à l'origine des maladies physiques et mentales ont fait l'objet d'une grande quantité de recherches, dans les pays de langue anglaise essentiellement. Ces pathologies sont le reflet de l'état social et politique d'un pays (Ottersen, 2014). L'accroissement régulier du taux de pauvreté et de déclassement dans les pays industriels permet de considérer le développement des pathologies comportementales et sociales sur un mode transgénérationnel et épidémique.

L'approche sociale, bien plus qu'environnementale, est la seule qui aide à comprendre que tout ne se construit que dans le long terme. Ce n'est pas l'environnement en soi, mais nos sociétés qui sont devenues par bien des aspects « souffrantes », injustes et délétères, et ce sont donc elles qui doivent être « traitées ». Bien évidemment, le « social » et le biologique sont inséparablement liés dans leurs interactions. Le social n'a de sens ici que dans la mesure où il « passe sous la peau » dans un contexte bio-psycho-social. Les processus biologiques pathogènes en cause sont désormais étudiés dans le cadre de l'épigénétique. Les interactions entre pathologies dites mentales et pathologies dites physiques sont largement documentées : l'obésité, le diabète, les maladies cardio-

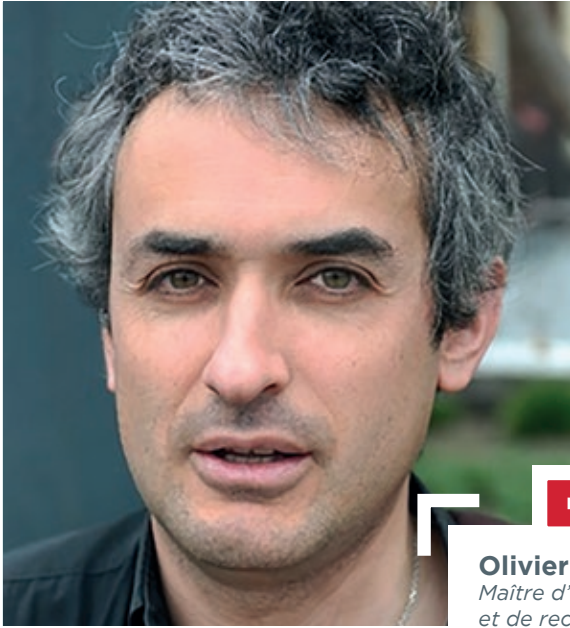
vasculaires, les troubles respiratoires, les troubles de l'immunité, etc..., d'une part, et les désordres comportementaux, émotionnels, l'anxiété, l'usage de drogues, la violence, la perte des autorégulations, etc..., d'autre part, sont comorbides.

La médication pharmaceutique inscrite sur l'ordonnance, aux effets très limités, ne traitera pas la discrimination sociale, l'humiliation due à la pauvreté, les événements de vie précoces négatifs, l'absence d'éducation, le sous-emploi, le chômage, l'insécurité au travail, l'inégalité des revenus, l'isolement en marge de sa communauté, l'insécurité alimentaire, la mauvaise qualité de l'habitat, l'accès limité (ou impossible) aux soins, la non-maîtrise de l'existence.

Les réponses doivent donc nécessairement être globales, médico-psychosociales et ne pas se limiter à la seule approche médicale. Dans une société de moins en moins ouverte et bloquée, les aléas pathogènes se transmettent de génération en génération ; l'enfant naissant dans les milieux défavorisés est déjà handicapé. La cause des causes a également une cause : elle est politique, ainsi que l'indique clairement le gradient établi entre sociétés nordiques et le reste du monde industriel. Les déterminants sociaux de la santé éclairent sur le statut politique d'une nation, la Cause des causes des causes (Ottersen, 2014).

Bibliographie

- Atkinson A.B. (2015). *Inequality*. Harvard University Press, Cambridge (MA), 400 p.
- Barr A. et al. (2016). Moral consequences of becoming unemployed. *Proc Natl Acad Sci USA*, **113** : 4676-4681.
- Baumeister R.F. et al. (1994). *Losing control: How and why people fail at self-regulation*. Academic Press, San Diego, CA, 307 p.
- Campbell J. (2008). *Causation in psychiatry*. In : Philosophical issues in psychiatry. Kendler K.S. et Parnas J. (eds). John Hopkins Univ. Press, pp. 201.
- Compton M.T. et Shim R.S. (2015). *The social determinants of mental health*. American Psychiatric Association, Arlington, VA, 294 p.
- Decety J. (2014). *The neuroevolution of empathy and caring for others: Why it matters for morality*. In: New frontiers in social neuroscience. Decety J. et Christen Y. (eds). Springer Cham (Suisse), pp. 127-151.
- Dunbar R.I.M. (1988). *The evolutionary implications of social behavior*. In: The role of behavior in evolution. Plotkin H.C. (ed). MIT Press, Cambridge (MA), pp. 165-188.
- Durkheim E. (2007). *Le suicide*. Étude de sociologie (1897). PUF, Paris, coll. « Quadrige grands textes », 463 p.
- Hanson J.L. et al. (2013). Family poverty affects the rate of human infant brain growth. *Plos One*, **8** : e80954.
- Hume D. (1748). *An enquiry concerning human understanding*. Beauchamp T.L. (ed). Clarendon Press, 2001, 456 p.
- Katsnelson A. (2015). News feature: The neuroscience of poverty. *Proc Natl Acad Sci USA*, **112** : 15530-15532.
- Kendler K.S. (2013). What psychiatric genetics has taught us about the nature of psychiatric illness and what is left to learn. *Molecular Psychiatry*, **18** : 1058-1066.
- Link B.G. et Phelan J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, **27** : 363-385.
- Marmot M. (2015). *The health gap: The challenge of an unequal world*. Bloomsbury Publishing, London, 391 p.
- Marmot M. et Wilkinson R.G. (2006). *Social determinants of health*. Oxford University Press, 376 p.
- Mayr E. (1961). Cause and effect in biology: Kinds of causes, predictability, and teleology are viewed by a practicing biologist. *Science*, **134** : 1501-1506.
- Ottersen O.P. et al. (2014). The political origins of health inequity: prospects for change. *The Lancet*, **383** : 630-667.
- Rutter M.L. (1999). Psychosocial adversity and child psychopathology. *The British Journal of Psychiatry*, **174** : 480-493.
- Tinbergen N. (1963). On aims and methods of ethology. *Zeitschrift für Tierpsychologie*, **20** : 410-433.
- Tricomi E. et al. (2010). Neural evidence for inequality-averse social preferences. *Nature*, **463** : 1089-1091.



Olivier Simon

*Maître d'enseignement
et de recherche à l'Université de Lausanne.
Coordinateur scientifique et rapporteur
du projet TDOLEG du Groupe Pompidou.
Président du Collège romand de médecine de l'addiction.*

L'INTERDISCIPLINARITÉ, FACE CACHÉE DU DROIT À L'ACCÈS AUX SOINS ? L'EXEMPLE DES TRAITEMENTS AGONISTES OPIOÏDES

Les médicaments opioïdes prescrits à long terme dans le cadre des troubles liés à l'usage d'opioïdes (Traitements agonistes opioïdes, TAOs) représentent une singularité dans le traitement des conduites addictives. En sus des procédures ordinaires d'encadrement du médicament et des professionnels, des régimes spéciaux d'autorisation ont été introduits dans les années 70 et perdurent aujourd'hui, entravant l'accès aux soins et nuisant à la collaboration interprofessionnelle. Pour guider les pays dans la modernisation de ces règlements, le Groupe Pompidou (Conseil de l'Europe) a mandaté un comité d'experts de la santé et du droit dont les recommandations viennent d'être publiées. L'interdisciplinarité concerne non seulement l'accompagnement clinique, mais aussi le développement des connaissances ainsi que l'encadrement législatif et réglementaire. Les TAOs illustrent le lien étroit entre interdisciplinarité, citoyenneté, droits humains et droit fondamental à l'accès aux soins.

150 ANS D'HISTOIRE DES TAOS

Le traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes par la prescription au long terme d'un médicament agoniste opioïde (ci-après « traitement agoniste opioïde », ou TAO) représente un cas très singulier. Identifiée en tant que traitement de référence dès la fin du XIX^{ème} siècle, cette pratique fut interdite dans les années 1920, dans le cadre des législations prohibitionnistes. Les conséquences sanitaires furent dramatiques, accompagnées de la mise au banc des professionnels et d'une véritable censure des connaissances médicales¹.

S'en est suivie une longue traversée du désert avec une pratique tacite de quelques professionnels engagés, à l'instar de l'avortement ou de l'euthanasie passive. L'approche fut en quelque sorte « redécouverte » à la fin des années 60, avec la méthadone. L'approche n'en demeurera pas moins fortement stigmatisée (« deal en blouse blanche »). À la fin des années 80, la crise du Sida et les politiques de réduction des dommages met un terme à cet ostracisme. La méthadone, puis la buprénorphine seront alors étudiées à l'aune des méthodes de recherche en santé publique, puis finalement de la recherche clinique, au point d'intégrer en 2006 la liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS².

Sur le terrain, l'extrême disparité des pratiques reflète cette histoire tourmentée. Plus que tout autre domaine des conduites addictives, le traitement du syndrome de dépendance aux opioïdes cumule tensions et contradictions, au risque que les autorités concernées travaillent les unes contre les autres, rendant par-là impossible la collaboration harmonieuse des professionnels de terrain³. Survenue dans un contexte très défavorable à l'accès aux soins en général, et aux TAOs en particulier, la crise nord-américaine des opioïdes jette une lumière particulièrement crue sur l'ampleur de l'enjeu⁴.

CONTRIBUTION DU GROUPE POMPIDOU ET OBJECTIF DE L'ARTICLE

Pour guider les pays dans cette nécessaire modernisation des conditions cadres des TAOs, le Groupe Pompidou a constitué un comité d'experts de la santé et du droit pour expliciter ce que devraient être les conditions cadres du traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes⁵. Sur la base des travaux du Comité, le Groupe Pompidou a publié l'an passé un rapport intitulé « Traitements agonistes opioïdes : principes directeurs pour les législations et réglementations », disponible dans différentes langues sur le site web du Conseil de l'Europe, notamment en français. Le présent article se propose de résumer les principales conclusions de ce rapport, au croisement des savoirs, sur le plan scientifique et technique (interdisciplinarité et interprofessionnalité) mais aussi sur le plan des savoirs expérientiels et politiques (implication des usagers et de la communauté, agentivité).

MÉTHODE D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS

Il existe un corpus scientifique robuste en matière d'efficacité clinique des TAOs de première intention, comme la méthadone et la buprénorphine. Pour les cas qui ne répondent pas à la méthadone ni à la buprénorphine, plusieurs essais cliniques randomisés ont aussi montré l'efficacité du traitement avec prescription de diacétylmorphine (héroïne pharmaceutique). Mais si l'efficacité clinique ne fait plus aucun doute, le domaine de l'organisation des services et du système de traitement demeure quant à lui très peu étudié. Pour cette raison, le comité d'expert du Groupe Pompidou a travaillé au moyen de l'approche dite « Delphi ». Cette méthode vise à recueillir et à élaborer l'avis d'un panel d'experts indépendants⁶. Elle permet de structurer les discussions par le biais d'un questionnaire soumis à de multiples reprises au groupe, le plus souvent de manière anonymisée, jusqu'à l'obtention d'un consensus.

1 À l'exception notable du Royaume-Uni, où la prescription de morphine et de diacétylmorphine (héroïne pharmaceutique) perdureront jusqu'à l'arrivée de la méthadone.

2 Le fait pour un médicament de figurer sur la liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS implique que pour respecter ses engagements, tout pays signataire du Pacte international des droits économiques, sociaux et culturels devrait garantir la disponibilité effective de ce médicament.

3 À ce sujet, Vincent Dole déclarera en 1989 : "The difficulty was not that methadone expanded, or that it did so rapidly, but that it expanded faster than medical competence developed. Across the country people who had very little understanding of the pharmacology of methadone, and no comprehension of the wider array of medical and social problems presented by addicts, jumped into the field, feeling that all they had to do was hand out the drug." Dole, V.P. (1989). Interview. In D. Courtwright, H. Joseph, and J. H. Des Jarlais, Addicts who survived (pp. 331-343). Knoxville, TN: The University of Tennessee Press.

4 Pour plus d'informations sur la crise nord-américaine, lire par exemple : Scholten, W. & Henningfield, J. E. (2016). Negative outcomes of unbalanced opioid policy supported by clinicians, politicians, and the media. *J Pain Palliat Care Pharmacother*, 30(1), 4-12.

5 Le Groupe Pompidou est une organisation intergouvernementale chargée de promouvoir la coopération interdisciplinaire dans le domaine des conduites addictives parmi des pays du Conseil de l'Europe et de la région Middle East & North Africa (réseau de coopération MedNET).

6 16 experts ont participé à l'enquête, comprenant une pharmacienne, 6 médecins cliniciens, 4 juristes du domaine de la santé et 4 responsables administratifs de santé publique des pays suivants : Algérie, Belgique, France, Grèce, Liban, Lituanie, Maroc, Portugal, Slovaquie, Suisse, Tunisie, Turquie.

7 Une version avancée des « Principes directeurs » a été rendue publique aux fins exclusives de consultation, entre le 15 mars et le 15 mai 2016.

Outre l'invitation transmise sur le site du Groupe Pompidou, par l'intermédiaire des participants du groupe d'experts, 117 organismes nationaux et internationaux concernés ont été sollicités proactivement comprenant des administrations, des organisations non gouvernementales, des instances professionnelles de médecins et pharmaciens, des sociétés de professionnels, des entreprises pharmaceutiques produisant des médicaments enregistrés comme MAO.

PRINCIPES DIRECTEURS ET INTERDISCIPLINARITÉ

62 principes directeurs ont ainsi été identifiés, puis ont fait l'objet d'une consultation publique parmi les réseaux professionnels des pays participants⁷. La structure de ces principes directeurs a été organisée en cinq parties : définitions/objectifs, droit d'accès aux médicaments et à l'accompagnement

psycho-social lié, rôle des professionnels, rôle des autorités, et finalement coordination nationale et collaboration internationale.

La partie relative au rôle des professionnels souligne l'importance de la formation dans les différentes filières : l'efficacité et l'efficacités des services dépendent de la disponibilité d'un personnel compétent, au clair sur les différents rôles sollicités. À leur tour, cette compétence dépend de robustes connaissances et compétences de base, mais aussi de savoir-faire et de savoir-être acquis par compagnonnage sur le terrain : la qualité de l'approche clinique et la collégialité entre les différentes professions et fonctions mobilisées en découlent, car le cercle des personnes concernées est très large. La plupart des personnes présentant un syndrome de dépendance aux opioïdes entrent en contact, souvent d'abord avec des professionnels ponctuellement concernés : services sociaux, services médicaux d'urgence, médecins de premiers recours, mais aussi avec les ambulanciers, personnels techniques divers, personnels des administrations judiciaires ou civiles, personnels de sécurité.

La partie abordant le rôle des autorités pointe donc l'importance de l'interdisciplinarité dans le soutien à la formation, mais aussi dans le cadre de la promotion de la recherche et de l'innovation. Ainsi, l'État devrait encourager une perspective globale sur l'ensemble des conduites addictives, tout en veillant à ce que le cadre législatif ne comporte aucune disposition restreignant l'initiation ou la réalisation de projets.

Enfin, l'interdisciplinarité est au cœur des principes liés à la coordination nationale et à la collaboration internationale. Afin de coordonner et de suivre la mise en œuvre des TAOs, l'État doit prévoir l'existence d'une instance nationale consultative : elle devrait être composée de représentants des professionnels et des personnes concernées, ainsi que de représentants des différents domaines impliqués, étatiques, paraétatiques ou privés. De-

vraient figurer notamment au sein de cette instance des représentants en charge de l'homologation des médicaments, du remboursement des soins, de la supervision des professions socio-sanitaires, des politiques publiques, des producteurs de médicaments et des autorités de surveillance des assurances sociales.

RECOMMANDATIONS STRATÉGIQUES

À partir de ces « Principes directeurs », le groupe d'experts s'est attaché à identifier quatre recommandations stratégiques reproduites ci-après :

Recommandation n°1 : Prescription et remise sans régime d'autorisation préalable

Les mécanismes du droit du médicament, en matière d'autorisation et de supervision du marché, offrent la marge de manœuvre nécessaire pour garantir la sécurité des prescriptions et leur conformité aux conventions internationales sur les substances placées sous contrôle. À l'inverse, les régimes d'autorisation préalable représentent avant tout l'héritage d'une époque révolue où les TAOs relevaient de prescriptions « off-label » et étaient compris davantage comme mesures de réduction des risques que comme traitements médicamenteux à part entière. C'est pourquoi ces régimes aujourd'hui dépassés doivent être supprimés. Un régime déclaratif a posteriori est suffisant pour éviter les doubles prescriptions et garantir la récolte de données épidémiologiques.

Recommandation n°2 : Suppression effective des barrières financières

Même dans les pays présentant des taux de couverture élevés, il subsiste des populations particulièrement vulnérables et difficiles à atteindre. Leur nonaccès effectif aux soins est à la fois un défi éthique et un risque pour la santé publique. Et ce, d'autant plus que, sur le plan économique, la mise à disposition des TAOs conduit à une baisse avérée des coûts sociaux directs, indirects et intangibles, baisse excédant largement le coût global des traitements. Un mécanisme de prise en charge financière renforcée se justifie donc pleinement pour encourager l'accès au traitement chez ces personnes.

Recommandation n°3 : Coordination et suivi par une instance nationale consultative

Chaque État est invité à créer ou aménager une instance nationale consultative, le cas échéant en adaptant le cahier des charges d'une instance préexistante. Une telle instance permet de soutenir dans la durée l'évaluation de la réglementation, tout en identifiant les difficultés résiduelles nécessitant la poursuite ou la réinstauration de mesures spéciales ciblées et strictement nécessaires. Son

indépendance et sa transparence doivent être garanties, notamment dans sa composition, son budget, son agenda. Ses travaux doivent faire l'objet de rapports publics.

Recommandation n°4 : Terminologie neutre, précise et respectueuse des personnes

Le domaine des dépendances emploie de nombreux termes ambigus mais pourtant couramment utilisés par les professionnels, les administrations et les institutions internationales. L'abandon prôné ici du qualificatif de « traitement de substitution » au profit de la notion de « traitement agoniste opioïde » est à cet égard emblématique.

De manière plus générale, il est utile d'identifier les termes qui nuisent à la bonne compréhension, entretiennent le stigma et alimentent aussi les cliques entre les professionnels. Les terminologies utilisées dans les documents institutionnels et réglementaires devraient faire l'objet de révisions périodiques, afin de vérifier qu'elles demeurent correctes, précises et respectueuses.

QUEL AVENIR POUR L'INTERDISCIPLINARITÉ DES TAOS AU SEIN DE LA FRANCOPHONIE ?

Les TAOs illustrent le lien étroit entre interdisciplinarité, citoyenneté, droits humains et droit fondamental à l'accès aux soins. Il faut souligner que l'horizon proposé par le Groupe Pompidou représente un état souhaité ; les chemins pour l'atteindre dépendent bien évidemment des contextes nationaux et d'un agenda politique. Plus largement, la francophonie représente un terrain fertile. La réflexion et l'échange au sujet du langage sont en particulier une formidable opportunité de dialogue au sein de nos réseaux interprofessionnels. Enfin, pour que l'interdisciplinarité soit crédible, elle doit être incarnée. Pour cela, l'enseignement et la formation ne suffisent pas : une responsabilité d'exemplarité engage au quotidien nos associations et nos réseaux.

Référence du rapport en langue française

Groupe Pompidou (2018). Principes directeurs pour la révision des législations et réglementations. Groupe d'experts relatif aux conditions-cadres des traitements du syndrome de dépendance aux opioïdes intégrant la prescription de médicaments agonistes. Strasbourg.

Références sélectionnées

- **Abdullahi A. An-na'im (2012)**. The interdisciplinarity of human rights, dans Conor Gearty & Costas Douzinas (dir), *The Cambridge Companion to Human Rights Law*, New York: Cambridge University Press, p 97-113.
- **Amey, L., Brunner, N., Guillod, O. (2012)**. Traitement de substitution à la dépendance aux opioïdes. Étude de la réglementation de quelques pays francophones. Neuchâtel : Institut de droit de la santé.
- **Heiko A. (2012)**. Consensus measurement in Delphi studies: review and implications for future quality insurance. *Technological forecasting and social change*. 78(8): 1525-1536.
- **Junod V., Wolff H., Scholten W., Novet B., Greifinger R., Dickson C., and Simon O., (2017)**. Methadone versus torture: The perspective of the European Court of Human Rights. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, Published Ahead of Print, July 18.
- **Scholten, W., Simon, O., Maremmani, I., Wells, C., Kelly, J.F., Hämmig, R., Radbruch, L. (2017)**. Access to treatment with controlled medicines: Rationale and recommendations for neutral, respectful, and precise language. *Public Health*, Volume 153, 147-153.
- **United Nations. (2010)**. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (A/65/255).
- **WHO (2011)**. Ensuring balance in national policies on controlled substances. Geneva.
- **Abdullahi A. An-na'im (2012)**, The interdisciplinarity of human rights, dans Conor Gearty & Costas Douzinas (dir), *The Cambridge Companion to Human Rights Law*, New York: Cambridge University Press, p 97-113.
- **Abdullahi A. An-na'im (2012)**, The interdisciplinarity of human rights, dans Conor Gearty & Costas Douzinas (dir), *The Cambridge Companion to Human Rights Law*, New York: Cambridge University Press, p 97-113.
- **Abdullahi A. An-na'im (2012)**, The interdisciplinarity of human rights, dans Conor Gearty & Costas Douzinas (dir), *The Cambridge Companion to Human Rights Law*, New York: Cambridge University Press, p 97-113.

Remerciements

Nous remercions le groupe d'experts relatif aux conditions cadres des TAOs du Groupe Pompidou (P. Altan, L. Amey, E. Aras Kiliç M. Auriacombe, N. Ben Salah, M. Cardoso, M. Casas, M. Chakali, M.-A. Courné, K. Doms, K. Dubreuil, R. Haddad, R. Hämmig V. Junod, A. Kastelic, D. Lamy, S. Markellou, L. Michel, A. Ounnir, E. Pfltschinger, A. Pirona, W. Scholten, R. Stamm, J. Toufiq, D. Touzeau, E. Venckevic), le groupe d'accompagnement (M. Anseau, N. Authier, T. Beck, A. Benyamina, J. Besson, J.-P. Couteron, C.-B. Eap, J.-P. Gervasoni, E. J. Gorzelaczyk, C. Guillain, O. Guillod, J. Hasselgard-Rowe, D. Hedrich, B. Lelonek-Kuleta, L. Letellier de Saint-Just, I. Maremmani, D. Meili, H. Mell, M. Monnat, M.-A. Nougier, M. Reisinger, M. Reynaud, A. Uchtenhagen, F. Zobel, S. Zombek, D. Zullino), et les collaborateurs scientifiques du projet (R. Aeberhard, A. Bamert, A. Ben Hassouna, C. Cafilisch, F. Cathieni, C. Dunand, C. Dickson, I. Fernandes, B. Gaillard, G. Guarrasi, D. Gütermann, G. Kardous, M. Hachaichi, M. Jeanneret, D. Kohler, V. Leroy, S. Lopreno, S. Maiolo, M. Mayer, M. Mersni, Q. Mottet, B. Novet, L. Penzenstadler, M. Roelli, P. Sanz, A. Tomei, M. Waelchli).



Pascale Hensgens
Coordinatrice de projets
à la Fédito wallonne

MACADAM ET DRUGS LAB, PROJETS-PILOTES SANTÉ- ASSUÉTUDES EN PRISON : COMPLEXITÉ DES PRATIQUES INTERSECTORIELLES AU BÉNÉFICE DU PATIENT-DÉTENU

Article rédigé par Pascale Hensgens, Fédito wallonne, en collaboration avec Florence Trost, coordinatrice Macadam, et Vinciane Saliez, coordinatrice Drugs Lab et Directrice I Care.

En décembre 2017, au sein de trois établissements pénitentiaires de Belgique¹, démarrait un projet-pilote nommé « modèle de prise en charge des personnes en détention présentant des problèmes liés aux drogues ». Le ministère fédéral de la Santé en est l'initiateur et le financeur. Ce projet-pilote « Santé » au sein des trois prisons est géré par l'administration fédérale de la Santé (SPF Santé), accompagné par l'administration fédérale de la Justice (DG EPI du SPF Justice) et mis en œuvre par trois associations régionales². Parmi elles, l'une est spécialisée en matière de santé en milieux fermés tandis que deux autres sont spécialisées dans la prise en charge des problématiques d'assuétudes. Les articulations de ce dispositif, secteur santé/secteur justice, niveau fédéral/niveau régional, services publics/ASBL³, laissent entrevoir la richesse et la complexité des pratiques intersectorielles que les équipes de terrain, chargées de la mise en œuvre du projet, vont avoir à développer...

Pour aborder la question des pratiques intersectorielles sous-jacentes à la mise en œuvre de ce projet-pilote, on ne peut pas faire l'économie d'une description du contexte belge de la prise en charge de la santé en prison. Ce contexte est complexe, à l'image de l'organisation de l'ensemble des politiques menées que l'on compare souvent à une « lasagne institutionnelle ».

