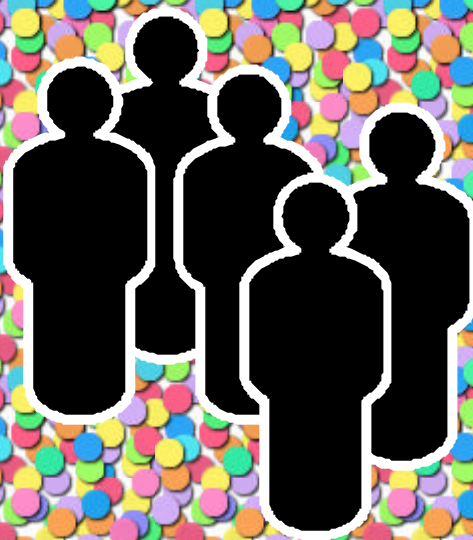


Immersion en communauté, juillet 2002

Dépendances aux drogues illicites:



La prise en charge dans le
réseau de soins à Genève.

Victor Dubois-Ferrière
Christophe Giobellina
Fernando Gonzales

Dépendances aux drogues illicites : prise en charge dans le réseau de soins à Genève

INDEX

INTRODUCTION	1
EPIDEMIOLOGIE	2
HISTORIQUE POLITIQUE ET EVOLUTION DES MENTALITES EN MATIERE DE DROGUE	3
<i>Traduction de la politique des quatre piliers à Genève</i>	6
PARTENAIRES DU RESEAU	8
<i>Groupe SIDA Genève</i>	8
<i>Traitement en cabinet privé : GPMA</i>	11
<i>Prise en charge à l'Hôpital Cantonal</i>	13
<i>Unités d'hospitalisation : Séran et Les Crêts</i>	14
<i>Consultations ambulatoires : Rue Verte et Navigation</i>	15
<i>PEPS (Programme Expérimental de Prescription de Stupéfiant)</i>	17
<i>Etablissements privés : Fondation Phenix et Argos</i>	19
<i>Toxicomanes et familles : ADF</i>	20
CONCLUSIONS	22

Le toxicomane est un malade. Partant de ce constat, les acteurs du réseau de soins genevois ont établi des stratégies de prise en charge innovantes et intégrées. Nous avons pu étudier et apprécier la diversité thérapeutique étonnante qui est offerte au patient toxicodépendant. Notre rapport propose un descriptif de l'évolution de la politique en matière de drogues ainsi que de nombreux établissements et structures appartenant au réseau.

INTRODUCTION

Pourquoi avons-nous décidé d'investiguer ce problème? Tout d'abord, nous avons tous été en contact plus ou moins direct avec des substances engendrant des dépendances. En outre, les orientations de la politique suisse en matière de drogue ont souvent été débattues dans notre pays ce qui n'a pas manqué de nous interpeller. Enfin, nous avons pu entrevoir ces deux dernières années l'importance et la difficulté que représentaient une bonne prise en charge d'un patient toxicomane. Ainsi, nous nous sommes attachés à explorer ce que le système de santé genevois avait à offrir à la population toxicomane.

Notre travail porte essentiellement sur les dépendances engendrées par la consommation de drogues illicites dites dures. Nous convenons que ces dénominations sont quelques peu arbitraires surtout lorsqu'on se réfère à des produits comme l'alcool qui sous un certain angle figure parmi les drogues les plus dures. Nous avons donc ciblé notre investigation sur les substances paradigmes que sont les opiacés, essentiellement l'héroïne, et la cocaïne. Bien que les héroïnomanes soient une population de plus en plus minoritaire, ce sont ces consommateurs qui ont poussés les acteurs du réseau à proposer des solutions adaptées et originales pour leur prise en charge.

Malheureusement, à l'heure actuelle, la cocaïne en usage i.v. fait des ravages et les structures de soins présentes ont peine à répondre de manière adéquate à ces "nouveaux" toxicomanes. En effet, les dépendances naissent de la rencontre d'un produit, d'un individu et d'un environnement et donc des structures adaptées à un certain type de patient doivent être revues si une des variables venait à changer. L'approche thérapeutique médico-psycho-sociale intégrée repose sur ces concepts et on peut ainsi espérer l'établissement de prises en charge efficaces dans les années à venir.

EPIDÉMIOLOGIE

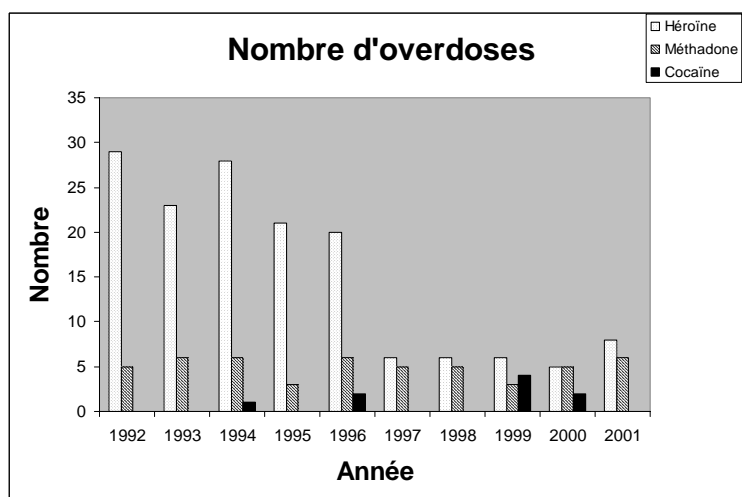
Remarques préliminaires :

L'obtention de chiffres fiables et précis est très difficile dans le contexte des drogues. En effet, il n'existe pas de statistiques économiques (production, vente de produits) vu le caractère illicite des produits ce qui entraîne à son tour des erreurs systématiques. De plus, l'incidence et la prévalence des dépendances aux drogues illicites varient en fonction du marché de la drogue, des mesures de répression (deux fois plus de policiers, deux fois plus d'arrestations liées à la drogue...), des "modes", des mesures de prévention et des traitements.

Situation genevoise :

Néanmoins, on peut estimer qu'à Genève il y a environ 3000 usagers de drogues dures et environ la moitié d'entre eux bénéficie d'un traitement de substitution à la méthadone. Comme le souligne le rapport EMCDDA 2001, la tendance européenne et suisse est à l'augmentation de la consommation de cocaïne "au détriment" de celle d'opiacés ce qui modifie notamment la prise en charge thérapeutique tant au niveau somatique, psychique et social. On note également une forte diminution des décès liés à la drogue et du nombre d'overdoses.

Genève, données IML



HISTORIQUE POLITIQUE ET EVOLUTION DES MENTALITES EN MATIERE DE DROGUE

1975 : La révision de la loi fédérale sur les stupéfiants permet l'acquisition d'une base légale pour le traitement des opiacés par substitution à la méthadone. Cependant, seuls quelques médecins praticiens prescrivaient ce traitement. Ils étaient alors considérés comme des marginaux et stigmatisés par l'ensemble de la profession.

