

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

## **ADDICTIONS:**

**NOUVELLES ZONES,  
NOUVELLES OFFRES**

**LE RAPPORT D'ACTIVITE  
2004**

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



# TABLE DES MATIERES

	PAGE
L'EQUIPE EN 2004	3
PREAMBULE	5
INTRODUCTION	9
LA SCENE	13
NOUVELLES ZONES ?	14
LA ZONE, LES ZONES	16
SYNTHESE	17
CANNADO	19
CANNADO, QU'EST-CE QUE C'EST ?	20
OBJECTIFS DE LA CONSULTATION CANNADO	23
EN CONCLUSION	24
PREVENTION PRIMAIRE	25
TYPES DE PRESTATIONS	26
INTERVENTIONS A DES GROUPES D'ELEVES	26
CONFÉRENCES - DÉBATS	27
EN CONCLUSION	28
PREVENTION SECONDAIRE	29
CONSULTATION POUR PARENTS	30
LE RÂTEAU	33

<b>PREVENTION TERTIAIRE</b>	<b>35</b>
EVOLUTION DES DEMANDES DE TRAITEMENT : ÉTAT DES LIEUX	36
FAMILLE - ADOLESCENTS - CANNABIS	39
THÉRAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE (TCC) INDIVIDUELLE OU EN GROUPE	43
PATHOLOGIES SOMATIQUES ET SOINS	44
PATHOLOGIES SOCIALES ET SOINS	46
<b>AIDE A LA SURVIE</b>	<b>49</b>
LES ACTIVITÉS ET LES OFFRES DU 13OUVERT	50
LA POPULATION DU 13OUVERT	52
QUELQUES STATISTIQUES CONCERNANT LE 13OUVERT	53
L'AUTOMATE À SERINGUES	54
LE JARDIN POTAGER SOCIAL	57
<b>CONCLUSION</b>	<b>59</b>
<b>ACTIVITES ET RELATIONS EXTERIEURES</b>	<b>61</b>
<b>REMERCIEMENTS ET DONATEURS</b>	<b>69</b>
<b>STATISTIQUES ET COMMENTAIRES 2004</b>	<b>73</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>85</b>
LE CONCEPT « CANNADO »	86
PROTOCOLE DES SANCTIONS AU 13OUVERT	89

# L'EQUIPE EN 2004

Pierre-Alain PORCHET	médecin directeur	60%
Irène MARGUERAT-PORCHET	psychologue - psychothérapeute FSP	25%
Gilbert FORNEROD <b>Jusqu'au 31 mai 2004</b>	sous-directeur responsable du secteur thérapeutique assistant social - référent psychosocial	100%
Astrid REICHENBACH	psychologue - psychothérapeute FSP	50%
Daniel BUGNON	sous-directeur responsable du secteur administratif éducateur spécialisé - référent psychosocial	100%
Valérie WENGER PHEULPIN	responsable du secteur de la prévention primaire et secondaire éducatrice spécialisée - référente psychosociale	50%
Michel CATTIN	co-responsable du secteur thérapeutique thérapeute de famille référent psychosocial	100%
Clément DESCOEUDRES	licencié en sciences sociales référent psychosocial	100%
Jean-Marie COSTE	co-responsable du secteur thérapeutique infirmier en psychiatrie - référent psychosocial	100%
Philippe BERSET	responsable du secteur aide à la survie psychologue – infirmier en psychiatrie référent psychosocial	80%
Laure OLIVERI <b>Jusqu'au 31 juillet 2004</b>	psychologue - référente psychosociale	90%
Jacques-André KUMMER	psychologue - référent psychosocial	80%
Christophe JAGGI	collaborateur social référent psychosocial	100%
Paul André CACHELIN	éducateur spécialisé référent psychosocial	100%
Maximo SOLER	ergothérapeute - référent psychosocial	80%
Véronique EVARD <b>Jusqu'au 30 avril 2004</b>	infirmière assistante référente psychosociale	75%

Magali KRAEMER <b>Dès le 1<sup>er</sup> mars 2004</b>	psychologue - référente psychosociale	100%
Yvan GRECUCCIO <b>Dès le 1<sup>er</sup> juin 2004</b>	psychologue – référent psychosocial	80%
Ian GIRARDBILLE <b>Dès le 07 juin 2004</b>	référent psychosocial	80%
Dora BOVET <b>Dès le 1<sup>er</sup> juillet 2004</b>	infirmière en psychiatrie référente psychosociale	80%
Magali STEINEMANN	assistante en pharmacie	65%
Nicoletta ERARD	secrétaire sociale	100%
Sylvie KURZ	secrétaire sociale	50%

# **PREAMBULE**

Plusieurs années nous avons donné dans ce préambule la plume à un auteur extérieur à l'institution mais significatif dans son apport à la compréhension du phénomène des addictions.

Les choses changent extrêmement vite mais la compréhension des phénomènes s'aiguise et nous assistons progressivement à la mise au point d'un consensus qui devient mondial et qui enterre définitivement la guerre des chapelles.

Pour preuve, l'**Organisation Mondiale de la Santé (OMS)** a publié en 2004 un rapport extrêmement intéressant et important qui a de plus le bénéfice de mettre en évidence les progrès considérables qu'ont permis les neurosciences dans le domaine des addictions :

## **"NEUROSCIENCES : USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET DÉPENDANCES" (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ 2004)**

nous vous en livrons ici les conclusions :

### **"Conclusions et conséquences pour les politiques de santé publique.**

*Le présent rapport dresse un résumé des progrès des neurosciences accomplis ces dernières décennies dans la compréhension de l'usage des substances psychoactives et de la dépendance, et envisage certaines questions d'éthique qui leur seront liées. L'évolution des neurosciences a fait faire un bon en avant à nos connaissances de l'usage des substances psychoactives et de la dépendance. Il est souhaitable que les acteurs administratifs et professionnels compétents jouent un rôle majeur dans la résolution de ces problèmes aux niveaux régional et mondial.*

### **La charge mondiale de morbidité...**

*Une part importante de la charge mondiale de morbidité et d'incapacité est attribuable à l'usage de substances psychoactives. A son tour, la charge attribuable à l'usage de substances est pour une large part associée à la dépendance. Le tabac et l'alcool sont largement responsables du chiffre de la charge morbide totale. Les mesures visant à réduire les dommages dus au tabac, à l'alcool et à d'autres substances psychoactives sont par conséquent des éléments majeurs des politiques de santé. En matière de recherche scientifique, les neurosciences sont un domaine en croissance rapide. Si les connaissances sont loin d'être complètes, une masse importante de données permettent cependant l'orientation des politiques vers la réduction de la charge de morbidité et d'incapacité associée à l'usage de substances. Les recommandations ci-dessous visent à développer l'esprit d'ouverture et à aider tous les partenaires à se mobiliser.*

## **Substances psychoactives...**

*Toutes les substances psychoactives peuvent être nocives pour la santé suivant le mode de consommation, la quantité consommée et la fréquence de consommation. Les dommages diffèrent avec la substance et la réponse de la santé publique à l'usage de substances devrait être proportionnée aux dommages sanitaires qu'elles provoquent. Il n'y a rien d'étonnant à ce que les substances psychoactives soient utilisées, vu leurs effets sur le système de récompense, la pression des pairs et le contexte social d'utilisation. La rencontre initiatique avec un produit ne conduit pas nécessairement à la dépendance, mais plus la quantité consommée et la fréquence de consommation sont grandes, plus le risque de dépendance est élevé.*

## **Les dommages pour la société...**

*Les dommages pour la société ne sont pas dus qu'aux personnes dépendantes. Des dommages considérables sont imputables à des personnes non dépendantes, et résultent d'intoxications aiguës et de surdoses, ainsi que du mode d'administration (injections au moyen de matériel non stérile). Il existe toutefois des politiques et des programmes de santé publique efficaces qui, mis en oeuvre, entraînent une baisse importante de la charge globale liée à l'usage de substance.*

## **Une perturbation complexe...**

*La dépendance aux substances psychoactives est une perturbation complexe, qui met en jeu des mécanismes biologiques touchant le cerveau et sa capacité à maîtriser la consommation. Les déterminants ne sont pas seulement biologiques et génétiques, des facteurs psychologiques, sociaux, culturels et environnementaux interviennent également. On ne dispose à l'heure actuelle d'aucun moyen permettant d'identifier les personnes qui deviendront dépendantes - ni avant le début de la consommation de drogue, ni après.*

**La dépendance aux substances psychoactives n'est pas une défaillance de la volonté ni un signe de faiblesse de caractère, mais une perturbation d'ordre médical susceptible de toucher n'importe quel être humain. La dépendance est une affection chronique et récurrente, souvent présente en même temps que d'autres affections physiques ou mentales.**

## **La comorbidité...**

*La comorbidité entre la dépendance et diverses autres maladies mentales est fréquente ; l'adoption d'une approche intégrée rendrait très efficaces l'évaluation, le traitement et la recherche. Les stratégies de traitement et de prévention concernant une substance donnée pourraient être utilement documentées par la connaissance sur le traitement et la prévention d'autres maladies mentales ou de la dépendance à d'autres substances. La prise en compte de la comorbidité (consommation de substances-autres troubles mentaux) est donc nécessaire dans le cadre des bonnes pratiques de traitement et d'intervention appliquées aux maladies mentales aussi bien qu'à la dépendance aux substances psychoactives.*

## **Le traitement de la dépendance...**

*Le traitement de la dépendance n'a pas seulement pour but l'arrêt de la consommation de drogue - c'est un processus thérapeutique qui implique des changements de comportement, des interventions psychosociales et, souvent, le recours aux médicaments psychotropes de substitution. **La dépendance peut être prise en charge et traitée de manière rentable, en sauvant des vies, en améliorant la santé des personnes touchées et de leur famille, et en réduisant les coûts pour la société.** Le traitement doit être accessible à tous ceux qui en ont besoin. Il existe des interventions efficaces ; elles peuvent être intégrées dans les systèmes de santé, y compris dans les soins de santé primaires. Le secteur santé a besoin de fournir les traitements qui ont le meilleur rapport coût-efficacité.*

## **Stigmatisation et discrimination...**

*L'un des principaux obstacles au traitement et aux soins aux personnes ayant une dépendance ou des problèmes apparentés est que ces personnes souffrent de stigmatisation et de discrimination. Quelle que soit l'importance de la consommation de substance et la nature de la substance consommée, toutes les personnes ont des droits identiques concernant la santé, l'éducation, les perspectives d'emploi et la réintégration dans la société.*

## **Les investissements...**

*Les investissements dans la recherche en neurosciences doivent se poursuivre et se développer pour inclure les investissements dans la recherche, en matière de sciences sociales, de prévention, de traitement et de politiques de santé. Pour réduire la charge de morbidité due à l'usage de substance et aux troubles associés, on s'appuiera sur des politiques et des programmes solidement documentés par les résultats de la recherche et de ses applications.*

## **Questions éthiques graves...**

*Enfin, des questions éthiques graves se posent avec l'arrivée de technologies et de thérapies nouvelles pour la prévention et le traitement de la dépendance et des problèmes connexes. Ces questions devront être examinées prioritairement dans un cadre national et international par les scientifiques et les décideurs."*

*"Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendances" (Organisation Mondiale de la Santé 2004)*

# INTRODUCTION

## "Les temps sont durs"

Beaucoup de travail ... peu de temps !!! mais une équipe enthousiaste et responsable qui a vraiment pris sur elle de présenter ce rapport :

"NOUVELLES ZONES, NOUVELLES OFFRES".

Malgré une surcharge considérable chacun a eu à cœur de ne pas céder au découragement et, sous prétexte de priorités, de se contenter cette année d'un rapport de gestion.

C'est pour moi l'occasion de dire ici à quel point je suis heureux et, disons-le, fier de travailler avec une telle équipe.

L'homogénéité du texte dut-il en souffrir, il me semble juste que le travail de chacun soit reconnu et que les "articles" soient signés.