En Belgique, à l'heure actuelle, les soins de santé pénitentiaires sont placés sous la tutelle du ministre de la Justice et sont gérés au sein de la DG EPI⁴ du Service public fédéral Justice. Il existe une volonté politique de transférer ces compétences

du ministre de la Justice au ministre de la Santé publique et des Affaires sociales, afin de répondre aux recommandations de l'OMS. Dans cette optique, les deux ministres fédéraux ont constitué un groupe de pilotage. Ce groupe a demandé au centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) d'analyser l'actuelle organisation des soins dans les prisons belges et de formuler des propositions de réformes⁵. Dans la foulée, des groupes de travail ont été mis en place afin de rédiger une note générale à destination des futurs ministres qui, à l'heure de boucler cet article, ne sont pas encore connus.

AMÉLIORER LE PARCOURS SANTÉ DES DÉTENUS AVEC UNE PRO- BLÉMATIQUE ASSUÉTUDES

En attendant, concrètement, dans les prisons belges, les soins médicaux (curatifs) relèvent toujours de la compétence de l'autorité fédérale et du Service des soins de santé prisons (SSSP), créé au sein de la DG-EPI du SPF Justice. Le SSSP ne dispense pas lui-même des soins, mais il est chargé d'organiser et de coordonner les soins de santé dans les centres pénitenciers. Cette organisation doit respecter différents articles de la Loi de principe de 2005, concernant l'administration pénitentiaire et le statut juridique des détenus, qui érige notamment une série de droits en matière de santé pour les détenus : « Art. 88. Le détenu a droit à des soins de santé qui sont équivalents aux soins dispensés dans la société libre et qui sont adaptés à ses besoins spécifiques. Art. 89. Le détenu a droit à ce que les soins de santé dispensés avant son incarcération continuent à l'être de manière équivalente pendant son parcours de détention. Il est conduit auprès du médecin attaché à la prison le plus rapidement possible après son incarcération, puis chaque fois qu'il le demande. Art. 90. Le détenu a droit aux services de prestataires de soins disposant des qualifications nécessaires pour répondre à ses besoins spécifiques. Art. 93. § 1. Lorsqu'un détenu a besoin d'un examen diagnostique ou d'un traitement spécialisé médicalement recommandé pour lequel la prison n'est pas, ou pas suffisamment, équipée, il est transféré, à la demande du médecin attaché à la prison et, le cas échéant, après que ce dernier se soit concerté avec le médecin librement choisi, au besoin avec encadrement médical, vers une prison spécialisée, un hôpital ou un établissement de soins. Art. 97. § 1. Les soins de santé dans les prisons sont structurés et organisés et intégrés dans l'activité de la prison de telle manière qu'ils puissent être dispensés dans des conditions optimales... ». Toutefois, cette loi de principe n'est encore que partiellement mise en œuvre, et précisément, ces articles relatifs à la santé ne sont pas encore entrés en application.

En ce qui concerne les soins de santé préventifs, la promotion de la santé, la réinsertion socio-professionnelle, l'enseignement, la culture et les sports, ces prestations aux détenus relèvent de la compétence des entités fédérées. Ces activités sont proposées par différents organismes (ASBL³) reconnus et financés à cet effet. Mais la stabilité du financement de ces initiatives n'est pas toujours assurée.

Parmi les recommandations du centre d'expertise (KCE), on relève : « Les soins de santé pénitentiaires procèdent d'une approche holistique, qui tient compte de toutes les dimensions des problèmes (physique, psychique, social) et englobe à la fois le dépistage, la prévention, le traitement, la continuité des soins et la promotion de la santé ; les soins de santé pénitentiaires s'inscrivent dans une approche « whole prison » où la direction, le personnel de sécurité et les infrastructures sont organisés pour faciliter les soins de santé ; les soins de santé pénitentiaires sont équivalents à ceux dispensés dans le monde extérieur ; un premier entretien médical approfondi a lieu avec chaque détenu à son arrivée à la prison et constitue la base d'un plan de soins individuel... »

C'est dans ce contexte de transfert, et sur la base des recommandations du KCE, qu'en 2017 la ministre fédérale de la Santé, Maggie De Block, décide de mettre en œuvre une expérience pilote à destination des détenus présentant des problèmes liés à l'usage de drogues. Dans sa communication sur son site, elle précise : « *La consommation de drogues dans nos prisons est problématique, aussi bien pour les détenus que pour le personnel pénitentiaire. Afin d'améliorer cette situation, nous souhaitons que les détenus avec une problématique de drogues reçoivent des soins sur mesure.* »

1 Les établissements de Lantin, Hasselt et Bruxelles. Chacun des établissements est situé dans l'une des trois régions du pays (Wallonie, Flandre, Région bruxelloise).

2 Fédito wallonne, I Care et CAD Limburg.

3 Associations sans but lucratif.

4 Direction générale des établissements pénitentiaires.

5 SYNTHÈSE - SOINS DE SANTÉ DANS LES PRISONS BELGES : SITUATION ACTUELLE ET SCÉNARIOS POUR LE FUTUR - KCE - 2017 - <https://kce.fgov.be/fr/soins-de-santé-dans-les-prisons-belges>.

QUAND LES ACTEURS PORTEURS D'UN PROJET- PILOTE SONT ISSUS DE SECTEURS DIFFÉRENTS...

Dans la suite de cet article, nous évoquerons deux mises en œuvre du projet-pilote : l'une menée à la prison de Lantin (par l'équipe Macadam - ASBL Fédito wallonne) et l'autre menée dans le complexe pénitentiaire bruxellois (par l'équipe Drugs Lab - ASBL I Care).

Une étude menée par des chercheurs de l'Université de U-Gent et de l'Institut national de criminalistique et de criminologie (INCC) a démarré en avril 2019 et devrait produire des recommandations en juin 2020 : les constats que nous mettons en évidence dans cet article relèvent donc, à ce jour d'un processus d'auto-évaluation.

L'articulation des différents acteurs « responsables » de ce projet-pilote est, au niveau de l'intersectorialité, un défi en soi. La ministre de la Santé finance le projet-pilote qui est mis en œuvre par son administration Santé. L'administration de la Justice est associée à différentes étapes du projet mais, en tant que coordinateur local externe nous ne connaissons pas la manière dont cette association s'est construite. De leur côté, les directions des prisons concernées ont été conviées à participer à l'élaboration des objectifs du projet au sein de leur établissement. Enfin, les coordinations locales qui mènent les actions dans les établissements et gèrent l'équipe psycho-médicale sont des ASBL spécialisées en assuétudes, financées pour l'occasion par arrêtés royaux. Secteur Santé, secteur Justice, personnel d'administrations, personnel salarié par des associations subventionnées... : tous se retrouvent régulièrement au sein d'un comité de pilotage qui est amené à évaluer dans chaque prison la progression du projet-pilote et de ses objectifs.

Si le cadre général des objectifs a rapidement fait l'objet d'un consensus partagé par l'ensemble des acteurs de la Santé et de la Justice, le temps nécessaire à la concertation pour la mise en œuvre des moyens

et des méthodes dans chaque établissement a manqué. D'un côté, les directions des prisons, administratives et médicales, et de l'autre, les équipes externes, coordinatrices du projet, ont donc été amenées à collaborer

de facto. C'est ainsi, par exemple, que pour le projet Macadam, il a semblé pertinent à la Fédito wallonne d'associer la direction administrative et médicale de la prison de Lantin au recrutement des personnes qui allaient composer la nouvelle équipe. De plus, l'équipe Macadam veille particulièrement à assurer une concertation avec les services internes concernés dans l'évolution du projet sur le terrain (ainsi, l'accord de l'infirmière en chef pour l'occupation des locaux de la polyclinique). Du côté de Drugs Lab à Bruxelles, l'équipe a initié une réunion de concertation regroupant deux professionnels de santé de la prison et deux services spécialisés en matière d'assuétudes, déjà actifs dans l'établissement. Autour de la table, se retrouvent des professionnels dépendant de la justice, d'autres mandatés par le niveau fédéral (Santé publique) et des services régionaux bruxellois. Ainsi, s'il s'agit de discuter de la clinique et d'améliorer l'orientation des personnes détenues, cet espace de concertation donne l'opportunité de réfléchir à la question des collaborations et du secret professionnel, partagé ou non.

QUAND LES MÉTIERS SONT IDENTIQUES ET LES STATUTS DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DIFFÉRENTS...

Infirmiers, psychologues et médecin des équipes Macadam et Drugs Lab sont plongés, depuis plus d'un an et demi, dans l'organisation des soins de santé en prison, assurés par des infirmiers, des médecins généralistes et spécialistes, des médecins addictologues, des psychologues avec un statut et une hiérarchie « justice ». Mais le travail de l'ensemble de ce personnel « santé » en prison, qu'il soit sous l'égide de la Santé ou de la Justice, est intrinsèquement dépendant de l'organisation de la vie des détenus. Celle-ci comprend entre autres les règles liées au système carcéral, les déplacements de détenus assurés par le personnel de surveillance et la complexité de l'infrastructure.

Des pratiques intersectorielles, voire transdisciplinaires, s'imposent de fait pour les équipes Macadam et Drugs Lab. La perspective intersectorielle est la garantie de la viabilité même du projet. Et cela, à plusieurs niveaux, car il s'agit de prendre en compte les différentes réalités du travail des acteurs impliqués dans l'organisation des soins en prison : les uns sont au service d'un cadre sécuritaire et les autres au service de l'aide et du soin dans un cadre sécuritaire. Par ailleurs, la posture de travail du personnel psycho-médical attaché à la justice est différente de celle des équipes « santé » Macadam et Drugs Lab. Là où sécurité et soins semblent s'opposer, il existe pourtant des interstices au sein même de la prison qu'une équipe externe « santé » peut mettre en évidence et consolider.

Dans les deux prisons, pour s'essayer à l'intersectorialité nécessaire au projet-pilote, les deux équipes ont d'abord dû prendre le temps de comprendre le fonctionnement de ce monde fermé dans lequel

elles arrivaient. Ses codes, ses habitudes, ses représentations... Elles n'ont pu ensuite pratiquement compter que sur d'une part, l'implication personnelle de certains membres hiérarchiques du personnel (direction et médical) et, d'autre part, sur l'entretien de bonnes relations interpersonnelles et informelles (agents de surveillance et services psycho-sociaux internes). Ce n'est pas une surprise, la plupart des intervenants externes travaillant en prison le disent depuis longtemps. Dans un article qu'il rédige pour la revue *MursMurs*⁶, Philippe Landenne souligne : « Le « Care » persiste malgré tout ! Il force le passage. Il s'introduit tant bien que mal dans les brèches de l'Institution Carcérale. Souvent, il faut l'apprécier, c'est la complicité précieuse et discrète de certains membres du personnel pénitentiaire (des directeurs et des agents motivés, eux-mêmes en résistance face à la rigidité froide et inhumaine de l'Institution Totale qui les emploie) qui permet de promouvoir des initiatives de soin et d'attention inespérées derrière les murs... »

Et c'est ainsi que dans cette « intersectorialité non définie », des pratiques font évoluer un cadre qui semblait a priori verrouillé. À Lantin par exemple, l'anamnèse d'entrée des détenus a été modifiée avec le soutien et l'accord de l'infirmière en chef, une co-consultation avec les médecins addictologues et l'infirmière du projet a pu être initiée, une place régulière pour les psychologues du projet a été dégagée au sein de la polyclinique. À Bruxelles, des carnets de liaison ont été mis en place permettant aux infirmiers de l'établissement de relayer des situations problématiques en matière de consommation de drogues. D'autre part, sous l'impulsion du médecin généraliste du projet pilote, la réunion occasionnelle entre médecins généralistes de l'établissement a été intensifiée, la réunion mensuelle favorisant un partage d'expériences et de réflexion sur la prise en charge du public cible.

CONCLUSION

Dans un modèle à venir, cette étape de la collaboration « intersectorielle » interne à chaque prison s'avère cruciale à développer. Il s'agit d'un processus de co-construction qui exige des méthodes, avec des lieux de formalisation et d'évaluation. Cela implique que l'ensemble des acteurs-partenaires (santé / justice / médical / social / thérapeutique / surveillance et personnel sous statuts différents travaillant à l'amélioration de la santé des détenus dans un même établissement) doivent pouvoir inclure cet objectif dans leurs missions et leur temps de travail.

Ce travail collaboratif mérite une profonde réflexion à chaque étape. Il est primordial de tenir compte des mandats de chacun et du contexte général. Par exemple, une infirmière n'est pas une infirmière car son cadre de travail, sa mission ne sont pas les mêmes si elle est engagée par l'administration Justice ou par une association financée par la Santé publique. Dès lors, il y a aussi dans ce contexte un risque à travailler la collaboration intersectorielle au quotidien : celui de baisser son seuil de vigilance et de partager toute information « entre collègues ». Il est en effet indispensable de mettre le patient-détenu au centre des préoccupations, en se demandant si notre intervention profite au patient lui-même ou au cadre de sécurité qu'impose la Justice. Des projets-pilotes comme Drugs Lab et Macadam mettent en lumière toute la complexité de la mise en œuvre de pratiques intersectorielles.

Frédéric Trinh
Procureur de la
République de Soissons



Léa Saintilan
Consultante
Chargée de mission Affaires
internationales et européennes -
Coopération institutionnelle justice



Maggy Jumeaux
Infirmière au CSAPA Centre
Horizon de l'Aisne



**Laurence
BEGON-BORDREUIL**
Magistrate coordinatrice
de formation continue à l'École
nationale de la magistrature



LA JUSTICE RÉSOLUTIVE DE PROBLÈMES : UNE COOPÉRATION ÉTROITE ENTRE SANTÉ ET JUSTICE DANS L'INTÉRÊT DES PERSONNES

Natalie Castetz, journaliste

Prévenir la récidive des personnes qui commettent une infraction en lien avec une consommation de substances psychoactives grâce à un suivi global renforcé, venant en alternative à l'incarcération, tel est le principe de l'approche « Justice résolutive de problèmes ». Cette démarche innovante est menée en partenariat par les acteurs de la santé et de la justice.

À son arrivée au Parquet de Soissons (Aisne), en septembre 2017, le procureur de la République Frédéric Trinh a souhaité poursuivre le dispositif déjà mis en place par son prédécesseur : proposer à des multirécidivistes dont la délinquance paraît en lien avec une addiction à l'alcool une prise en charge globale, sociale et thérapeutique, plutôt qu'un énième passage par la case prison.

Aujourd'hui, il constate : « Nous pouvons voir l'évolution positive des personnes qui ont pu en bénéficier et la diminution des récidives. Sur cinquante dossiers clôturés, nous avons connu six échecs dont des abandons du dispositif liés à des problèmes de transports ou des contraintes professionnelles. »

UN TRAVAIL PARTENARIAL ÉTROIT

Ce suivi renforcé est « proposé aux personnes en situation de multi-récidive, poursuivies pour des faits délictueux en lien avec une consommation d'alcool », explique Frédéric Trinh. Elles reconnaissent leur responsabilité pénale dans les faits, présentent une relation pathologique à l'alcool avec la volonté de changer leur comportement, enfin expriment leur volonté d'adhérer au dispositif. « Toutes les infractions délictueuses sont éligibles à l'intégration dans ce dispositif, plus particulièrement les conduites sous l'empire d'un état al-

coolique et les violences familiales », commente le procureur.

Interdisciplinaire, la démarche nécessite un étroit partenariat entre les acteurs du monde de la justice et celui du soin. C'est le procureur qui décide de l'intégration d'une personne dans le dispositif de « Suivi judiciaire thérapeutique » (SJT), proposé au sortir de la garde à vue. Puis, c'est au tour de l'équipe du Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) d'assurer le volet sanitaire. À Soissons, une convention a été formalisée par plusieurs signataires : l'association Oppelia - Centre Horizon de l'Aisne dont Maggy Jumeaux est l'infirmière coordonnatrice du projet, la Ville de Soissons qui met à disposition deux travailleurs sociaux, et le barreau de l'Ordre des avocats de Soissons. Le financement du SJT est assuré par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) et par le fonds interministériel de prévention de la délinquance (FIPD).

JUSQU'À L'AUDIENCE

Traiter les causes de la délinquance au lieu d'incarcérer. Première étape, le diagnostic. L'équipe du Csapa identifie les problématiques propres à la personne prise en charge et définit avec elle les objectifs à atteindre durant les six mois du suivi (renouvelables une fois) : sanitaires, sociaux, familiaux, professionnels... La démarche est formalisée : le Document individuel d'accompagnement médico-social (Diams), signé par tous et validé par le Parquet l'engage à se mobiliser pour atteindre ses objectifs.

La personne suivie va ensuite rencontrer, chaque semaine, la coordonnatrice qui l'accompagne et les professionnels désignés : psychologue clinicienne, médecin addictologue, travailleur social... Elle se soumet également à des analyses biologiques faisant état de la consommation de substances psychoactives, destinées à objectiver les progrès accomplis et s'entretient aussi, toutes les deux semaines, avec le procureur de la République ou le parquetier référent, en présence de la coordinatrice : ils font, ensemble, le point sur les évolutions. L'avocat de la personne prise en charge est invité à assister aux entretiens comme aux réunions de bilan ; il reçoit le rapport final qui retrace le parcours, établi conjointement par le Parquet et le Csapa, afin de l'utiliser pour sa défense, lors de la comparution. Car à terme, une audience correctionnelle a bien lieu. Mais elle prend en compte le suivi, et la peine fixée, plus adaptée, valorise les efforts.

« UNE RÉVOLUTION »

Pour Maggy Jumeaux, « *c'est une révolution* ». L'infirmière coordinatrice du dispositif le reconnaît : « *J'ai découvert des professionnels qui ne cherchent pas à condamner en priorité mais manifestent une grande bienveillance et ouverture d'esprit. Ce dispositif est beaucoup plus bénéfique que la démarche antérieure qui consistait notamment à exiger une*

obligation de soins dans le cadre d'une condamnation pénale ou une abstinence, ce qui m'a souvent semblé contreproductif. Et les rencontres régulières avec le Parquet montrent à la personne suivie que tout le monde croit en lui. » Maggy Jumeaux a découvert le fonctionnement d'un tribunal et, de son côté a formé les magistrats aux mécanismes de l'addiction : « *Nous avons tous une totale ignorance de ces domaines respectifs.* »

Côté judiciaire, « *la prévention de la récidive se fait dans l'intérêt de la personne et de celui de la société* », rappelle Frédéric Trinh. Mais le procureur le reconnaît, si « *elle est de plus en plus présente dans nos métiers, cette démarche nous oblige à nous repositionner* ».

Léa Saintilan, consultante qui travaille sur le sujet depuis 2015 pour l'École nationale de la magistrature (ENM), le constate : « *L'intervention de l'autorité judiciaire est devenue motivationnelle : le juge a modifié sa posture et la logique de la sanction pour devenir un appui bienveillant qui valorise les progrès et recadre les écarts. Et ce, dans un vrai travail transdisciplinaire qui bouleverse les pratiques professionnelles usuelles et apporte une meilleure compréhension du rôle de chacun.* » Et d'ajouter : « *Ces nouveaux modes de collaboration dans les pratiques professionnelles et cette approche motivationnelle donnent du sens au travail. Et tout le monde constate que cela donne des résultats !* » Reste que les temps de la justice diffèrent du temps du soin : « *On ne peut pas demander à quelqu'un qui connaît des problèmes de consommation depuis des années de réduire sa consommation, trouver un logement, reprendre un travail ou une vie de famille en l'espace de six ou douze mois !* »

DES PROGRAMMES DIVERSIFIÉS

La première expérimentation française avait été impulsée à Bobigny, en 2015, par la Mildeca et le ministère de la Justice ; elle se poursuit à un rythme intensif pour les personnes à haut risque de récidive. Depuis, ici et là, des tribunaux de grande instance (TGI) développent les initiatives : à Beauvais, Cambrai, Compiègne, Dieppe, Lille, Lyon, Saint-Quentin, Senlis, Valenciennes... Elles s'inspirent du modèle anglo-saxon : les juridictions résolutive de problèmes (problem solving courts ou PSC) sont nées aux États-Unis, confrontés en Floride à la fin des années 80 à la récidive permanente des mêmes auteurs d'infractions, notamment en lien avec leur addiction au crack. Le modèle a essaimé en Australie, Nouvelle-Zélande, Angleterre, Ecosse, Belgique etc. qui mettent en oeuvre ce type de dispositif collaboratif d'accompagnement renforcé.

Mais ces expérimentations prennent des formes variées. Elles peuvent être mises en place avant (en pré-sentenciel) et/ou après le jugement, et sont différemment pilotées : par une association, le Parquet, le juge de l'application des peines, le Service pénitentiaire d'insertion et de probation -Spip- ou le Csapa. Elles sont aussi adaptées aux

problématiques locales, s'adressant aux consommateurs d'alcool, aux consommateurs de substances psychoactives ou encore d'héroïne, avec ou sans troubles psychiatriques. Des projets peuvent être plus « modestes » et moins interdisciplinaires, comme à Saint-Etienne (Loire) : le procureur David Charmatz a mis en place, en septembre, le dispositif « Rencontre Prévention Récidive Alcool », soutenu par la Mildeca. Un rendez-vous médico-social avec une structure de soins est systématiquement proposé aux auteurs de délits en lien avec l'abus d'alcool. Et ce, quelle que soit la réponse judiciaire : alternative aux poursuites ou poursuite. L'objectif visé : conduire la personne, qui remet à la justice une attestation de son adhésion au dispositif, à réfléchir sur la question des risques de l'abus de la consommation d'alcool.

« Certains n'auraient jamais franchi autrement les portes du Csapa. Et ce lieu de soins une fois identifié, ils peuvent s'engager de façon spontanée et volontaire dans un suivi. » David Charmatz a déjà mis en oeuvre ce type de dispositif dans ses précédents postes avec, assure-t-il, « un réel succès. S'il est difficilement quantifiable, l'impact sur leur comportement ultérieur est néanmoins réel ».

DES FORMATIONS SUR MESURE

En parallèle au lancement de l'expérimentation de Bobigny, l'ENM avait proposé pour la première fois en 2015, un séminaire international de deux jours exclusivement dédié à ce sujet : « Addictions & délinquances : comment rénover le traitement judiciaire ? ». Étaient alors intervenus magistrats et chercheurs internationaux, dont la spécialiste Martine Herzog-Evans, professeur de droit et de criminologie à l'Université de Reims. David Wexler, professeur à l'université de Porto Rico, y avait rappelé l'origine théorique des juridictions résolutive de problèmes : « La jurisprudence thérapeutique est un champ d'étude interdisciplinaire qui porte sur les effets thérapeutiques et anti-thérapeutiques de la règle de droit, des procédures ainsi que des actes et comportements des acteurs juridiques (...) Elle voit dans le droit et ses acteurs des vecteurs de traitement et d'apaisement des problèmes et des personnes. »

Depuis, pour favoriser le déploiement de ces programmes par l'ENM, des actions de formation ont été mises en oeuvre en direction des magistrats et de leurs partenaires : séminaires, formation en ligne, journées nationales... « Nous visons un public pluridisciplinaire, invitant les professionnels à venir aux formations en équipe, soignants, conseillers pénitentiaires d'insertion et probation et magistrats, voire policiers et gendarmes, délégués du procureur », souligne Laurence Begon-Bordreuil, coordinatrice de la formation continue à l'ENM.

La magistrate constate « un véritable engouement pour ce dispositif innovant et une montée en puissance de ces formations, avec même une centaine de participants lors du dernier séminaire, organisé

en septembre ». En 2019, l'ENM propose aussi directement en région, sur site, des formations à la carte, dispensées sur demande des équipes projet.

Un kit pédagogique numérique de formation a également été conçu et réalisé en 2017 par l'ENM, avec le soutien financier de la Mildeca. Très vivant grâce aux nombreuses interviews, il présente ces projets judiciaires innovants et des expériences de l'étranger, explique les mécanismes neurobiologiques de l'addiction et de la dépendance et met en exergue les facteurs de réussite de ces dispositifs judiciaires de traitement de la toxicomanie. « Ces dispositifs sont le seul moyen de réduire la délinquance », y affirme la juge de Glasgow, en Écosse.

VERS UNE ÉVALUATION DU DISPOSITIF

« La dynamique se poursuit, constate Ruth Gozlan, médecin chargée de mission santé à la Mildeca, avec une vraie implication du ministère de la Santé et un réel intérêt des juges pour ces nouvelles pratiques professionnelles. » La Mildeca continue à accompagner les expériences lancées dans les territoires mais pour Ruth Gozlan, il reste un travail de réflexion à mener sur le partage de l'information et le secret médical, problème souvent soulevé par les Csapa, comme sur le développement de formations communes pour les professionnels des mondes de la santé et de la justice.

Les 26 et 27 mars 2020, l'ENM organise un séminaire à Paris pour les cinq ans du projet. Il portera sur le « Déploiement des juridictions résolutive de problèmes addictions - retour d'expérience 2015/2020 ». Cinq ans après le lancement à Bobigny du premier dispositif innovant de Justice résolutive de problèmes, « ce séminaire de restitution vise à réunir l'ensemble des acteurs professionnels porteurs de projets, venant des mondes de la justice et du soin, pour des échanges sur les expériences déjà menées, les bonnes pratiques et les façons de pérenniser les projets initiés », précise Laurence Begon-Bordreuil.

De son côté, la Direction des affaires criminelles et des grâces (DACG) affiche une ambition résumée par Lilitt Khangeldian, magistrate au bureau de la Politique pénale générale : « Modéliser une méthodologie de mise en oeuvre et d'évaluation d'un dispositif de suivi intensif et la diffuser à l'attention des juridictions et de l'ensemble des professionnels, sous forme de guide, afin de faciliter et d'encourager le développement de dispositifs innovants de même nature dans les juridictions. »

Ces expérimentations proposent donc des formes de coopération santé-justice très intéressantes, dont les pratiques nécessitent toutefois d'être clarifiées et formalisées, afin de constituer des modèles opérationnels transférables. S'il doit être encouragé, le développement de telles initiatives ne doit pas occulter la nécessité d'une réflexion sur la coopération entre professionnels de la santé et de la justice dans des interfaces plus classiques.