A cette époque, la question, sur laquelle les professionnels de la santé débattaient, était :

« Pourquoi se drogue-t-on ? »

Il y avait trois écoles très cloisonnées entre elles. L'une expliquait essentiellement l'étiologie des dépendances avec des arguments psychologiques. L'autre se fondait surtout sur des théories neurobiologiques, et enfin la dernière donnait la primauté aux facteurs environnementaux et familiaux. Chaque école défendait mordicus son point de vue.

Résultat : la collaboration était quasi inexistante. Le patient se retrouvait perdu avec son histoire et ses problèmes. Il devait aller lui-même trouver les différents intervenants du réseau (qui n'en était pas un !) pour obtenir de l'aide.

1980 : Création de la « Commission Mixte ». Cette commission est chargée de faire des propositions au Conseil d'Etat pour élaborer la politique en matière de drogue. Les membres actuels de cette commission réunissent tous les participants du réseau : médecins, police, parquet, DASS, antenne drogue famille *, groupe SIDA Genève*, assistants sociaux, etc.

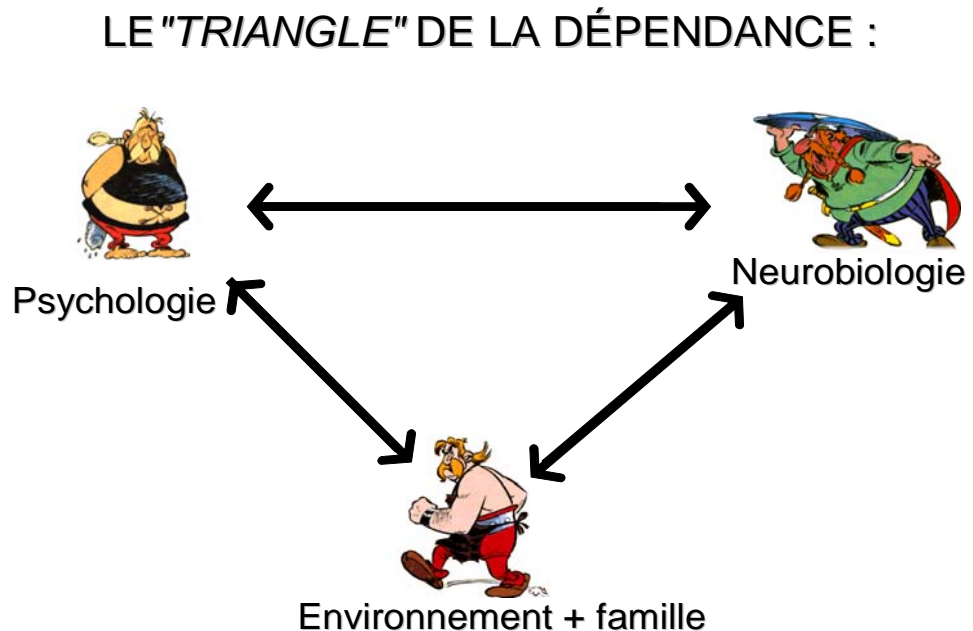
A la même époque, le Docteur Deglon publie un ouvrage sur 243 sujets sous méthadone. Dans les années suivantes, les preuves scientifiques ainsi que le succès clinique augmentent l'acceptation de ce mode de thérapie.

1982 : Premiers cas de SIDA à Genève. Ce malheureux événement inscrit un véritable virage dans l'évolution de la politique et des mentalités en matière de drogue.

1985 : Le SIDA prend une ampleur inattendue. Les chiffres parlent d'une prévalence supérieure à 50 % de toxicomanes HIV+. La situation est à l'urgence. Des personnes meurent dans des conditions de vie et d'hygiène désastreuses (scène ouverte du Platzspitz, etc.). L'accès aux soins devient très limité pour cette population. Ces états de faits inquiètent les responsables de la santé.

La politique présente à Genève jusqu'en 1985 se résumait à l'abstinence rapide, répression et quelques rares substitutions à la méthadone.

- 1986 :** Les premiers à réagir furent les pharmaciens, qui par leur propre initiative, mettent des seringues en vente libre.
- 1987 :** Début des activités du Groupe SIDA Genève (GSG) *
- Dès 1991 :** Les théories sont mises de côté. Les professionnels décident de travailler en collaboration en établissant un véritable réseau prenant en compte la situation individuelle du patient dans toute sa complexité médico-psycho-sociale.

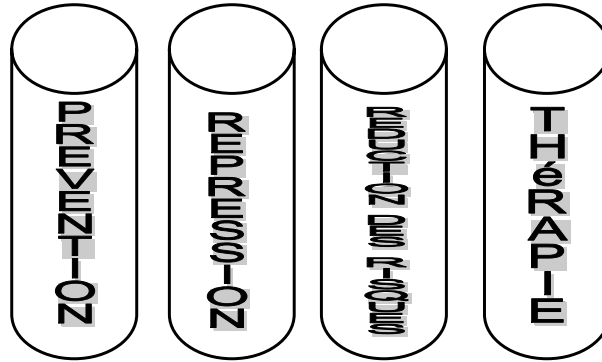


Politiquement, ce changement se traduit par la décision du Conseil d'Etat à Genève qui entérine la politique fédérale au niveau cantonal (séance du 23 septembre 1991) :

- « a) Le toxicomane qui est prêt à accepter un sevrage doit trouver les possibilités et les institutions qui l'aideront à se libérer de sa dépendance ;
b) le toxicomane qui n'est pas (ou pas encore) capable d'accepter le sevrage doit recevoir l'aide qui lui permettra de survivre; »

Ainsi naît la politique des **quatre piliers** (cf plus loin) :

LES 4 PILIERS



1991 : Début des activités du Bus Itinérant Prévention SIDA (BIPS) * à l'initiative du (octobre) GSG.

1993 : Un infirmier spécialiste en clinique accueille tous les patients toxicomanes hospitalisés.
Son rôle :

- interface entre soignants et structures extérieures aux HUG
- formation d'équipes hospitalières
- rôle épidémiologique

1994 : Fondation du GPMA * (Groupement Genevois des Praticiens dans la Médecine de l'Addiction) par un groupe de médecins travaillant dans le domaine.

1995 : Début des activités du PEPS * (Programme Expérimental de Prescription de Stupéfiants).