## "Les temps sont durs ! "

Nous savons bien que les fonds publics sont en "désespérance", qu'il faut économiser, que des moyens supplémentaires sont de l'ordre du rêve.

Le problème, c'est que les phénomènes liés aux addictions, et hélas à celles d'une population de plus en plus jeune, n'en tiennent pas compte !

## "Nouvelles zones, nouvelles offres"

On le sentait bien venir, surtout dans les deux rapports précédents : les choses changent.

Il y a les changements positifs qu'impliquent les progrès des neurosciences et la meilleure compréhension qu'ils nous donnent des mécanismes complexes au niveau du cerveau, nous offrant ainsi de nouveaux outils.

Mais, hélas, les temps changent aussi de manière plus inquiétante.

**Si les patients héroïnomanes, image traditionnelle du "toxico", vieillissent et se chronifient, exigeant ainsi une adaptation de leur accompagnement thérapeutique, les demandes de soin de patients souvent très jeunes, victimes "piégées" par l'ignorance des dangers de l'usage abusif de cannabis, d'alcool et de dérivés amphétaminiques (ecstasy, pilule thaïe,) se multiplient.**

Il y a peut-être cinq ans ces demandes n'existaient tout simplement pas.

Certes, les débats autour de la dépénalisation du cannabis ont fait prendre conscience du danger à de nombreux citoyens adultes (parents, éducateurs, écoles, etc., cf. suite du rapport) et les choses « bougent dans le bon sens » mais les chiffres sont inquiétants.

Si la part des jeunes qui ont consommé à titre purement expérimental (une seule fois) du cannabis reste à peu près stable, depuis 1986 la consommation fréquente de cannabis des écolières et écoliers de 15 à 16 ans a plus que quadruplé.

**En Suisse, 6,5 % des adolescents de 15 à 19 ans et 5 % des 20 à 24 ans consomment du cannabis tous les jours et mettent ainsi en danger leur équilibre psychique et leur évolution sociale.***(ISPA 2004)*

**"Les temps sont durs !"**

**Ces très jeunes exigent une approche spécifique**, si possible dans d'autres locaux et avec une intervention systémique et familiale très importante (à cet âge les parents sont indispensables au traitement).

Nous changeons la répartition des forces dans l'institution, nous avons de nouveaux concepts (cannado, collaboration avec les écoles, la justice, etc.) mais la vague de ces nouvelles demandes enfle et nous devons rapidement nous équiper si nous ne voulons pas être submergés.

Il s'agit-là **d'une exigence éthique** car elle concerne une part importante des plus jeunes et coloriera inmanquablement l'avenir de notre société.

C'est tout autant **une exigence économique** : quel formidable potentiel d'économies en frais médicaux et en frais sociaux pour un investissement certes minime et indispensable mais... nouveau !

**"Les temps sont durs !"**

Investissements nouveaux ?

Dans ce cadre précis, la question est stimulante pour l'intelligence politique et sa capacité d'être responsable au-delà d'une échéance budgétaire.

"J'ai fait un rêve ... "

*Martin Luther King*

Pierre-Alain Porchet



# LA SCENE

- **Nouvelles zones ?**
  - **Hypothèses macro-sociales**
  - **De nouveaux demandeurs**
  
- **La zone, les zones ?**
  - **La zone « old school »**
  - **La zone de la nuit**
  - **Les ados fumeurs de joints**
  
- **Synthèse**

Les rapports des années précédentes ont largement abordé les questions soulevées par **l'arrivée en force de produits stimulants puissants** sur le marché de la drogue. Nous avons évoqué le cas de la cocaïne, un produit qui depuis une petite décennie s'est largement « démocratisé », cessant ainsi de demeurer une substance réservée à une « élite » fortunée baignant dans les sphères de la finance ou des arts. Nous avons également brossé un rapide « portrait » des amphétamines « thaïes » et des conséquences extrêmement néfastes d'une consommation abusive sur les plans psychique et social. Enfin, *last but not least*, le thème du cannabis a alimenté notre réflexion du rapport 2002.

Parallèlement, nous avons timidement commencé de parler d'une stagnation, voire même d'une certaine diminution de la consommation d'héroïne. Plus précisément, nous constatons un recul des demandes de traitement liées à des dépendances aux opiacés.

## **NOUVELLES ZONES ?**

Est-il légitime, dès lors, d'affirmer que l'on assiste à l'émergence de « nouvelles zones » ? En l'occurrence, nous pensons qu'une réponse normative est de mise : peut-être, peut-être pas, certainement toutefois. Peut-être car l'actualité des dépendances insiste de plus en plus sur des réflexions relatives à d'autres dépendances que l'héroïne. Peut-être pas car ces « nouvelles zones », en fait, ne sont pas à proprement parler « nouvelles ». Les hippies fumaient déjà massivement du **cannabis** et ils n'ont pas été des « pionniers en la matière » et le mouvement « rave », au sein lequel circulent passablement de **produits stimulants et/ou euphorisants**, n'en est plus à ses premiers balbutiements.

En revanche, ce qui constitue un véritable changement, c'est **l'accroissement spectaculaire des demandes de soins émanant de ces consommateurs-là**. Ce qui est nouveau, c'est que cette consommation touche **des personnes qui semblent de plus en plus jeunes**.

## **Hypothèses macro-sociales**

Différentes hypothèses permettent de rendre compte de ces réalités. La bonne vieille **loi de l'offre et de la demande**, dans ce chapitre, mérite la mention. De plus en plus de produits aux effets variés sont proposés. Actuellement, le mercantilisme des réseaux traditionnels du trafic fait que la qualité de l'héroïne a fortement baissé (mais certainement pas les profits engendrés !). Ainsi, les personnalités enclines à se « changer la tête » ont le choix. Et souvent, actuellement, ce choix se dirige vers des produits moins diabolisés que l'héroïne et encore plus accessibles financièrement. Ces produits sont jugés, le plus souvent à tort, beaucoup moins dangereux ; ils sont socialement considérés comme moins inacceptables. Ajoutons dans ce registre socio-économique la facilité d'accès aux produits dont les pénuries sont relativement rares (le cas du cannabis l'illustre bien).

Une autre hypothèse relève plus de **la sociologie**. Elle permet de rendre compte, en lien avec l'abondance de l'offre, du fait que les consommateurs rencontrent les produits

stupéfiants de plus en plus précocement. On le sait, nous vivons dans une société qui abonde dans l'**idéal de performance**. Les critères de réussite, de popularité et de séduction sont magnifiés. Les exigences scolaires et professionnelles sont élevées et pour survivre, il faut être « au top », ce qui est largement relayé par les médias. A cela s'ajoute la **difficile construction identitaire** de l'adolescent qui se voit contraint d'établir ses choix de tout ordre sur la base d'une pléiade de valeurs, d'idéaux ou encore de modèles de croyances, lesquels ont cessé d'être d'emblée transmis de générations en générations. Cette « quête » peut être passionnante, mais il est aisé de s'y perdre. Cette « quête » peut s'avérer stimulante pour les jeunes adultes dont l'assise narcissique est bien établie mais se révéler extrêmement risquée - voire impossible - pour les plus fragiles qui n'auront pas bénéficié des mêmes apports sécurisants de la part de leur entourage (en premier lieu la famille).

**Chez les plus vulnérables**, au vu de la réalité de l'abondance de l'offre et de l'angoisse que peut générer la perspective de l'échec, **le risque addictif peut se révéler important**. La fonction du produit sur leur économie psychique peut concerner soit (ou à la fois) un besoin d'anesthésier la représentation d'une réalité jugée trop anxiogène (ou dépressogène) ou l'illusion de trouver un support « efficace » supposé « mettre à niveau » des compétences sociales ou professionnelles vécues comme déficientes.

### **De nouveaux « demandeurs »**

Ces hypothèses ne rendent néanmoins pas compte de **la question de l'accroissement de la demande de soins de la part de consommateurs jeunes et non héroïnomanes**.

L'une des hypothèses pourrait être de penser que nous assistons, chez les consommateurs de « **club drugs** » (produits stimulants et/ou euphorisants circulant notamment dans les « rave »), à **la fin d'une « lune de miel collective »**. Après une dizaine d'années pendant lesquelles cette « zone » a largement dénié la dangerosité des produits consommés, la confrontation à la réalité est inévitable. Ainsi, l'un de leur *leitmotiv* selon lequel « ils ne sont pas toxicomanes puisqu'ils ne sont pas crochés à l'héroïne » est relativisé, voire même battu en brèche par nombre d'entre eux dont la situation psychosociale est chaotique. De plus en plus nombreux sont ceux qui, revendiquant une identité de « noceurs », se retrouvent sur le carreau.

Alimentant toujours notre réflexion, le « cas cannabis » révèle un paradoxe intéressant.

Le paradoxe est qu'alors que d'aucun s'inquiète de **la banalisation du cannabis** (notamment sur le plan politique suite aux débats liés à la dépénalisation de ce produit abondamment consommé sous nos latitudes), **les demandes de soins formulées par des consommateurs sont en constantes augmentation**. Est-ce le signe que les citoyens, consommateurs ou non, commencent à percevoir le cannabis tel qu'il est, à savoir un produit stupéfiant qui, à l'instar des autres, n'est pas à diaboliser en tant que tel mais qui recèle tout de même un potentiel de dangerosité manifeste ?

Eloigné des débats émotionnels suscités par le cannabis, le Drop-in a entamé une réflexion soutenue concernant **l'offre de nouveaux « outils » préventifs ou thérapeutiques** (cf. chapitres « prévention primaire », « prévention secondaire » et « cannado ») afin de répondre à des demandes croissantes émanant de jeunes consommateurs, de parents, d'écoles ou encore de la justice.

Pour revenir à notre question de départ, soulignons la réalité de l'émergence de « **nouveaux consommateurs** » dont beaucoup revendiquent eux-même leur appartenance à une « zone ».

## LA ZONE, LES ZONES

Dans notre jargon, le terme de « zone » désigne un ensemble de consommateurs partageant des modes de consommation similaires et ayant en commun certaines habitudes, certains « réflexes conditionnés ». Bien entendu, ces « zones » n'ont rien d'hermétique et sont constituées de personnes aux personnalités ou problématiques très diverses. Le développement qui suit ne doit en aucun cas être considéré comme une photographie exacte de la réalité, mais bien plutôt comme une présentation quelque peu stéréotypée de cette même réalité<sup>1</sup>.

### La zone « old school »

Il y a bien entendu la « zone » que l'on connaît, celle qui demeure visible. Elle est essentiellement composée de **consommateurs fortement désinsérés socialement** qui, pour la plupart, ont derrière eux une longue carrière de polytoxicomanie. La dépendance à l'héroïne n'est pas forcément la règle, mais elle est proportionnellement très importante. Cette zone fréquente certains lieux facilement identifiables bien qu'en raison des désagréments qu'elle provoque (trafic, violence, descente de police, etc.), les endroits de rencontre changent régulièrement. Autour de cette zone gravite également d'autres personnes dont le dénominateur commun est probablement la désinsertion sociale et la **fragilité psychique**. Il peut aussi bien s'agir de personnes souffrant d'alcoolisme, de troubles psychiatriques ou tout simplement d'inactivité ou de solitude.

### La zone de la nuit

Nous l'avons mentionné plus haut, une autre zone est celle que l'on rencontre la nuit. Souvent adeptes du **mouvement « rave »**, ces consommateurs, souvent plus jeunes et moins dés-insérés que les premiers, recherchent dans le produit la stimulation extrême (cocaïne ou amphétamines thais), l'euphorie ou encore le sentiment d'empathie (ecstasy). Les **prises de risques** sont parfois démesurées, tant sur les plans des produits, de la sexualité, des dépenses d'argent ou encore de la conduite automobile. Certes, la grande majorité des « ravers » ne présente pas d'addiction grave. Cependant, pour les plus vulnérables d'entre eux, le risque de dépendance et de désinsertion sociale massive est éminemment sérieux. De même, au vu de la dangerosité des produits consommés, le danger de **décompensation psychiatrique** est important.