1 Centre de surveillance et d'expertise Point Focal Luxembourgeois de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), Service Epidémiologie et Statistique, Direction de la Santé, Luxembourg.

2 Infectious Diseases Research Unit, Department of Infection and Immunity, Luxembourg Institute of Health.



Rita Seixas
PhD

Collaboratrice scientifique du Point Focal Luxembourgeois¹ de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies



Nadine Berndt
PhD

Responsable du Point Focal Luxembourgeois¹ de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies



Carole Devaux
PhD

*Responsable du groupe de recherche « HIV-Clinical and Translational Research »
Département Infection et immunité,
Luxembourg Institute of Health*

COMBATTRE L'HÉPATITE C CHEZ LES USAGERS DE DROGUES INJECTABLES AU LUXEMBOURG : ILLUSTRATION D'UNE APPROCHE INTERSECTORIELLE

INTRODUCTION

L'hépatite C chez les consommateurs de drogues par injection

En Europe, 75% des nouvelles infections par le VHC sont liées à la consommation de drogues par injection, ce qui révèle une transmission active parmi les usagers de drogues par ce mode d'administration. Dans plusieurs pays de l'UE, plus d'une personne sur deux consommant des drogues par injection est séropositive au VHC ; parmi les usagers de drogues par injection (UDI) à long terme, la prévalence du VHC peut atteindre plus de 80%

(Wiessing, Ferri *et al.*, 2014 ; EMCDDA, 2016 ; 2019). Au Luxembourg, les UDI restent une population clé pour la transmission du VHC (Roman, Hawotte *et al.*, 2008). Une étude nationale a ainsi montré que le taux de séroprévalence VHC chez les UDI atteignait 65% entre 2015 et 2018 mais que seulement 16,5% des UDI ayant une charge virale détectable parvenait à l'hôpital pour le traitement VHC (Fischer, Devaux *et al.*, 2017 ; EMCDDA, 2019).

Les directives européennes recommandent pourtant de fournir un traitement à toutes les personnes à risque de transmettre la maladie afin de réduire

la transmission dans la communauté : c'est là un élément essentiel de la stratégie d'élimination de l'hépatite C (Pawlotsky, Negro *et al.*, 2018) qui requiert une approche intersectorielle de la question.

La finalité : surpasser les barrières au dépistage et faciliter l'accès au traitement

Afin de réduire la prévalence des maladies infectieuses chez les UDI, le Point Focal Luxembourgeois de l'OEDT¹ (PFLDT) s'est attelé à l'évaluation de la situation actuelle concernant le dépistage et l'accès au traitement du VHC pour les UDI. Cette évaluation est inscrite parmi les axes stratégiques du plan d'action national contre l'hépatite 2018-2022 (Arendt, Devaux, *et al.*, 2017). Et ce, avec pour objectifs d'identifier les bonnes pratiques à mettre en place pour promouvoir le dépistage du VHC et de faciliter l'accès aux soins dans les centres de traitement pour des UDI au Luxembourg, comme le recommande l'OEDT (EMCDDA, 2017 ; 2019). Le présent texte détaille l'organisation, le déroulement et les résultats de cette évaluation, intersectorielle s'il en est, devant servir de bonne pratique en vue de combattre l'hépatite C chez les UDI.

MÉTHODE

Le PFLDT a ainsi organisé en janvier 2019 une table ronde en étroite collaboration avec l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), le Robert Koch Institut (RKI) et le Luxembourg Institute of Health (LIH). Des experts et professionnels de la santé qui travaillent directement ou indirectement avec des UDI y étaient invités afin de trouver un consensus concernant les principales barrières et les solutions possibles pour augmenter le dépistage et l'accès au traitement du VHC pour les UDI. Pour guider les discussions de la table ronde, une liste des barrières au dépistage du VHC préalablement développée par le RKI a été utilisée (Sperle, Hedrich *et al.*, 2018). Cette table ronde avait deux objectifs : l'identification des barrières en matière de dépistage et de traitement du VHC et la définition des facilitateurs/actions prioritaires afin de promouvoir le dépistage et de faciliter aux UDI l'accès au traitement du VHC.

RÉSULTATS DE LA TABLE RONDE

À l'issue des discussions menées au sein des groupes de travail intersectoriel, il est apparu des barrières tant au *niveau politique et de la société*. La stigmatisation et la discrimination des UDI et des personnes VHC-séropositives ont été identifiées comme

des obstacles majeurs à leur mobilisation pour se faire dépister. D'autre part, le dépistage du VHC n'est pas suffisamment accessible et nécessite une décentralisation de l'offre de dépistage (davantage d'offres dans les centres de traitement, dans les centres bas-seuil, dans les hôpitaux, chez les médecins). Cependant, le coût élevé du traitement du HCV au Luxembourg limite le clinicien dans ces prescriptions. Enfin, les critères d'éligibilité appliqués pour bénéficier d'un traitement sont trop stricts. Ces critères sont des facteurs qui démotivent le dépistage car les UDI pensent qu'ils ne seront pas éligibles au traitement. Les recommandations de traitement définies dans le plan national de lutte contre les hépatites devraient donc être suivies (Arendt, Devaux, *et al.*, 2017 ; Pawlotsky, Negro *et al.*, 2018).

Au *niveau des prestataires*, il apparaît que les barrières au dépistage reposent essentiellement sur l'insuffisance et l'inadéquation de l'offre : notamment le délai écoulé entre le test de dépistage et son résultat, le manque d'offres de dépistage (en termes de localisation et horaires d'ouverture), le manque de ressources humaines, et la perception d'un manque de garantie du respect de la confidentialité des résultats du dépistage. En termes d'insuffisance de l'offre, le nouveau règlement fixant les conditions de réalisation des Tests rapides à orientation diagnostique (TROD) de l'infection à virus de l'immunodéficiência humaine, d'hépatites virales et d'autres infections sexuellement transmissibles (ministère d'État, 2018) contribuera à lever cette barrière en 2020 : il ouvre la possibilité à tous les centres de traitement et centres bas-seuil de réaliser des tests rapides. Une autre barrière importante au dépistage réside dans le fait que l'offre complète de diagnostic pour définir l'accès au traitement n'est pas réalisée dans un même endroit. Actuellement, il faut se déplacer à l'hôpital puis attendre deux semaines pour obtenir les résultats de la charge virale qui attestent d'une infection active. Considérant la longue durée de ce processus, les perdus de vue sont nombreux. Afin de simplifier le processus de dépistage et surtout de l'adapter à la réalité déstructurée des clients, une offre où tous les composants du dépistage sont intégrés est requise : TROD, fibroscan et charge virale avec une disponibilité garantie dans des centres bas-seuil et des centres de traitement.

Du *point de vue des clients*, les barrières au dépistage sont finalement liées aux barrières à l'accès au traitement. Plus spécifiquement, être séropositif pour le VHC n'implique pas nécessairement d'avoir accès au traitement : le traitement peut être refusé à des UDI non couverts par la sécurité sociale et qui maintiennent une consommation active par injection. Ainsi, réaliser un dépistage est souvent

lié à la stigmatisation et ne conduit pas nécessairement au traitement. Afin de motiver des UDI à se faire dépister, les actions suivantes ont été discutées : l'application stricte des recommandations nationales pour la prise en charge thérapeutique des patients HCV et l'accès universel aux soins. De même, du point de vue du client, le dépistage du VHC n'est pas perçu par les UDI comme étant prioritaire. Avant de pouvoir entamer cette démarche, les UDI marginalisés ne doivent pas être confrontés à l'instabilité de la vie dans la rue et doivent pouvoir bénéficier des réponses du type *Housing First* (augmenter l'accès à des logements bas seuil) et des programmes de substitution bas-seuil (p. ex. par des unités de proximité mobiles). Un manque de connaissance et de conscience sur le VHC et les mythes autour de ce sujet au niveau des UDI sont des barrières qui peuvent être abordées par l'éducation thérapeutique, notamment par des pairs. L'offre de dépistage actuelle n'est pas suffisamment adaptée aux UDI (lieu, horaires d'ouverture et garantie du respect de la confidentialité). Pour réduire ces barrières, les intervenants de terrain ont rappelé l'importance d'élargir l'offre de dépistage dans des endroits fréquentés, d'augmenter les horaires disponibles, et de mettre à disposition des flyers de promotion des services de dépistage.

L'accès au traitement

L'accès au bilan thérapeutique

Il est intéressant de noter que plusieurs actions ont été proposées lors de la table ronde pour faciliter l'accès au bilan thérapeutique. Citons-en quelques-unes :

- Unifier l'offre de dépistage (offrir chaque étape du bilan thérapeutique dans un même endroit)
- Diminuer le délai d'attente entre le dépistage et l'examen de la charge virale
- Décentraliser les offres de dépistage et le bilan thérapeutique vers des endroits faciles d'accès pour les UDI
- Introduire des suivis plus intensifs, case-management
- Améliorer la communication entre les différents acteurs du terrain.

D'un point de vue structurel, la création d'une offre de logement et de substitution bas-seuil ainsi que la proposition d'une alternative de prise en charge pour des cocaïnomanes ont été considérées comme des points d'actions essentiels pour la stabilisation, la structuration et la motivation au changement des clients. L'accès universel aux

soins ou à court terme la mobilisation de fonds facilitant l'accès des UDI aux traitements médicaux ; l'accompagnement du client à l'hôpital, notamment pour le rassurer et lui garantir le respect de ses droits en tant que patient ; l'aide au niveau linguistique et dans la réalisation des documents administratifs ; la préparation d'un guide du processus du dépistage et du traitement du VHC : ces autres pistes ont également émergé des discussions menées.

L'accès à la prise en charge thérapeutique

Étant donné le prix du traitement du VHC, extrêmement élevé au Luxembourg, le principal obstacle de l'accès à la prise en charge thérapeutique est l'application inconsistante des critères de l'éligibilité pour le traitement. Par exemple, les critères « état de la fibrose hépatique » et « abstinence » sont pris en compte par les médecins pour décider de la prise en charge. Uniformiser ces critères apparaît donc plus que souhaitable, notamment pour envisager de traiter tous les UDI marginalisés en considérant l'objectif de l'OMS de réduire de 90% des nouvelles infections VHC d'ici 2030 (OMS, 2016). Ceux qui ont droit au traitement se heurtent à la délivrance du traitement exclusivement dans la pharmacie hospitalière et à l'organisation de la prise journalière du traitement (observance du patient). Pour remédier à cela, les actions proposées passent, pour les participants de la table ronde, par la décentralisation de la délivrance du traitement par toutes les pharmacies et par les programmes de substitution, ainsi que par la décentralisation de l'offre de traitement.

Le suivi pendant et après le traitement

Étant donné le manque de stabilité des patients, le suivi thérapeutique reste insuffisant. Afin d'éviter l'échec thérapeutique, il est important de travailler à une décentralisation des offres de traitement, une prise en charge continue, une approche interventionnelle multidisciplinaire, et à une offre de l'éducation thérapeutique/soutien par des pairs. De plus, l'accès au logement facilité et la création d'une structure bas-seuil pour la substitution sont des aspects primordiaux qui contribuent à la stabilisation des patients et au succès du traitement. Une situation plus stable des clients augmentera également la probabilité que les médecins prescrivent le traitement pour le VHC. Les participants de la table ronde étaient unanimes sur l'importance de diriger l'offre vers les patients, et non l'inverse, et sur le développement des interventions (p. ex. l'éducation thérapeutique) permettant de prévenir la réinfection.

EN GUISE DE CONCLUSIONS

Telle que présentée, cette table ronde illustre l'importance et la nécessité d'une approche intersectorielle dans la prise en charge socio-sanitaire de l'hépatite C pour les UDI au Luxembourg. Cette initiative est un exemple de bonne pratique à envisager pour le développement de nouvelles interventions ou l'élaboration d'un plan d'action national. En permettant aux acteurs de terrain de partici-

per tant à l'identification des difficultés, à différents niveaux, qu'à l'émergence de solutions, l'approche présentement décrite renforce, nous semble-t-il, la cohésion des différents acteurs impliqués et favorise la synergie des interventions.

Elle constitue, par ailleurs et dans ce cas précis, une approche à long terme où les actions peuvent être évaluées chaque année pour atteindre l'objectif de l'élimination de l'hépatite C dans cette population vulnérable prioritaire.

Bibliographie

- **Arendt, V., Devaux, C., Weicherding, P., Biwersi, G., Even, J., Goedertz, H., et al. (2017).** *Plan d'action nationale de lutte contre les hépatites au Grand-Duché de Luxembourg 2018-2022*. Luxembourg : ministère de la Santé, le comité de surveillance du SIDA, des hépatites infectieuses et des maladies sexuellement transmissibles.
- **European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2016).** *Hepatitis C among drug users in Europe: epidemiology, treatment and prevention*. EMCDDA Insights 23. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- **European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2017).** *Health and social responses to drug problems: a European guide*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- **European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2019).** *Hepatitis C: new models of care for drugs services*. Lisbon, Portugal : EMCDDA.
- **Fischer, A., Devaux, C., da Silva, N., Arendt, V., et al. (2017).** *Continuum of HCV Care in an Outreach Program for Intravenous Drug Users in Luxembourg, 2015-17*. Document non publié. Luxembourg: Luxembourg Institute of Health (LIH).
- **Ministère d'État - service central de législation. (2018).** *Règlement grand-ducal du 4 octobre 2018 fixant les conditions de réalisation des tests rapides à orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine, d'hépatites virales et d'autres infections sexuellement transmissibles (Prise d'effet : 13/10/2018)*. Luxembourg : Ministère d'État - service central de législation.
- **Organisation Mondiale de Santé. (2016).** *Combating hepatitis B and C to reach elimination by 2030*. Genève, Suisse : Organisation Mondiale de Santé (en ligne). <https://www.who.int/hepatitis/publications/hep-elimination-by-2030-brief/en>
- **Pawlotsky, J.-M., Negro, F., Aghemo, A., Berenguer, M., Dalgard, O., Dusheiko, G., et al. (2018).** *EASL recommendations on treatment of hepatitis C 2018*. *Journal of Hepatology*, 69(2), pp. 461-511.
- **Roman, F., Hawotte, K., Struck, D., Ternes, A.-M., Servais, J.-Y., Arendt, V., et al. (2008).** *Hepatitis C virus genotypes distribution and transmission risk factors in Luxembourg from 1991-2006*. *World Journal of Gastroenterology*, 14(8), 1237-1243.
- **Sperle, I., Hedrich, D., Palczak, C., Singleton, N. et Zimmermann, R. (2018, septembre).** *Barriers to HCV Testing in Drug Treatment Services for People who Inject Drugs*. Poster présenté au congrès « 7th International Symposium on Hepatitis Care in Drug Users », Cascais, Portugal.
- **Wiessing, L., Ferri, M., Grady, B., Kantzanou, M., Sperle, I., Cullen, K.J., et al. (2014).** *Hepatitis C Virus Infection Epidemiology among People Who Inject Drugs in Europe: A Systematic Review of Data for Scaling Up Treatment and Prevention*. *PLoS ONE*, 9(7):e103345.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies et la Direction de la Santé pour leur soutien dans le développement et la mise en œuvre de ce projet. En outre, les auteurs reconnaissent leur collaboration avec le Robert-Koch Institut et les experts nationaux qui ont participé à la table ronde. Mme Natascha da Silva est particulièrement remerciée pour son aide dans l'élaboration de la table ronde.

1 Laboratoire de Psychologie Caen Normandie (LPCN, EA 4649) Pôle Santé - MRSH (USR 3486, CNRS-UNICAEN).



Hélène Beaunieux

Professeur de Neuropsychologie à l'Université de Caen Normandie

Nicolas Bourguignon

Directeur de la communauté thérapeutique du Fleuve, à Barsac (Gironde)

QUAND LES NEUROSCIENCES S'INVITENT DANS LE MONDE DE L'ADDICTION DANS UN ESPRIT DE COMPLÉMENTARITÉ DES APPROCHES

Natalie Castetz, *journaliste*

Le projet scientifique « NeuroAddiCT » est mené conjointement par des enseignants-chercheurs en neuropsychologie de l'Université de Caen Normandie et des communautés thérapeutiques. Il vise à évaluer les atteintes neuropsychologiques des patients présentant un trouble de l'usage d'alcool et/ou de drogues et l'impact de l'introduction de dispositifs de remédiation cognitive au sein de ces communautés. Objectif : améliorer la prise en charge et la réinsertion des résidents.

Paris, la Maison des associations, un mercredi de mi-septembre 2019. Autour de la table sont réunies une dizaine de personnes : Hélène Beaunieux, professeur en neuropsychologie et enseignant-chercheur¹ et Simon Deniel, doctorant en neuropsychologie, tous deux de l'Université de Caen Normandie, ainsi que les représentants de la Fédération Addiction et de trois communautés thérapeutiques (CT) - Aubervilliers (Seine-Saint-Denis), Barsac (Gironde)

et Le Cateau Cambrésis (Nord)-. À l'ordre du jour : le lancement du projet de recherche « NeuroAddiCT ».

Co-construit par des scientifiques avec les professionnels de l'addiction, ce projet de recherche a deux vocations : réaliser un état des lieux des troubles neuropsychologiques des résidents/patients des CT et tester l'efficacité de l'introduction de dispositifs de remédiation des troubles repérés.

PLUS DE LA MOITIÉ DES PATIENTS AVEC TROUBLES DE L'USAGE D'ALCOOL

Depuis 2007, à Caen, Hélène Beaunieux étudie avec ses collègues les perturbations des fonctions mentales supérieures, telles que la mémoire, les capacités de raisonnement, le langage ou l'attention, dues à l'exposition chronique du cerveau à l'alcool. Des recherches qui s'appuient notamment sur les techniques de la neuro-imagerie permettant d'observer la structure et le fonctionnement du cerveau. Aujourd'hui, explique Hélène Beaunieux, « *la littérature scientifique est consensuelle sur la présence d'atteintes cérébrales et neuropsychologiques spécifiques chez les patients concernés par un trouble de l'usage d'alcool ou de drogue* ».

Les déficits neuropsychologiques liés à l'atteinte des circuits cérébraux fonctionnels et qui concernent plus de la moitié des patients alcoolo-dépendants sont bien définis : le dysfonctionnement exécutif, avec la difficulté à s'adapter à la nouveauté et à inhiber les automatismes comportementaux ; la difficulté à maintenir et manipuler les informations en mémoire de travail comme à encoder et récupérer les événements personnellement vécus en mémoire épisodique ; les déficits des capacités visuo-spatiales, avec une difficulté d'appréhension de l'espace. S'y ajoutent des désordres émotionnels et de cognition sociale. Or, rappelle Hélène Beaunieux, « *il a été démontré que la présence de ces troubles entrave la motivation à changer de comportement vis-à-vis de l'alcool, réduit le bénéfice de l'éducation thérapeutique et compromet la capacité des patients à réduire ou stopper leur consommation d'alcool* ».

DU LABORATOIRE AU PATIENT

Ces travaux de recherche ayant montré l'impact des atteintes cérébrales et des troubles neuropsychologiques sur l'efficacité de la prise en charge clinique en addictologie, « *les cliniciens nous ont rapidement demandé comment faire alors pour identifier les patients porteurs de ces troubles*, raconte Hélène Beaunieux. *C'est ainsi que nous est venue l'idée de concevoir l'outil de dépistage BEARNI[®]. Et l'accueil des professionnels a été très bon car nous n'avons jamais eu la prétention de remettre en cause leur pratique, mais plutôt de l'optimiser s'ils le souhaitaient. Avec BEARNI, notre but est d'apporter un outil supplémentaire, en cas de be-*

soin. Toutes les approches sont compatibles : l'accompagnement d'un résident en cherchant à comprendre pourquoi il en est arrivé là est tout aussi important que d'évaluer les conséquences de son addiction sur son cerveau ».

Du côté des communautés thérapeutiques, qui accueillent en France des consommateurs dépendants souhaitant s'engager dans une démarche de soins de leur addiction pour une durée de prise en charge pouvant aller jusqu'à un voire deux ans, le déclic est né suite à deux interventions d'Hélène Beaunieux : en 2015, lors des Journées nationales de la Fédération Addiction, puis en 2017, lors de la Journée des communautés thérapeutiques.

« *Cette approche très éloignée de notre culture nous a tous fait réfléchir* », reconnaît Nicolas Bourguignon. Le directeur de la communauté thérapeutique du Fleuve, à Barsac (Gironde) et référent sur la question du « soin résidentiel » des CT pour la Fédération Addiction le concède : si le champ de l'addiction fait déjà appel à des équipes pluridisciplinaires, « *la neuropsychologie me renvoyait plutôt à tout ce qui était sanitaire, hospitalier, loin de la culture et de la pratique du secteur médico-social* ».

UN OUTIL POUR NON SPÉCIALISTES

Une vingtaine de salariés des communautés thérapeutiques se sont portés volontaires pour suivre, en 2018, la formation organisée par la Fédération Addiction et animée par Hélène Beaunieux. Au programme : des notions de base en neuropsychologie ; les atteintes cérébrales structurales et fonctionnelles induites par l'exposition chronique du cerveau à l'alcool ; les facteurs aggravants et les formes neurologiques sévères ; les conséquences des troubles neuropsychologiques sur la prise en charge et l'impact sur la motivation et sur le parcours de soins.

Les techniques de remédiation cognitive ont été aussi évoquées, destinées à permettre la récupération des troubles neuropsychologiques et donc de bénéficier davantage de la prise en charge addictologique, et ainsi de réduire le risque de rechute. Et, bien sûr, la formation a présenté l'outil BEARNI. « *Nous avons voulu concevoir un outil de dépistage des troubles cognitifs des patients avec troubles de l'usage de l'alcool qui puisse être utilisé par des personnes qui ne soient pas des spécialistes ni des neuropsychologues* », souligne Hélène Beau-

nieux. Le test consiste en une évaluation rapide portant sur la mémoire, les fonctions exécutives, les capacités visuo-spatiales ou encore l'équilibre. Il est rapide, durant entre 20 et 30 minutes et nécessite seulement un chronomètre et un crayon.

À la communauté thérapeutique du Fleuve de Barsac, dont deux éducateurs ont suivi la formation, le test BEARNI est désormais utilisé. Son directeur le reconnaît : « *Le fait que des patients aient des troubles cognitifs n'était jusque-là pas forcément évident et cela nous a permis de vérifier nos intuitions. Nous avons à l'esprit que ces troubles étaient liés à la consommation elle-même plutôt qu'à des lésions liées à la consommation.* »

CHANGEMENT DE REGARD DANS LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Stéphane Lozé, directeur de la CT Sauvegarde du Nord, au Cateau Cambrésis, apprécie : « *Pour l'équipe pluridisciplinaire qui s'engage dans le projet NeuroAddict, cette approche va nous permettre de nous enrichir et de nous approprier un axe complémentaire au projet de service. De plus, la remédiation cognitive viendra améliorer, par sa méthode, la qualité de l'accompagnement du quotidien déjà proposé par l'équipe aux personnes accueillies.* » Autre constat, « *nous avons aussi pu mettre des mots sur ce que nous faisons déjà au quotidien.* » Un programme de formation à l'outil BEARNI est en cours, destiné à la dizaine d'éducateurs, psychologues et infirmiers de l'équipe.

Tous le reconnaissent : l'utilisation de l'outil de dépistage a entraîné « *un changement de regard dans notre pratique professionnelle*, note Nicolas Bourguignon. *Nous avions auparavant une approche comportementaliste, attribuant les problèmes par exemple à un manque de motivation et d'envie réelle de s'engager et de s'impliquer dans les programmes thérapeutiques, à des limites cognitives, à des troubles psychologiques ou bien encore à l'addiction elle-même.* » Les troubles semblaient auparavant factuels. « *Désormais*, précise Guylène Barbarreau, éducatrice spécialisée à Barsac, *nous pouvons identifier ces difficultés et cela nous pousse à moduler nos exigences et à adapter notre accompagnement. Nous gagnons en respect et en valorisation de la personne, comprenant pour certains qu'ils n'ont pas les ressources cognitives pour assimiler nos demandes. Alors, nous proposons des activités plus faciles pour eux, qui ne les mettent pas en situation d'échec.* »

Et du côté des résidents, « *tous ceux à qui un éducateur a proposé le test ont accepté, la relation de confiance étant bien établie*, souligne Nico-

las Bourguignon. *Ils comprenaient qu'ils avaient des difficultés notamment quand on faisait le lien avec certains incidents du quotidien. Et en voyant les résultats du test, le patient accepte mieux les stratégies que l'on met en place.* »

LA RECHERCHE EN PARTENARIAT

Prochaine étape, « NeuroAddiCT ». À l'origine de ce projet mené par l'Université de Caen Normandie, le souhait de la Fédération Addiction : pouvoir aller plus loin que l'utilisation de l'outil de dépistage, en évaluant l'efficacité de l'introduction de la prise en charge neuropsychologique des résidents des communautés thérapeutiques. Si elle est démontrée, il est prévu de la déployer à l'ensemble des communautés thérapeutiques sur le territoire national.

Le projet se déroulera sur trois ans, aux côtés de trois communautés thérapeutiques, avec un premier axe : réaliser avec les CT un état des lieux de ces troubles neuropsychologiques, en s'appuyant notamment sur l'outil BEARNI (primé en 2017 par la Fondation de France). Deuxième axe : tester l'efficacité de l'introduction de dispositifs de remédiation cognitive, avec des ateliers et des exercices adaptés destinés à favoriser la récupération des déficits objectivés.