2001 : Ouverture d'un espace d'accueil avec possibilité d'injection : **Quai 9***. (décembre)

* Points traités plus loin

Traduction de la politique des quatre piliers à Genève :

La politique des quatre piliers se traduit à Genève par la présence de plusieurs établissements ou associations, auxquels l'Etat fournit une somme totale de 40 millions de francs. Cette somme est ensuite répartie entre les différents piliers selon l'importance qui leur est accordée. Voici une liste des 4 piliers, du budget qui leur est alloué, des principaux établissements qui s'en occupent et des différents moyens mis en oeuvre :

Prévention :

Budget : 1,8 millions

I.S.P.A. (Institut Suisse de Prévention de l'Alcoolisme et autres toxicomanies)

La prévention est surtout faite à travers des affiches, des brochures et autres supports visuels que l'on peut trouver un peu partout (rue, établissements hospitaliers, lieux de soirées,...). Elle a aussi lieu dans les écoles, où les élèves sont sensibilisés aux problèmes causés par les drogues, grâce à des interventions par des spécialistes dans le domaine.

Répression :

Budget : 18,5 millions

Police : elle est présente dans la Commission Mixte. Elle fait ainsi partie du réseau et travaille avec ses différents participants selon plusieurs accords.

Réduction des risques :

Budget : 1,6 millions

La politique de réduction des risques vise à améliorer les conditions d'hygiène des personnes dépendantes, à les éduquer en matière d'asepsie et à leur offrir des lieux propres et convenables. Elle ne cherche pas à traiter la cause de la dépendance mais cherche plutôt à offrir des moyens pour diminuer les risques d'infection liés à la prise de drogues injectables. Comme on l'a vu plus haut, les premiers à agir sont les pharmaciens. Ils mettent en vente libre des seringues. Le Groupe SIDA Genève participe également à cette réduction des risques en mettant en place :

- le BIPS (Bus Itinérant Prévention SIDA) : distribution de seringues, éducation en matière d'hygiène, accueil.
- le Quai 9 : mêmes prestations que le BIPS, avec en plus un espace avec possibilité d'injection.

Thérapie :

Budget : 14,2 millions

Avant la mise en place du réseau, les seuls traitements proposés aux personnes dépendantes étaient le sevrage ou la substitution à la méthadone (proposée uniquement par quelques médecins). Depuis dix ans, il existe une offre diversifiée prenant en compte de la situation du patient toxicomane de manière plus globale. La thérapie est maintenant basée sur une approche médico-psycho-sociale et se fait de trois façons :

Dépendances aux drogues illicites : la prise en charge dans le réseau de soins à Genève

- sevrage et abstinence
- substitution (méthadone, morphine, buprénorphine)
- maintenance (héroïne)

Ces différents traitements sont proposés par :

- PEPS, Seran, Les Crêts, Navigation/Rue Verte (division d'abus de substances, HUG)
- Médecins privés
- ARGOS et Phenix (institutions privées)

Info-Drogues Le cannabis

Plante utile ou produit dangereux? Une fois de plus, le chanvre indien alimente la controverse. Faut-il voir dans le cannabis une drogue susceptible d'engendrer la dépendance, ou un petit plaisir tout à fait inoffensif? Dans quelle mesure la consommation des dérivés du cannabis est-elle «entrée dans les mœurs» aujourd'hui? Quels sont les effets et les risques sur le plan physique et psychique en cas d'absorption massive ou régulière? De quels éléments faut-il tenir compte pour faire de la prévention – ou pour réduire les risques – sans dramatiser ni banaliser?


Le chanvre en Suisse
Dans notre pays, la culture et l'utilisation des produits très du chanvre reposent sur une longue tradition. Jusqu'au début du siècle, le chanvre indien (Cannabis sativa) était cultivé pour ses fibres, dont on fabriquait des cordages et des toiles, pour ses graines, que l'on pressait pour en extraire de l'huile, et pour ses propriétés psychoactives. Dans la médecine populaire, les extraits de chanvre étaient utilisés à des fins thérapeutiques, et dans certaines régions du pays, les paysans ne déjeunaient pas, à ce qu'on dit, de tourner leur «peu du dimanche» avec ce tabac aux effets particuliers. Avec l'arrivée des fibres synthétiques sur le marché, la découverte de plantes sédatives de meilleur rapport et l'émergence des médicaments modernes, le chanvre à usages médicaux a été relégué à l'ombre-plan. En 1951, du reste, la loi sur les stupéfiants (révisée en 1970) metait fin au «peu du dimanche», fumé avec délices, en classant le cannabis parmi les stupéfiants susceptibles d'engendrer la dépendance et, par là même, de mettre en danger la santé des individus. Depuis, le cannabis fait partie – au même titre que la morphine, la cocaïne, les hallucinogènes et les amphétamines – des substances interdites par la loi dont l'usage (culture, production, commerce, puis, par la suite, consommation) est punissable. Une interdiction qui n'a rien de théorique. En 1995, sur 49 000 déclarations pour infractions à la loi sur les stupéfiants, 20 000 se



info-drogues cocaïne

La cocaïne passe pour être la drogue stimulante par excellence. Contrairement à l'injection d'héroïne, le fait d'inspirer par le nez (sniffer) une ligne de coke soigneusement préparée n'est généralement pas associé au monde de la drogue et des «junkies» mais évoque plutôt l'image de mannequins et de managers chics à la recherche de ce «plus» que peut apporter cette drogue associée à un style de vie particulier. C'est en fait pas par hasard car l'effet stimulant de la cocaïne semble permettre un fonctionnement parfait dans une société centrée sur la performance. Mais quels sont exactement les effets de la cocaïne? Produit-elle une dépendance physique et psychique? Quels peuvent en être les effets négatifs? Que peut-on faire en matière de prévention?

La cocaïne, une drogue stimulant la performance
La cocaïne fait partie des stimulants, c'est-à-dire du groupe des substances psychoactives dont l'action peut être qualifiée d'excitante et qui augmentent les performances. Elle est l'une des drogues dont les effets sont les plus puissants et elle possède un potentiel fortement addictif. Dans les pays industrialisés, la cocaïne est d'abord une drogue prise par la classe dominante et parfois par la classe moyenne. Les prix ayant progressivement baissé, la palette des consommateurs s'est élargie. Les ventes ont marché telles que le crack ou d'autres formes de cocaïne à fumer («flocos») ont également contribué à modifier le marché. En comparaison avec les Etats-Unis, ces ventes n'ont cependant pas connu une grande diffusion en Europe. Depuis sa première apparition, la cocaïne a connu plusieurs «vagues». La dernière se déroule sous nos yeux et paraît être vaine comme le signe d'une époque ou tout va très vite, ou l'accroît est mis sur la satisfaction d'émotions élevées et sur la performance.



info-drogues héroïne

En dépit de l'apparition de nouvelles drogues de synthèse, l'héroïne reste une drogue classique en Suisse. Cette substance est considérée comme une drogue mortelle qui conduit les toxicomanes à se détruire. Pourtant aujourd'hui, les défis de mode sont présentés par des mannequins au look d'héroïmanes. Il existe des consommateurs d'héroïne socialement bien intégrés et l'Etat autorise la prescription médicale d'héroïne à des personnes gravement dépendantes. Il est donc urgent de redéfinir notre rapport à cette drogue vieille de plus de 100 ans. En fait, qu'est-ce que l'héroïne? Quels sont ses effets? Sa consommation conduit-elle automatiquement à la misère et à la mort? Quels sont les risques que prennent les personnes qui en consomment?