---

<sup>1</sup> Mentionnons que bon nombre de toxico-dépendants ne s'identifient à aucune « zone » et ne les fréquentent pas. Qu'ils soient insérés socialement (c'est généralement leur cas) ou non, ils consomment seuls ou, à la rigueur, en couple. Les seuls contacts qu'ils entretiennent avec la zone a lieu lors de l'achat de produit ou, le cas échéant, dans les lieux de soins.

## Les ados fumeurs de joints

Autre zone, autre tranche d'âge, autres habitudes : **les consommateurs de cannabis**. Plus encore que les deux précédentes, cette catégorie est extrêmement hétérogène. L'idée, ici, est de se cantonner aux consommateurs les plus jeunes, à savoir les adolescents ou post-adolescents.

Généralement, ils consomment en « **bande** ». Le joint est valorisé en tant que « fétiche » du groupe auquel le jeune appartient. Il est un signe de ralliement et, en quelque sorte, l'un des éléments qui inclut le jeune dans la bande. Le joint permet également, bien entendu, de **signaler une opposition** aux « valeurs traditionnelles » ou à la Loi.

A nouveau, la dangerosité du cannabis dépend de plusieurs facteurs dont le principal est la structure de **la personnalité du jeune**, sa capacité ou non à établir des limites à sa consommation, sa capacité à établir des limites entre lui-même et le groupe de pairs et/ou le « mouvement » auquel il appartient (mouvement « hip-hop » par exemple au sein duquel le cannabis est souvent valorisé). Les **limites imposées par la famille** sont bien entendu déterminantes dans l'établissement ou non d'une consommation abusive.

La plupart de ces jeunes eux vivent encore chez leur parent ou y sont retournés après leurs premiers déboires. La désinsertion sociale, scolaire ou professionnelle est parfois en point de mire mais est rarement aussi manifeste que chez les consommateurs plus âgés. Pour le thérapeute, il est parfois plus aisé de considérer que leur avenir est encore devant eux. Néanmoins, par rapport à notre pratique, soulignons qu'il est parfois **difficile de les fidéliser** tant il est vrai que souvent, **leur demande de soins émanent d'injonctions de l'entourage (parents, écoles, justice)**. Autrement dit, pour une partie non négligeable d'entre eux, la « lune de miel » avec le produit n'est pas achevée. Notre offre préventive ou thérapeutique doit en tenir compte sous peine d'être décalée (et donc de favoriser une attitude oppositionnelle) par rapport à la réalité du jeune. Sur le plan thérapeutique toujours, le travail avec la famille est non seulement souhaitable, mais impératif (cf. article « Famille-Adolescents-Cannabis »).

## SYNTHESE

Pour résumer, rappelons que la consommation abusive d'autres substances psychoactives que l'héroïne n'a absolument rien de nouveau si ce n'est qu'elle semble en augmentation. **Ce qui est inédit concerne notre pratique : de plus en plus, les demandes de traitement sont précisément liées à ces « autres dépendances »**. A moins d'un revirement radical des modes de consommations actuel (retour en force de l'héroïne par exemple), les patients suivis par notre institution bénéficiant d'une substitution à la méthadone pourraient devenir minoritaires dans les dix prochaines années. **Cette réalité nous oblige à constamment réfléchir à un élargissement voire à un redéploiement de notre offre thérapeutique.**

Jacques-André Kummer



# CANNADO

- **Cannado qu'est-ce que c'est ?**
  - **Cannado « justice »**
  - **Cannado « école »**
  - **Evolution de cannado : consultation pour adolescents**
  
- **Objectifs de la consultation cannado**
- **En conclusion**

Dans notre rapport d'activité de 2003 intitulé « le cas cannabis », nous faisons part de notre inquiétude concernant **l'augmentation de la consommation des produits psychotropes chez les adolescents** et plus particulièrement chez les plus jeunes.

La consommation du **cannabis** devenant un **phénomène de masse**, une **banalisation dangereuse** s'est installée dans notre société. Des consommateurs de plus en plus jeunes utilisent ce produit, ce qui entraîne d'importants problèmes, en particulier chez les plus vulnérables d'entre eux.

En effet, les connaissances scientifiques ne cessent d'évoluer et nous montrent que le cannabis provoque bien des **effets néfastes**. Outre le risque de maladies somatiques à plus ou moins longue échéance ou d'intoxication aiguë dû à des taux de THC de plus en plus élevés, la consommation régulière entraîne souvent par exemple des troubles de la mémoire à court terme et de la concentration, réduisant ainsi fortement les capacités « d'apprentissage ».

En plein débat sur la dépénalisation de la consommation du cannabis, nous avons en 2003 choisi de promouvoir **l'interdit social** face à un interdit pénal inefficace. Parallèlement à cette démarche, nous avons tiré la sonnette d'alarme face aux **dangers du cannabis** pour une **population jeune et fragile**.

En France également, pays connu pour sa grande sévérité en matière de drogue, une nouvelle campagne intitulée « **Le cannabis est une réalité** » tente aujourd'hui de mettre l'accent sur les **risques de l'usage** et non plus sur **l'interdit pénal**.

Face à cet inquiétant constat, nous avons décidé de réagir en mettant en place une **consultation pour adolescents** rencontrant des problèmes de consommations de produits psychotropes. Nous l'avons appelé **cannado**.

## **CANNADO, QU'EST-CE QUE C'EST ?**

Comme nous venons de le voir, la réflexion ayant conduit à la création de ce projet s'inscrit dans une certaine **continuité**.

Début 2004, afin de répondre aux **demandes des juges** ou des directeurs d'école, nous avons décidé de conceptualiser nos interventions avec les jeunes mineurs, consommateurs de produits psychotropes.

### ➤ **Cannado « justice »**

En nous inspirant des Plages Santé du Centre PLUS de Bienne ainsi que de la collaboration du Drop-In de Bienne avec le Tribunal des mineurs, nous avons mis en place le **concept « cannado »**. Le CAPT a également inauguré une approche similaire avec le Tribunal du District du Val-de-Travers.

Il s'agissait de proposer une **alternative aux mesures pénales** ou aux sanctions généralement ordonnées dans ce genre de situations (astreinte au travail, amendes, etc.).

Le **concept**, dont un exemplaire se trouve dans les annexes de ce rapport d'activité, est formé de **4 piliers**:

1. Le **mineur** est **reçu seul** pour deux entretiens individuels (obligatoire)
2. Les **parents** sont reçus seuls (recommandé)
3. Le **mineur et les parents** sont reçus **ensemble**. C'est souvent l'occasion de faire un bilan de situation et de savoir comment la famille a vécu ces consultations (recommandé)
4. L'intervenant en addiction prend **contact avec l'Autorité** qui a envoyé le jeune afin de lui signaler s'il s'est bien rendu à ses rendez-vous. **Aucune information** concernant le **contenu** des entretiens **n'est divulguée**.

Pour l'**année 2004**, nous avons reçu **17 adolescents** envoyés par le président de l'Autorité tutélaire du district de Boudry. Toutes les personnes ont suivi ce programme et la plupart des parents ont également participé à ces mesures.

Nous avons proposé un **suivi régulier** à 2 personnes dont la situation était particulièrement inquiétante. Elles sont toujours en traitement dans notre institution et bénéficient également d'entretiens de famille. Leur situation ne cesse de s'améliorer au fil des mois.

Un troisième adolescent nous a recontacté après quelques mois lorsqu'il a rencontré des problèmes scolaires. Il désirait entreprendre une prise en charge régulière.

Nous avons également **gardé le contact** avec certaines familles. Elles peuvent ainsi nous téléphoner ou venir nous voir lorsque la situation se péjore à nouveau. Cela permet souvent de rassurer les parents. Pour une aide à plus long terme, les parents peuvent même venir consulter notre psychologue psychothérapeute.

Le **bilan** de cette première année est **encourageant**. Les **échos** transmis par les familles et la justice sont **positifs**. Ils nous motivent à **développer cette expérience à une plus grande échelle**.

#### ➤ **Cannado « école »**

En collaboration avec les directions ou les médiations des collèges, lorsqu'un problème de consommation de produit psychotrope est avéré, nous pouvons appliquer le concept « cannado » en alternative à des heures de retenue ou des mises à pied temporaire.

Nous avons collaboré en 2004 avec les collèges de Cescole à Colombier et des Côteaux à Peseux.

## Collaboration avec Cescole :

Nous avons mis en place une collaboration plus spécifique avec ce collège d'école secondaire de Colombier. Grâce à la bonne relation existant entre notre institution, le médecin scolaire, la direction et la médiation du collège, nous avons établi à l'attention des enseignants une « **marche à suivre** » de **dépistage** des adolescents en difficulté.

Nous pouvons la résumer en deux mots : **repérer** et **signaler** !

L'**enseignant**, en première ligne, signale par exemple à la médiation les élèves dont les résultats scolaires baissent, l'absentéisme augmente ou le comportement change.

La **médiation** reçoit ensuite l'élève et en cas de besoin (consommations de cannabis avérées, etc.), l'envoie à la consultation **cannado**.

Une **évaluation de la situation** est établie et suivant sa gravité, un **suivi** est proposé. Nous travaillons alors en **réseau** avec les parents et l'école. Cela permet ainsi parfois d'éviter à l'adolescent un échec scolaire ou un renvoi définitif de l'école.

Un premier **bilan** de cette expérience pourra être tiré à la fin de l'année 2005. S'il s'avérait positif, nous pourrions alors la proposer aux **autres collèges secondaires** du littoral neuchâtelois.

### ➤ **Evolution de cannado : consultation pour adolescent**

Devant l'importance des problèmes de consommations problématiques de cannabis et le succès de l'expérience cannado « justice », nous avons décidé de proposer la consultation cannado à un **public plus large**.

Concrètement, nous avons ouvert un **lieu de consultation hors des murs du Drop-In**, car la mixité entre les jeunes consommateurs de cannabis et la population habituelle de l'institution devait être évitée. Nous ne voulions pas favoriser des rencontres « peu désirables » ou valoriser une identité de « toxicomane », chez des adolescents souvent en manque de repères.

En transformant un local sous notre bistro-ado le Râteau, nous avons la possibilité de créer à l'avenir un important « **Espace ado** » regroupant des prestations d'animations, d'informations et de consultation englobant les domaines de la **prévention primaire, secondaire et tertiaire**.

De plus, les renseignements et l'expérience acquise sur le terrain depuis plusieurs années lors des informations de prévention primaire dans les écoles, le travail au Râteau avec les adolescents ainsi que le suivi des toxicomanes au Drop-In ont mis à jour certaines **lacunes** dans les diverses offres proposées par nos institutions : il **manquait une structure** adaptée au suivi régulier des **jeunes consommateurs abusifs ou dépendants**.

Il est de plus en plus souvent constaté dans les **milieux de l'addiction** que **peu d'interventions brèves ou de traitements** à plus long terme ont été **jusqu'ici** instaurés pour les **adolescents**. C'est regrettable, car c'est souvent durant ces années

que s'ancrent de façon durable chez le jeune d'importants **habitus de consommations** de produits psychotropes. Ainsi lorsque l'utilisateur souhaite arrêter sa prise de substances quelques années plus tard, il est d'autant plus difficile pour lui de se défaire de sa dépendance.

**A l'adolescence, rien n'est encore figé.** Les consommations, même massives ne sont souvent pas encore « installées » depuis longtemps. Notre expérience nous montre qu'avec une **approche systémique** centrée sur la famille et un **suivi individuel** basé sur un travail du **renforcement de l'estime de soi**, une **amélioration de la situation du jeune** est souvent constatée avec comme conséquence à terme une **diminution** significative des **consommations** de produits psychotropes.