L'efficacité de la remédiation neuropsychologique sera mesurée sur des indicateurs qualifiant le devenir des résidents après leur sortie de la communauté thérapeutique, tels que leur réinsertion sociale et professionnelle et leur devenir addictologique. La Région Normandie s'est engagée à financer la thèse du neuropsychologue Simon Deniel. Reste à trouver d'autres financements et, pour les participants, à assurer la qualité des données recueillies ainsi que leur valorisation.



Serge Longère

Directeur de l'association Première ligne

COLLABORATION ENTRE ESPACE DE CONSOMMATION ET POLICE DE PROXIMITÉ À GENÈVE

De manière à aborder concrètement les liens de partenariat entre l'association Première ligne, la salle de consommation Quai 9 et les services de la police cantonale et de la police municipale, il me semble important de reprendre l'origine de cette politique dite des « quatre piliers ».

Les mesures de lutte antidrogue appliquées par la Confédération, les cantons et les communes reposent sur le modèle des quatre piliers que sont la prévention, la thérapie, la réduction des risques et la répression.

Malgré le fait que la consommation de stupéfiants reste sous le coup de la loi, il n'en reste pas moins que la consommation de drogues est une réalité indéniable. Jusqu'aux années 1990, la politique suisse en matière de drogue était fondée sur trois axes : la prévention, le thérapeutique et la répression. La prévalence au VIH importante dans les années 90, auprès de ce public consommateur d'héroïne

par voie injectable, a souligné que ces trois types de mesures avaient atteint leurs limites, particulièrement pour les personnes les plus dépendantes.

De ce fait, un quatrième volet « réduction des risques » a été ajouté, dans un double but : diminuer les risques liés à la consommation de drogue et atteindre les personnes dépendantes qui ne souhaitent pas ou n'étaient pas prêtes à recourir à l'aide thérapeutique. La politique des quatre piliers (prévention, thérapie, réduction des risques et répression) était née. Elle s'est avérée efficace et a été inscrite par la suite dans la loi, en 2008.

Entre-temps, les problèmes de santé liés à la consommation d'héroïne (infection par le VIH et overdose) ont diminué. À présent, l'attention et l'action se concentrent plutôt sur le cannabis, la cocaïne, les drogues récréatives, les nouvelles substances psychoactives, les addictions sans substance (p. ex., l'addiction aux jeux d'argent),

et plus spécifiquement, sur la polyconsommation dans laquelle l'alcool est aussi abordé. Les mesures intégrées dans la stratégie des addictions, qui recouvre toutes les formes de dépendances, ciblent davantage ces thèmes et se penchent également sur la réduction des risques sociaux, au regard d'une précarité grandissante chez les usagers de drogues.

EFFETS DE LA POLITIQUE DES QUATRE PILIERS

Les principaux indicateurs qui ont permis d'évaluer l'impact de la politique des quatre piliers sont le nombre de consommateurs de drogue, le nombre de décès liés à la drogue ou au sida, l'ampleur de la délinquance liée à l'acquisition de drogue, enfin le sentiment de sécurité dans l'espace public. À ce titre, on constate :

- Une baisse chez les consommateurs du nombre des décès dus au sida
- Une baisse chez les consommateurs de nouvelles infections au VIH
- Une baisse du nombre des décès liés à la consommation de drogue
- Une baisse de la délinquance liée à l'acquisition de drogue
- L'amélioration de la sécurité publique : hausse du sentiment de sécurité grâce à la disparition des scènes ouvertes.

LA POLITIQUE SUISSE EN MATIÈRE DE DROGUE SUR LE PLAN INTERNATIONAL

Par ailleurs, la Suisse fait partie des nombreuses organisations internationales qui traitent des problématiques liées aux drogues. Aussi la retrouve-t-on dans les instances suivantes :

- Commission des stupéfiants des Nations unies (CND)
- Organisation mondiale de la santé (OMS)
- Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe (OSCE)
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)
- Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC)
- Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe
- Interpol et Europol
- Conseil des droits de l'homme (CDH) des Nations unies.

Elle a également ratifié les trois conventions internationales de l'ONU relatives au contrôle des drogues :

- Convention unique sur les stupéfiants de 1961
- Convention de 1971 sur les substances psychotropes
- Convention des Nations unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988.

La Suisse est également signataire de plusieurs traités relatifs aux droits humains qui tiennent un rôle majeur dans le domaine de la consommation des stupéfiants. Ces différents traités garantissent, entre autres, le droit à la vie, l'interdiction de la torture, des peines et des traitements inhumains ou dégradants, le droit à un procès équitable, le droit à la santé ou encore la protection contre la discrimination. La protection de ces droits universels forme la base de la politique suisse en matière de drogue.

La thématique de la drogue influence également la coopération internationale de la Suisse. Pour ce qui est des drogues illégales, la Suisse s'engage à :

- La reconnaissance d'une action globale et fondée sur les connaissances scientifiques actuelles en matière de politique internationale des drogues
- La protection des droits humains
- L'abolition de la peine de mort.

La politique des quatre piliers attache autant d'importance à la protection de la société qu'à la réhabilitation des personnes toxicomanes. Les mesures prises dès le début des années 90 ont permis de réduire considérablement les conséquences de la consommation de drogues pour l'ensemble de la société. Par exemple, les traitements de substitution ont provoqué une diminution de 60 à 90% des délits contre la propriété (vols, cambriolages) selon les cas.

La lutte efficace contre la propagation des maladies infectieuses et la forte diminution observée du sida dans la population toxicomane réduisent les risques sanitaires pour l'ensemble de la société. Les programmes d'échanges de seringues permettent de diminuer fortement la présence de matériel d'injection dans les lieux publics.

Dans la difficile situation sociale, sanitaire et psychologique d'une dépendance forte à la drogue, les discours simplistes et moralisateurs ne fonctionnent pas. La répression seule non plus. Même dans les pays où la peine de mort existe pour la drogue, la consommation persiste (ex. : en Asie du Sud-Est). C'est pour cela que la répression doit s'accompagner de mesures plus solidaires, qui permettent aux personnes en souffrance de retrouver une dignité.

La politique des quatre piliers se fixe des buts clairs et précis, comme la sécurité publique et l'absti-

nence. Pour y arriver, elle privilégie une démarche ouverte et transparente. Les nombreux débats politiques sur la drogue en Suisse ont poussé les pouvoirs publics à mesurer systématiquement les effets des mesures mises en place. Aujourd'hui, après quinze ans de mise en œuvre de la politique des quatre piliers, on observe les résultats suivants :

- Réduction des coûts financiers liés à la drogue
- Augmentation de la sécurité publique (réduction des délits)
- Accroissement de l'efficacité des traitements
- Amélioration de la santé publique.

Grâce à cette approche scientifique du problème, la Suisse a réussi à faire changer d'avis de nombreux pays qui privilégiaient une politique simpliste d'inspiration purement moraliste. Même les grandes organisations internationales comme l'UE, l'OMS ou l'UNODC ont changé d'avis face au problème, en constatant la solidité des résultats mesurés sur le terrain.

La politique des quatre piliers est l'une des politiques les plus évaluées dans le monde ! Elle fait l'objet d'une surveillance constante, selon les règles très strictes de la médecine moderne.

SUR LE TERRAIN AU QUOTIDIEN, LE TRAVAIL AVEC LA POLICE

Régulièrement, des stagiaires policiers viennent visiter le Quai 9 et bénéficient d'une sensibilisation à cette politique des quatre piliers. Nous sommes amenés à insister sur notre vision de la RdR qui, de fait, modifie le regard sur les consommations de substances.

Le Non-jugement, éviter d'avoir des principes moralistes et le fait que la politique de RdR ne s'inscrit pas dans un paradigme lié à l'abstinence ni à l'injonction thérapeutique.

Si certains policiers sont en capacité d'entrevoir ce point de vue et d'admettre que cette politique de RdR a permis des avancées considérables en santé publique auprès du public concerné, tous n'en retiennent pas le bien-fondé et restent arc-boutés sur la consommation d'une substance illégale. Être en capacité de tolérer l'illégalité n'est pas compréhensible par tous, il faut bien l'admettre.

De ce fait, au quotidien et en fonction des patrouilles policières, le travail au Quai 9 est plus ou moins simple. Au regard de l'activité de la salle de consommation, il va de soi qu'il n'est pas possible d'interpeller une personne se rendant à la salle,

au prétexte qu'elle a du produit sur elle. Si une grande majorité des policiers municipaux (police de proximité) entendent et comprennent ce point de vue, il n'en est pas toujours de même avec la police cantonale, (équivalent de la gendarmerie). C'est donc un travail au quotidien qui permet de maintenir un fonctionnement acceptable par tous.

La présence policière entraîne de fait une crispation aux alentours de la salle de consommation et provoque une ambiance tendue au sein même du lieu. Cependant, nous pouvons, par ailleurs et au regard des accès de violence au sein même de la salle ou à proximité, être contraints de faire appel aux forces policières, comme une aide extérieure de ce qui ne peut plus être géré par les collaborateurs. Cet état de fait provoque parfois de l'ambiguïté ou plutôt une confusion des attentes du rôle de la police qui est, de facto, associée à la gestion du quotidien d'une salle de consommation située au centre d'une ville telle que Genève. Cette confusion pourrait se traduire par « besoin de la police mais pas trop tout de même ». D'autre part, et il me semble important de le souligner, cette « collaboration » ou partenariat avec les forces de l'ordre peut être amenée à quelques suspicions de la part des usagers envers l'équipe du Quai 9 et plus largement de Première ligne. Soulignons également que la présence d'une salle de consommation attire de fait les dealers qui ne sont pas les bienvenus au sein de notre lieu, mais qui pourraient avoir tendance, du moins pour certains, à « profiter » du lieu pour vendre en toute quiétude.

Première ligne ne soutient bien évidemment pas les vendeurs de stupéfiants, mais ne collabore pas pour autant avec la police pour dénoncer les dealers. Nous devons faire comprendre aux forces de l'ordre qu'il existe une différence entre ce que nous appelons « le deal de fourmi » qui n'a d'autre objectif que de permettre la consommation et le deal qui aurait des objectifs lucratifs.

Notre travail au quotidien avec la police nécessite de donner sens à cette politique des quatre piliers qui vise à souligner comme primordiale une approche de réduction des risques et d'insister : une approche trop répressive ne serait que contre-productive. Et dans le même temps, il s'agit de faire comprendre aux usagers que l'existence d'une salle de consommation n'ouvre pas les portes d'un possible trafic qui resterait impuni.



Emmanuelle Manderlier
*Licenciée en criminologie et chargée
de mission pour le réseau WaB*



Amélia Ramackers
*Licenciée en psychologie
et coordinatrice
du réseau WaB*



Ronald Clavie
*Licencié en psychologie et coordinateur
du développement et du suivi de projets cliniques,
pour le comité directionnel du réseau WaB*

LE RÉSEAU WAB : UNE INITIATIVE CRÉÉE PAR ET POUR LES INTERVENANTS DU SECTEUR DES ASSUÉTUDES

Le réseau supra-local Wallonie-Bruxelles (WaB) œuvre à la mise au point de bonnes pratiques de coopération entre les services d'aide aux usagers de drogues. Il est composé de 21 institutions généralistes et spécialisées dans l'accompagnement psycho-médico-social des personnes majeures présentant des problématiques d'assuétude(s) et des difficultés associées. Depuis près de quinze ans, ils se réunissent chaque mois afin de tenir une concertation clinique. Dans ce cadre, ils élaborent des trajets de soins pour leurs bénéficiaires qui présentent des situations complexes et chroniques et pour lesquels il n'existe pas ou plus d'alternative au niveau local.

Ce mode de collaboration a été créé par des travailleurs de terrain qui, dans une dynamique bottom-up inédite, ont modélisé une pratique de travail pouvant être partagée par d'autres secteurs souhaitant s'en inspirer.

UNE HISTOIRE DE RENCONTRES DES DIFFÉRENCES... ET DE PERSONNES AVANT TOUT

C'est en 2003 que se réunissent des travailleurs de terrain, issus des secteurs des assuétudes wallon et bruxellois : un cycle de dix journées de formations s'est centré sur la toxicomanie et la pratique du travail en réseau dispensé par le service « Re-Sources » de l'ASBL Trempline (centre de postcure à Châtelet). Ces professionnels ont des fonctions diverses et proviennent d'institutions parfois bien différentes dans leurs objectifs et finalités. Des services également éloignés les uns des autres sur le plan géographique même si,

à l'échelle de la Belgique, les distances sont relatives. Ils découvrent, dans ce contexte, l'approche en systèmes intégrés (ISA)¹ de Georges De Leon et perçoivent mieux les spécificités de leurs interventions respectives. Ces deux fils conducteurs guident leurs échanges et réflexions. Un constat les rassemble rapidement : en dépit de la diversité des services spécialisés adaptés à leurs besoins ou ressources, certaines personnes présentant un problème d'assuétude(s) ressentent toujours une difficulté à trouver leur place dans le système institutionnel existant. En conséquence, ces usagers comme des intervenants de terrain se retrouvent dans des impasses.

À la suite de ces premières rencontres, un nouveau cycle de formation est organisé en 2004 et 2006, sous la forme d'une supervision de cas pratiques qui impliquent la construction d'un cadre de fonctionnement et d'outils. Ainsi, rencontre après rencontre, un lien de confiance s'instaure, basé sur la connaissance de l'autre et de ses pratiques de terrain. Il contribue massivement à faire émerger une volonté et une capacité d'innover ensemble en optimisant l'accès aux ressources des uns et des autres, tout en ciblant les besoins spécifiques des bénéficiaires.

À l'issue de cette expérience formatrice, un réseau virtuel ISA se formalise pour, très vite, donner naissance, en mars 2007, au réseau WaB (en référence au territoire géographique couvert). Des représentants de terrain de sept institutions formant le noyau stable du projet, sollicitent et obtiennent le soutien de leurs directions. Celles-ci apportent leur plein appui au groupe de terrain en introduisant une demande commune de subvention auprès de la Wallonie pour soutenir et développer leur initiative. En juillet 2008, la Wallonie octroie au réseau WaB un premier subside annuel, non structurel, permettant l'engagement d'une coordinatrice.

Fin 2016, en raison de la présence d'institutions bruxelloises au sein du réseau WaB, l'administration wallonne demande au réseau de prospecter de nouvelles sources de financement au niveau régional bruxellois. L'ASBL Transit obtient en 2018 un subside complémentaire de la région de Bruxelles-Capitale (Bruxelles Prévention et Sécurité). Ainsi, une personne supplémentaire à mi-temps a pu être engagée. Sa mission principale consiste à évaluer l'impact du réseau WaB sur la trajectoire de soins des usagers qui en bénéficient. L'aventure se poursuit de la sorte avec le souci, présent dès l'origine, de porter un regard sur ses pratiques afin de les améliorer et de les partager.

¹ L'approche ISA est détaillée dans le paragraphe « approches théoriques du réseau WaB ».

LES APPROCHES THÉORIQUES DU RÉSEAU WAB

L'Integrated System Approach (ISA) de Georges De Leon identifie dix étapes se rapportant au processus de changement chez un individu (modèle transthéorique « process of change », James Prochaska et Carlo Di Clémente). Elle considère la personne dans sa globalité et invite / incite au travail en réseau. Son auteur définit ISA comme un ensemble de services connexes fournis dans divers environnements et guidés par une philosophie psychosociale de l'individu et de sa réadaptation. Elle vise à construire un réseau de services de soins qui propose aux personnes toxicomanes un processus de changement continu avec des objectifs intermédiaires qui convergent vers une même finalité : le rétablissement complet de la personne toxicomane (*Figure 1*).

Le modèle de Prochaska et Di Clémente identifie les étapes d'un processus de changement qui

10. Intégration + nouvelle identité
9. Continuation
8. Expérience
7. Sevrage
6. Prêt pour le traitement
5. Prêt pour le changement
4. Motivation intrinsèque
3. Motivation extrinsèque
2. Ambiguïté
1. Dénî

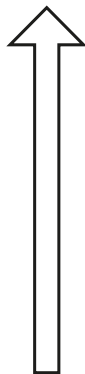


Figure 1 : Les étapes du changement de Georges De Leon, <https://slideplayer.fr/slide/1324092/>

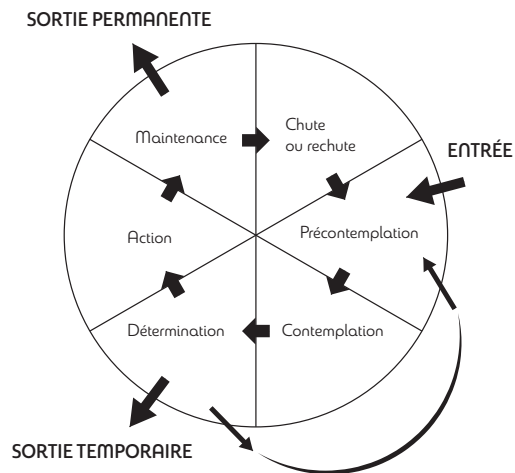


Figure 2 : Modèle transthéorique « process of change » de Prochaska & Di Clémente, <https://intervenir-addictions.fr/intervenir/le-cercle-de-prochaska-et-di-clemente/>

sont relatives à l'état motivationnel d'une personne et qui sont à envisager dans une perspective circulaire avec des allers-retours possibles. Cette approche rassemble et valorise différentes stratégies d'intervention et considère la capacité de changement dont dispose tout individu. Par conséquent, l'intervention d'une structure spécifique sera dépendante de l'état motivationnel présenté par le sujet, chaque service aidant ses usagers à avancer vers l'étape suivante. Selon cette approche, les différents acteurs du réseau de soins intègrent dans leur pratique le processus de rétablissement des personnes toxicomanes, les stratégies spécifiques aux différents stades, les formes de relation thérapeutique et les apprentissages qui stimulent le processus de rétablissement. Cela valide la nécessité d'organiser une étroite collaboration entre une pluralité de services. Un défi relevé par le réseau WaB (Figure 2).

D'un réseau de réflexion à un réseau d'actions, WaB devient un réseau de concertation clinique qui s'est structuré comme une équation : deux approches théoriques + une problématique + une dynamique d'intervenants de terrain = une réponse (la concertation clinique).

Pour élaborer des trajets de soins tirant parti de la diversité des ressources représentées dans WaB, une journée de concertation clinique mensuelle, itinérante à travers tous les services partenaires, est organisée. Concrètement, lorsqu'un intervenant rencontre un usager en situation complexe nécessitant l'aide du réseau, celle-ci lui est proposée. Il est invité à marquer son accord par la signature d'un consentement, informé de ce que sa situation sera discutée dans le cadre d'une concertation interprofessionnelles et interservices. Son intégration dans le réseau est alors réalisée lors de la concertation clinique par un travailleur de terrain via la fiche d'inclusion. Un trajet de soins est alors réfléchi et élaboré par les partenaires potentiellement concernés pour être ensuite proposé à l'usager. Un suivi mensuel des bénéficiaires inclus dans le réseau est également réalisé et informatisé. Ces réunions mensuelles sont aussi des occasions d'échanger sur de « bonnes pratiques » entre professionnels grâce, notamment, à la participation occasionnelle d'intervenants externes.

ET EN CHIFFRES ?

Depuis la mise en place du réseau, 607 inclusions d'usagers dans le réseau ont été réalisées. La file active compte, à ce jour, 136 usagers. Il existe également un listing « dormant » comprenant les personnes qui n'ont plus donné de nouvelles depuis plus de six mois ou sont réinsérées. Selon la singularité des situations, la réinsertion se décline de différentes façons. Toutefois, elle comporte un dénominateur commun relatif à la notion du rétablissement de la personne basée sur l'absence de consommation. En cas de changement de situation, les professionnels restent attentifs à inclure, à nouveau, l'usager dans la file active. En moyenne,

on compte trois nouveaux usagers inclus et près de 65 suivis de la file active effectués lors de chaque concertation clinique.

L'évaluation du réseau WaB relève d'une réelle volonté des pouvoirs subsidiaires ainsi que du groupe de terrain de connaître l'impact du réseau sur la trajectoire de soins de chaque usager. Celle-ci se base sur trois outils : le questionnaire de satisfaction complété par l'usager trois mois après son inclusion; l'évolution de la trajectoire de soins individuelle réalisée par le professionnel de l'institution où se trouve l'usager, tous les trois mois après l'inclusion (en comparaison avec la fiche d'inclusion de base); et, pour terminer, l'évaluation, entre professionnels concernés, de l'impact du réseau WaB sur la trajectoire de soins de l'usager « wabé ». Les pistes de résultats seront dévoilées durant l'année 2020.

LES PARTENAIRES

Le réseau WaB compte actuellement 21 partenaires : 17 structurels et quatre adhérents. Les membres structurels s'engagent à participer aux concertations cliniques mensuelles, tandis que les membres adhérents sont uniquement présents lorsque la situation particulière d'un usager le requiert.

Point de contact	Step by Step (prison de Lantin)	Liège
Centre de crise et d'hébergement	ASBL Transit	Bruxelles
Travail de rue	ESPAS	Arlon
	Infirmiers de rue	Anderlecht
Services ambulatoires / centres de jour	ASBL Phénix	Namur
	ASBL le Répit	Couvin
	ASBL l'Orée	Uccle
	Syner'santé	Ixelles
	Solaix	Bastogne
	ASBL le Pélican	Koekelberg
Structures hospitalières	CNP St Martin (Revivo et Galiléo)	Dave
	La Clairière (Pavillon 5, Vivalia)	Bertrix
	CP St Bernard (U11 "Observation" et U16 "PARI")	Manage
	CHR Val de Sambre (Re-Pair)	Auvelais
Maisons d'accueil	Foyer Georges Motte	Bruxelles
	ASBL les Petits Riens	Ixelles
	Source (ASBL la Rive)	Bruxelles
Centres de post-cure résidentiels	ASBL les Hautes Fagnes	Malmedy
	ASBL Trepeline	Châtelet
	ASBL CATS-Solbosch	Forest
	ASBL l'Espérance	Thuin

AU-DELÀ DE LA CONCERTATION : L'ESSENCE DU RÉSEAU

Soucieux de structurer leurs pratiques et de partager leurs expériences, les intervenants du réseau WaB se sont fixé des objectifs qui constituent aujourd'hui l'essence même de leur réseau :

- Améliorer la qualité et la continuité des soins à un niveau supra-local et proposer aux personnes toxicomanes, qui ne trouvent plus de solution dans le réseau local, un processus de changement continu avec des objectifs intermédiaires convergeant vers une finalité : « Le rétablissement complet de la personne toxicomane » (cfr. ISA & R.O.I, G. De Leon)
- Valoriser et faire connaître l'offre de soins locale en assurant un lien entre les réseaux locaux
- Optimiser cette offre en utilisant à leur juste mesure des services spécialisés ayant une expertise dans des domaines particuliers
- Transposer son modèle de construction et d'interventions à d'autres secteurs que celui des assuétudes.

Des objectifs spécifiques sont pour cela définis :

- Harmoniser les pratiques liées au secret professionnel partagé et faciliter le transfert d'informations utiles pour l'utilisateur
- Accélérer la mise en œuvre du travail en réseau dans diverses zones de la Fédération Wallonie-Bruxelles (plateformes psychiatriques provinciales, projets thérapeutiques de circuits de soins, zones de soins du Décret Wallon, et réseaux informels)
- Maintenir, renforcer et élargir une collaboration interinstitutionnelle construite sur le modèle de l'approche en systèmes intégrés (G. De Leon)
- Élaborer des trajets de soins pour des personnes présentant des difficultés complexes et ou chroniques liées aux assuétudes et assurer leur suivi
- Développer des outils de référence en termes de « bonnes pratiques » et les diffuser.

D'UN PROJET INNOVANT À LA NAISSANCE D'UN RÉSEAU MODÉLISÉ ET TRANSPOSABLE

Les particularités de ce réseau sont liées à son caractère supra-local et surtout à son origine. D'une part, il est le fruit d'une initiative spontanée de professionnels confrontés à des besoins concrets issus de leurs pratiques de terrain. D'autre part, son élaboration et son fonctionnement se sont mis en place indépendamment de tout appel à projet et précédant l'octroi d'un financement.

Si le réseau WaB est aujourd'hui un réseau pleinement effectif, il est également une vitrine des synergies pouvant être activées entre professionnels ayant des préoccupations communes et défendant les mêmes intérêts, sans aucune concurrence. Il peut notamment s'agir de tisser du lien, dans un intérêt mutuel, y compris économique, entre intervenants de la Wallonie et ceux de la Région bruxelloise. Cette démarche correspond à un besoin et bénéficie directement aux citoyens de ces régions, parmi lesquels, des usagers de drogues.

Ce réseau est promu aux niveaux international, national et local. Il a notamment, à ces différents échelons, partagé son expérience lors de colloques et y a été considéré comme « best practices » en matière de collaborations interinstitutionnelles et intersectorielles. En Belgique en particulier, dans le cadre de la réforme des soins en santé mentale menée depuis près de dix ans, il a été retenu comme une pratique innovante inspirante. Dans ce contexte, des transpositions du modèle du réseau WaB ont déjà été réalisées dans des secteurs tels que la grande précarité, l'insertion professionnelle ou encore l'internement.

Ainsi, après avoir rassemblé les pièces du puzzle pour créer une image cohérente qui leur correspond, les membres du réseau WaB en ont fait un outil pleinement effectif. C'est avec fierté qu'ils obtiennent, de jour en jour, des encouragements qui les confortent dans le bien-fondé de leur démarche.