L'héroïne: un opioïde semi-synthétique
Très proche de l'opium, l'héroïne est certainement l'opioïde semi-synthétique le plus connu. «Opioïdes» est un terme générique désignant des substances entièrement synthétiques (telles que la méthadone), semi-synthétiques (telles que la buprénorphine) ou produites par l'organisme (endogène) dont les effets sont semblables à ceux de la morphine, tandis que les opiacés, dont les effets sont analogues, sont des substances tirées directement du pavot (morphine, codéine, thébaïne). Dans les laboratoires, l'héroïne est produite par acétylation de la morphine-base extraite de l'opium brut – plus exactement du suc latex produit par le fruit du pavot blanc mis à sécher, la cuisson de la morphine avec de l'acide acétique produit la «diacétyl morphine», qui a été commercialisée sous le nom d'héroïne (du grec «heros» = héros). La méthode de fabrication de l'héroïne est relativement simple, et ne nécessite pas beaucoup de moyens et peut être mise en oeuvre par des non-chimistes dans des laboratoires secrets.

Bref historique d'un «remède-miracle»
De l'héroïne a été fabriquée pour la première fois en 1874 par l'Allemand C.A. Wright dans son laboratoire de chimie. Peu après, elle a été produite en grande quantité par l'industriel chimiste et pharmacien allemand (Bayer) et en Suisse (Chimie Tobolski). Cette nouvelle substance devait être une alternative à la morphine, qui conduisait à la dépendance, et servir d'analgésique et de remède contre les maladies des voies respiratoires. La liste des indications médicales est rapidement élargie, incluant les troubles cardio-vasculaires, la sclérose en plaques, le diabète et les troubles psychiques. Du fait notamment de son effet analgésique, l'héroïne est considérée, au tournant du siècle, comme un remède extrêmement bienfaisant.

Champ de pavots. Selon les Nations Unies, l'héroïne qui circule en Europe provient en grande partie de pavot originellement cultivé et récolté en Afghanistan. (Photos Keystone)

SEPA Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanes
Case postale 870, 1001 Lausanne, Tél. 021 321 99 35

info-drogues ecstasy

Dans ce dossier sur l'ecstasy de l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanes (ISPA), nous vous proposons d'analyser la composition chimique de cette drogue pour aborder ensuite les effets de sa consommation. Puis nous tenterons d'évaluer le potentiel de dépendance de cette drogue et pour terminer, nous nous pencherons sur la toile de fond historique qui a présidé à son émergence.

L'ecstasy, appelé aussi Adam, XTC ou E est une substance synthétique dont l'abréviation chimique est MDMA (3,4-méthylendioxy-N-méthylamphétamine). Bien que l'on trouve le mot amphétamine dans sa formule et que le MDMA stimule le système cardiovasculaire, il ne fait pas partie de la famille des amphétamines. Du fait qu'il modifie légèrement les expériences sensorielles et l'état de conscience, on le classait jusqu'à récemment parmi les hallucinogènes. En Suisse, depuis 1993, le MDMA est classé parmi les entactogènes. Les entactogènes modifient l'état de conscience, désinhibent émotionnellement, valorisent la conscience de soi et abolissent les barrières de la communication. Les entactogènes ne modifient pas aussi intensément la perception de la réalité que, par exemple, le LSD, hallucinogène puissant. Mais, davantage que toutes les autres substances, elles peuvent induire une certaine exploration de sa propre vie psychique. Ces effets ont été mis à jour lors d'essais psychothérapeutiques effectués avec du MDMA. Sur le marché légal, les substances les plus diverses sont vendues sous le nom d'ecstasy; on les trouve sous forme de tablettes ou de gélules. Des analyses effectuées en Grande-Bretagne et en Hollande ont révélé que ce qui est vendu sous le nom d'ecstasy ne contient pas toujours uniquement du MDMA, mais est souvent mélangé à des hallucinogènes (LSD) et à des produits dopants comme la caféine ou les amphétamines. De plus, on vend également sous le nom d'ecstasy des substances proches du MDMA comme le MDA et le MDE (également connu sous le sigle de MDA) dont les effets sont très semblables au «vritable» ecstasy.

SEPA Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanes
Case postale 870, 1001 Lausanne, Tél. 021 321 99 35, Fax 021 321 99 40




Illustration de quelques feuillets distribués par l'ISPA.

PARTENAIRES DU RESEAU

Le Groupe SIDA Genève (GSG) :

Lors de notre investigation du réseau genevois de soin et de prise en charge de patients toxico-dépendants, nous nous sommes particulièrement intéressés à deux des piliers de la politique suisse en matière de drogues. Il s'agit de l'axe thérapeutique et de celui de la réduction des risques. Le GSG, fondé en 1987, a été particulièrement actif dans l'application de ce dernier en mettant en place différentes structures.

En 1991, après près de quatre ans de négociations avec différents agents du réseau (police, gouvernement cantonal, pharmaciens, OFSP, institutions sociales, etc.), le GSG ouvre le BIPS (Bus Itinérant Prévention Sida).



Ce bus propose différentes prestations, dont:

- **Matériel gratuit:** préservatifs et lubrifiants, matériel d'injection stérile (échange de seringues), mise à disposition de documentation.
- **Accueil:** ces bus permettent de faire une halte, de trouver une écoute et de parler de façon confidentielle et discrète sans rendez-vous, de boire quelque chose, de se réchauffer, de se détendre, de trouver une orientation vers les services de santé et de soin. En effet, ce genre de lieu (comparable au Quai 9, cf. plus loin) est parfois le dernier point d'ancrage social pour des personnes marginalisées à l'extrême et vivant dans un univers cruel et déloyal.
- **Informations et échange :** sur la santé, le VIH, les hépatites, les MST, les moyens de prévention et les difficultés relatives à celle-ci. Il est également traité des problèmes liés à la consommation de drogues, de la prévention des overdoses et enfin des conseils en matière d'hygiène d'injection sont donnés.

Il est intéressant de noter que les premiers à avoir pris l'initiative de mettre à disposition des seringues aux toxicomanes, ont été les pharmaciens dès 1986. De plus, la législation n'interdisait pas cette vente, mais les tabous de la société s'y opposaient.