## **OBJECTIFS DE LA CONSULTATION CANNADO**

- Aider les adolescents à **faire le point sur leur consommation** et ses **conséquences** (apprentissage, école, vie sociale, etc.).
- Offrir aux jeunes dans **un lieu accueillant et gratuit**, une **écoute** attentive.
- Poser un **diagnostic** clinique sur leur situation avec des outils scientifiques adéquats (DSM-4, CIM-10, questionnaires, données d'anamnèse, etc.). Permet **d'évaluer le type de consommation** (récréative, abusive ou addictive).
- Apport **d'informations « objectives »** et **scientifiques** sur les **produits** et ses effets.
- Mettre en lumière les éventuelles **difficultés** ou **problèmes** du jeune, soulagés par les consommations de stupéfiants.
- Proposer à l'adolescent une **prise en charge** brève, un « coaching » ou un **suivi** à plus ou moins long terme.
- Accueillir, informer, écouter et soutenir les **parents**.
- Proposer un **suivi familial** (approche systémique) conjointement au suivi individuel lorsque cela est possible.
- **Travailler en réseau** avec l'école, l'Office des mineurs, l'OMP, les institutions pour adolescents, l'AEMO, les psychologues ou les pédopsychiatres privés.

## EN CONCLUSION

Après un début plus que prometteur, nous pensons que la consultation cannado va **se développer** dans les **années à venir**. Nous souhaitons présenter en 2005 cette nouvelle offre de prise en charge aux différents acteurs du champ médico-psycho-social neuchâtelois. Une **collaboration** semble **souhaitable** avec les **services officiels** déjà en place dans le domaine de l'adolescence (Office des mineurs, OMP, AEMO par exemple). Nous désirons aussi intensifier notre relation avec les différentes **écoles** du littoral. Pour terminer, face à des situations où l'aspect psychiatrique serait important, nous envisagerions une collaboration avec des pédopsychiatres (OMP, médecins privés) et/ou avec les hôpitaux psychiatriques cantonaux.

Clément Descoeurdes

# PREVENTION PRIMAIRE

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

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

- **Types de prestations**
- **Interventions à des groupes d'élèves**
- **Conférences-débats**
- **En conclusion**

## TYPES DE PRESTATIONS

La **prévention primaire** au Drop-In offre principalement des prestations **destinées à trois publics** :

- Informations individuelles aux **adolescents** dans le cadre de la préparation d'un exposé.
- Séances d'information à des **groupes d'élèves du secondaire inférieur, et supérieur** dans les écoles professionnelles.
- Soirées d'information destinées à un **public d'adultes** (parents, enseignants, professionnels divers, etc).

## INTERVENTIONS A DES GROUPES D'ELEVES

### GIS

Cette année nous avons poursuivi notre **collaboration avec le GIS pour les Journées santé**. Nous animons des ateliers pour des petits groupes d'élèves en fin de scolarité.

Nous effectuons également quelques séances d'information pour des groupes d'élèves provenant de collèges qui organisent des « journées prévention ».

### CPLN

**Depuis trois ans**, la direction du **CPLN**, inquiète de l'usage parfois problématique du cannabis ainsi que du nombre croissant de consommateurs présumés, **fait appel au Drop-In**.

Chaque année, elle met sur pied sa **campagne « Cannabis et apprentissage »**.

Cette prestation d'information et de prévention est **destinée aux élèves, aux parents et aux professeurs**.

En 2004, nous avons pour la deuxième fois rencontré **tous les élèves de première année** des différentes écoles du CPLN. Cela représente **environ 700 élèves**.

**Les groupes, d'une dizaine d'élèves, ont échangé sur les différents types d'usage des produits psychotropes légaux et illégaux**. Ils ont aussi eu l'occasion de **vérifier leurs connaissances au sujet des risques** qui peuvent accompagner une **consommation de cannabis ou d'un autre produit psychotrope**. Certains n'ont pas manqué de **situer leur consommation** en fonction des informations objectives et scientifiques apportées par les intervenants.

Lors de ces interventions au CPLN auprès d'élèves d'une moyenne d'âge de 17 ans, il a été très intéressant de noter qu'un pourcentage important des apprentis est passé par le stade de l'expérimentation. Pour plusieurs d'entre eux, la consommation expérimentale est devenue régulière, voire massive.

**Beaucoup de ces apprentis disent pourtant être revenus à l'abstinence ou à une consommation récréative occasionnelle**. Ce constat concorde avec des études qui

s'accordent sur une durée moyenne d'une année pour ce type de consommations massives.

**Ces modifications de l'usage sont principalement motivées par de « mauvais trip », des troubles de la mémoire et de la concentration et des effets jugés néfastes dans le domaine de la vie scolaire, professionnelle, sociale et affective.**

Un certain nombre de **consommateurs problématiques, abusifs ou dépendants** est chaque année **signalé** aux directions par les professeurs ou d'autres intervenants.

L'école, par l'intermédiaire de ses **conseillers aux apprentis, assure aux « transgresseurs »** une **écoute** et un dialogue. Le contexte et les causes des consommations sont prioritairement examinés.

Dans ce cadre, des collaborations avec le Drop-In peuvent se développer (cf. cannado).

Le CPLN inclut dans sa campagne des soirées d'information, animées par le médecin directeur de notre institution, pour les parents et les professeurs.

La qualité de l'évolution de notre collaboration avec le CPLN nous procure beaucoup de satisfaction. Les différents directeurs, doyens et conseillers aux apprentis partagent la philosophie de notre démarche. Ils prennent soin de dépister les situations problématiques de certains jeunes tant sous l'angle de la consommation de produits psychotropes que sous celui de l'état de santé général (psychique, physique, social).

Evidemment, davantage de signalements pourraient être faits aux conseillers aux apprentis. Pour cela, il sera probablement nécessaire de retravailler plus spécifiquement avec les professeurs qui ne sont pas encore tous suffisamment informés ou acquis à la démarche. Des discussions sont déjà en cours à ce sujet.

La direction du CPLN a inscrit, en décembre 2001, dans le règlement interne du centre : la consommation de cannabis est interdite (au même titre que celle d'alcool) dans le cadre de l'établissement et de ses alentours. Cet **interdit social, porté par tous les adultes** de l'école, peut s'avère **efficace**.

Il est très agréable de constater que le CPLN effectue aussi un **travail au niveau du contexte de vie** en faisant par exemple de ses bâtiments des espaces sans fumée. Des remaniements d'horaire ont amélioré le climat dans les classes en diminuant sensiblement le stress et la pression ressentis par les étudiants. La **cohérence de cette démarche** exemplaire doit beaucoup au fait qu'elle s'inscrit dans un **processus de promotion de la qualité de vie**.

## **CONFÉRENCES - DÉBATS**

Plusieurs associations de parents d'élèves, groupes de professionnels, ainsi que la fédération neuchâteloise des écoles des parents nous ont sollicités pour des conférence-débats. Le thème s'articule autour de la consommation de cannabis à l'adolescence.

Lors de ces soirées, nous présentons une partie théorique comprenant des définitions et décrivant le cadre de notre travail au Drop-In. Nous exposons aussi notre conception de la prise en charge des problèmes d'addiction.

Durant le débat, les participants échangent doutes, convictions, interrogations et expériences personnelles. Quand faut-il s'inquiéter, comment réagir, est-ce toujours grave ? Quel rôle pour les parents ? etc...

Nous réfléchissons ensemble au sens de la consommation de produits psychotropes à l'adolescence. Est-il le même que pour les adultes ?

L'objectif principal de cette discussion est d'orienter le débat sur les spécificités de l'adolescence et de rassurer les parents sur leurs compétences et leur droit (devoir) à prendre position clairement. Ce d'autant plus qu'ils peuvent être confronté à un adolescent qui s'ingéniera à faire penser qu'ils ne sont plus dans le coup !

Deux des conclusions principales de ces soirées consistent :

- à encourager les parents à rester les détenteurs de l'autorité, des limites et des règles en vigueur au sein de leur famille
- à observer leur enfant globalement en s'attachant plus à son état de santé général (comment va mon enfant ?) qu'à la détection des yeux rouges qui ne leur en diront pas forcément beaucoup sur la vie de leur progéniture grandissante.

## **EN CONCLUSION**

Le débat autour de la dépénalisation et son aboutissement au statu quo auront finalement provoqué chez certains responsables scolaires et citoyens-parents l'envie d'une meilleure compréhension des phénomènes liés aux addictions.

Nous nous réjouissons de pouvoir travailler dans ce climat qui favorise l'intégration de la nécessité d'un positionnement des adultes en tant que garants et promoteurs de l'interdit social en matière de consommation de produits psychotropes par les jeunes.

Ce début de consensus ouvre la porte à de nouvelles pistes de réflexion et d'action que nous nous efforcerons d'élaborer à l'avenir.

Valérie Wenger Pheulpin

# PREVENTION SECONDAIRE

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

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

- **La consultation pour parents**
- **Le Râteau**

## CONSULTATION POUR PARENTS

Nous aimerions cette année apporter un éclairage particulier sur les consultations de parents d'adolescents, en évoquant quelques aspects du contexte dans lequel s'inscrivent les relations entre parents et adolescents aujourd'hui et quelques difficultés nouvelles que rencontrent les parents, quand leurs enfants, poussés par la puberté, s'engagent dans la construction d'une identité adulte.

Ce regard plus théorique s'inspire largement des apports sur l'adolescence du psychanalyste, le Professeur Ph. Jeammet.

### Un contexte sociologique nouveau ...

Il nous semble important tout d'abord de relever que les relations entre parents et adolescents s'inscrivent dans un **contexte sociologique plus large**.

Or, ce contexte a considérablement changé dans les dernières décennies : nous sommes passés d'une société où la norme était la **discipline** et la **culpabilité** à une société encourageant la **responsabilité** et l'**initiative**.

Ce changement sociologique, qui offre des possibilités de réalisation individuelle inconnues jusque là, se caractérise par un **affaiblissement des interdits**, un **affaiblissement des limites** au profit des **exigences** (narcissiques) : « Tu peux faire ce que tu veux, mais sois le meilleur ! »

### ... et ses implications sur les liens "parents-enfants" :

Ce contexte a des répercussions sur les relations parents-adolescents : les parents, ne pouvant plus s'appuyer sur des « mêmes règles pour tous », se retrouvent davantage **seuls** face à leurs enfants (solitude fréquemment évoquée en consultation...); et, à l'intérieur des familles, on assiste à un **renforcement des liens de proximité** entre parents et enfants, qui ont davantage besoin les uns des autres.

Le climat plus chaleureux qui en découle est enrichissant, mais il peut aussi entraîner certains risques, quand parents et enfants ont **trop** besoin les uns des autres, comme dans un jeu de miroirs réfléchissants.

Ces liens trop étroits seront source de difficultés à l'heure où les adolescents et leurs parents doivent arriver à se séparer. Ces liens trop étroits peuvent même, à l'occasion, se révéler de véritables impasses, d'où surgiront les pathologies dites de « l'agir » (troubles du comportement / troubles du comportement alimentaire (boulimie/anorexie) / addictions).

### Les liens "parents-enfants" à l'adolescence ... quelques difficultés :

L'adolescence est un moment de réorganisation intense où le jeune qui y est engagé doit réajuster **toutes** ses relations : ses relations à son **corps**, ses relations à sa **propre personne**, ses relations à **autrui**.

Ce processus, interne avant tout, ébranle toute la personne et doit être contenu et mené par l'adolescent lui-même, certes ;  
mais, du fait de la fragilité et de l'immatunité propres à cette période, il ne peut le faire, très souvent, que grâce à l'aide bien réelle de son environnement.  
Les adultes, les parents plus particulièrement, peuvent y jouer un rôle facilitant ou au contraire entravant ce processus.

Du fait de l'acquisition d'un corps adulte par les adolescents, surgit à ce moment-là, à l'intérieur de la famille, la nécessité que parents et adolescents **se positionnent différemment** les uns par rapport aux autres.

Le resserrement des liens excessif peut alors entraîner différents problèmes.