Bibliographie

- De Leon, G. (1996). Integrated recovery : a stage paradigm. *Substance abuse*, 17(1), pp. 51-63.
- De Leon, G. (2013, décembre). *The Integrated System Approach*. Communication présentée au colloque "10 ans de pratiques en réseau... Sous le regard de Georges De Leon », Dave.
- De Leon, G. (2003). *Le travail en réseau ISA*. Châtelet : service Re-Sources de l'ASBL Trempline.
- Prochaska, J.O. et Di Clémente C.C. (1982). Transtheoretical therapy : toward a more integrative model of change. *Psychotherapy : theory, research & practice*, 19(3), pp. 276-288.
- <http://www.psy107.be/index.php/fr/>
- www.reseauwab.be

1 Sources : Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale (2018). *Baromètre social 2018*. Bruxelles : Commission communautaire commune, 76 p. Plate-forme de concertation pour la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale (2018). *Données TDI - 2017*. Bruxelles : Plate-forme de concertation pour la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale, 64 p. La Strada (2019). *Dénombrement des personnes sans-abri et mal logées en Région de Bruxelles-Capitale*. Bruxelles : La Strada, 72 p.



© Catherine Morenvillev

Mathieu De Backer

Directeur général du réseau
Santé mentale & exclusion sociale
- Belgique (SMES-B)

L'INTERSECTORIALITÉ SELON LE SMES (SANTÉ MENTALE & EXCLUSION SOCIALE) : CONNECTER, SOUTENIR, AGIR

Confrontés à un public présentant des problématiques multiples, des intervenants psycho-médico-sociaux bruxellois ont souhaité se rassembler, il y a 25 ans, pour s'enrichir de leurs pratiques respectives et construire des réponses adaptées à des situations complexes. Depuis lors, ils ont pratiqué l'intersectorialité à (presque) toutes les sauces.

Comme dans la plupart des grandes villes, on retrouve à Bruxelles de nombreuses problématiques socio-sanitaires. Ainsi, la capitale belge (1,2 million d'habitants) compte plus de 43 000 ménages sur les listes d'attente pour un logement social auquel la moitié de ses habitants pourraient accéder : 30% de la population se situe sous le seuil de pauvreté et 40% présente un risque de pauvreté ou d'exclusion sociale.

Le nombre de demandes de traitement lié à l'usage de drogues a augmenté de 5 à 10% de 2014 à 2017 ; un quart des ménages reporte des soins pour des raisons financières et près de 4200 personnes sans-abri, sans logement ou en logement inadéquat ont été recensées en 2018¹.

Ces chiffres, bien connus des acteurs socio-sanitaires bruxellois, sont pourtant loin de refléter la réalité. Ils occultent en effet toute une série d'« oubliés des statistiques » : les personnes inscrites au registre de la population mais dans aucune base de données de la Sécurité sociale, les personnes sans résidence légale, etc. Tout un public invisible, et pourtant susceptible d'être en situation d'une plus grande vulnérabilité encore.

Le Conseil bruxellois de coordination sociopolitique, qui rassemble 165 organisations des secteurs du social et de la santé, publie tous les cinq ans un rapport intersectoriel des services dits « ambulatoires », qui regroupent une dizaine d'agréments différents : services actifs en matière de toxicomanie, plannings familiaux, services de santé mentale, services d'aide à domicile, services de médiation de dettes...

La dernière édition, parue en septembre 2018, pointait qu'une série de dynamiques renforçait les processus de déstabilisation et d'exclusion des publics pour lesquels nous sommes amenés à travailler : difficulté d'accès au logement décent,

rigidification des règles administratives, dissolution des solidarités informelles et des liens familiaux... Au-delà des questions d'ordre médical, c'est sur de multiples aspects sociaux (déterminants pour la santé) qu'il s'agit donc d'intervenir. Avant de mettre en place un accompagnement psychologique, c'est à l'altération des conditions de vie qui participent d'une bonne santé mentale qu'il faut remédier. [...] Ce véritable « entortillement » de problèmes qui se renforcent les uns les autres a des conséquences multiples, tant en matière d'adéquation du recours (l'utilisateur n'est pas toujours au bon endroit, le service doit s'occuper de questions qu'il ne maîtrise pas), qu'en durée de prise en charge (les demandes s'accumulent sans fin, les prises en charge deviennent interminables), ou encore en matière d'usage approprié des compétences : l'imbrication entre des problématiques sociales et de santé obligent beaucoup de services à faire « un peu de tout » ou à répondre à des besoins de première nécessité. »²

UN SYSTÈME SOCIO-SANITAIRE EXCLUANT

Du côté des populations concernées, cet enchevêtrement des problématiques entraîne souvent une difficulté d'accès aux droits, voire un non-recours à ceux-ci³, dû entre autres aux barrières sectorielles, comme en témoignent de nombreux travaux de recherche. Ainsi, l'étude « Parcours.Bruxelles⁴ », parue en 2019 et qui analyse l'organisation du système de la santé mentale à Bruxelles le souligne : « Les usagers présentant les problématiques les plus complexes et les situations sociales les plus vulnérables font d'autant plus l'expérience d'exclusion ou de discontinuités importantes dans leurs parcours de soins. [...] Les observations relatives à l'exclusion des publics les plus vulnérables sont étayées par les propos recueillis lors des rencontres avec les professionnels. Ceux-ci décrivent des difficultés importantes pour réorienter les publics complexes au sein du système de soins, en particulier vers les SSM⁵ et les services résidentiels de type IHP⁶ et MSP⁷. Ces services observent des critères et des procédures d'admission. Or, les situations, les parcours et les temporalités des usagers ne s'accommodent pas toujours de ces critères. [...] De manière générale, cette recherche a également permis de mettre en évidence l'impact de cultures professionnelles sur l'accès aux soins. Les cultures professionnelles tantôt sous-tendent des conceptions différentes de la psychiatrie et de la santé mentale, tantôt justifient des habitudes de travail avec certains publics, définies en termes de diagnostic mais également de statut socioéconomique. Dans les deux cas, différentes cultures donnent lieu à des réponses professionnelles différentes dans des situations similaires. Cette situation justifie le recours, par certains professionnels, à des pratiques informelles consistant à négocier l'accès

à certains services par le biais de stratégies diverses. Les réseaux de connaissances existant parmi les professionnels faciliteraient en outre l'admission des publics complexes dans ces services. Pour toutes ces raisons, cette recherche a décrit l'accès aux soins de santé mentale comme difficile, aléatoire et négocié. »

Ces seuils d'accès seront d'autant plus importants que le bénéficiaire présente une multiplicité de problèmes. Ainsi, la faible connaissance des travailleurs psycho-médico-sociaux sur les questions de consommation les amène souvent à réorienter vers d'autres structures le public, qui se retrouve alors ballotté d'un service à l'autre.

LE SMES : 25 ANS DE MISE EN RÉSEAU

Ces constats ne sont pourtant pas neufs : observer que le cumul des problématiques rend complexe l'intervention psycho-médico-sociale, a précisément entraîné la fondation du SMES, en 1993. Le souhait de ses initiateurs était clair : co-construire des solutions intersectorielles pour améliorer l'accès à l'aide et aux soins des plus fragiles.

Cette volonté de dépasser les obstacles a donné naissance à un réseau rassemblant aujourd'hui des institutions actives dans les secteurs de la pauvreté et de la santé mentale, mais aussi de la toxicomanie, du logement, et de la santé au sens large.

Dès sa naissance, le SMES a mis en place un dispositif qui perdure encore aujourd'hui : des interventions intersectorielles et interinstitutionnelles. Ces groupes pluridisciplinaires rassemblent une dizaine de travailleurs issus des différents secteurs qui se réunissent une demi-journée par mois. Chaque séance se déroule en deux temps. Tout d'abord, une présentation de l'institution accueillante : chaque membre du groupe, à tour de rôle, reçoit les autres dans son service et le présente, ce qui améliore la connaissance mutuelle de l'offre socio-sanitaire à Bruxelles. Ensuite, le groupe, co-animé par deux intervenants issus des champs du social et de la santé mentale, aborde des questions vécues par les participants qui re-

² Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (2018). *Évolution des problématiques sociales et de santé 2013-2018 : analyse et recommandations*. Edit. Bruxelles : Conseil bruxellois de coordination sociopolitique, 40 p.

³ Cela amène d'ailleurs l'Observatoire de la santé et du social de la Région de Bruxelles-Capitale à consacrer le rapport thématique 2016 du rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté à la thématique du non-recours et de la sous-protection sociale : Observatoire de la santé et du social de Bruxelles (2017). *Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise, Cahier thématique du Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2016. Commission communautaire commune : Bruxelles, 162 p.*

⁴ Walker C., Nicaise P., Thunus S. (2019). *Parcours.Bruxelles : Évaluation qualitative du système de la santé mentale et des parcours des usagers dans le cadre de la réforme Psy 107 en Région de Bruxelles-Capitale*. Bruxelles : Observatoire de la santé et du social, 78 p.

⁵ Services de santé mentale (note de l'auteur).

⁶ Initiative d'habitations protégées (note de l'auteur).

⁷ Maison de soins psychiatriques (note de l'auteur).

8 Traduit en France sous le vocable Logement d'abord.

9 Martin, L. (2011). *Vers un programme de Housing First à Bruxelles ?* Bruxelles : SMES-B, 49 p.

10 La pratique d'outreach (littéralement, « aller vers ») consiste à sortir de l'institution d'aide ou de soins pour aller à la rencontre du public là où il se trouve, afin de réduire les seuils d'accès liés à la nécessité d'accomplir une démarche active pour bénéficier d'un service.

lèvent de l'intersection des problématiques, telles que la gestion des limites professionnelles avec les profils borderline, les conflits entre cadres institutionnels et besoins du public, ou encore la rechute et le sentiment d'impuissance vis-à-vis des personnes en situation de fragilité psychique. Il s'agit donc d'un processus de co-construction d'une pratique entre professionnels : chaque participant est invité à présenter, durant l'année, une situation

vécue dans son univers professionnel, présentation à la suite de laquelle chacun est invité à réagir, afin d'alimenter la réflexion sur la prise en charge des situations complexes. C'est aussi parfois l'occasion de faire évoluer les représentations des intervenants psycho-médico-sociaux, tant sur le public qu'ils accueillent que sur les pratiques des autres travailleurs et/ou institutions de première ligne.

Au fil du temps, ces interventions ont fait émerger des questions communes aux différents secteurs, qui ont été traitées dans d'autres dispositifs, tel que les « tables d'échanges » : ces espaces de réflexion réunissent usagers, travailleurs de première ligne, directions d'institutions et décideurs politiques autour de questions communes (la prise en charge des personnes en séjour irrégulier, les situations de violence, l'augmentation des conditions d'accès à l'aide et aux soins, la saturation des services...). Ces tables d'échanges peuvent prendre différentes formes, comme à l'occasion du 25^{ème} anniversaire du SMES : a été organisé un théâtre législatif, forme de théâtre forum visant à permettre aux populations fragilisées d'interpeller les représentants politiques sur leur situation, dans une dynamique d'empowerment.

SOUTENIR LES PROFESSIONNELS ET AGIR SUR LES CONDITIONS DE VIE

Au cours de ses 25 ans d'existence, le SMES a également donné naissance à d'autres outils intersectoriels. L'un d'eux est une équipe mobile pluridisciplinaire d'appui aux intervenants de première ligne, SMES Support. Car les intervenants psycho-médico-sociaux se retrouvent fréquemment démunis ou découragés face aux situations complexes, pour toute une série de raisons : le manque de formation des travailleurs, l'inadaptation des cadres institutionnels au cumul des problématiques du public, ce qui a pour effet d'élever les seuils d'accès ou encore les non-demandes et non-recours de la part du public.

Pour faire face à ces difficultés, l'équipe du SMES a construit une méthodologie d'intervention

qui s'appuie sur la demande des travailleurs et qui promeut la rencontre des intervenants et des usagers, là où ils se trouvent, pour construire ensemble des réponses, en garantissant à l'utilisateur un statut de partenaire. Outre cette activité d'interventions autour de situations individuelles, SMES Support propose également des formations et des supervisions, à partir des besoins et des points d'impasses des travailleurs qui en font la demande. Il s'agit de sensibiliser et de former les intervenants et les institutions aux spécificités de la prise en charge du public cible - fort vulnérable - pour éviter que ces personnes ne se retrouvent « ballottées » d'une institution à l'autre, qu'elles renoncent à solliciter toute forme d'aide ou qu'elles soient exclues des services d'aide ou de soins.

Par ailleurs, faisant le constat que l'accès au logement était particulièrement ardu pour le public cumulant les problématiques de vie dans la rue, d'assuétudes et de santé mentale, le SMES s'est tourné dès 2011 vers le modèle Housing First⁸ : il a commandité une recherche visant à identifier les besoins auxquels une implémentation bruxelloise pourrait répondre et les conditions de sa mise en œuvre⁹. Un groupe de réflexion intersectoriel s'est ensuite mis au travail pour en affiner les contours et chercher des premiers financements. Ces acteurs dépassaient les champs de la santé mentale et de l'exclusion sociale pour travailler de concert avec les champs de la toxicomanie et du logement. En 2013, un projet-pilote était mis en place. Six ans plus tard, SMES Housing First a relogé 51 personnes.

L'INTERSECTORIALITÉ, DE MULTIPLES FACETTES

Durant plus de deux décennies d'existence, le SMES a donc pu expérimenter que l'intersectorialité pouvait se matérialiser sous bien des formes. Cet appel à changer d'approche ne peut se résumer à la seule mise sur pied de services intégrés (qui peuvent évidemment avoir leur pertinence). Il s'agit aussi, voire avant tout, de faire se rencontrer et dialoguer les acteurs (travailleurs de terrain et directions d'institutions, mais aussi bénéficiaires, décideurs politiques et citoyens), de faire tomber des préjugés, d'améliorer la connaissance des réalités des uns et des autres, d'offrir des repères et d'outiller les intervenants sur des problématiques qui ne relèvent pas a priori de leur champ d'intervention, d'élaborer un plaidoyer politique à partir des besoins du terrain... Et surtout, d'oser, de tester, de sortir des sentiers battus et de sa zone de confort : recourir à la pair-aidance, pratiquer l'outreach, accompagner les bénéficiaires de son institution vers les autres services... Au-delà de son impérieuse nécessité pour améliorer la prise en charge du public, l'intersectorialité se révèle aussi particulièrement enrichissante pour les acteurs de terrain.

Simon Dubreucq
Psychiatre, directeur médical
du programme ECHO CHUM
troubles concomitants du CECTC



Didier Jutras-Aswad
Psychiatre, président du CECTC



Jean-Marc Ménard
Psychologue, membre du comité
soutien du CECTC, chargé de cours
à l'Université de Sherbrooke



Natalie Bremshey
Chef de service de réadaptation
en dépendance au CISSS de Laval,
membre du comité soutien du CECTC

SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCE : À MONTRÉAL, UNE ÉQUIPE INTERDIS- CIPLINAIRE DÉVELOPPE DES SERVICES INTÉGRÉS INNOVANTS

Natalie Castetz, journaliste

Chercheurs, gestionnaires et cliniciens des domaines de la santé mentale et de la dépendance ont créé à Montréal, au Canada, un centre d'expertise et de collaboration interdisciplinaire sur les troubles concomitants.

Pour une première, ce fut un succès. Il est vrai que le thème était porteur : « Vers une meilleure intégration des soins pour les personnes souffrant de troubles concomitants. » Plus de 200 personnes aux profils variés ont été accueillies par l'équipe du Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (CECTC) à Montréal, le 28 novembre 2019 : professionnels et gestionnaires de la santé et des services sociaux, chercheurs des domaines de la santé mentale et de la dépendance, membres du ministère de la Santé et des Services sociaux... Intervenants et participants ont échangé au cours de cette journée scientifique qui s'est déroulée au Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM). Au programme : les meilleures pratiques recensées, quelques expériences québécoises de services destinés à

cette clientèle, les défis de l'intégration des soins et des services, les priorités d'actions pour améliorer les trajectoires de soins.

FONCTIONNEMENT EN SILOS

Cette journée de réflexion et d'échanges était la première activité scientifique organisée par le CECTC. Créé en 2017, au sein du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université de Montréal (RUISSS de l'UdeM), il réunit aujourd'hui une équipe pluridisciplinaire de près de 70 experts venant des secteurs de la santé et des services sociaux qui partagent le même objectif :

soutenir les équipes œuvrant auprès des personnes souffrant de troubles concomitants grâce à une collaboration des milieux cliniques, d'enseignement et de recherche. À leur actif, depuis 2017, la mise en place d'une plateforme de télémentorat (ECHO), un portail documentaire, une journée scientifique, un programme de soutien organisationnel.

À l'origine, un constat : *«Les personnes qui vivent avec un problème de santé mentale sont plus susceptibles d'avoir également un trouble lié à l'usage de substances que d'autres, rappelle le président du CECTC, Didier Jutras-Aswad. Et les personnes qui ont des problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues sont plus enclines à présenter un trouble de santé mentale.»* Le chercheur au CR-CHUM et médecin psychiatre au CHU de Montréal a été mandaté pour mener des travaux de consultation auprès des différents partenaires du réseau de la santé de Montréal pour *«mieux comprendre les principales barrières à une offre de soins adéquate pour les personnes souffrant de troubles concomitants»*. Il est apparu que *«la complexité de cette clientèle, le fonctionnement en silo des services spécialisés de santé mentale et de dépendance ainsi que le manque de formation des professionnels sur ces sujets constituaient les principales barrières à une offre de soins adaptée»*. Autre constat : *«Une implantation limitée des modalités de traitements intégrés, pourtant démontrées comme plus efficaces que les traitements qui se concentrent sur chacune des problématiques séparément.»*

SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES

Une seconde phase de consultations a été lancée par le réseau universitaire de Montréal afin de *«définir les meilleures stratégies permettant d'améliorer l'offre de services»*. Résultat : il a paru nécessaire de soutenir, d'une part le développement des compétences et des expertises et, d'autre part, en termes organisationnels, la mise en place de services dédiés. En toile de fond de ces consultations, une profonde réorganisation des réseaux de la santé s'est opérée en 2015, souligne Didier Jutras-Aswad : *«Nous avons désormais un seul interlocuteur dans chaque région du Québec, responsable à la fois du secteur de la santé mentale et de celui de la dépendance.»*

Alors, une équipe de chercheurs et cliniciens a créé le CECTC, avec deux objectifs, résumés par son président : *«Regrouper des expertises pluridisciplinaires et développer des modalités de soutien au réseau.»* Pour s'assurer de *«bien répondre aux besoins du terrain»*, la gouvernance du Centre est assurée par les représentants de divers établissements et institutions qui *«expriment leurs pré-*

occupations». Et, *«pour s'assurer du plus grand consensus»*, tous les comités sont codirigés par des acteurs du secteur médical et du monde psychosocial : psychiatres, psychologues, médecin spécialisé en toxicomanie, infirmière clinicienne, travailleurs sociaux, etc.

Santé mentale et dépendance : deux secteurs et deux cultures très différents, reconnaît Didier Jutras-Aswad. Une différence qui se retrouve, par exemple, dès l'usage du vocabulaire : *«Les uns parlent de patient, d'autres de client.»* Dans les rôles des soignants également : *«L'approche motivationnelle du monde de la dépendance, où l'on cherche davantage à responsabiliser où l'on accepte par exemple le refus du suivi du traitement, diffère de l'approche souvent plus interventionniste du secteur de la santé mentale. À tous alors de respecter l'expertise des autres, sans chercher à imposer ses perspectives ni à s'accaparer toutes les ressources, mais en cherchant seulement à soutenir l'implantation de bonnes pratiques.»*

ECHO, UNE PLATEFORME POUR LE PARTAGE DES CONNAISSANCES

C'est ainsi que le projet d'améliorer le partage des connaissances et le développement d'expertises s'est concrétisé avec le dispositif de télémentorat ECHO (Extension for Community Healthcare Outcomes). Lancé en 2018 par le CECTC, il suit le modèle pédagogique développé à l'Université du Nouveau-Mexique. Le principe : des séances, destinées aux professionnels du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux intervenants du réseau communautaire, sont animées par un groupe d'experts, depuis le Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Une plateforme Web permet à tous les participants inscrits de se connecter, depuis différentes régions du Québec, pour participer aux séances, au rythme d'une fois toutes les deux semaines. Les sessions suivent un ordre bien établi : il y a d'abord la présentation d'un cas clinique réel anonymisé, qui suscite la discussion en vue de formuler des recommandations. Puis une «capsule» d'enseignement, plus formelle, aborde des sujets plus académiques.

Le groupe constitué de sept professionnels est *«multidisciplinaire»*, précise Simon Dubreucq, directeur médical du programme ECHO® CHUM troubles concomitants : médecin, psychiatre, infirmier clinicien, travailleur social, ergothérapeute, pharmacien et bibliothécaire-informaticien, *«chacun met son expertise au service de la communauté de co-développement, pour répondre à des questions qui peuvent porter sur la santé mentale, la toxicomanie et leur traitement intégré»*. Car *«l'idée est de permettre à toute la communauté d'échanger et de partager ses connaissances,*

ce qui change du modèle traditionnel médical qui consiste à demander une consultation au cours de laquelle l'expert dit ce qu'il faut faire», note le psychiatre, chef du service de psychiatrie des toxicomanies au CHUM.

FAIRE TOMBER LES CLOISONS

Une fois le cas médical présenté, ce sont d'abord les partenaires qui échangent et proposent leurs pistes de solutions ou recommandations, au même titre que les experts de CECTC. *«Il peut arriver que les experts n'aient pas toujours les réponses aux questions débattues : le territoire du Québec est vaste et des problématiques sont spécifiques à certaines régions. Les partenaires peuvent avoir déjà vécu la situation évoquée et proposent ainsi leurs pistes de solution permettant de résoudre l'im-passe.»* Simon Dubreucq le constate : *«La richesse venant de la diversité des partenaires fait tomber les cloisons et favorise les échanges et collaborations.»* Et le participant inscrit aux sessions est invité à venir présenter son cas avec toute son équipe (psychiatre, médecin de famille...), *«pour enrichir le partage.»*

Après la discussion sur le cas clinique, la session d'enseignement. Elle dure entre quinze et vingt minutes et vise à *«apporter des bases théoriques sur des sujets en lien avec les troubles concomitants»*, tels que le sevrage d'alcool, la prise en charge des troubles psychotiques induits... Les sujets sont également suggérés par les partenaires, comme, récemment, les troubles alimentaires. Un questionnaire d'évaluation a été réalisé avec les participants du premier programme de 2018 : *«Selon les premiers résultats, 75 % des participants ont pu mettre en pratique des recommandations ou des apprentissages préconisés dans le cadre du programme ECHO, se réjouit Simon Dubreucq. Et 76 % des participants estiment aussi que la qualité des soins qu'ils prodiguent aux personnes souffrant de troubles concomitants s'est améliorée à la suite de leur participation au programme.»*

UNE FLOPÉE DE PRIX

ECHO a vu doubler son nombre de participants. Une centaine d'inscriptions pour l'année 2018-2019, et plus de 200 demandes pour l'année 2019-2020 : le CECTC a dû constituer un deuxième groupe. Et en 2019, l'équipe a remporté une flopée de récompenses : en avril, le prix «Stars du réseau de la santé», catégorie «Performant» a été remis par la Caisse Desjardins Réseau de la Santé pour récompenser «le modèle de collaboration interdisciplinaire que ses membres incarnent». Puis, en mai, l'Université de Montréal a décerné le prix du Recteur

2019, catégorie «Collaboration». Enfin, en novembre, l'équipe de la bibliothèque du CHUM a remporté un prix du Conseil multidisciplinaire de l'établissement qui souligne l'excellence de son partenariat avec le CECTC, lequel *«contribue à l'amélioration de la pratique des professionnels en santé mentale et dépendance.»*

Le partage d'informations voulu par le CECTC s'appuie aussi sur un portail documentaire : créé en mai 2018 par l'équipe de la bibliothèque du CHUM, au sein du réseau universitaire intégré (RUISSS), il vise à *«promouvoir les bonnes pratiques pour une implantation durable»*, explique Natalie Bremshy, chef du Service de réadaptation en dépendance du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval et membre du comité soutien du CECTC. À la clé, des textes, articles, revues de presse, bibliographies, présentations et fichiers audio, et le renouvellement régulier des publications, dont sont informés les inscrits. Le site avait reçu 3 000 visites à mi-novembre 2019, et 150 personnes sont abonnées à la veille informationnelle.

UN GROUPE CONSEIL POUR DÉPLOYER LES BONNES PRATIQUES

Enfin, le CECTC va mettre en place un nouveau service : il s'adresse aux établissements du réseau de la santé qui souhaitent un soutien externe pour améliorer leur offre de services auprès des personnes présentant des troubles concomitants. *«Suite à leur récent regroupement, les établissements, jusque-là indépendants et séparés, se sont retrouvés confrontés à la difficulté d'offrir une offre de services adaptée pour s'occuper des deux problématiques de façon intégrée»*, explique Jean-Marc Ménard, psychologue clinicien et chargé d'enseignement à l'Université de Sherbrooke.

Alors le CECTC propose un accompagnement : *«Il s'agit d'analyser les difficultés rencontrées par les personnes qui doivent traiter les deux problématiques en même temps, les forces sur lesquelles les services peuvent s'appuyer, de travailler à partir de grilles pour évaluer le niveau de capacité des services dans chacun des secteurs, enfin d'élaborer un plan d'action pour améliorer les pratiques.»*

Prochaines étapes : déployer les services sur tout le territoire du Québec, assurer la pérennité du soutien financier apporté par le ministère de la Santé et des Services sociaux, mesurer l'impact du programme ECHO sur les pratiques, enfin intervenir en amont, auprès des universités québécoises, pour s'assurer que cette problématique des troubles concomitants soit intégrée dans les formations universitaires. La deuxième journée scientifique est déjà programmée, le 11 novembre 2020.