L'ouverture de ce bus a été durement négociée et des fortes réticences sont apparues tant du côté de la police que de la population. En effet, les forces de l'ordre craignaient que ce genre de structures induisent des phénomènes de scènes ouvertes et comme le spectre du Letten et autre Platzspitz planaient encore, des conditions strictes ont été adoptées. Ainsi, en

Dépendances aux drogues illicites : la prise en charge dans le réseau de soins à Genève

contrepartie, les usagers du bus n'ont pas le droit de se regrouper devant le véhicule, de "dealer" ou de s'injecter leur produit en pleine rue. En parallèle, le GSG a lancé une campagne d'information au sujet des seringues usagées en éditant notamment une brochure (cf. illustration ci-dessous) afin de réagir aux plaintes sur le sujet.



Constatant une dégradation des conditions d'injections et une précarisation de l'état de santé des consommateurs de drogues, conjointement à l'apparition d'un usage intense de cocaïne i.v., le GSG, avec l'appui des autorités, a ouvert en décembre 2001 un espace d'accueil avec possibilité d'injection, le Quai 9 (rue Pépinière, 8)(cf photos page suivante).

Régi par des conditions semblables à celle du BIPS afin d'éviter les phénomènes de scène ouverte, ce lieu, ouvert quotidiennement durant 7 heures, se fixe les objectifs suivants:

- diminuer les conséquences négatives en lien avec la consommation de drogues comme la transmission de maladies infectieuses ;
- prévenir la survenue d'overdoses ;
- promouvoir la santé des consommateurs de drogues en renforçant ses capacités à adopter des comportements de prévention (éducation à la consommation avec le moins de risques possibles) ;
- servir de point d'ancrage au réseau socio-sanitaire genevois en orientant et en prodiguant des conseils ;
- limiter les situations d'exclusions ;
- améliorer la situation du voisinage.

Dépendances aux drogues illicites : la prise en charge dans le réseau de soins à Genève

Même si l'idée d'un espace d'accueil fixe a suscité une levée de bouclier encore plus importante que pour les structure mobiles telles que les bus BIPS, force est de constater aujourd'hui que la situation s'est améliorée sur de nombreux points, mais la consommation de plus en plus effrénée de cocaïne pose des problèmes de logistique et d'infrastructures. Néanmoins, ce genre de lieu ne résout pas tous les problèmes, mais participe à diversifier l'offre de prise en charge et donne une plus grande cohésion au réseau de soin.



Photos du Quai 9 vu de l'extérieur (A), avec sa salle d'injection (B).

Traitement en cabinet privé

Contexte suisse :

Le traitement des toxicomanes en cabinet avec de la méthadone acquiert une base légale en 1975 lors de la révision de la loi fédérale sur les stupéfiants (LFStup). Cette approche thérapeutique, au début mal acceptée (les médecins prescripteurs de méthadone étaient « mal vus »), n'a cessé de conquérir une population croissante de médecins. En effet, en 1982, on comptait 873 patients substitués à la méthadone alors qu'on en compte aujourd'hui plus de 18'000.

En Suisse, le traitement de patients dépendants, notamment à l'héroïne, s'effectue pour la majorité dans le cabinet du médecin de premier recours. A Genève, ces patients se distribuent de manière plus ou moins égale entre les cabinets et les structures spécialisées (étatiques ou non). La gestion en cabinet présente plusieurs avantages. Du point de vue de la santé publique et des coûts, on peut ainsi se reposer sur des structures peu chères et déjà établies (le cabinet) et bénéficier du rôle central du praticien dans le réseau de soin (3 centres spécialisés équivalent à un réseau de 500 généralistes installés). Néanmoins, le traitement en cabinet pose plus d'un problème au médecin et nombreux sont ceux qui se sentent dépassés par ce genre de patients et renoncent à traiter suite à certaines péripéties ou par manque de formation. Dans les conclusions du troisième rapport sur la méthadone (1995), l'accent est mis sur le rôle du médecin de premier recours, voici les recommandations de l'OFSP :

- la mise en place de cours d'introduction obligatoires pour les médecins qui veulent prescrire des traitements à la méthadone ;
- la mise en place de colloques destinés aux médecins et pharmaciens sur le thème des drogues en général, des dépendances, de la prescription de méthadone, du suivi psychosocial des patients sous méthadone, de l'évaluation de ces traitements ;
- la désignation de services de consultation auxquels les médecins peuvent s'adresser pour les questions relatives aux problèmes qu'ils rencontrent dans ces traitements ;
- la création de groupes Balint (groupe au sein duquel les médecins mettent en commun leurs expériences sur un thème donné) destinés aux médecins et pharmaciens qui remettent de la méthadone dans les régions où ces groupes n'existent pas encore ;
- une information périodique sur les résultats récents en matière des traitements à la méthadone ;
- l'intégration de formations sur ce thème dans les cours généraux de perfectionnement des médecins.

A la suite de ces conclusions, le groupe de travail MedRoTox (Médecins Romandie Toxicomanies, composé de somaticiens, psychiatres, institutions publiques et de représentants de la médecine privée) a été chargé de faire un état des lieux dans les cantons romands et émettre des propositions d'interventions visant à soutenir les médecins dans la prise en charge des toxicomanes ainsi que d'améliorer les conditions de travail des médecins. Le groupe de travail s'est fixé les buts suivants :

- intéresser un plus grand nombre de médecins à prendre en charges des toxicomanes ;
- augmenter les connaissances des médecins dans le domaine ;
- améliorer la collaboration entre les médecins, les pharmaciens et les travailleurs sociaux.

Situation genevoise : le GPMA :

Genève est pionnière dans le traitement des patients toxicomanes. Avant la mise en place de MedRoTox, certains médecins travaillant dans le domaine ont fondé en 1994 le GPMA (Groupe Genevois des Praticiens en Médecine de l'Addiction). Les buts que poursuit ce groupe recouvrent en grande partie ceux du rapport méthadone, à savoir:

- améliorer les connaissances grâce à un apprentissage par les pairs (partage d'expériences cliniques, colloques, etc) ;
- organisation d'enseignement multidisciplinaire ;
- optimiser la collaboration dans une optique communautaire ;
- gestion d'une ligne téléphonique permanente ouverte aux professionnels.

En outre, le GPMA a élaboré un système pratique et rapide de recensement des places de cure de méthadone afin d'améliorer la prise en charge des patients dépendants. Il a également mis sur pied, en 1997, un classeur regroupant une foule de renseignements d'ordre théoriques et pratiques guidant le médecin prescripteur de méthadone. Ce classeur a d'ailleurs été repris par les responsables de MedRoTox et distribué aux médecins de ce réseau contribuant ainsi à une plus grande harmonie dans les standards thérapeutiques en vigueur pour ce genre de patients.