Nous en citerons ici quelques-uns, que nous rencontrons en consultation :

Des parents peuvent avoir besoin d'être de « **trop bons** » parents : ils ne peuvent supporter d'être en désaccord avec leurs adolescents ; ils doivent être compris et approuvés en tout par eux. Il est alors difficile pour ces parents de poser des limites, de peur d'être « mal vécus » ... ou bien, s'ils en posent, c'est toujours après de longues négociations, et après avoir obtenu la compréhension ou l'approbation des adolescents (comme si ces derniers pouvaient, en ce qui concerne la vie, être à la fois « maîtres et apprentis ! ». Or, les **règles** posées par les adultes sont importantes pour l'adolescent qui, en s'y confrontant, peut **extérioriser une violence interne qui est alors contenue**. Ne pas pouvoir s'appuyer sur (contre) ces limites poussera l'adolescent à les rechercher par de l'agressivité, des provocations, d'autres comportements déviants...

**Trop de proximité** entre parents et adolescents peut entraîner des relations qui sont ressenties comme trop « excitantes » par l'adolescent.

Cela peut être le vécu d'un adolescent face à une mère qui garde avec lui la même distance relationnelle que lorsqu'il était un plus jeune enfant, qui n'arrive pas à le « lâcher ».

L'agressivité de l'adolescent peut alors surgir pour remettre sa mère à distance dans la réalité, dans l'incapacité où il se trouve d'établir, à ce moment-là, une distanciation plus psychologique à son égard.

**Trop de transparence** entre parents et adolescents, où l'on se confie jusqu'à sa propre intimité... entraîne un effacement des barrières entre les générations, souvent vécu comme une source d'angoisse par les adolescents qui s'en défendent dans des formes auto- ou hétéroagressives.

### Le rôle de l'agressivité ...

Dans tous ces cas, l'**agressivité** « sert » à **remettre de la distance, à rétablir des limites**. (Tout au contraire, la tendresse abolit limites et distance ; c'est peut-être pour cela aussi qu'elle ne peut que très rarement, directement, être exprimée en pleine adolescence).

En ce qui concerne l'**agressivité**, il est à noter tout d'abord celle que l'adolescent retourne **contre lui-même** et qui est fréquente (utilisation de stupéfiants « pour se calmer », pour lutter contre les angoisses, la dépression... et autres comportements auto-agressifs pouvant aller jusqu'à la limite extrême de la tentative de suicide...).

Et puis, il y a celle que l'adolescent dirige **contre autrui**, principalement les **parents** ou **leurs représentants**.

Il s'agit le plus souvent de débordements verbaux, de comportements d'opposition systématique, de mise en échec... qui peuvent « user » des parents qui, désespérés, appellent à l'aide.

### Rester des parents ...

La responsabilité des adultes, des parents plus spécifiquement, est engagée dans leur parcours avec les adolescents. Quoi que ces derniers en disent, tant qu'ils ne sont pas à même de prendre soin d'eux-mêmes, d'être à eux-mêmes leurs propres « bons » parents (ce qui signe l'état d'adulte), l'appui des parents, des adultes est nécessaire aux adolescents.

Comprendre les mécanismes à l'œuvre dans le processus de l'adolescence, et comprendre ce qui se joue concrètement pour un adolescent en particulier, pour pouvoir mieux ajuster ses positions et sa fonction parentale, est à même de limiter bon nombre de « dérapages ».

L'adolescent, du fait de sa fragilité, éprouve, tout au long de son processus vers une identité adulte, le besoin de **maîtriser**, de **contrôler** ses émois ; tout débordement peut avoir un effet désorganisateur sur sa personne : le débordement de lui-même, le sentiment de pouvoir déborder ses propres parents doivent être évités le plus possible.

Du côté des parents, des débordements continuels de leurs adolescents, des « attaques » systématiques peuvent les amener à douter de leurs capacités, de la nécessité de leur rôle, leur faire perdre leurs repères, les déprimer aussi parfois.

Dans les cas les plus graves, un éloignement de l'adolescent du milieu familial peut s'avérer utile pour rompre un cercle infernal duquel ni parents ni adolescents n'arrivent à sortir.

Dans la majeure partie des cas pourtant, aider les parents à ne pas se laisser abattre, les aider à apporter les modifications relationnelles nécessaires, peut, en apaisant le climat familial, contribuer à relancer un mouvement plus positif.

Et... que les parents restent « vivants ! »... apparaît tout aussi nécessaire pour eux que pour leurs adolescents (qui ne peuvent alors pas voir confirmer, par la réalité, leurs craintes quant à leur « destructivité »).

... Quitte à ce que ces parents doivent s'appuyer, momentanément, sur quelqu'un d'autre pour y arriver.

Astrid Reichenbach

## LE RÂTEAU

Le Râteau est un bistro pour les 12-18 ans situé à la rue des Fausses-Brayes 15 A, à Neuchâtel.

La règle primordiale adoptée est la suivante : **Pas de drogue, pas d'alcool, pas de violence.**

Dans cet espace, il est possible de boire un verre, de manger pour pas cher, on peut jouer à la console, au baby-foot ou à différents jeux de sociétés, surfer sur Internet et/ou se familiariser avec l'informatique, voir des films, discuter et faire ses devoirs.

Il est également possible aux usagers de travailler au bar contre une rémunération de 10 francs pour 90 minutes. Lors de cette activité, les adolescents ont l'occasion de confectionner des collations (tartes, desserts, snacks, glaces, etc.), de gérer une caisse, faire les achats et assurer la maintenance du bar. **Le corollaire de ces fonctions est de favoriser les relations interpersonnelles.**

**L'encadrement est assuré en permanence par un professionnel du Drop-in en collaboration d'un(e) étudiant(e) et d'un(e) stagiaire. Dans un souci de *promotion de la santé*<sup>1</sup>, les collaborateurs sont attentifs au bien être et à l'évolution des adolescents fréquentant ce lieu.**

Cette année nous avons modifié quelque peu les horaires d'ouverture du Râteau suite à différentes réunions de réflexion avec les usagers. Ce **changement** a conduit, à titre d'essai, à une ouverture des lieux le vendredi à midi avec repas à 5.- et une ouverture plus tôt le mercredi après-midi. Pour ce faire et par manque d'effectif, nous avons dû avancer les heures de fermeture à 18h à la place de 18h30.

**Nous avons également intensifié la collaboration avec le Centre des Loisirs.**

Une équipe du Râteau s'est rendu à deux reprises à des soirées organisées au Centre des Loisirs.

Des rencontres régulières ont été mises en place entre les intervenants des deux institutions afin de mettre en commun les spécificités des deux lieux.

Un des objectifs pour l'année à venir est de renforcer cette collaboration.

Pour terminer, **le Drop-in a défini au cours de l'année 2004 un concept d'Espac-Ado dont le Râteau fait partie intégrante**, il comporte la prévention primaire, secondaire et cannado (cf. chapitre cannado).

Dans ce concept, le Râteau pourrait être une porte d'entrée pour des adolescents présentant des difficultés diverses. **Les professionnels ont alors pour but d'écouter, de conseiller et éventuellement d'orienter l'utilisateur en fonction de sa problématique vers un service adapté.**

Christophe Jaggi, Yvan Grecuccio et Sidonie Thüler

---

<sup>1</sup> Processus qui vise à améliorer le bien être tant physique que psychique de la personne.



# PREVENTION TERTIAIRE

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

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

- **Evolution des demandes de traitement : état des lieux**
- **Famille - Adolescents - Cannabis**
- **La thérapie comportementale et cognitive (TCC) individuelle ou en groupe**
- **Pathologies somatiques et soins**
- **Pathologies sociales et soins**

## EVOLUTION DES DEMANDES DE TRAITEMENT: ÉTAT DES LIEUX

Nous avons constaté en 2004 une légère baisse du nombre de patients traités sous substitution de méthadone, mais une augmentation des patients traités au Drop-in sans cure de substitution à la méthadone. Cela ne signifie pas que l'on n'utilise moins volontiers la méthadone lorsque l'on rencontre une dépendance à l'héroïne, mais traduit en réalité une amorce de modification du type de demandes de soins adressées au Drop-in.

**En effet, nous avons moins de demandes pour des problèmes de dépendance à l'héroïne qu'auparavant, mais plus de demandes pour des problèmes avec d'autres substances comme la cocaïne ou le cannabis.** Ceci démontre certainement le changement des produits consommés ces dernières années dans notre région. Si on peut se réjouir de voir diminuer le nombre d'héroïnomanes, on ne peut malheureusement que s'inquiéter des dangers que représentent l'addiction à la cocaïne ou de l'ampleur de la consommation du cannabis chez les jeunes.

### Les cures de substitution à la méthadone

**Même si on parle de diminution, 170 personnes ont été traitées avec de la méthadone en 2004.** Pour rappel, la méthadone est un stupéfiant de synthèse à longue durée d'action. Elle est utilisée dans le cadre de la dépendance à l'héroïne. Avec des doses adéquates et personnalisées, elle sature les récepteurs à opiacés, ce qui a pour résultat de **supprimer les signes de manque et de diminuer l'envie de consommer.** Elle n'est pas un traitement de la toxicomanie, mais **elle favorise le suivi du traitement par le patient.**

Certains patients ont pu s'en sevrer durant l'année avec succès, car ils ont réussi à retrouver un équilibre de vie psycho-affectif et social satisfaisant pour pouvoir évoluer sans recourir à des produits. Pour d'autres, l'évolution est plus lente et un besoin de maintenir la substitution de méthadone perdure dans le but de conserver un équilibre de vie satisfaisant. Et enfin, une partie d'entre eux éprouve plus de difficulté à interrompre complètement les consommations de substances illégales malgré la prise en charge. Leur trajectoire oscille entre des périodes d'accalmie et des périodes de rechute voire de décompensation psychiatrique. Pour ces derniers, le traitement pourra durer plusieurs années. **Tout ceci conduit avec les années à un vieillissement de la population soignée au Drop-in.**

Aujourd'hui, la majorité des patients traités avec de la méthadone ont plus de 25 ans et certains ont même dépassé la cinquantaine ! **Les patients restant longtemps en traitement sont souvent des personnes qui ont des comorbidités psychiatriques lourdes pouvant parfois être qualifiées de chroniques comme la schizophrénie ou certains troubles de la personnalité.**

Le vieillissement de la population substituée à la méthadone et la fréquence importante des problèmes psychiatriques rencontrés nous font réfléchir à des modifications de la prise en charge, comme par exemple un développement des entretiens à domicile avec une prise en charge la plus en phase possible avec la réalité du patient.

## Addiction à la cocaïne, quelles réponses ?

Contrastant avec ce vieillissement de la population, nous observons de multiples demandes de patients, en général jeunes, pour des problèmes de cocaïne ou de cannabis et plus rarement d'amphétamine thaï ou d'ecstasy.

**La cocaïne est assurément une des substances entraînant le plus de complications pour ses usagers.**

Nous avons déjà évoqué ce problème dans nos précédents rapports en parlant notamment des patients polytoxicomanes consommant de la cocaïne en plus de leur traitement de substitution à la méthadone. Ceci peut rapidement entraîner des situations dramatiques. Pour faire face à ce problème de surconsommation de cocaïne, le plus souvent en injection, nous avons décrit la procédure suivante :

- Augmentation de la fréquence des entretiens thérapeutiques (plusieurs fois par semaine au besoin).
- Augmentation des doses de méthadone pour les patients cocaïnomanes également dépendants des opiacés et qui sont sous substitution à la méthadone. En effet, l'usage de cocaïne augmente les récepteurs à opiacé d'où l'intérêt de monter la méthadone pour saturer les récepteurs.
- Redéfinition du cadre de soins (passage au centre, contrôles d'urine, intervention du réseau) et adaptation de la médication psychotrope.
- Un contrat peut être mis en place avec une définition dans le temps des objectifs à atteindre et la perspective d'une hospitalisation en cas d'échec de la prise en charge ambulatoire.

Un groupe de travail réunissant des collaborateurs de l'hôpital de Perreux et des centres ambulatoires a été mis sur pied en 2004 pour parler spécifiquement des problèmes de cocaïne. On a évoqué notamment le fait de pouvoir hospitaliser rapidement quelqu'un qui surconsommait de la cocaïne et mettait ainsi sa vie en danger. Même si un sevrage hospitalier ne peut en rien garantir une abstinence de cocaïne à la sortie, il peut au moins, dans ces cas de surconsommation massive de cocaïne, permettre de faire une pause salvatrice au patient et de rééquilibrer son traitement afin de lui donner les chances de modifier son style de vie à la sortie.