1 La parenthèse permet de créer un néologisme qui inclut autant les personnes qui sont intégrées à la société et qui souhaitent l'être davantage, celles qui étaient intégrées et qui souhaitent participer à nouveau à la société que celles qui n'ont jamais eu le sentiment de faire vraiment partie de la société et qui souhaitent apprivoiser ce sentiment.



Natacha Brunelle

*Professeure en psychoéducation
à l'Université du Québec
à Trois-Rivières*



Daniel Bellemare

*Directeur de la Maison
Radisson de Trois-Rivières*

(RÉ)SO 16-35 :

L'APPROCHE INTERSECTORIELLE, UN ATOUT POUR RÉPONDRE AUX PROBLÈMES CONCOMITANTS DES JEUNES JUDICIARISÉS

Le lien entre la prise de substances psychoactives et la criminalité ne peut pas se réduire à un simple rapport de causalité. En étudiant de plus près ce que vivent les jeunes qui ont des démêlés avec la justice, on se rend compte que ceux-ci sont pour la plupart aux prises avec divers problèmes concomitants, particulièrement liés à des dépendances, à la santé mentale, à l'employabilité, à l'hébergement, etc.

De fait, il ne faut jamais perdre de vue que les problèmes liés à la prise de substances psychoactives des jeunes judiciarisés sont pris dans un nœud complexe. Pour participer à le défaire, il faut compter sur le soutien de plusieurs intervenants œuvrant dans différents secteurs. Or, la co-existence de plusieurs intervenants peut devenir en soi un défi de taille, tant pour les intervenants que pour les jeunes judiciarisés eux-mêmes. Par exemple, les demandes d'aide peuvent prendre, du point de vue des jeunes, des allures de «course à obstacles» (Bertrand *et al.* in Brochu, Landry, Bertrand, Brunelle et Patenaude dir. 2014, p. 185). Il de-

meure que l'approche intersectorielle peut devenir un atout pour appuyer les démarches de (ré)intégration¹ sociale.

Pour répondre au défi de la concomitance chez les jeunes judiciarisés de 16 à 35 ans, les chercheurs et partenaires associés au programme (RÉ)SO 16-35 financé par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada proposent de mettre en place et en valeur des stratégies intersectorielles entre les différents prestataires de services qui interviennent auprès de ces jeunes. Pour y parvenir, tant le milieu de la recherche que le milieu de la pratique doivent s'entraider pour co-construire des solutions inspirées notamment d'initiatives existantes qui répondent véritablement à la réalité du terrain. L'intérêt de la démarche réside dans le fait de replacer les besoins des jeunes judiciarisés au centre des préoccupations grâce à l'établissement de partenariats entre les organismes, tant publics que communautaires, œuvrant dans plusieurs secteurs d'intervention.

LE DÉSISTEMENT DE LA DÉLINQUANCE

Lorsqu'un jeune sort d'un établissement carcéral ou de toute autre institution d'encadrement, il peut emprunter deux directions : persister dans la délinquance ou mettre fin à sa « période de comportements transgressifs » (Farrall dans Mohammed dir., 2012 : 13). Plusieurs chercheurs se sont concentrés sur les jeunes qui ont suivi la première voie, c'est-à-dire ceux qui ont récidivé. Ils ont évalué le niveau de risque pour ces jeunes de replonger, étudié les facteurs sur lesquels on peut intervenir et élaboré des stratégies d'intervention pouvant faire baisser le taux de récidive (cf. Andrews et Bonta, 2006). En outre, d'autres chercheurs ont voulu savoir ce qui arrivait aux jeunes qui empruntaient la seconde voie, c'est-à-dire ceux qui ont cessé de commettre des délits. Surtout, l'attention de ces chercheurs s'est portée sur la manière dont ces jeunes réussissent à rester sur cette voie et sur ce qui facilite chez eux le désistement de la délinquance. Le désistement se définit comme le processus par lequel les jeunes s'engagent progressivement à mettre fin de manière permanente à leurs activités délictuelles et à adopter des conduites qui respectent les lois (Bottoms et Shapland, 2016; Craig, 2015; F.-Dufour, Brassard et Martel, 2016; Maruna et LeBel, 2012).

Les chercheurs qui se sont intéressés aux trajectoires de désistement de la délinquance ont avancé le fait qu'elles n'étaient en rien linéaires. Elles étaient au contraire fort dynamiques et évolutives et influencées par des dimensions tant identitaires, cognitives que sociales (Samson et Laub, 2012). Surtout, les trajectoires sont parsemées d'embûches pouvant mener au sentiment d'échec et même de désespoir (Nugent et Schinkel, 2016), d'où l'importance de soutenir leurs démarches de (ré)intégration sociocommunautaire.

LA (RÉ)INTÉGRATION SOCIOCOMMUNAUTAIRE

Selon l'Association des services de réhabilitation sociale du Québec, le processus de (ré)intégration sociocommunautaire des jeunes judiciairisés se définit par la participation de la personne « à l'ensemble de la vie de la société et de la communauté où elle évolue » (Bérard, 2015 : p.5). Ce processus fait éclore en elle un sentiment d'appartenance. Or, comme l'a rappelé Fergus McNeill (2018) au congrès de l'*International Corrections and Prisons Association*, ce processus ne s'inscrit pas dans une démarche strictement individuelle. La communauté a, elle aussi, un travail à faire pour aider les jeunes judiciairisés à se tailler une place en son sein. Ce travail peut, par exemple, se présenter comme une réflexion sur l'adéquation entre les ser-

vices qu'elle offre et les besoins réels des jeunes pour continuer à suivre leur trajectoire de désistement de la délinquance et de (ré)intégration sociocommunautaire. C'est précisément la tâche à laquelle s'est attelé le programme de recherche en partenariats (RÉ)SO 16-35.

2 Ce même questionnaire sera aussi distribué en 2021 et en 2024 pour que l'équipe de recherche puisse suivre l'évolution de ce portrait.

UN PROGRAMME INTERSECTORIEL

Nourris par la conviction qu'il est préférable d'adapter les services aux besoins de la personne plutôt que de demander à la personne d'adapter ses besoins aux services qui lui sont offerts, 16 chercheurs et 23 partenaires issus d'organismes publics et communautaires québécois ont décidé de s'associer au programme (RÉ)SO 16-35. Leur but est de participer à identifier les besoins des jeunes judiciairisés ainsi que d'aider à bonifier et à mieux intégrer l'offre des services qui leur est adressée. Pour ce faire, ils ont élaboré six projets de recherche déployés en trois axes.

Le premier axe de recherche consiste à décrire les trajectoires de désistement du délit et de (ré)intégration sociocommunautaire des jeunes judiciairisés à partir de leurs perceptions. Cette description sera faite de manière qualitative et quantitative. Dans le premier cas, il s'agit d'aller sonder le point de vue d'environ 168 jeunes judiciairisés venant des régions de la Mauricie-Centre-du-Québec, de Québec et de Montréal. Ces jeunes seront interrogés deux fois, à 18 mois d'intervalle, afin de pouvoir suivre leur trajectoire. Au cours de ces entretiens semi-dirigés, il sera notamment question de leur parcours de vie, mais aussi de leur vision de l'offre de services. Nous en saurons ainsi davantage sur, par exemple, l'influence qu'ont exercée différents services sur leur parcours. Dans le second cas, il s'agira de dresser un portrait statistique des trajectoires de 3713 jeunes hommes ayant séjourné dans un établissement de détention provincial entre le 1^{er} avril 2010 et le 31 mars 2011.

Le deuxième axe de recherche consiste à décrire les relations qu'entretiennent les différents prestataires de services entre eux et à les aider à co-construire des stratégies d'actions intersectorielles. Pour ce faire, 250 intervenants de différents secteurs (services correctionnels, maison de transition, justice, justice réparatrice, centre jeunesse, santé, services sociaux, dépendance, santé mentale, éducation, employabilité, itinérance/hébergement, etc.) qui travaillent directement auprès des jeunes judiciairisés ont répondu en 2019 à un premier questionnaire en ligne. Cela va nous permettre de broser le portrait des relations intersectorielles qu'ils entretiennent². Par la suite, des intervenants ont été invités à répondre à deux autres questionnaires

en ligne et à prendre part à un groupe de travail afin qu'ils identifient eux-mêmes les aspects qui contribuent au désistement de la délinquance et à la (ré)intégration sociocommunautaire des jeunes judiciarisés. Enfin, trois séances s'échelonnant sur trois jours seront organisées en 2020-2021 dans les trois régions mentionnées plus tôt pour opérer une méthode d'analyse de groupe auprès d'une douzaine de prestataires de services. Cette méthode consiste à inviter les acteurs à discuter entre eux d'une situation donnée, afin qu'émergent des pistes de solutions. Ces dernières se présenteront comme des stratégies d'actions concrètes.

Le troisième axe de recherche consiste à concevoir, mettre en œuvre et évaluer l'implantation d'un projet-pilote intersectoriel : il répondra aux besoins des jeunes judiciarisés mis en évidence autant par les résultats des projets de recherche des axes 1 et 2 que des retombées des activités de mobilisation produites tout au long du partenariat. De fait, il s'agira de déployer, entre 2021 et 2025, une recherche-action dans laquelle collaboreront autant les chercheurs, les praticiens, les gestionnaires que les jeunes judiciarisés. Une évaluation de cette implantation sera effectuée tout au long

de cette expérience et proposera des ajustements à apporter au fonctionnement du projet. Le modèle d'évaluation se veut participatif et développemental. Ainsi, tous les acteurs impliqués seront mis à contribution afin que l'ensemble des membres du partenariat puisse bénéficier de leurs savoirs et de leurs compétences.

À la fin du programme, c'est-à-dire en 2025, les chercheurs et les partenaires du programme devraient avoir contribué au développement des connaissances et des pratiques auprès des jeunes judiciarisés, afin qu'ils suivent et maintiennent une trajectoire de désistement de la délinquance et de (ré)intégration sociocommunautaire, en dépit de la concomitance de leurs problèmes. Ils souhaitent aussi produire des outils cliniques, de formation et d'enseignement, participer à bonifier les services et à mieux les intégrer et, qui sait, inspirer plusieurs autres projets intersectoriels. Dans tous les cas, ils en sont convaincus : instaurer une culture du dialogue en donnant la parole aux jeunes judiciarisés et aux intervenants et en multipliant les occasions d'échanges entre les intervenants fait partie des solutions à apporter aux problèmes des jeunes judiciarisés.

Bibliographie

- Andrews, D. A., et Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct*. Newark, New Jersey : LexisNexis.
- Bérard, F. (2015). La (ré)intégration sociale et communautaire : Socle de la réhabilitation des personnes contrevenantes. Repéré à <https://asrsq.ca/index.php/revue-porte-ouverte/reintegration-sociale-communautaire/socle-rehabilitation-personnes-contrevenantes>.
- Bottoms, A., et Shapland, J. (2016). Learning to desist in early adulthood. In J. Shapland, S. Farrall, & A. Bottoms (Dir.), *Global Perspectives on Desistance: Reviewing What We Know and Looking to The Future* (pp. 99-125). Oxon et New York, New York: Routledge.
- Brochu, S., Brunelle, N. et Plourde, C. (2016). *Drogue et criminalité : Une relation complexe*. Montréal, 3^e édition revue et augmentée, QC : Presses de l'Université de Montréal.
- Brochu, S., Landry, M., Bertrand, K., Brunelle, N. & Patenaude, C. (Eds.). (2014). *À la croisée des chemins : Trajectoires addictives et trajectoires de services*. Québec, Canada : Presses de l'Université Laval.
- Craig, J. (2015). The effects of marriage and parenthood on offending levels over time among juvenile offenders across race and ethnicity. *Journal of Crime and Justice*, 38(2), 163-182. doi:10.1080/0735648X.2014.884468.
- Farrall, S. (2012). « Brève histoire de la recherche sur la fin des carrières délinquantes. Dans M. Mohammed (Dir.), *Les sorties de délinquance. Théories, méthodes, enquêtes* (pp. 1-13). Paris, France : La Découverte.
- F.-Dufour, I., Brassard, R., et Martel, J. (2016). Quand « criminel un jour » ne rime pas avec « criminel toujours » : Le désistement du crime de contrevenants québécois. *Revue de psychoéducation*, 45(2). doi : 10.7202/1039054ar.
- Maruna, S., et LeBel, T. P. (2012). Approche sociopsychologique des sorties de délinquance. In M. Mohammed (Ed.), *Les sorties de délinquance : Théorie, méthodes, enquêtes* (p. 44-60). Paris, France : La Découverte.
- McNeill, F. (2018). Rehabilitation, corrections and society: The 2017 ICPA Distinguished Scholar Lecture. *Advancing Corrections Journal*, 5, 10-20. Repéré à <http://eprints.gla.ac.uk/159625/7/159625.pdf>.
- Nugent, B., et Schinke, M. (2016). The pains of desistance. *Criminology & Criminal Justice*, 16(5), 568-584. doi : 10.1177/1748895816634812.
- Sampson, R. J., et Laub, J. H. (2012). Théorie du parcours de vie et étude à long terme des parcours délinquants. In M. Mohammed (Ed.), *Les sorties de délinquance : Théories, méthodes, enquêtes*. Paris, France : La Découverte.



Grégory Lambrette

Chargé de direction, psychologue
et psychothérapeute au Quai 57
de l'association Arcus
(Grand-duché de Luxembourg)

INTERSECTORIALITÉ ET TERRITORIALITÉ, UN DÉFI MAJEUR DANS LA TRAJECTOIRE DE SOINS EN MILIEU RURAL

ADDICTIONS ET RURALITÉ

Des années durant, nous avons eu l'habitude de percevoir l'abus de substances psychotropes comme étant un phénomène essentiellement urbain. De récentes études ont cependant nuancé cette représentation et démontré que la problématique des addictions touchait également, de manière significative, les zones rurales (Cepeda-Benito *et al.*, 2018 ; Dombrowski *et al.*, 2016 ; Pruitt, 2009 ; Pettigrew *et al.*, 2011). Si les politiques de santé publique ont été pendant plusieurs décennies fortement *urbano-centrées* (Warren & Smalley, 2014), force est de constater que des adaptations s'imposent aujourd'hui si nous voulons toucher

ces populations aux besoins parfois spécifiques. Car spécificités il y a. En effet, en dehors des ressources, des caractéristiques démographiques, des comportements culturels et des particularités économiques qui la caractérisent, la *population des champs* présentant des conduites addictives ne dispose pas d'un même accès aux traitements ni aux services spécialisés (Thomas & Compton, 2007) que celle *des villes*. Le frein majeur à l'accès à ces structures, essentiellement implantées au sein des centres urbains ou, au mieux, péri-urbains, est souvent leur trop grand éloignement physique - auquel s'adjoint parfois l'absence de moyens de locomotion personnels - et avec un maillage territorial limité en termes de transport public (Cadet-Tairou & Gandhillon, 2015, 2017 ; Schmitt, 2016). Ce public issu des zones rurales aurait ainsi ten-

dance à consulter plus tardivement que les autres les services spécialisés – quand il les consulte – et présenterait dès lors et plus souvent des symptômes plus sévères en matière d'addiction, comme en santé mentale (Warren & Smalley, 2014). Enfin, les usages y sont le plus souvent tabous et stigmatisés dans des espaces où l'anonymat est difficile à préserver (Cadet-Taïrou & Gandhilon, 2015, 2017). Voilà autant de motifs justifiant le développement et le déploiement d'une politique de soins adaptée aux zones rurales. C'est dans cet esprit que s'est progressivement implantée, à la demande du ministère de la Santé du Grand-Duché de Luxembourg, une « consultation régionale » en matière d'addiction ; une consultation reposant précisément sur un maillage entre intersectorialité et territorialité.

LA CONSULTATION RÉGIONALE, ENTRE INTERSECTORIALITÉ ET TERRITORIALITÉ

Nous avons initié, au début de l'exercice 2017, une « consultation addiction » décentralisée ; autrement dit, une consultation psycho-sociale visant à toucher les populations les plus éloignées des centres urbains et, par là-même, des structures spécialisées en matière de conduites addictives. Notre projet s'est appuyé d'abord et avant tout sur un dispositif préexistant d'aide sociale et éducative qui couvre surtout l'ensemble du territoire, y compris les zones le plus reculées et est proposée entre autres aux jeunes adultes et aux familles en difficulté. Pour des raisons institutionnelles que nous ne détaillerons pas dans cet article, les premiers services avec lesquels nous avons commencé à collaborer furent ceux du secteur de l'aide à l'enfance, bien mieux implantés et visibles localement. Mieux enraciné dans les différentes régions du pays, ce dispositif socio-éducatif nous a servi de point d'ancrage pour commencer à toucher indirectement la population ainsi que les institutions occupant ces territoires. Par souci d'économie de moyens, nous ne souhaitons pas, dans un premier temps, assurer des permanences peu pertinentes en début de projet. Cette première articulation entre deux secteurs distincts au premier abord, à savoir celui de l'aide à l'enfance et à la jeunesse et celui de la santé, a permis de dégager les premières synergies avec les autorités publiques sous la forme de contacts avec les communes, d'identification de besoins, de mise à disposition de locaux, et de l'organisation d'un cycle de conférences itinérant. Celui-ci traitait entre autres les questions des addictions et des facteurs de protection qu'est, à titre d'exemple, la qualité de la relation parents-enfants. L'aide fournie par le dispositif de l'aide

à la jeunesse a constitué un premier relais entre les populations en souffrance et notre service, par le biais de consultations ambulatoires en des lieux non identifiés comme relevant de la problématique des addictions. Ce point a son importance car il peut favoriser au final la fréquentation des consultations selon qu'elles sont ou non identifiées comme relevant de la problématique des addictions.

Si l'idée principale fut, et reste aujourd'hui encore, de développer une coopération entre trois secteurs d'activité – à savoir la santé, l'éducation et le social –, l'objectif vise quant à lui à lutter contre les inégalités sociales face à la santé et à fournir une aide intégrée en matière d'addiction dans le milieu naturel des patients, puisqu'il s'agit manifestement d'une bonne pratique aujourd'hui clairement répertoriée (Fleury, 2014). Plus défavorisées comme nous l'avons vu plus haut, les populations rurales requièrent des interventions tout aussi complexes sinon plus, que celles des villes. Les difficultés liées au travail, au logement, au déplacement s'y posent de manière plus aigüe encore et exigent l'implication de secteurs influant sur la qualité de vie des patients et de leur entourage, et dans un accompagnement concerté, mais d'abord et surtout centré sur le patient. C'est à cette étape-là que nous en sommes aujourd'hui, face au succès que rencontre notre projet de consultation régionale : identifier et mobiliser les ressources locales utiles à la stabilisation et/ou à la sortie de l'addiction. Si pour l'heure, nous pouvons rapprocher au plus près du domicile des patients une consultation psycho-sociale – qui ne peut malheureusement pas aujourd'hui s'inscrire encore dans une logique de réduction des risques –, celle-ci nécessite rapidement de constituer des groupes de travail permettant de répondre aux multiples besoins des personnes, au-delà des situations individuelles.

Notons encore qu'il est envisagé, à terme, de s'appuyer sur les nouvelles communications pour proposer une aide assistée par la technologie (*Blended Counseling*) pour toucher plus facilement encore une population réticente au premier abord à solliciter une aide spécialisée. Il ne reste qu'à se faire connaître et à se montrer régulièrement auprès des acteurs locaux : informer la population rurale des possibilités de consultation dans la plus grande discrétion, organiser des tables rondes intersectorielles et travailler de manière concertée et plurielle sont le quotidien de qui veut travailler à l'implantation et à l'amélioration des trajectoires de soin en milieu rural. Pour ce faire, il est impératif d'agir autour d'objectifs concrets et souvent multidimensionnels participants à la perception subjective de la qualité de vie des patients et de leur entourage. Une enquête que nous avons réalisée en 2018 auprès d'une centaine de médecins généralistes appartenant aux différentes régions rurales du pays

nous a permis précisément de souligner, certes, les manques structurels de possibilités de prises en charge, mais aussi les difficultés à trouver des réponses, sinon un accompagnement adapté et surtout décloisonné.

S'il nous fallait dégager de manière synthétique quelques points forts de ce projet encore en phase de rodage, nous pourrions l'exprimer comme suit :

- Possibilité de toucher un public ne consultant pas les services spécialisés en raison d'une distance physique jugée handicapante
- Action favorisant une plus grande proximité avec les usagers et leur famille
- Offre de services complémentaire au réseau existant mais non assurée par les autres institutions du réseau « dépendance »
- Possibilité de travailler rapidement avec un public déjà identifié et en contact avec plusieurs services de l'aide à l'enfance et à la jeunesse, et ce y compris dans une visée préventive
- Travail de réseau avec un dispositif déjà implanté régionalement
- Mise à disposition de locaux déjà existants par le dispositif (aucune nécessité de créer de nouvelles structures ou micro-structures) ainsi que des services y afférant (ex. : secrétariat, système informatique, ...), et ce faisant profiter d'une visibilité rapide et bien implantée localement
- Implémentation conséquemment rapide et à moindres coûts du projet
- Développement de nouvelles pratiques de réseau locales.

QUELQUES MOTS EN GUISE DE CONCLUSION

À l'heure actuelle et par son association avec un dispositif d'aide aux jeunes adultes et à leur famille, cette consultation de proximité sert aussi bien de programme d'intervention précoce que d'accompagnement psycho-social au sens plus classique du terme. Centrée sur les besoins du patient, l'approche intersectorielle proposée par notre projet vise à agir de manière cohérente et complémentaire sur l'ensemble du continuum de la consommation de substances psychoactives.

Cette aide cherche ainsi à améliorer le bien-être des membres de l'entourage, mais également à soutenir et à renforcer leurs compétences, de manière à influencer positivement la modification des habitudes de consommation de leurs proches, en intervenant autant que faire se peut dans leur milieu naturel. Préserver ou accroître la qualité de vie des proches et des membres de la famille d'une personne qui présente des comportements addictifs ; éviter les ruptures et l'éloignement entre les personnes qui manifestent ces comportements sont les deux principaux axes d'un projet qui appelle selon nous à être maintenu et renforcé. Un projet dont le décloisonnement en matière de prise en charge est, et doit être, le maître-mot ; mais aussi où l'intervenant spécialisé en matière d'addiction incarne cet agent de liaison sans laquelle rien de durable ne peut se faire.

Bibliographie

- Cadet-Taïrou, A., Gandhillon, M. (2017). Enquête sur les usages de drogue en milieu rural français. Prospective Jeunesse : Drogues/Santé/Prévention, N°81, 2-6.
- Cepeda-Benito, A., Doogan, N.J., Redner, R., Roberts, M.E. et al., (2018). Trend differences in men and women in rural and urban U.S. settings. Preventive Medicine, <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.04.008>
- Dombrowski, K., Crawford, D., Khan, B., Tyllner, K. (2016). Current rural drug use in the US Midwest. Journal of Drug Abuse, Vol. 2, N°3:22.
- Fleury, M-J. (2014). Bonnes pratiques, stratégies d'intégration et enjeux d'implantation des transformations, particulièrement au Québec. Vie Sociale, N°6, 37-53.
- Gandhillon, M., Cadet-Taïrou, A. (2015). Les usages de drogues en espace rural. Tendances, Observatoire français des drogues et des toxicomanies. N°104 ; 4 p.
- Petiggrew, J., Miller-Day, M., Krieger, J/, Hecht, M.L. (2011). Alcohol and other drug resistance strategies employed by rural adolescents. J. Appl. Commun. Res., 39(2), 103-122.
- Pruitt, L.R. (2009). The forgotten fifth: rural youth and substance abuse. Stanford Law and Policy Review, 20, 259-304.
- Schmitt, f. (2016). Contraintes et tactiques dans le développement de l'accès à la réduction des risques en « milieu rural » : l'exemple des microstructures. SWAPS : Santé réduction des risques et usages de drogues, N°82, 7-10.
- Thomas, Y.F., Compton, W.M. (2007). Rural populations are not protected from drug use and abuse. The Journal of Rural Health, Vol.23, 1-3.
- Warren, J.C., Smalley, K.B. (2014). Rural public health. New York: Springer Publishing Company.

1 Organisation mondiale de la santé : Programme mondial de lutte contre l'hépatite / stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale (2016).

2 EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2018 Journal of hepatology. <https://easl.eu/publication/easl-recommendations-treatment-of-hepatitis-c/>

3 E. Day and al. (2019). Hepatitis C elimination among people who inject drugs: Challenges and recommendations for action within a health systems framework Liver International Jan ; 39(1):20-30.

4 INHSU (International Network on Hepatitis in Substance Users) <http://www.inhsu.org/>

5 Bajis S.and al.(2017) Interventions to enhance testing, linkage to care and treatment uptake for hepatitis C virus infection among people who inject drugs: a systematic review. Int J Drug Policy. 47:34-46.



Lise Meunier

*Hépatologue et addictologue
Service d'accompagnement mobile
pour l'accès aux soins au Réseau
Hépatite C-Bruxelles (SAMPAS)*

LA PRISE EN CHARGE DE L'HÉPATITE C : UN POTENTIEL LEVIER THÉRAPEUTIQUE

Les progrès dans la prise en charge de l'hépatite C sont considérables depuis l'arrivée des nouveaux traitements anti-viraux. Cette révolution thérapeutique permet d'envisager l'élimination de cette maladie. C'est le cap fixé par l'Organisation mondiale de la santé pour 2030. Afin d'y parvenir, l'un des points clés consiste à traiter les usagers de drogues qui constituent le principal *réservoir du virus*. On peut désormais traiter et guérir des consommateurs actifs et des patients ayant des comorbidités psychiatriques et ce, avec très peu d'effets secondaires, quel que soit le stade de fibrose hépatique². Pourtant, les usagers ne bénéficient encore que trop peu de ces avancées thérapeutiques. Nous sommes confrontés au phénomène de *cascade de soins* avec la perte de patients à chaque étape entre le dépistage et l'initiation du traitement. Ce constat nous invite donc à repenser l'offre de soins afin d'améliorer l'accès aux soins de ce public fragile et marginalisé³. Cela ne se conçoit que grâce à un renforcement de la collaboration entre différents secteurs et différentes disciplines : secteur hospitalier et secteur associatif, secteur du soin et de la réduction des risques, hépatologie, addictologie et santé publique. Ce constat nous invite également à réfléchir à nos pratiques et à intégrer davantage cette question somatique dans notre clinique.