Une réussite majeure de ce groupe concerne le paiement d'honoraires des médecins traitant des dépendants. En effet, il arrive souvent que les honoraires du médecin soient détournés par le patient à ses propres fins et une étude pratiquée chez les médecins romands révèle que 56,7 % d'entre eux ont des difficultés de paiement avec leurs patients toxicomanes. C'est un problème d'importance, car il peut brouiller la relation médecin-malade et être source de découragement pour le médecin. Genève est ainsi, pour l'instant, le seul canton à avoir obtenu une convention entre certains assureurs et un certain nombre de médecins pour la prise en charge des patients sous méthadone.

Le GPMA a également contribué de manière importante à la reconnaissance des médecins s'occupant de patients toxicomanes. Jadis, ils étaient considérés comme des « bricoleurs isolés » tant par les autres praticiens que par les associations médicales. Aujourd'hui, le GPMA fait partie intégrante de l'AMG permettant ainsi au réseau de jouer pleinement son rôle de soutien au généraliste. Ayant ainsi « brisé la glace », les praticiens sont plus confiants et hésitent de moins en moins à prendre en charge des patients dépendants (le nombre de médecins GPMA est passé de 15 à une centaine en 4ans !).

Prise en charge à l'Hôpital Cantonal :

Les HUG disposent des services d'un infirmier spécialiste en clinique (Monsieur T. Musset), qui accueille tous les patients toxicomanes hospitalisés. Il joue un rôle d'interface entre soignants et structures extérieures aux HUG, forme des équipes hospitalières et met à jour les données épidémiologiques.

Nous avons eu l'occasion de rencontrer cet infirmier et voici un extrait de notre entretien avec lui :

Pour quel(s) motif(s), le toxicomane se rend-t-il à l'hôpital ?

- *Le toxicomane vient à l'hôpital généralement pour traiter un problème somatique. Les plaintes somatiques les plus courantes sont :*

- *abcès (orthodontie septique) ;*
- *endocardites ;*
- *problèmes digestifs.*

Une fois le problème réglé, nous travaillons en réseau avec l'accord du patient. Celui-ci peut être envoyé à la division d'abus de substance pour un début immédiat de traitement (protocole avec le médecin cantonal).

Contrairement aux alcooliques, ils ne dénie pas leur consommation à l'entrée (peur de manque, volonté d'être approvisionnés).

Aux HUG, personne n'est laissé en manque (inutile, améliore la compliance et la relation thérapeutique). Par contre, l'hôpital délivre uniquement de la méthadone, le reste (héroïne) se fait en centre spécialisé. Pour entamer un traitement, il faut faire une demande auprès du médecin cantonal.

D'un point de vue épidémiologique, où en sommes nous à Genève ?

- *Il existe environ 3000 toxicomanes à Genève et au moins un par jour se présente à l'hôpital. Une dizaine est hospitalisée actuellement.*

Quelles pourraient être les perspectives d'avenir ?

- *Premier objectif, contrôler la consommation de cocaïne et autres stimulants (ex. pilule Thai, ecstasy, etc.) ;*
- *ensuite, gérer la violence qui en découle ;*
- *finalement, élaborer un vaccin pour la cocaïne.*

Unités d'hospitalisation : Séran et Les Crêts

Séran :

Le Séran fait partie de la division d'abus de substances. C'est un lieu d'hospitalisation que nous n'avons pas eu le temps de visiter, mais qui nous a été décrit par Monsieur D. Favre (infirmier ayant travaillé là-bas et actuellement infirmier-chef du PEPS).

Le Séran se trouve à l'hôpital de Belle-Idée et peut recevoir jusqu'à 8 personnes. Les entrées sont volontaires ou non-volontaires.

C'est une unité de crise : elle accueille des patients dépendants qui :

- n'arrivent plus à suivre leur traitement et pour lesquels une entrée non-volontaire a été demandée par leur médecin traitant ;
- ont un comportement mettant leur vie et celle d'autrui en danger ;
- sont en décompensation psychiatrique (dépression, hallucination,...) ;
- ont fait des abus de toxiques et ont un problème psychiatrique.

La prise en charge des patients se fait de la manière suivante. Tout d'abord, les patients, qu'ils soient en entrée volontaire ou pas, n'ont pas le droit de consommer d'autres produits que ceux qui sont donnés. Ensuite, il y a un début de traitement de l'aspect psychiatrique, qui sera poursuivi après la sortie. On y distribue des soins médicaux et infirmiers. Enfin, les patients participent aussi à diverses activités (art-thérapie, groupe de discussion, travail cognitivo-comportemental,...). La durée des séjours des patients est assez variable mais elle est en moyenne d'une semaine environ.

Il est important de noter que l'unité est fermée et que toute sortie doit être accompagnée. Pour les personnes en entrée volontaire, une fuite est considérée comme une sortie. Pour les personnes en entrée non-volontaire, les conséquences d'une fugue dépendront de l'état du patient. S'il se trouve dans un mauvais état au moment de la fugue, il sera recherché et la police sera avertie. Si son état est jugé correct, sa fuite sera considérée comme une sortie.

Les Crêts :

A l'instar du Séran, Les Crêts sont une unité d'hospitalisation faisant partie de la division d'abus de substances des HUG. C'est une villa se trouvant dans un endroit très agréable, aux Crêts-de-Champel. C'est une des plus vieilles structures mis en place pour les personnes toxicodépendantes.

Sa fonction est plus spécialisée que celle du Séran, parce qu'elle est destinée uniquement à des personnes voulant faire un sevrage de la cocaïne.

Les entrées sont toujours volontaires et planifiées sur rendez-vous.

Pendant leur séjour aux Crêts, les patients doivent obligatoirement participer à la vie communautaire (faire les repas, laver la vaisselle, autres tâches ménagères) et aux groupes d'activités qui sont proposés ; il y a des groupes de sport, de musique, de discussion,...

Les patients trouvent ainsi un cadre tranquille qui les aide dans leur sevrage.

Consultations ambulatoires : Rue Verte (rive gauche) et Navigation (rive droite)

Situés au sein de la division d'abus substances, ces deux centres sont destinés aux patients non gérables en cabinet privé. Ces patients, souvent désocialisés (avec des problèmes d'assurances, pas de travail, problèmes psy, etc.), nécessitent une prise en charge médico-psycho-sociale intégrée d'où l'avantage de ces deux établissements spécialisés. Pour notre part, nous avons visité la Navigation.

Que pratique-t-on ?

- traitement de comorbidités (abcès, etc.) ;
- traitement de comorbidités psychiatrique (thérapie familiale, etc.) ;
- traitement de maintenance à la méthadone ;
- gestion avec réunions de réseau (voir ci-dessous) ;
- thérapies complémentaires :
 - thérapie systémique
 - réflexothérapie
 - acuponcture
 - etc.

Réunion de réseau :

- Exposition d'un cas (réel) : Mme S. 29 ans, polytoxicomane (héroïne, cocaïne, benzodiazépine), problème de délinquance, prostitution, grave problème psychiatrique, HIV +, non compliant à son traitement anti-tuberculeux.
Problème : Trouver une stratégie pour que Mme S. vienne prendre son traitement anti-tuberculeux.