Nous avons eu cette année plusieurs patients « cocaïnomanes non-dépendants des opiacés » qui ont consulté uniquement pour de la consommation de cocaïne, généralement sniffée ou fumée. **Parmi ces cocaïnomanes, on rencontre en général deux types de situation problématique : ceux pour qui la consommation est abusive, mais se limite à des situations précises (week-end, entre amis...) et ceux pour qui l'usage est quotidien pouvant aller jusqu'à dix à vingt prises par jour.**

Sans produit de substitution, les prises en charge sont plus compliquées. Leur succès dépendra de la qualité du lien relationnel qui aura pu se créer entre le thérapeute et le

patient et des capacités du patient à sentir l'utilité d'une démarche thérapeutique et d'y adhérer. **Outre les prises en charge relationnelles (analytiques, systémiques ou cognitivo-comportementales) proposées pour les problèmes d'addiction, le développement des neurosciences de ces dernières années nous laisse augurer de nouvelles perspectives pharmacologiques.** Nous sommes en train de tester aujourd'hui l'efficacité de médicaments pouvant permettre de diminuer le « craving » (envie irrésistible) de cocaïne. Il est encore trop tôt pour parler de leur efficacité.

Jean-Marie Coste

## **FAMILLE - ADOLESCENTS - CANNABIS**

### **Nouvelle vague – nouveau défi**

Nous assistons ces dernières années à une augmentation très nette des demandes de traitement pour des jeunes (adolescents ou très jeunes adultes), consommateurs de cannabis.

Ces demandes émanent des jeunes eux-mêmes, mais pour la majorité de tiers : parents, juges, enseignants, médiateurs scolaires, voire amis du jeune ou de la famille ou encore de la fraterie.

### **Quelques hypothèses pour expliquer ce phénomène.**

Les différentes statistiques montrent qu'il y a une nette augmentation des consommateurs de cannabis. L'ISPA (Institut Suisse de Prévention de l'Alcoolisme et autres toxicomanies) dans ses données nous montre que la proportion de jeunes (de 15-16 ans) ayant goûté une fois au cannabis a doublé entre 1986 et 1994 puis s'est relativement stabilisée jusqu'à aujourd'hui. Par contre, la proportion de ces mêmes jeunes ayant consommé plusieurs fois du cannabis a doublé par rapport aux chiffres de 1994 et triplé par rapport aux chiffres de 1986.

Il y a donc nette augmentation chez les consommateurs réguliers de cette substance. De plus la « qualité » du cannabis, autrement dit son dosage en THC (le principe actif) et par conséquent son pouvoir psychotrope, a lui aussi beaucoup augmenté ces dernières années grâce aux nouvelles techniques de culture.

Le « petit joint » sympa dans les années 70-80 est devenu une « bombe » psychique dans les années 2000.

D'autre part, les débats à propos du cannabis qui animent les médias et l'opinion publique y sont sans doute pour beaucoup. Ils auront facilité la prise de conscience et permis des discussions dans les écoles, dans les familles, sur ce sujet de moins en moins tabou qu'est la consommation de cannabis chez les jeunes.

Les personnes viennent donc plus facilement à nous, mais n'avons-nous pas aussi modifié notre image et par là permis d'être plus « abordables » ?

Nos derniers rapports d'activité, en particulier celui intitulé « le cas cannabis » ainsi que le développement du concept CANNADO avec la large « visibilité » de celui-ci auprès des écoles et des tribunaux auront certainement créé une nouvelle vitrine pour notre institution facilitant l'accès à une population qui ne se croyait « pas assez dépendante » pour venir consulter.

## **Que ce passe-t-il au niveau familial ?**

Notre société propose actuellement une multitude de choix possibles qui se répercutent sur la famille au sein de laquelle une grande place est laissée aux libres choix des enfants. Prenons l'exemple du choix d'une profession : l'accès aux études et le vaste choix des formations professionnelles n'oblige plus les jeunes à reprendre naturellement ce que faisaient leurs parents.

Ils ont le choix ; choix qu'en retour ils doivent « assumer », c'est-à-dire être suffisamment sûrs d'eux, avoir développé un capital de confiance en eux nettement plus élevé qu'auparavant.

## **Différences de génération et choix**

« Tu seras meunier comme moi, mon fils ! », voilà un « choix » restrictif mais dont le fils n'a pas à assumer la responsabilité.

Par contre « choisis un métier dans lequel tu te sentiras à l'aise ! », le choix est ici beaucoup plus ouvert, mais avec la responsabilité du choix qui incombe au fils « c'est toi qui a choisi cette formation, assume ! ».

Cette responsabilisation individuelle se joue dans un monde qui a perdu une part d'interdits sociaux au profit d'interdictions pénales (voir à ce sujet l'introduction de Mark Hunyadi dans notre rapport d'activités de 1999 ou sur notre site Internet). Les interdictions pénales se placent à l'extérieur du système familial : « nous sommes bien obligés d'obéir à la loi qui interdit de fumer du cannabis ». Ce ne sont plus les interdits sociaux qui priment « je suis ton père et je t'interdis de fumer du cannabis ».

**Ces jeunes qui doivent « assumer leurs choix, leurs responsabilités » se trouvent en face de parents qui sont tentés de rejeter leurs propres responsabilités sur l'extérieur :** les lois, la société, l'Etat, l'école... Ils ne se positionnent pas comme garants des interdits et limites qu'ils ont choisis comme étant bonnes de faire régner dans leur famille (et par extension dans la société dans laquelle ils vivent). Ceci au nom du consensus, issu de cette crainte du conflit dans laquelle nous vivons. Tant au niveau social qu'au niveau familial, nous évitons les conflits. C'est comme s'il fallait à tout prix se mettre d'accord ; que parents et enfants décident ensemble d'un consensus, aient les mêmes visions et objectifs d'avenir. On serait tenté de dire : être comme des frères.

## **La « barrière » des générations tombe.**

Pourtant la différenciation entre parents et enfants est utile à l'enfant pour grandir, c'est en s'y confrontant et en s'y appuyant qu'il peut se construire une image et une personnalité adulte et indépendante.

## **Quel rôle joue la société ?**

L'accès facilité aux études, aux médias, à la connaissance du monde... génère une augmentation des exigences en terme de performances, de réussite personnelle « avec tout ce dont disposent les jeunes d'aujourd'hui ils n'ont pas de raisons de ne pas réussir ! ».

**Le champ des choix est vaste, mais il faut les assumer ; le champ des libertés est vaste, mais il faut prendre ses responsabilités. Ceci dans un monde social et**

**familial qui tente d'éviter les conflits et qui peine à poser des limites et à garantir des interdits clairs.**

« Vais-je être à la hauteur ? » Question angoissante que peuvent se poser les adolescents d'aujourd'hui. « Vais-je pouvoir répondre aux attentes ? Suis-je déjà suffisamment performant pour continuer à grandir, pour devenir autonome ? Vais-je pouvoir être suffisamment compétant pour être indépendant ? ».

### **Dépendance sociale**

Les adolescents maintiennent une forme de dépendance aux parents en habitant de plus en plus longtemps chez eux ainsi qu'à l'école en prolongeant le temps d'études. Le lien de dépendance au cannabis est, par contre, doublement paradoxal. Cette dépendance au produit se fait, premier paradoxe, tout en revendiquant une forme d'indépendance par un choix illégal, et, deuxième paradoxe, dans un environnement social qui a de la peine à garantir l'interdit. Ainsi les adolescents nous montrent la propension à la dépendance que favorise notre société et le devoir d'éclaircissement des limites, des interdits, des différences générationnelles que doivent assumer les adultes.

### **Tentative de résolution**

**Pour répondre à cette « nouvelle vague » de demandes, l'approche systémique nous semble tout à fait adéquate.**

Il est impossible d'isoler l'adolescent des systèmes auxquels il appartient : principalement système familial et système de formation.

De plus, c'est au sein même de ces systèmes que les dysfonctionnements présentés opèrent. Nous donnons donc trois axes principaux à nos interventions :

- l'accompagnement individuel pour l'adolescent
- le travail en réseau avec les enseignants, médiateurs scolaires ou patrons d'apprentissage et l'adolescent
- la thérapie familiale.

Pour chaque situation deux collaborateurs travaillent de concert. Le premier, responsable de CANNADO est garant de l'accompagnement individuel de l'adolescent ; le second, responsable systémique est garant de la circularité de la prise en charge et des thérapies de familles.

L'approche familiale est le fil rouge de ces suivis ponctués par l'accompagnement individuel et les réseaux extérieurs (école, emploi, ...).

Les principaux objectifs sont de **restaurer la confiance et l'estime de soi** par le travail individuel centré sur les compétences de l'adolescent.

**Remettre à un niveau réaliste les exigences** de formation scolaires, professionnelles ou sportives « imposées » par l'adolescent et son entourage.

Aider les parents à **se positionner clairement face à leurs enfants** en garantissant des limites sécurisantes.

**Restaurer une communication** souvent perdue au sein de la famille tout en repositionnant ses différents membres **dans la « hiérarchie » générationnelle** familiale.

Michel Cattin

## THÉRAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE (TCC) INDIVIDUELLE OU EN GROUPE

Le modèle TCC est appliqué largement dans notre institution dans le cadre des prises en charge individuelles pour les personnes souffrant d'addiction. Certains référents l'utilisent parfois même sans le savoir, tant il est vrai que ce modèle de traitement issu des théories de l'apprentissage fait souvent appel à un bon sens commun que l'on retrouve largement pratiqué en médecine ou dans les milieux éducatifs.

Différents aspects généraux des TCC peuvent être relevés dans notre approche :

**Le rapport collaboratif** qui peut être imagé sous la forme de deux chercheurs (patient et thérapeute) qui s'attellent au même travail, à savoir la recherche commune de solutions au problème du patient. Nous avons défini cela sous le terme de **partenariat**, nous ne pouvons rien faire l'un sans l'autre, nous travaillons ensemble. Une « bonne » relation est bien évidemment primordiale pour la bonne marche du traitement. Ce partenariat doit mettre en lumière également la question de la demande du patient. Quel est l'objectif visé (abstinence, gestion de la consommation...) et qui est demandeur, le patient, le thérapeute ou un tiers ?

**L'entretien motivationnel** est connu pour être pratiqué dans les problèmes d'addiction. Différents éléments relationnels de l'entretien motivationnel peuvent être mis en lumière comme **l'empathie**. Le fait de se référer au stade de la trajectoire<sup>1</sup> où se trouve le patient est aussi important. Comme par exemple respecter que le patient ne puisse pas encore s'abstenir de tout produit et travailler sur des buts intermédiaires autres que la recherche de l'abstinence. On s'intéressera par exemple à améliorer d'abord ses relations familiales ou professionnelles. Un travail sur **l'estime de soi** et les attentes d'efficacité personnelle est aussi essentiel et couramment pratiqué.

**La technique de résolution de problèmes** est fréquemment appliquée. Nous nous intéressons de manière privilégiée à la réalité du patient. Nous cherchons ensemble à trouver des solutions pour modifier son quotidien (gestion d'argent, problème interpersonnel, prévention de la rechute, gestion du temps...).

**Les techniques d'affirmation de soi** qui doivent permettre de contribuer à une meilleure estime de soi. Elles sont expliquées au patient et nous pouvons faire des jeux de rôle pour favoriser l'apprentissage d'une « réponse adaptée » en situation.

Dans certains troubles psychiques (dépression, agoraphobie...), d'autres aspects plus spécifiques du traitement cognitivo-comportemental sont aussi utilisés.

Il est aussi à relever que nous avons un groupe thérapeutique s'inspirant du modèle de la **thérapie cognitivo-comportementale dialectique de Linehan** qui est proposé pendant certaines périodes de l'année en fonction du nombre de participants.