REPENSER LE PARCOURS DE SOINS : UN ENJEU MONDIAL, DES RÉFLEXIONS INTERSECTORIELLES ET PLURIDISCIPLINAIRES

Le traitement de l'hépatite C est médicalement résolu. Il reste désormais à le rendre accessible. Les publications sont actuellement centrées sur la problématique de l'amélioration de l'accès au dépistage et aux soins des usagers. Différents secteurs sont impliqués dans les réflexions : santé publique, hépatologie, sciences humaines, santé mentale, addictologie et réduction des risques⁴. L'hépatite C est sortie du champ exclusif de l'hépatologie. Les points ci-dessous, issus de publications, nous paraissent importants :

- Il s'agit de sortir de l'hôpital pour rencontrer les usagers dans leur lieu de soins habituel en promouvant l'« aller-vers » ou *outreach*. Les structures d'addictologie et les dispositifs de réduction des risques occupent donc un rôle central³⁻⁵.
- Limiter le nombre d'étapes entre le dépistage et l'initiation du traitement, afin d'atteindre l'objectif *test and treat*. Nous disposons aujourd'hui de nombreux outils pour réaliser en ambulatoire

l'ensemble du bilan requis avant le début du traitement (tests rapides d'orientation diagnostiques, buvards, Fibroscan Mobile etc.)⁵⁻⁷⁻⁸

- S'appuyer davantage sur les compétences des pairs dans l'ensemble des projets
- Renforcer l'ensemble des dispositifs de réduction des risques afin de limiter les risques de ré-infection⁹⁻¹⁰
- Inclure l'univers carcéral dans l'ensemble des réflexions et actions
- Adapter le cadre législatif afin de favoriser les actions ci-dessus³.

RÉSEAU HÉPATITE C BRUXELLES-SAMPAS (SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT MOBILE POUR L'ACCÈS AUX SOINS)

Le « Réseau hépatite C de Bruxelles » est né en 2005 du fait des difficultés d'accès des usagers de drogues aux consultations spécialisées d'hépatologie à l'hôpital. Dans ce contexte, l'association a développé l'accompagnement des usagers par des travailleurs psycho-sociaux depuis les structures de premières lignes ambulatoires vers l'hôpital. Depuis 2019, grâce à l'augmentation des financements du projet, nous proposons désormais des consultations d'hépatologie avancées et la réalisation de Fibroscan dans les structures de premières lignes, ce en entretenant une collaboration étroite avec une structure hospitalière. Ces consultations sur site offrent un cadre propice à une rencontre de qualité avec les usagers puisqu'elles ont lieu dans un environnement qui leur est familier. Il faut noter l'apport diagnostique du Fibroscan en ambulatoire (pour statuer sur le degré de fibrose hépatique) qui constitue en plus un levier motivationnel¹¹. En effet, le temps du Fibroscan est un temps d'échange avec le patient, avec un support visuel concret. L'équipe du « Réseau Hépatite C » de Bruxelles est pluridisciplinaire, a une longue expérience dans le secteur des assuétudes et connaît bien les partenaires du secteur ainsi que la clinique du travail avec les usagers.

INTÉGRER LA QUESTION DE L'HÉPATITE C DANS NOS PRATIQUES, UNE APPARENTE TENSION AVEC NOTRE CLINIQUE ?

Pourtant, nous constatons sur le terrain qu'il n'est pas toujours facile d'intégrer la question du dépistage et de la prise en charge de l'hépatite C dans

les pratiques quotidiennes de certaines structures d'addictologie.

En effet, l'hépatite C comporte cette singularité d'être longtemps asymptomatique. La demande de dépistage et de prise en charge émane rarement du patient lui-même, puisqu'il ne ressent, souvent, aucun symptôme. Par ailleurs, nombreux sont les usagers qui ne sont pas informés des nouvelles modalités de prise en charge. Beaucoup se réfèrent à l'époque des anciens traitements (à base d'interféron), quand une biopsie hépatique était nécessaire, les traitements longs, très éprouvants et peu efficaces. À l'époque, il était compliqué de motiver les patients pour cette prise en charge. Nous constatons que la simple information sur la simplicité du bilan et des traitements actuels suffit aujourd'hui à motiver de nombreux patients pour enclencher une prise en charge.

C'est donc aux professionnels de proposer le dépistage et d'informer les usagers sur les modalités actuelles de prise en charge de l'hépatite C. Pourtant, certains collègues du secteur des assuétudes expriment leurs difficultés à aborder ces questions avec les usagers. La question du bon moment se pose : « Parler d'hépatite C de façon systématique dès les premiers accueils dans l'institution ? Alors que le lien est encore fragile ? » Certains évoquent les autres préoccupations essentielles, telles que le logement et le manque de revenus s'imposant comme prioritaires face à l'hépatite C, maladie silencieuse, insidieuse. D'autres appréhendent de rajouter un problème en annonçant à des usagers déjà fort fragilisés qu'ils sont aussi porteurs de l'hépatite C chronique.

Autant de questions pertinentes qui mettent en évidence une apparente tension entre : d'un côté notre clinique guidée par un raisonnement au cas par cas, un travail avec la demande du patient, la construction fragile d'un lien thérapeutique ; et, d'un autre côté, une approche à priori assez systématique du dépistage et de la prise en charge standardisée de l'hépatite C.

L'HÉPATITE C : UN POTENTIEL LEVIER THÉRAPEU-

6 S. Lanini. And al.(2016) Review Hepatitis C: global epidemiology and strategies for control. *Clinical microbiology and infection* Oct;22(10):833-838.

7 Dillon, JF (2018 September) Strategies to Foster Task-Shifting and Broaden Models of HCV Prevention and Care. Communication présentée à la Conférence INHSU, Lisbonne.

8 Chevaliez S (2016) Prospective assessment of rapid diagnostic tests for the detection of antibodies to hepatitis C virus, a tool for improving access to care. *Clin microbiol infec.* May;22(5):459.e1-6.

9 Dore, G. (2019 sept) Drug use and reinfection and following HCV treatment with elbasvir/grazoprevir among patients receiving opioid therapy: final results from the Co-Star study. Communication présentée à la conférence INHSU Montréal 2019.

10 Rapport Dhumeaux 2016: prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C.

11 Foucher et al (2009) FibroScan used in street-based outreach for drug users is useful for hepatitis C virus screening and management: a prospective study. *Journal of Viral hepatitis* 16(2):121-31.

TIQUE DÉPASSANT LA MALADIE VIRALE HÉPATIQUE

Pourtant, d'après notre expérience, s'intéresser à l'hépatite C chez les usagers précarisés et détrutturés peut constituer, pour certains, un levier thérapeutique avec un impact sur les dimensions sociales, psychiques et sur les consommations elles-mêmes. Il n'est pas seulement question de maladie du foie ni de réponse virologique soutenue.

L'hépatite C a longtemps été vécue comme une fatalité par l'usager de drogues par injection. Beaucoup rapportent une expérience de stigmatisation en rapport avec cette maladie. Guérir de l'hépatite C n'est donc pas anodin. C'est, le plus souvent, guérir d'une maladie liée à la consommation. Cela peut contribuer à une réparation avec un impact positif sur la perception de soi-même et une restauration de la dignité. Comme en témoigne Monsieur R. : « *Je me sentais sale à cause de cette maladie. Et puis, j'ai échangé avec d'autres qui prenaient les nouveaux médicaments. Cela m'a rassuré. J'ai décidé de me faire suivre. J'ai fini le traitement. Maintenant je suis guéri. Je me sens moins sale.* » Pour certains, la perspective de guérir de cette maladie est un moteur. Citons l'exemple de Monsieur A., vivant dans la rue depuis longtemps : motivé par la perspective du traitement, il décide de rentrer dans une structure d'hébergement pendant la durée des soins. Ou celui de Madame F., s'attaquant à une remise en ordre administrative pour accéder au traitement. Pour d'autres, cela peut constituer une expérience positive permettant une réaffiliation dans le système de soins concernant d'autres questions somatiques. « *Je suis guéri de l'hépatite C. Maintenant je vais m'occuper de mes dents.* »

COMMENT LE SECTEUR DES ASSUÉTUDES PEUT-IL S'EMPARER DE CETTE QUESTION ?

Notre conviction est que le secteur des assuétudes est le mieux placé pour informer, dépister et accompagner les usagers pendant le traitement, mais également pour prévenir les réinfections. En effet, les échanges avec les usagers autour de l'hépatite C soulèvent les questions des consommations actuelles et/ou passées et des risques encourus. On aborde les obstacles rencontrés dans l'accès aux soins, d'ordre administratif, la question du logement, les craintes liées aux traitements. On réfléchit, pas à pas, avec les patients, aux solutions possibles pour les surmonter. On invente avec eux les meilleurs moyens de les soutenir pour assurer un bon suivi du traitement. Faudra-t-il garder le traitement au centre ? Serait-ce plus facile en institution ? Autant de questions soulevées qui nécessitent un lien de confiance, une approche

dépourvue de jugement et une approche globale de l'usager. Ne sommes-nous pas dans l'essence même de notre pratique ?

Cela nécessite sûrement des changements dans l'organisation de certaines institutions, afin de dédier du temps et des ressources à ces questions. Cela requiert également la formation des équipes sur la prise en charge actuelle et sur l'utilisation des outils de dépistage non invasifs. Cela implique aussi certains changements dans notre pratique clinique, avec davantage de proactivité et un certain systématisme, mais sans oublier le raisonnement au cas par cas pour l'accompagnement à proposer durant un processus qui sera différent en fonction de chacun. Ensuite, il convient de renforcer les collaborations permettant un accès simplifié au Fibroscan et aux consultations spécialisées d'hépatologie. Il n'y a pas un bon modèle à proposer. Le modèle de dispositif mobile développé à Bruxelles nous semblait le plus pertinent, mais il en existe d'autres. Il appartient à chaque institution de réfléchir au modèle à promouvoir et aux partenariats à développer, en fonction des ressources et du réseau existant.

CONCLUSION

Les ravages de l'épidémie du VIH avaient imposé un tournant dans l'approche addictologique, avec l'émergence de la réduction des risques. Les décideurs avaient été contraints à des changements en matière de politique des drogues. Aujourd'hui, c'est la perspective de la guérison et de l'élimination d'une maladie qui nous conduit à repenser le système de soins pour ne pas laisser à l'écart la population fragile des usagers de drogues. Notre secteur est le mieux placé pour s'emparer de cette question, à condition d'oser le dépistage et l'information systématique, ce qui nous semble compatible avec notre clinique basée sur l'approche globale du patient, la réflexion multidisciplinaire et le raisonnement au cas par cas.

Cela implique de renforcer des collaborations avec d'autres secteurs, telle l'hépatologie, et d'intégrer l'approche d'autres disciplines, telles que la santé publique ou l'inféctiologie, pour améliorer la prise en charge. Le soin de l'hépatite C peut constituer un levier thérapeutique avec un impact dépassant la maladie hépatique et virologique. Le choix appartiendra toujours aux usagers de s'emparer ou non de cette question, mais encore faut-il qu'ils soient informés. Les décideurs doivent assumer le besoin de stratégies nationales pour favoriser le dépistage et l'accès aux traitements tels que la démedicalisation des tests rapides, la simplification des modalités de prescriptions des anti viraux et l'amélioration de l'accès aux soins en milieu carcéral. Enfin, la prévention des réinfections impose un renforcement et une multiplicité des dispositifs de réduction des risques.

Thierry Musset

Infirmier spécialiste clinique en addictologie
à l'hôpital universitaire de Genève (HUG)



© Vanessa Vaucher

ADDICTOLOGIE DE LIAISON À L'HÔPITAL : ASSURER LE RELAIS

Interview de Thierry Musset
par Natalie Castetz

Infirmier spécialiste clinique en addictologie à l'hôpital universitaire de Genève (HUG), en Suisse, Thierry Musset assure un rôle d'interface entre patients usagers de drogues et soignants, ainsi qu'entre hôpital et réseau de soins en addictologie.

ARP : À QUEL BESOIN RÉPONDAIT LA CRÉATION, EN 1993, DE VOTRE POSTE D'INFIRMIER SPÉCIALISTE CLINIQUE EN ADDICTOLOGIE À L'HÔPITAL CANTONAL DE GENÈVE ?

Thierry Musset : Vers la fin des années 80, il y a eu une augmentation importante d'hospitalisations d'usagers de drogues en lien avec l'épidémie du sida. À cette époque, près de la moitié des utilisateurs de drogues injectables étaient contaminés par ce virus. Une évaluation conduite par la Direction des soins avait mis en évidence des difficultés pour les soignants dans la prise en soins de ces patients.

C'est pour les soutenir que mon poste a été créé. Et concernant l'addictologie de liaison, deux autres spécialistes cliniques interviennent également dans les unités de soins, pour des consultations dédiées au tabac et à l'alcool.

ARP : QUELLE ÉVOLUTION AVEZ-VOUS CONSTATÉE DANS LES PATHOLOGIES DES USAGERS DE DROGUES ACCUEILLIS À L'HÔPITAL ?

Thierry Musset : Dans les années 90, avec l'explosion de l'épidémie du sida, l'hôpital accueillait des patients atteints de pathologies lourdes, avec des infections opportunistes telles que pneumonies, complications neurologiques ou baisse de leur état général. D'autres arrivaient dans le coma suite à des overdoses. Ensuite, ce furent des pathologies liées à la pratique de l'injection, comme les abcès, endocardites ou bactériémies. À cette époque, la cocaïne s'était fortement démocratisée, après la chute de son prix de vente dans la rue. L'augmentation de ces

infections était probablement liée à l'augmentation du nombre d'injections quotidiennes, la cocaïne ayant une durée d'action plutôt courte.

Depuis environ dix ans, j'observe une tendance à « l'addicto-gériatrie », avec des patients âgés d'une soixantaine d'années mais atteints de pathologies de personnes âgées : ils ont survécu aux overdoses, hépatites et HIV mais souffrent d'insuffisance respiratoire chronique, d'ostéoporose... Certains se déplacent à l'aide d'un déambulateur, d'autres avec une bouteille d'oxygène dans le dos, atteints de maladies surtout liées à leur consommation de tabac et d'alcool.

ARP : QUI DIT ADDICTOLOGIE « DE LIAISON » DIT TRANSVERSALITÉ. COMMENT INTERVENEZ-VOUS ?

Thierry Musset : J'interviens à la demande des équipes soignantes de l'hôpital, dans toutes les unités de soins, que ce soit aux urgences, en médecine, en orthopédie ou en chirurgie, mais aussi parfois à la demande des patients eux-mêmes, qui me connaissent bien. Je vais les rencontrer, d'abord pour une évaluation clinique du problème de dépendance : produit utilisé, mode de consommation, risque potentiel de complications de sevrage. Je peux ainsi donner des conseils aux soignants pour la prise en soins du patient. Mon premier objectif est de veiller au confort du patient, durant toute la durée de son hospitalisation : aucun usager de drogue dépendant ne doit être laissé en manque. Il s'agit donc de veiller à ce que les traitements de substitution soient poursuivis ou initiés, afin de permettre le bon déroulement des soins.

Mais mon activité consiste aussi à faire le lien et assurer l'interface entre l'hôpital et le réseau de soins de Genève, pierre angulaire de mon travail : les centres qui distribuent de la méthadone, la salle de consommation le Quai 9, gérée par l'association Première

ligne, ou même un médecin traitant peuvent nous signaler et envoyer un patient qui ne va pas bien, qui a de la fièvre, un abcès... Cette démarche rassure l'usager de drogue et favorise ainsi l'hospitalisation.

Enfin, mon activité consiste à préparer la sortie du patient et à l'orienter : ceux qui vivent dans la rue la précarité et la pression du deal ont connu une parenthèse durant leur hospitalisation. Ils ont pu se poser et sont parfois devenus accessibles à un projet de changement : c'est un moment privilégié pour les mettre en contact avec le réseau de soins. Nous avons mis en place un système qui garantit un bon déroulement des sorties. Tout patient ayant bénéficié d'un traitement de substitution durant son hospitalisation est automatiquement repris dans un programme ambulatoire, sans liste d'attente, par l'une des unités d'addictologie de Genève et de l'autre côté des frontières, par le service d'addictologie d'Annemasse, en Haute-Savoie, puisque nous avons parfois des patients français.

ARP : LES REPRÉSENTATIONS QU'AVAIENT LES SOIGNANTS DE L'USAGE DES DROGUES ONT-ELLES CHANGÉ ?

Thierry Musset : Oui, le regard s'est modifié au fil des années. Dans les années 80, l'accès aux soins en milieu hospitalier était compliqué pour les usagers de drogue qui l'évitaient autant qu'ils le pouvaient : ils n'y étaient pas forcément les bienvenus, étaient souvent laissés en manque, avec de rares perspectives d'un traitement de substitution.

Aujourd'hui, ils ne font plus peur aux soignants, ne sont plus considérés comme des pestiférés et des délinquants, et ne sont plus jamais laissés en manque durant leur hospitalisation. Les infirmières vont être les premières à s'assurer que les patients ont accès à un traitement de substitution quand ils sont dépendants ; elles poursuivent le traitement d'héroïne injectable pendant l'hospitalisation pour les patients officiellement en traitement d'héroïne médicale, ce qui est le cas de deux patients actuellement hospitalisés. Parfois, elles remettent des kits d'injection quand il arrive que des patients consomment des drogues de rue durant l'hospitalisation. Chaque nuit, les infirmières des urgences acceptent de remettre des kits d'injection aux usagers qui en font la demande, quand les programmes d'échange de seringues officiels sont fermés.

Le résultat est que l'usager de drogue qui a besoin de soins n'a plus peur de venir consulter à l'hôpital, ce qui n'était pas le cas autrefois.

ARP : MAIS DISPENSER UN TRAITEMENT À UN MALADE ET REMETTRE UNE DROGUE À UN TOXICOMANE, N'EST-CE PAS SOURCE DE CONFLIT « ÉTHIQUE » POUR UN SOIGNANT ?

Thierry Musset : Ce n'est pas toujours facile ! Pour suivre un traitement d'héroïne médicale à l'hôpital peut être source de questionnements et d'inquiétudes pour un certain nombre de soignants. D'autres peuvent être en difficulté en voyant que certains patients continuent à consommer des drogues illicites, y compris en utilisant des cathéters dédiés au traitement médical.

L'information et l'accompagnement sont indispensables mais il y a aussi un malentendu qui consiste à confondre le traitement du problème médical à l'origine de l'hospitalisation du patient avec le traitement du problème de l'addiction. On ne peut pas traiter une pneumonie ou un infarctus et réaliser en même temps un sevrage, sachant que la durée d'hospitalisation moyenne est de dix jours. Il faut avoir des objectifs de soins suffisamment modestes pour être réalistes.

ARP : COMMENT INTERVENEZ-VOUS EN TERMES D'INFORMATION ET DE FORMATION ET EN TERMES DE RÉDUCTION DES RISQUES ?

Thierry Musset : De façon informelle, j'ai un rôle de réassurance auprès des soignants. Je passe régulièrement dans les unités de soins leur donner des conseils, proposer des outils cliniques comme des scores de sevrage ou des protocoles de soins, travailler le « comment être » avec les patients. À la longue, ce travail porte ses fruits. Dans les unités de soins qui ont l'habitude d'accueillir ces patients, les infirmières ont développé des habiletés importantes pour soigner les usagers de drogues et ont pu s'approprier des approches spécifiques comme la réduction des risques.

De façon plus formelle, j'interviens dans la formation permanente « en cours d'emploi » des infirmières et aides-soignantes, lors de sessions de deux à trois jours, autour des questions de l'addiction. J'interviens aussi dans la formation post-diplôme pour ceux qui se spécialisent et je participe aux journées d'accueil des nouveaux collaborateurs.

Je passe également beaucoup de mon temps avec les patients à parler de mode de consommation, d'hygiène d'injection, à donner des informations sur le réseau de soins et l'accès à un traitement à la sortie de l'hôpital pour essayer de prévenir les récurrences, atténuer la morbidité, réduire les méfaits liés aux drogues.

ARP : VOUS ALLEZ PROCHAINEMENT PARTIR À LA RETRAITE. QUELLES PISTES D'AMÉLIORATION RECOMMANDEZ-VOUS ?

Thierry Musset : Il faudrait poursuivre le travail de dé-stigmatisation, ce qui passe aussi par le langage utilisé : les mots « shooté », « alcool », « défoncé » ne peuvent que renforcer des contre-attitudes négatives et nuire à la qualité des soins.

Il ne faut pas non plus se focaliser uniquement sur les drogues illicites mais s'occuper davantage de la question du tabac et de l'alcool, sans bien sûr verser dans l'hygiénisme.

Enfin, il faut revoir le traitement de la douleur chez les patients dépendants des opiacés, qui ont une tolérance importante aux médicaments. Par crainte de leur nuire, d'aggraver leur dépendance en rajoutant des opiacés à la méthadone ou de provoquer des overdoses, les médecins laissent parfois ces patients avec des douleurs mal contrôlées.

Michel Perreault

PhD, chercheur au Centre de recherche de l'hôpital Douglas et professeur au département de psychiatrie de l'Université McGill (Montréal)



SANTÉ MENTALE ET ADDICTIONS : LA FORMATION CROISÉE EN SOUTIEN À L'INTÉGRATION DES SERVICES

Article co-écrit avec :

Diana Milton, B.Sc., coordonnatrice de recherche au Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.

Kristelle Alunni-Menichini, M.Sc., candidate au doctorat en sciences de la santé communautaire à l'Université de Sherbrooke.

Léonie Archambault, M.A., coordonnatrice de recherche au Centre de recherche de l'hôpital Douglas et candidate au doctorat en sciences de la santé à l'Université de Sherbrooke.

Anne-Sophie Ponsot, M.Sc., coordonnatrice de recherche au Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.

Nicole Perreault, PhD, psychologue et conseillère planification-recherche à la Direction de la santé publique de Montréal.

TROUBLES CONCOMITANTS ET FRAGMENTATION DES SERVICES

Les troubles concomitants de santé mentale et de dépendance représentent un enjeu important de santé publique compte tenu de leur prévalence élevée et de leurs conséquences, à la fois sur les individus qui en souffrent et sur leur utilisation de services (OMS, 2016; INESSS, 2016; Kairouz, Boyer *et al.*, 2008; Rush, Urbanoski *et al.*, 2008). Ces personnes font face à d'importants obstacles structurels pour accéder au traitement des deux problématiques (Cloutier, Barabé *et al.*, 2016; Rush, Urbanoski *et al.*, 2008). Les réseaux de la santé mentale et de la dépendance s'étant développés en parallèle, les services disponibles sont souvent fragmentés, fragilisant alors leur arrimage et leur continuité (Dubreucq, Chanut *et al.*, 2012; Priester, Browne *et al.*, 2016; Therien, Lavarenne *et al.*, 2014). Au Québec, la collaboration interprofessionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle fait face à d'autres obstacles, tels que la

présence de cultures organisationnelles différentes ainsi qu'une connaissance partielle des différents organismes intervenant dans la prévention et le traitement de l'une ou l'autre des problématiques (Brochu, Patenaude *et al.*, 2014; Fleury, Béland *et al.*, 2009), ce qui restreint les possibilités de collaboration et contribue au travail en silo.

C'est dans ce contexte que le Comité des partenaires en santé mentale du Sud-Ouest de Montréal a souhaité mettre en place une stratégie permettant d'**améliorer l'accès et la continuité des services pour les personnes à risque ou aux prises avec un trouble concomitant**. La stratégie identifiée est la **formation croisée (cross training)**, l'une des recommandations de SAMHSA (2009). L'approche est reconnue pour améliorer la communication et la coordination entre les membres d'une équipe, les services et les organisations, ainsi que l'intégration clinique et le traitement des clients (Bokhorst, 2011; Go, Morales *et al.*, 2016; Meyerson, Chu *et al.*, 2003; Volpe, Cannon-Bowers *et al.*, 1996; Wendler et Murdock, 2006). La description et l'évaluation du programme seront présentées ici.

PROGRAMME MONTRÉALAIS : HISTORIQUE ET ACTIVITÉS

Depuis 2002, le programme montréalais de formation croisée sur les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie vise à faciliter l'accès et la continuité des services offerts, en faisant la promotion de la collaboration entre les organismes qui s'y retrouvent et ce, de la prévention jusqu'à l'intervention spécialisée (Perreault, Perreault *et al.*, 2012).

Le programme a débuté par des activités d'*observation positionnelle*, en l'occurrence de courts stages d'observation d'une journée ou d'une demi-journée, permettant à chacun de se familiariser avec une autre ressource. Par exemple, une infirmière œuvrant dans un hôpital psychiatrique a pu passer une journée dans une ressource du domaine des addictions. Elle a alors été en mesure de mieux connaître la ressource en termes de mandat et de fonctionnement (p. ex. critères d'admission, techniques d'intervention), de même que les personnes qui y travaillent, et y suivre l'expérience d'un usager référé (Équipe de recherche Michel Perreault, 2019).