Pour ce cas lourd et délicat, le médecin responsable fait appel à plusieurs acteurs du réseau de soins. La prise en charge de ce type de patient est très complexe ; ceci justifie une réunion de toutes les personnes concernées par cette patiente autour d'une même table, au même moment.

C'est la *réunion de réseau*, où le rôle du médecin traitant est de coordonner tous les intervenants. Cette manière de procéder est un excellent moyen pour une approche intégrée du cas.

Etaient présents à cette réunion :

- médecin cantonal ;
- trois médecins (dont le médecin traitant) ;
- quatre infirmières ;
- l'assistante sociale ;
- la tutrice ;
- membre du CAT (centre anti-tuberculeux) ;
- un secrétaire ;
- un membre de la famille du patient.

Soit environ 13 personnes !

Dépendances aux drogues illicites : la prise en charge dans le réseau de soins à Genève

Les buts de la réunion :

- définir les rôles exacts de chaque intervenant du réseau ;
- trouver une stratégie afin de rendre la patiente compliant à son traitement ;
- parler du problème du caractère contagieux de la maladie du patient ;
- proposer une aide aux membres de la famille (prise en charge, démarche pour l'obtention d'aide financière, etc...) ;
- répondre aux questions et craintes du parent.

Nous avons été impressionnés par le fait qu'autant de personnes d'horizons différents arrivent à se coordonner afin de discuter d'un cas particulier. Cet investissement chronophage se justifie tant il est important d'adopter une vision intégrée pour la prise en charge d'un patient toxicomane.

PEPS (Programme Expérimental de Prescription de Stupéfiant)

Le Programme Expérimental de Prescription de Stupéfiant est un traitement de prescription d'héroïne. Il a été mis en place pour une population extrêmement dépendante, pour laquelle la prise en charge classique ne suffisait pas.

Il accueille ses premiers patients en septembre 1995.

En 1999, suite aux votations favorables de juin de la même année, l'ordonnance fédérale sur la prescription d'héroïne est ratifiée. Celle-ci définit les dispositions générales de ce traitement, ses buts et ses modalités.

Le PEPS est un centre de traitement médico-psycho-social qui se trouve dans le réseau de soins publique. Les patients y sont traités de façon individuelle et pluridisciplinaire. Le traitement comporte :

- pharmacothérapie de maintenance aux opiacés (diacétylmorphine, méthadone ou morphine) ;
- suivi psychiatrique ;
- traitement des troubles somatiques (abcès, hépatites, SIDA,...) ;
- prise en charge des problèmes sociaux (emploi, prison, famille, logement,...).

Des objectifs de traitement sont établis pour chaque patient de manière personnalisée et adaptée à son état clinique.

Pour être admis à ce centre, les patients doivent remplir plusieurs critères d'admission :

- ⇒ consommer de l'héroïne depuis minimum 2 ans ;
- ⇒ dégradation somatique, psychologique ou sociale comme conséquence de la consommation de drogues ;
- ⇒ avoir plus de 2 traitements thérapeutiques antérieurs échoués ;
- ⇒ renoncer au permis de conduire ;
- ⇒ avoir plus de 18 ans ;
- ⇒ résider Genève depuis au moins un an et demi avant le début du traitement.

Une fois inscrits les patients sont soumis à un certain nombre de règles contraignantes :

- venir trois fois par jour, sept jours sur sept ;
- participer aux entretiens prévus avec l'équipe soignante ;
- participer activement à l'évaluation du traitement ;
- respecter la convivialité et les règles d'usage.

La présence de ces règles permet non seulement le bon fonctionnement du PEPS, mais fournit aussi un cadre relativement strict aux patients. Il est assez remarquable de voir qu'elles sont bien respectées. Si les patients dérogent à ces règles, ils risquent une exclusion allant jusqu'à un mois, ce qui n'est guère à leur avantage (ils n'ont plus le droit au traitement à l'héroïne, mais peuvent recevoir de la méthadone).

Il faut souligner que l'entrée au PEPS est une démarche volontaire, ne serait-ce que pour accepter les conditions strictes de participation et le règlement.

Objectifs du PEPS :

- Attirer et retenir les personnes toxicodépendantes aux opiacés par voie intraveineuse dans le réseau sanitaire ;
- amélioration de la santé physique, psychique et amélioration de l'intégration sociale ;
- diminution des comportements à risques et de la consommation des drogues illégales ;
- soutien du comportement visant le bien-être physique et psychique, les compétences sociales et l'autonomie personnelle ;
- abstinence durable comme but à long terme.

En résumé, le PEPS, par le biais d'un règlement très stricte, aide les patients à se recadrer. Il les rend plus stables en évitant qu'ils passent leur vie à combattre le manque. Il leur apporte une hygiène qu'ils avaient, pour la plupart, perdue. Tout ceci se traduit par une diminution de la criminalité et des maladies transmissibles. Le PEPS entre ainsi également dans la politique de réduction des risques.

Etablissements privés : Fondation Phenix et Argos

Parallèlement aux institutions de l'Etat, il existe des associations privées s'occupant de la prise en charge des personnes toxicodépendantes. Elles proposent des traitements similaires à ceux offerts par les établissements publics et augmentent ainsi la palette de structures venant en aide aux toxicomanes.

La Fondation Phenix:

C'est un centre de traitement ambulatoire qui pratique des traitements à la méthadone avec une approche médico-psycho-sociale. Il offre également des possibilités de sevrage et d'insertion sociale.

Argos:

Argos a pour objectif de soutenir les personnes toxicomanes dans leur démarche d'abstinence. Elle les aide aussi dans leur insertion sociale et professionnelle.

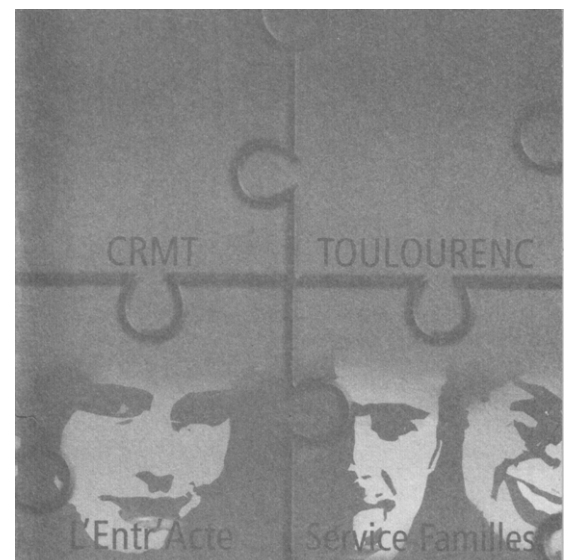
Argos se divise en plusieurs éléments :

- 2 résidentielles : Centre Résidentiel à Moyen Terme (CRMT) et Toulourenc
- un centre ambulatoire : l'Entr'Acte
- un service familles

Les deux résidentielles sont spécialisées dans des programmes à court et à moyen terme. Elles s'adressent à des personnes désirant se libérer de la consommation de drogue et demandant un appui pour leur insertion sociale et professionnelle. Seules les personnes toxicodépendantes, majeures, sevrées et en entrée volontaire y sont admises. La durée des séjours est de un à six mois (CRMT) ou de douze à quinze mois (Toulourenc).