Jean-Marie Coste

---

<sup>1</sup> Les stades du changement de Prochaska – Di Clemente

## **PATHOLOGIES SOMATIQUES ET SOINS**

### **Traitement de l'hépatite C**

La collaboration avec le service d'infectiologie des Cadolles pour la mise en place et le suivi **des traitements de l'hépatite C** s'est poursuivi dans un esprit de collaboration exemplaire dont nous remercions le Professeur R. Malinverni et le Dr Clerc, responsable de la consultation. Cette collaboration a débuté en 2002 et aujourd'hui, de nombreux patients ont terminé leur traitement à l'Interféron. Rappelons que ces traitements ont une durée de 6 à 12 mois en fonction du génotype du virus. La plupart d'entre eux ont été couronnés de succès, en effet la présence du virus n'a pas été détectée à la fin de la thérapie et dans l'année qui a suivi. Pour quelques situations, le succès n'a malheureusement pas été au rendez-vous. Toutefois, il semblerait que même si la disparition du virus n'a pas été obtenue, le traitement, possédant également un effet antifibrotique et anticancérigène, a tout de même permis de retarder l'évolution de la maladie.

### **Décompensations psychiatriques liées au traitement à l'Interféron**

Nous avons dû faire face au problème des effets secondaires du traitement par Interféron et notamment à ceux liés aux manifestations psychiatriques. L'abus de substances qui interfère avec le bon déroulement de la thérapie a aussi dans certaines situations posé problème. Dans de rares cas, afin de permettre le bon déroulement du traitement Interféron, il a été proposé au patient de le poursuivre dans un lieu de soins stationnaire pour stabiliser son état psychique et interrompre ses consommations.

Nous avons également constaté que des décompensations dépressives ou psychosociales sont intervenues après la fin du traitement et ceci malgré les bons résultats des examens (absence de présence du virus). L'hypothèse que nous formulons à ce sujet est que pour certains patients, l'arrêt du traitement et de son encadrement important (multiples entretiens, examens...) peut donner au patient un sentiment de vide et d'abandon. Chez certains d'entre eux, ce sentiment est dur à supporter et a certainement été à l'origine des problèmes psychosociaux qui ont suivi.

La proportion des patients du Drop-in contaminés par des infections virales reste plus ou moins identique aux années précédentes. Pour l'hépatite C, elle reste très importante parmi les injecteurs de drogue (plus de 70%), alors que les contaminations HIV restent exceptionnelles. Nous n'avons pas relevé de nouvelles contaminations HIV cette dernière année parmi nos patients.

### **Virus de l'Hépatite C fréquemment indétectable**

Il est intéressant de relever que nous avons fréquemment des patients porteurs des anticorps hépatite C (ce qui témoigne du fait qu'ils ont été en contact avec le virus), mais qui n'ont plus de virus détectable lors de la recherche de la présence du virus. Il est connu qu'une proportion de patients réussissent à éliminer naturellement le virus (environ 20% pour les statistiques officielles). Pour un tiers de nos patients, nous n'avons pas retrouvé le virus ! Ceci peut donc signifier qu'ils ont guéri spontanément de leur hépatite C ; ces résultats devront toutefois être reconfirmés ultérieurement. L'examen qui recherche la présence du virus est donc extrêmement pertinent puisqu'il a

modifié pour de nombreux patients leur perspective d'avenir. Ceci démontre sa grande utilité. De plus, il est indispensable pour l'indication d'un traitement de l'hépatite par l'Interféron.

### **Autres soins prodigués au Drop-In**

- Vaccination des hépatites A et B
- Tests de dépistage des virus hépatite et du HIV
- Soins et conseils pour abcès
- ECG pour patients sous hauts dosages de méthadone
- Echange de matériel d'injection
- Injection de neuroleptiques dépôt

Jean-Marie Coste

## PATHOLOGIES SOCIALES ET SOINS

Les difficultés sociales rencontrées par nos patients sont nombreuses et touchent différents domaines, notamment **le travail, le logement, les dettes et la gestion du budget**. Ainsi, parallèlement au travail que nous effectuons par rapport à la relation au produit ou à l'amélioration de la souffrance psychique, un autre pan de notre activité consiste à aider les patients dans la résolution de leurs problèmes sociaux. Le travail en réseau est alors souvent nécessaire.

### Le travail

La plupart de nos patients exercent une activité, qu'elle soit professionnelle ou d'ordre occupationnel. Rappelons qu'il n'y a **aucune contre-indication** à ce qu'une personne adéquatement substituée à la méthadone travaille. Au contraire, la méthadone permet généralement une plus grande disponibilité, la personne ne devant plus se procurer absolument le « produit illégal ».

L'activité professionnelle ou occupationnelle est un **puissant renforçateur de l'estime de soi**. Elle permet également de sortir du schéma inaction-dévalorisation-dépression. Il faut toutefois veiller à ce que la quantité et la qualité de l'activité soient en adéquation avec la situation (et donc la réalité) du patient. Dans cette optique, notre rôle est de mobiliser les patients, de les aiguiller et de les soutenir dans les démarches qu'ils entreprennent.

Toujours dans cette même veine, l'antenne de rue du Drop-In, **le 13Ouvert**, s'avère être un outil précieux en proposant diverses activités : « **trocs repas** », « **boulots à cinq francs** » et **programmes d'insertion socio-professionnelle** (cf. chapitre « Aide à la survie »).

### Le logement

La difficulté que rencontrent bon nombre de nos patients à garder ou à trouver un logement renvoie souvent à des **problématiques intimement liées à l'addiction et aux pathologies psychiatriques**. La désorganisation, la difficulté à établir un budget, le manque d'autonomie, le manque d'hygiène, entre autres, à quoi vient s'ajouter un endettement souvent important font de la recherche d'appartement une mission des plus ardues. Nous disposons de plusieurs outils pour faire face à ces situations : les **visites à domicile**, une **aide pour les recherches d'appartement**, un **accompagnement pour les visites d'appartement** ainsi que le **travail en réseau**.

### Dettes et gestion du budget

Nombreuses sont les personnes toxicodépendantes qui ont accumulé les dettes au fil des années. Souvent « latentes » pendant la période de consommation, ces dettes réapparaissent très vite dès lors que la situation professionnelle s'améliore. Ainsi, il n'est pas rare de constater que, paradoxalement, la situation financière du patient n'est pas meilleure, ce qui peut constituer un **facteur a-motivationnel** important.

En matière de résolution de problèmes de dettes ou de gestion de budget, bon nombre de nos patients peuvent s'appuyer sur des services tels que le **Centre social protestant**, **Caritas** ou le **Service de probation**.

Dans certains cas désespérés, une mise sous tutelle ou sous curatelle peut être demandée.

Magali Kraemer



# AIDE A LA SURVIE

- **Les activités et les offres du 13Ouvert**
- **La population du 13Ouvert**
- **Quelques statistiques concernant le 13Ouvert**
- **L'automate à seringues**
- **Le jardin potager social**

## **LES ACTIVITÉS ET LES OFFRES DU 13OUVERT**

### **L'accueil**

Le rez-de-chaussée est en principe fréquenté par les patients du Drop-in. Le collaborateur présent offre une oreille attentive, ré-orienté les usagers dans d'autres secteurs du 13Ouvert selon leurs besoins. Il est continuellement nécessaire de rappeler les règles de base du lieu, c'est-à-dire pas de violence, pas de trafic et pas de consommation. L'équipe a établi un protocole des sanctions (cf. annexes) afin de clarifier certaines situations.

### **Bistro social**

Le nombre des repas servis a encore augmenté durant cette année (cf. statistiques, p.49). Beaucoup d'usagers hors Drop-in viennent en effet que pour le repas et n'utilisent pas les autres offres du 13Ouvert. L'équipe de cuisine doit fonctionner de plus en plus professionnellement pour gérer un si grand nombre de repas et il s'est avéré très difficile de trouver une équipe fonctionnelle avec nos usagers.

### **Buanderie/couture**

Cette offre est utilisée quotidiennement.

### **Conseils et aide pratique**

Beaucoup de nos usagers rencontrent, malgré un suivi assuré par les Services sociaux, de graves difficultés d'ordre pratique. Le 13Ouvert se voit de plus en plus confronté à des personnes présentant des problèmes sociaux divers : recherche de logement, recherches d'emploi, questions administratives, etc. Grâce à l'engagement temporaire d'un troisième responsable du lieu, il est désormais plus aisé d'offrir aux usagers un réel soutien dans ce domaine. Ils peuvent également être orientés dans un des services du réseau social répondant à la demande spécifique. Le secteur de « l'écrivain public » a ainsi réellement pu prendre une ampleur qui ne cesse de grandir tant les besoins y relatifs semblent importants.

### **Soins de base et remise de matériel d'injection**

La remise de matériel d'injection stérile est plus largement expliqué plus loin. Par rapport aux soins de base, des petites affections somatiques peuvent être traitées dans l'infirmerie du 13Ouvert. De nombreuses personnes, par exemple, viennent faire des changements de pansements ou demandent conseil suite à des lésions liées aux injections. Les usagers sont bien entendu orientés vers leur médecin traitant ou les polycliniques suivant la gravité de l'affection.

## **L'insertion socio-professionnelle (ISP)**

Les chiffres des statistiques le démontrent clairement : le nombre de contrats ISP signés est en constante augmentation. Nous profitons de l'opportunité du rapport d'activité 2004 pour remercier la « Dîme de l'alcool » du versement de son don qui a permis d'engager (temporairement du moins) un troisième collaborateur, actuellement co-responsable du lieu. Grâce à cette force supplémentaire, l'encadrement ISP a pu être sensiblement renforcé. Notons également que parmi les usagers bénéficiant d'un contrat d'insertion, nombreux sont ceux qui ne sont pas suivis au Drop-in. Pour ces personnes, connues de longue date au 13 Ouvert pour la plupart, nous pensons qu'un travail en insertion dans un cadre plus exigeant - au niveau des horaires ou de la nature des tâches à accomplir - serait difficile, voire voué à l'échec (ces personnes présentent des problématiques psychiatriques ou sont socialement « hors course » depuis fort longtemps).

## **Le travail d'intérêt général (TIG)**

Les demandes liées à ce secteur sont également en augmentation. Une excellente collaboration avec l'Office de l'exécution des peines a permis une bonne prise en charge des personnes condamnées.

Notons que deux personnes sont actuellement sous contrat ISP après avoir exécuté leur peine sous forme de TIG. Celles-ci ont donc pu améliorer leur situation sociale et retrouver une certaine stabilité par cette « porte d'entrée ».

Dora Bovet

## LA POPULATION DU 13OUVERT

Durant l'année 2004 une moyenne de septante personnes par jour franchissent la porte du 13Ouvert.

La plupart des personnes qui fréquente le 13Ouvert souffre de polytoxicomanie et ont une relation aux produits basée sur le modèle de la gestion de consommation. Souvent en traitement dans un lieu de soins, ces personnes ne peuvent, ne veulent ni ne sont prêtes à se fixer comme objectif l'abstinence. Nous les voyons « s'automédiquer » régulièrement dans leur quotidien par l'utilisation de produits psychotropes illégaux ou légaux (principalement l'alcool).

Un tiers des personnes ne souffre pas proprement dit de problèmes d'addiction, mais est touché par une désinsertion sociale parfois de longue date et souvent liée à des problèmes psychiatriques.

**Pour moins d'un tiers de notre population, nous accueillons des personnes toxicodépendantes sans lien avec le tissu médical. Dans la majorité des cas, elles sont connues par l'équipe éducative et vivent des ruptures dans leur traitement.**

Le 13Ouvert est fréquenté avant tout par « l'ancienne zone. La population vieillit ! L'équipe éducative se voit régulièrement sollicitée par des parents toxico-dépendants avec leurs enfants en bas âge ou dans la pré-adolescence. « La nouvelle Zone » moins âgée et consommatrice de produits de synthèses est très peu présente dans l'antenne de rue. Le mode et le lieu de leur consommation pouvant en être une explication.