Face à une demande grandissante, des activités de formation croisée nommées *clarifications positionnelles* sont proposées depuis 2007 puisqu'elles permettent d'accueillir davantage de participants. Sous forme de sessions d'échanges, il s'agit d'une journée ayant une thématique en lien avec les troubles concomitants qui comporte des formations magistrales pour développer une compréhension commune de la problématique ciblée, des présentations de ressources en lien avec cette problématique, et des ateliers de discussion. Lors des ateliers, des participants en provenance de différents réseaux sont invités à discuter de cas cliniques réels et à échanger entre eux sur les modalités à mettre en place et sur les ressources disponibles en vue d'une prise en charge optimale du cas présenté. Ces sessions d'échanges permettent à chacun de mieux connaître les ressources du territoire, de créer de nouveaux liens et de rapporter certaines de ces connaissances dans leurs équipes respectives (Équipe de recherche Michel Perreault, 2019). Les thématiques des sessions d'échanges sont choisies selon les demandes des participants et les recommandations du comité de suivi, afin d'offrir une réponse rapide aux préoccupations actuelles du terrain.

FORMATION CROISÉE ET CHANGEMENT DANS LES PRATIQUES

Le but du programme montréalais est essentiellement de mieux faire connaître auprès des intervenants les organismes impliqués dans la prévention et le traitement des personnes à risque ou aux prises avec un trouble de santé mentale et d'addiction afin d'améliorer la continuité des services qu'ils offrent. Les organismes liés à la prévention, au traitement en psychiatrie ou en addiction sont alors regroupés avec les services dispensés par d'autres réseaux tels ceux de l'éducation, de la sécurité publique ou encore les services de santé généraux.

Afin d'évaluer les activités de formations croisées, les questionnaires complétés par les participants de onze sessions d'échanges réalisées entre 2010 et 2016 (n=1650 pour un taux de réponse de : 78%) et par les participants de cycles de stages d'observation (quatre cycles de stages réalisés entre 2004 et 2011, n= 86 pour un taux de réponse de : 72%) ont été analysés.

Sans surprise, la majorité des participants aux deux activités ont acquis une meilleure connaissance des ressources existantes. Ils rapportent avoir pu :

- Obtenir de l'information utile pour orienter les personnes auprès desquelles ils travaillent (selon 71% des répondants des sessions d'échanges et 72% des répondants des stages d'observation)
- En apprendre davantage sur le fonctionnement d'autres ressources (73% et 97%)
- Identifier des intervenants d'autres réseaux qui pourraient les orienter au besoin (71% et 81%).

La majorité des participants aux sessions d'échanges ont également indiqué qu'ils ont pu en apprendre davantage sur le thème présenté et les mécanismes de collaboration entre les services (71%), en plus de connaître de nouvelles ressources (69%).

Parmi les participants aux sessions d'échanges ayant déjà participé à au moins une autre activité de formation croisée (n=578), plus des trois quarts (77%) ont indiqué avoir été en mesure de faire appel à de nouvelles ressources au moins une fois dans le cadre de leur travail, à la suite de leur participation à une session. Une proportion équivalente (73%) a rapporté aussi avoir été en mesure de consulter des ressources qui leur étaient auparavant peu familières.

FORMATION CROISÉE ET DÉVELOPPEMENTS FUTURS

En raison de la demande venant d'autres régions du Québec, les présentations de la journée sont diffusées, depuis 2013, via visioconférence, Facebook Live et Zoom. Le matériel didactique (notamment les vignettes cliniques) est envoyé aux sites satellites qui sont encouragés à l'adapter à leur réalité et à organiser des présentations de ressources locales. Ces mesures permettent d'atteindre un plus grand nombre d'intervenants (voir figures 1 et 2) et de les regrouper selon leur région, ce qui correspond aux objectifs du programme. Trois régions québécoises (la Mauricie, l'Outaouais et les Laurentides) se sont également jointes en tant que partenaires du programme et montent localement des ateliers de discussion de cas lors des sessions d'échanges ainsi que des stages d'observation.

De plus, une plateforme web (<https://formationcroisee.com/>) et une page Facebook (<https://www.facebook.com/formationcroisee/>) ont été créées afin de rendre accessible tout contenu développé ou diffusé dans le cadre du programme.

CONCLUSION

Les résultats présentés témoignent des apprentissages et des changements dans les pratiques grâce au programme montréalais de formation croisée, ainsi que de sa popularité auprès des intervenants. Ses activités s'avèrent complémentaires. Les sessions d'échanges présentent, en peu de temps, un éventail de ressources à un grand nombre de participants, tandis que les stages d'observation permettent à quelques participants de connaître de manière approfondie une ressource, facilitant ainsi la collaboration et la coordination avec celle-ci.

À long terme, le programme vise à soutenir la mise en œuvre d'activités dans d'autres régions, et à poursuivre leur évaluation, notamment en développant des outils permettant d'évaluer, de manière approfondie, les effets des sessions d'échanges et des stages d'observation.

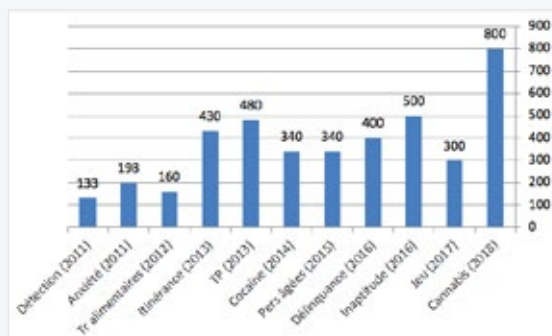


Figure 1. Évolution du nombre de participants aux sessions d'échanges (2011-2018)

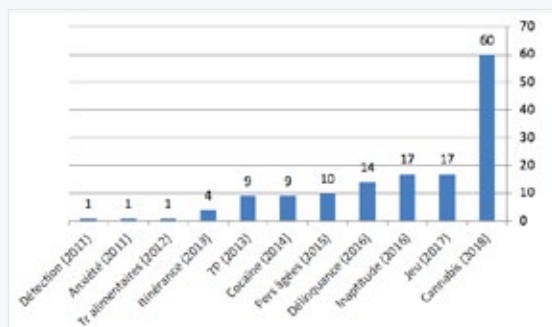


Figure 2. Évolution du nombre de sites participant aux sessions d'échanges (2011-2018)

Bibliographie

- Bokhorst, J.A.C. (2011). The impact of the amount of work in process on the use of cross-training. *International Journal of Production Research*, 49(11), pp. 3171-3190.
- Brochu, S., Patenaude, C., Landry, M. et Bertrand, K. (2014). Recension des écrits et problématique: La toxicomanie - une problématique alambiquée; un traitement complexe. Dans Brochu, S., Landry, M., Bertrand, K., Brunelle, N., et Patenaude, C. (dir.), *À la croisée des chemins : trajectoires addictives et trajectoires de services. La perspective des personnes toxicomanes*. Québec : Les Presses de l'Université de Laval, pp. 9-40.
- Cloutier, R., Barabé, P., Potvin, S., et Noël, F. (2016). Toxicomanies et maladies mentales. Dans Lalonde, P., et Pinard, G.-F. (dir.), *Psychiatrie clinique. Approche bio-psycho-sociale* (4e éd.). Montréal : Éducation Chenelière, pp. 909-924.
- Dubreucq, S., Chanut, F., et Jutras-Aswad, D. (2012). Traitement intégré de la comorbidité toxicomanie et santé mentale chez les populations urbaines : la situation montréalaise. *Santé Mentale au Québec*, 37(1), pp. 31-46.
- Équipe de recherche Michel Perreault. (2019). *Programme de formation croisée sur les troubles de santé mentale et de toxicomanie*, en ligne. (page consultée le 22 août 2019). <https://formationcroisee.com/>
- Fleury, M.-J., Béland, F., Cazale, L. et Touati, N. (2009). Intégration des services : notion et enjeux d'implantation. *Revue le point en administration de la santé, numéro sur La gouvernance : son bilan de santé, le diagnostic et les prescriptions*, 4(4), pp. 26-28. Go, V. F., Morales, G. J., Mai, N. T., Brownson, R. C., Ha, T. V., et Miller, W. C. (2016). Finding what works: identification of implementation strategies for the integration of methadone maintenance therapy and HIV services in Vietnam. *Implementation science*, 11(54).
- INESSS. (2016). Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance. Avis rédigé par Sébastien O'Neil et Micheline Lapalme. *ETMIS 2016*, 12(01), pp. 1-83.
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M., et Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Meyerson, B., Chu, B.-C., et Mills, M. V. (2003). State Agency Policy and Program Coordination in Response to the Co-Occurrence of HIV, Chemical Dependency, and Mental Illness. *Public Health Reports*, 118(5), pp. 408-414.
- OMS. (2016). *Faits et chiffres. Santé mentale : un état de bien-être*, en ligne. (page consultée le 23 août 2019). https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/fr/
- Perreault, N., Perreault, M., Denoncourt, I., et Fleury, M.J. (2012). Prévention et traitement dans le domaine des troubles concomitants en consommation et santé mentale. Dans Landry, M., Brochu, S., et Patenaude, C. (dir.), *Intégration des services en toxicomanie*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, pp. 55-79.
- Priestler, M. A., Browne, T., Iachini, A., Clone, S., DeHart, D., et Seay, K. D. (2016). Treatment Access Barriers and Disparities Among Individuals with Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders: An Integrative Literature Review. *Journal of substance abuse treatment*, 61, pp. 47-59.
- Rush, B., Urbanoski, K., Bassani, D., Castel, S., Wild, T.C., Strike, C., et Somers, J. (2008). Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), pp. 800-809.
- SAMHSA. (2009). *Integrated Treatment for Co-Occurring Disorders: Training Frontline Staff*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Therien, P., Lavarenne, A. S., et Lecomte, T. (2014). The treatment of complex dual disorders: clinicians' and service users' perspectives. *Journal of Addiction Research and Therapy*, S10(006).
- Volpe, C. E., Cannon-Bowers, J. A., Salas, E., et Spector, P. E. (1996). The impact of cross-training on team functioning: An empirical investigation. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 38(1), pp. 87-100.
- Wendler, A. M., et Murdock, T. B. (2006). Evaluation of a cross-training curriculum for mental health and addiction counselors. *Journal of Teaching in the Addictions*, 4(2), pp. 63-78.

Remerciements

L'équipe tient à remercier les nombreux collaborateurs ayant contribué au développement et à la mise en œuvre du programme, entre autres Hélène Tardif, Anick Laverdure, Michaël Sam Tion, Geneviève Alarie, El Hadj Toure, et Isabelle Ferland. Il importe aussi de souligner la contribution des usagers, de leurs proches et des intervenants, ainsi que des chercheurs et responsables de programmes qui ont accepté, tout au long du programme, d'agir en tant que conférenciers, animateurs, modérateurs et rapporteurs pour assurer la réalisation des événements.

1 Unplugged : programme européen de prévention universelle de l'usage des substances psychoactives (SPA) en milieu scolaire, basé sur le modèle de l'influence sociale (Kreeft et al.2009). Le premier a été mis en oeuvre dans le Loiret, durant l'année scolaire 2014-2015.



Angéline Sanchis-Bisbrouck

Principale adjointe au collège Jean Pelletier, Orléans (Loiret)



Dominique Lémond

Conseillère conjugale et familiale à la Direction de la cohésion sociale de la Ville de Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire)



Isabelle Sédano

Directrice du Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) - Oppelia Horizon O2, à Saint-Quentin (Aisne)

PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES EN MILIEU SCOLAIRE : DES PARTENARIATS EFFICACES

Natalie Castetz, journaliste

Dans les écoles et les collèges français, des programmes visent à développer les compétences psychosociales des jeunes et à soutenir les parents dans une perspective de réduction des conduites à risques et addictives. Exemples avec « Unplugged », « Primavera », « PSFP », menés en partenariat par les acteurs de la prévention, l'Education nationale et les collectivités.

Septembre 2019. À Orléans, dans le Loiret, le collège Jean Pelletier, 611 élèves, a effectué sa rentrée scolaire. « *Je suis impatiente de voir le programme démarrer : nous avons quelques classes de sixièmes déjà difficiles* », reconnaît Angéline Sanchis, principale adjointe. Il s'agit du programme Unplugged¹, pour lequel les sept professeurs principaux des classes de 6^{ème}, soit 173 élèves, sont partis en formation sur deux jours. Chacun pourra ensuite initier dans sa classe les douze séances d'une heure, sur le rythme d'une séance par semaine, inscrites dans l'emploi du temps des élèves.

UNPLUGGED : CO-ANIMATION PLURIDISCIPLINAIRE

Chaque séance est menée par deux animateurs : l'enseignant formé et un professionnel de la prévention, en l'occurrence un représentant de l'Association pour l'écoute et l'accueil en addictologie et toxicomanie (Apleat-Acep) interviennent en duo. Jeux de rôle,

travaux de groupe, quiz, Unplugged implique l'interactivité en mettant l'accent sur différents thèmes : l'affirmation de soi et le respect des autres, la capacité à gérer ses émotions, l'évaluation critique des informations, la perception du risque, la correction des croyances normatives, la résolution de problèmes, l'amélioration des connaissances sur les produits et leurs effets... L'objectif est de « *développer les facteurs qui vont être protecteurs pour que les jeunes aient moins besoin de se tourner vers les conduites à risques* », résume Angéline Sanchis.

En 2015 déjà, Angéline Sanchis, alors conseillère principale d'éducation (CPE) dans un autre collège du Loiret, à Chécy, avait mis en place Unplugged avec l'Apleat-Acep : « *Nous constatons des manifestations de mal-être chez de nombreux élèves qui avaient du mal à gérer leurs émotions et à faire face aux obstacles de la vie courante, jusqu'à commettre des passages à l'acte comme la scarification.* » La CPE avait été informée du programme par l'Apleat-Acep, pour qui « *la prévention est l'affaire de tous*, selon Nicolas Baujard, responsable du secteur jeunesse, même si elle est impulsée par des professionnels spé-

cialisés ». Angéline Sanchis avait apprécié : « *Un vrai partenariat s'est établi entre les intervenants du secteur de la prévention et les personnels du collège.* »

Une équipe pluridisciplinaire, constituée de deux enseignantes, deux assistantes d'éducation, l'infirmière et elle-même a bénéficié d'une formation de deux jours « *sur les outils de ce programme, très cadré, mais aussi sur les techniques de gestion de groupe et sur le changement dans les relations éducatives* ».

UN PASSAGE DE RELAIS PROGRESSIF

Unplugged se déroule sur quatre années scolaires, durant lesquelles les enseignants devenus animateurs sont d'abord accompagnés puis, au fil d'un passage de relais progressif, s'autonomisent peu à peu : seules, les séances portant sur les substances psychoactives restent co-animées avec l'intervenant spécialisé en addictologie. Angéline Sanchis en est convaincue : « *Il faut changer les mentalités et les façons de faire, ce qui peut prendre du temps. Mais les enseignants sont volontaires.* » Car cette démarche implique la rencontre et la complémentarité de deux cultures, celle de l'Éducation nationale et celle de l'approche médico-sociale des addictions.

La principale adjointe du collège le reconnaît, « *ce programme change la relation pédagogique qui reste encore assez descendante : il crée, grâce à ces regards croisés, un autre lien avec les élèves. Les jeux de rôle et les mises en situation font de la parole des élèves et des solutions qu'ils proposent le matériau de départ sur lequel on rebondit pour avancer. La relation éducative se fait aussi plus bienveillante* ».

EFFET BÉNÉFIQUE

Aucun doute sur le succès du programme : « *J'ai vu par exemple les élèves d'une classe difficile au départ parvenir, au bout de trois séances, à s'écouter, tenir compte de l'avis des autres, être plus posés, changer leurs croyances et représentations sur l'alcool et le tabac. Et le climat scolaire s'est amélioré.* » Unplugged avait été évalué au niveau national, en 2016-2017, par Santé publique France, auprès de jeunes de la 6^{ème} à la 4^{ème} dans 66 classes de douze collèges, avant et après l'intervention. Le rapport publié en mai 2019 a conclu sur l'effet « *bénéfique* » du programme : il a « *un effet protecteur sur les trois comportements de consommation recueillis (consommation de cigarettes et de cannabis et conduites en état d'ivresse) et modifie également les variables psychosociales directement ciblées (attitudes, compétences psycho-sociales, normes sociales)* ».

Désormais, Angéline Sanchis songe à aller plus loin, toujours en partenariat avec l'Éducation nationale. Objectif : mettre en place en classe élémentaire, d'ici trois à quatre ans, un programme similaire de développement des compétences de vie, tel que « *Good Behavior Game* ».

PRIMAVERA : PARLER DES CONDUITES ADDICTIVES DÈS L'ÉCOLE PRIMAIRE

Un autre programme de prévention des conduites addictives et d'intervention précoce en milieu scolaire est mené en partenariat avec l'Éducation nationale : Primavera². Il s'adresse cette fois-ci aux enfants de 9 à 13 ans, élèves des classes CM1, CM2 puis 6^{ème} et 5^{ème}. L'objectif est de « *faire la jonction entre l'école et le collège pour permettre aux enfants d'être sensibilisés le plus en amont possible, dans le cadre d'une démarche éducative portée par la communauté scolaire* », explique Isabelle Sédano, directrice à Saint-Quentin (Aisne) du Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) – Oppelia Horizon 02.

Primavera vise à « *faciliter l'acquisition de compétences et à favoriser la réflexion et le changement de comportement, tel que signifié dans le cadre des programmes de prévention dits "probants"* », note la directrice. Il se déroule sur quatre années consécutives : face à la faible portée auprès des jeunes des actions de prévention ponctuelles, « *il fallait s'investir dans la durée et dans la continuité de l'intervention entre les établissements* ». Le programme prévoit, là aussi, des activités de réflexion ludiques et participatives, en trois séances de deux heures, visant le développement des compétences psychosociales : « *Donner des informations, essentiellement axées sur les dangers et les interdits est beaucoup moins efficace que de travailler sur de petites séquences ludo-éducatives, dans une ambiance bienveillante et coopérative.* » Parmi les thématiques abordées : l'estime de soi, les relations interpersonnelles, savoir dire non, identifier les risques, se protéger.

RECHERCHE-ACTION EN PARTENARIAT MULTIDISCIPLINAIRE

Pour cela, l'association Oppelia a travaillé, au sein d'un comité de pilotage, avec des représentants de l'Éducation nationale - responsables d'écoles et de collèges, enseignants, conseillers d'éducation, infirmières scolaires- et des parents d'élèves. Résultat, depuis 2017, Primavera fait l'objet d'une recherche-action : il est ainsi expérimenté dans une cinquantaine d'écoles ou collèges de l'académie d'Amiens (Somme), sur une cohorte de 800 élèves scolarisés du CM2 à la 5^{ème}, la moitié bénéficiaire et l'autre témoin. L'efficacité du programme sur les consommations d'alcool et de tabac au collège est étudiée, jusqu'à juin 2020, dans le cadre d'un partenariat entre le Rectorat d'Amiens, le Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (CESP) de l'Inserm et l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

Oppelia a animé les séances en classes de CM2 et assuré la formation des enseignants intervenant en collège. « *Les adultes peuvent être sceptiques au départ sur l'intérêt pédagogique de la méthodologie utilisée, note Isabelle Sédano, mais quand on explique bien l'acquisition des aptitudes et le changement de comportements sur le long terme, l'efficacité devient évidente.* » Au final, la démarche permet aux enseignants de « *sortir des clichés des représentations sur les conduites à*

² Primavera : s'inspirant des expériences menées depuis les années 2000 au Québec puis en France métropolitaine et à la Réunion, il est né en 2013 de la fusion de trois programmes existants, basés sur l'approche expérientielle : « *ICCAR* » (Intervenir au Collège sur les Conduites Addictives et à Risques), adaptation du programme québécois « *Prisme* », « *À vos marques, Prêt, Santé!* » et « *GymSAT* ».

3 PSFP a été développé au début des années 80 par une psychologue américaine Karol kumfer. Il s'est depuis inscrit dans 35 pays, implanté en France par le Comité départemental d'éducation pour la santé des Alpes-Maritimes.

risques et addictives, d'avoir un regard moins réprobateur par rapport à certains comportements d'élèves, de prendre du recul. L'idée n'est pas que l'enseignant devienne un expert sur le sujet des addictions et sache repérer les produits consommés, mais qu'il ait un

nouveau regard, une écoute adaptée, la bonne posture et la bonne parole, pour ne pas être dans un discours de jugement. La relation de confiance qui peut se construire alors permet l'orientation si besoin vers des professionnels du soin ».

Reste une condition essentielle, « *que la démarche soit portée par le chef d'établissement qui doit donner les moyens de la mettre en place dans de bonnes conditions* ».

D'autant que les établissements scolaires peuvent adapter les thématiques à leur environnement, comme par exemple l'alimentation ou le harcèlement scolaire. De plus en plus sollicité, Oppelia va bientôt former des formateurs et finalise une nouvelle version du programme, pour y intégrer la question des écrans.

PSFP : EN BINÔME POUR SOUTENIR LES PARENTS

Autre axe de prévention : aider les familles, parfois démunies face à l'éducation et aux relations parents/enfants. À Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire), Dominique Lémond, conseillère conjugale et familiale à la Direction de la cohésion sociale de la Ville, a participé, en 2017 puis en 2018, à la mise en place des premiers programmes de soutien aux familles et à la parentalité (PSFP³), initiés par l'association Sauvegarde 71 : ciblant les 12-16 ans, PSFP cherche à « *développer des facteurs de protection et instaurer un climat familial positif* ». Le principe : des exercices destinés à « *améliorer la communication, la confiance, les relations au sein de la famille, les aptitudes à résoudre les problèmes et à régler des conflits* », explique Dominique Lémond. Il se déroule sur quatorze sessions, participatives et ludiques, de deux heures et demi hebdomadaires chacune : un goûter pris en commun est suivi d'un temps séparé pour le groupe des adolescents et un autre pour les parents. Enfin, un temps partagé entre parents et enfants est l'occasion pour la famille de se retrouver autour d'activités constructives et de renforcer ainsi le lien.

« *Pour la réussite du programme sur un territoire, souligne Dominique Lémond, il est important qu'un partenariat étaye la construction du projet.* » Avec l'équipe de Kairn71, Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) de l'association Sauvegarde 71, il s'est agi de communiquer auprès des professionnels de la Ville, des maisons de quartier, du Centre communal d'action sociale (CCAS) afin de faire connaître le programme. Il s'est aussi agi de rencontrer les partenaires potentiels, de sensibiliser, former et recruter des animateurs, d'organiser et gérer la logistique des quatorze séances qui vont désormais se dérouler dans la Maison de la famille récemment inaugurée. Et tous les acteurs se sont impliqués dans le recrutement et le suivi des familles cibles - une dizaine par

session - : les parents en difficulté sociale ou en précarité mais aussi ceux qui vivent une relation difficile avec leurs enfants.

« APPRENDRE À MIEUX SE CONNAÎTRE ENTRE ASSOCIATIONS ET INSTITUTIONS »

Ce sont des binômes qui animent les séances : un professionnel de la prévention et un représentant de la ville ou du département qui a bénéficié de la formation au programme PSFP. Dominique Lémond a suivi une formation de trois jours à Paris, assurée par la Fédération Addiction, avec différentes équipes : Sauvegarde 71 et Kairn 71, l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) de Bourgogne, les services d'Action éducative en milieu ouvert (AEMO). « *Cela nous permet d'échanger et d'acquérir la méthodologie autour d'un programme très bien structuré, doté d'outils bien bâtis et qui réinterroge nos connaissances et nos pratiques, nous conduisant à nous appuyer sur ce que les parents savent faire, à parler de façon positive, sans faire de reproches.* »

Le bilan est largement positif : « *Les rencontres partenariales ont permis d'apprendre à mieux se connaître entre institutions et associations qui participent à la prévention et aux soins sur le territoire.* » Par ailleurs, Dominique Lémond se réjouit de voir que « *les familles sont assidues sur tout le programme, disent leur plaisir à venir, apprécient ces échanges sans jugement dans un climat convivial et respectueux, et renouent le dialogue avec leurs enfants.* » Devenue coordinatrice locale du programme, elle l'élargit désormais aux enfants âgés de 6 à 11 ans et l'ensemble des supports de communication est en cours de révision afin de créer un document d'information commun aux deux tranches d'âge.

UNE PLATEFORME D'APPUI POUR DES INTERVENANTS DE SECTEURS DIFFÉRENTS

Autant de programmes de prévention « *qui n'appartiennent pas uniquement à des spécialistes mais où chacun a un rôle à jouer* », rappelle à la Fédération Addiction, Alexis Grandjean. Le responsable de mission anime une Plateforme d'appui opérationnelle depuis 2019 : « *Notre démarche a consisté à mettre autour de la table des intervenants venus de secteurs très différents, des acteurs de terrain et des institutions.* »

Un groupe de travail s'est constitué avec des objectifs définis : un langage commun, un diagnostic partagé, des réponses cohérentes avec des outils formalisés, actualisés, harmonisés et mutualisés pour des formations calibrées et partagées dans une politique de coopération. Il s'agit aussi de « *valoriser les expertises de terrain et les personnes ressources* », souligne Alexis Grandjean. Résultat, des programmes co-construits, des formations et des accompagnements pour leur déploiement dans une démarche qualité.

Numéro 04, décembre 2019

Prix de vente : 6€

Directeur de la publication

Jean-Michel Delile

Coordinateur du numéro

Olivier Hurel

Comité éditorial

Sébastien Alexandre

Pascale Hensgens

Alexis Jurdant

Grégory Lambrette

Nathalie Latour

Emelie Laverdière

Stéphane Leclercq

Jean-Félix Savary

Sandhia Vadlamudy

Journaliste

Natalie Castetz

Conception graphique

Nelly Gibert - Mediis Studio

Impression

2950 ex.

Imprimerie Pubadresse Routage