Argos propose aussi un centre ambulatoire spécialisé dans l'accueil et l'aide aux personnes toxicomanes, l'Entr'Acte. Il s'adresse à des personnes majeures, consommatrices ou non, porteuses d'un projet. Ce lieu non jugeant apporte un soutien à la réalisation de projets, aide dans les démarches administratives. Il propose des entretiens individuels et permet aux personnes qui ont des problèmes liés à l'usage de stupéfiants de faire le point et réfléchir à une nouvelle orientation.

Finalement, il existe, au sein d'Argos, un service des familles qui s'adresse aux familles et entourage des personnes toxicodépendantes ainsi qu'à toute personne désireuse de s'informer sur les questions liées aux drogues.



ARGOS
association d'aide aux personnes toxicodépendantes

Toxicomanes et familles : ADF

Les toxicomanes ne sont pas les seuls à souffrir. Les familles sont confrontés à de lourds problèmes directement liés à la toxicomanies de leurs enfants ou proches :

- sentiment de culpabilité et de honte ;
- méconnaissance du réseau de soins (problème souvent rencontré) ;
- sentiment d'exclusion ;
- coupure affective avec leurs enfants/proches ;
- relation conflictuelle voir violente avec leurs proches.

En 1994 naît l'Antenne Drogue Famille (anciennement AGPCD : Association Générale des Personnes Concernées par les problèmes liés à la Drogue). Il s'agit d'une association genevoise de personnes bénévoles faisant partie d'une fédération romande regroupant d'autres associations. Leur but est de venir en aide aux familles de toxicomanes. L'ADF fait partie de la Commission Mixte.



ADF est subventionné par deux organismes : le Département de l'Action Sociale et de la Santé (plus précisément Fond Drogue, géré par la Commission Mixte) ainsi que par des fonds privés.

But / action :

- Offrir une écoute ;
- informer ;
- soutien moral ;
- orientation des familles dans le réseau de soins ;
- partage d'expériences (séances en groupe ou individuelle) à tout les niveaux (début mais aussi fin de l'histoire du toxicomane) ;
- aider les parents dans toutes les démarches (ex : demandes d'AI, logements, etc.) ;
- conférences régulières avec des acteurs professionnels du réseau.

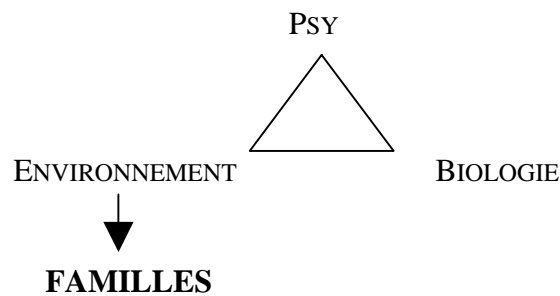
Comme cité plus haut, un des gros problèmes rencontrés par les familles est le sentiment d'exclusion du réseau. Plus concrètement, les familles ne connaissent pas (ou mal) les thérapies (ou possibilités de thérapies) entreprises sur leurs enfants. Les prestations proposées par le réseau leurs sont aussi inconnues. Le secret médical pourrait-il être responsable d'une partie du rejet des parents ? la question reste ouverte. Pour ADF, il est important que les

Dépendances aux drogues illicites : la prise en charge dans le réseau de soins à Genève

familles ne se sentent pas isolées. ADF informe et oriente ces parents ce qui ne correspond pas à une thérapie.

Les avancées biomédicales de ces dernières années ont permis de considérer les toxicomanes comme des malades chroniques et non plus comme des individus faibles ayant succombé à un vice. Ce changement d'optique a contribué à alléger la culpabilité ressentie par les familles.

Auparavant, la famille était oubliée et n'était pas prise en considération comme personne souffrante... la famille se retrouvait SEULE. Pourtant, nous nous rendons compte que la prise en charge des familles fait partie intégrante du triangle de la dépendance et de la vision bio-psycho-sociale intégrée de la prise en charge du toxicomane.



En clair : prendre en charge la famille c'est aider l'enfant toxicomane.

CONCLUSIONS

Au cours de ces quatre semaines, nous avons constaté que les différents acteurs du réseau ont eu le courage de se poser les vraies questions en matière de toxicomanie et d'y apporter des réponses originales et intégrées. L'épidémie de SIDA a opéré comme un électrochoc et a permis aux intervenants du réseau socio-sanitaire de réellement collaborer et d'élaborer des stratégies efficaces, notamment en ce qui concerne les patients héroïnomanes.

Depuis 10 ans, le réseau s'est construit et diversifié afin de prendre en charge au mieux le patient dans sa situation particulière. Toutefois, les défis à relever ne manquent pas. L'augmentation de la consommation de cocaïne et le cortège de problèmes que cela implique font partie des préoccupations majeures des professionnels travaillant dans le domaine. En outre, malgré une bonne collaboration, les données sont éclatées et peu fiables. Une meilleure communication est nécessaire afin de recouper un maximum d'informations et d'avoir un aperçu de la réalité le moins biaisé possible. Enfin, grâce au contact que nous avons eu avec des parents de toxicomanes, nous avons pris conscience que les proches d'un patient souffrant de toxicodépendances devaient être mieux intégrés dans la prise en charge thérapeutique du fait de leur propre souffrance et du rôle qu'ils peuvent avoir dans la guérison de leur proche

REMERCIEMENTS

Nous tenons sincèrement à adresser nos remerciements à toutes les personnes nous ayant aidé, de près ou de loin, à la réalisation de ce projet d'immersion en communauté en nous consacrant leur temps et leurs expériences.

Notamment :

Dr. Annie Mino	(DASS)
Dr. Barbara Broers	(division d'abus de substances)
Dr. Christian Junet	(Champel)
Dr. Becirevic	(Navigation)
Dr. Philippe Chastonay	(Médecine sociale et préventive)
Dr. Didier Cuenod	(PEPS)
Monsieur Christophe Mani	(Groupe SIDA Genève)
Monsieur Thierry Musset	(HUG)
Madame Daniël Geisendorf	(Antenne Drogue Famille)
Madame Durand Ballivet	(Antenne Drogue Famille)