Dans ce contexte, les différents services que nous avons mis en place sont largement utilisés et au bénéfice de nos usagers. Les demandes sous la forme de conseils, de soutien et d'insertion se multiplient. Notre travail reste centré sur la prévention et la réduction des risques liés à leur toxicomanie. Cela nous demande de plus en plus d'interventions et de « faire avec » dans le cadre du 13Ouvert, de la rue jusqu'à leur domicile.

Philippe Berset

## QUELQUES STATISTIQUES CONCERNANT LE 13OUVERT

### Nombre de contrats ISP :

Le nombre de personnes travaillant sous contrats d'insertion socioprofessionnelle a **considérablement augmenté** au cours de l'année 2004. Ce nombre reste constant pour le jardin potager-social avec ses sept personnes. Par contre, il a été possible de conclure trois nouveaux contrats au 13Ouvert durant la deuxième partie de l'année, moment où l'équipe a été renforcée par un troisième responsable du lieu. Au mois de décembre 2004, **neuf personnes** travaillent sous contrat ISP dans l'antenne de proximité. L'évolution constatée en fin d'année 2004 semble suivre son cours en 2005. Il faut encore préciser que l'ensemble de ces contrats correspond à environ 6,4 postes de travail pour l'année 2004.

### Nombre de repas servis :

Le nombre de repas servis s'est **stabilisé à une moyenne de 46 par jour**. Il faut noter que le **vendredi**, jour de la fermeture de L'Espace des Solidarités, **la barre des 60 repas est fréquemment dépassée et un maximum de 72 a été atteint**.

Ian Girardbille

## L'AUTOMATE À SERINGUES

**L'automate est prévu pour assurer une accessibilité au matériel d'injection stérile 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 dans le littoral neuchâtelois. Son objectif prioritaire est bien évidemment de contribuer à la prévention des infections (Hépatites, HIV) liées aux mauvaises conditions d'injection. Il permet avant tout de compléter l'offre existante et de permettre un dépannage en matériel d'injection lors de la fermeture des lieux de distribution habituels.**

Pour rappel, ce projet a pu démarrer grâce au soutien de l'OFSP (Office fédérale de la santé publique) en collaboration avec le BRR (Bureau de réduction des risques) de l'OSEO.

Nous avons imaginé un système de consigne pour les boîtes vendues via l'automate. Le prix d'achat de la boîte est de 5 francs. En cas de retour du matériel dans la structure du 13Ouvert ou du Drop-in, le prix d'achat est intégralement remboursé.

Ce système de consigne a été mis en place pour inciter au retour du matériel, le prix a volontairement été choisi comme important pour qu'il soit incitatif au retour.

La distribution de seringues est opérationnelle depuis août 2003. Avec plus d'une année de fonctionnement, nous arrivons aujourd'hui à avoir suffisamment de recul pour son évaluation.

Nous faisons, après une année de fonctionnement, les constats suivants :

- **Le nombre quotidien de seringues distribuées par l'automate est en dessous de nos prévisions, il a même légèrement diminué durant l'année 2004. Dix à vingt boîtes sont distribuées chaque semaine, une utilisation quotidienne est par contre à signaler ce qui démontre bien l'utilité de ce service.**
- **La proportion de retour des boîtes reste faible, ce retour n'atteint pas les 50%.**
- **La distribution de seringues de personne à personne via nos lieux de distribution est en augmentation depuis l'ouverture de l'automate.**
- **Il n'y a jusqu'à aujourd'hui pas eu de plaintes concernant du matériel d'injection traînant sur la voie public. Nous n'avons pas non plus constaté que des seringues auraient été abandonnées aux alentours de l'automate ou du centre de traitement.**

Ces constats posent différentes questions auxquelles nous pouvons tenter de répondre.

- Est-ce que le prix élevé de la boîte à 5 francs est dissuasif pour son achat?
- Pourquoi un si faible taux de retour ?
- Est-ce que l'offre globale d'échange de seringues n'est pas adaptée à Neuchâtel et ses environs ?

Nous n'avons presque jamais entendu de critiques de la part des usagers sur le prix de cinq francs. **Bien que ce prix soit important et qu'il n'est pas toujours évident d'avoir 5 francs en poche, il semble que cela n'explique pas son utilisation restreinte.** Il faut aussi savoir que nous avons décidé de ce prix élevé pour maintenir les autres voies de distribution à savoir l'antenne de proximité du 13Ouvert où il y a gratuité pour le matériel et les pharmacies qui vendent les boîtes 3frs50ct. Ces structures ont l'avantage d'offrir un contact lors de l'échange de seringues. Pour rappel, le but de l'automate est avant tout de compléter ces offres en dehors des heures d'ouverture, mais en aucun cas de les remplacer.

La question du faible taux de retour nous surprend toujours. Le besoin de conserver son anonymat semble toujours être l'hypothèse prédominante, d'autant plus que le retour du matériel se fait auprès du personnel du Drop-in et que certains usagers bénéficiant d'une substitution de méthadone au Drop-in et achetant du matériel d'injection sont probablement gênés par cette situation.

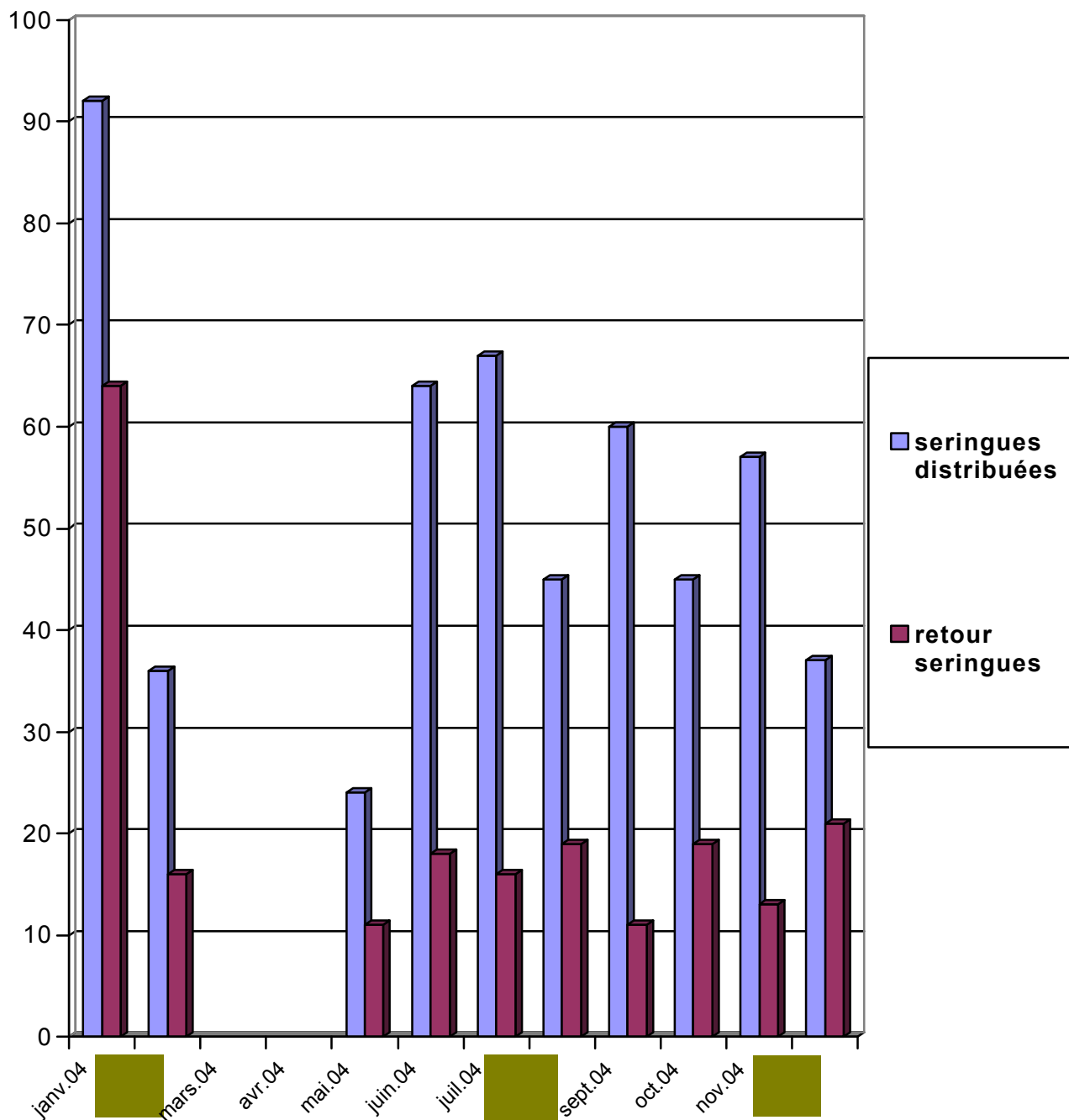
Il est par contre intéressant de constater que l'échange de seringues proposé au 13Ouvert et au Drop-in est en nette augmentation. L'automate a certainement joué son rôle de « rabatteur » et a permis à certains usagers de mieux connaître nos services et d'oser franchir notre porte pour faire une demande pour du matériel d'injection. **Il existe donc une corrélation positive entre l'automate et notre lieu de distribution de seringues.**

En comparaison à d'autres villes, la distribution de matériel d'injection via notre centre (automates et distribution de personne à personne) reste modeste. Cette offre doit certainement s'améliorer et un travail d'information de nos services et de prise de contact auprès de nouveaux usagers doit se poursuivre, notamment dans les lieux de « deal ». Par rapport aux autres régions, la situation n'est pas plus dramatique en termes d'infection virale. En effet, le pourcentage de séroconversion HIV ou Hépatite C sont, dans la clientèle suivie au Drop-in, pas plus important qu'ailleurs. Le taux de séroconversion HIV chez les usagers qui s'injectent des drogues est de 3% au Drop-in et nous n'avons pas rencontré de nouvelles contaminations ces dernières années. Le pourcentage de patients atteints par l'hépatite C est par contre très important, il correspond à la moyenne nationale rencontrée chez les usagers de drogues (environ 70%).

Dans tous les cas, il faut continuer d'optimiser au maximum la distribution de seringues et développer toutes mesures pouvant réduire les contaminations virales de l'hépatite ou du HIV. **D'autres moyens doivent s'adjoindre à la distribution du matériel**, à ce propos, des cours de réduction des risques proposés aux usagers dans notre antenne de proximité du 13Ouvert vont être à nouveau organisés cette année.

En conclusion, **l'automate remplit aujourd'hui pleinement sa fonction**, à savoir assurer l'accessibilité à du matériel d'injection 24h/24 et 7j/7 sans se substituer aux autres offres déjà existantes de distribution de matériel d'injection. Depuis son ouverture, nous n'avons plus reçu, via notre ligne téléphonique d'urgence, des demandes pour de la distribution de matériel d'injection le week-end ou la nuit.

## Seringues distribuées par l'automate en 2005



Les mois de mars, avril et mai, le fonctionnement de l'automate a été interrompu suite à une panne technique.

Jean-Marie Coste

## **LE JARDIN POTAGER SOCIAL**

Cela fait 6 ans que le Jardin potager social est en activité sans discontinuer. L'équipe qui la compose, sept personnes à l'aide sociale et bénéficiant d'un contrat d'insertion socioprofessionnelle, est bien rodée et le Jardin est bien implanté dans le quartier.

Cette année, pas moins de 477 kg de légumes ont été produits dont 400 ont été consommés au 13Ouvert. A cette production s'ajoute celle des fraises et des fleurs.

Nous constatons que l'augmentation de la fréquentation de l'antenne de rue (avec augmentation du nombre de repas servis) a un effet direct sur la dynamique du jardin. En effet, la quantité de légumes vendus sur place aux voisins a sensiblement diminué étant donné que la quasi-totalité de la production a été livrée au 13Ouvert.

Pendant la période creuse de l'hiver, le travail au jardin est au point mort. L'équipe profite de cette accalmie pour rafraîchir et aménager les locaux adjacents.

Un nouvel atelier de vannerie sur rotin a été créé dans le cadre du jardin dans le but de fournir du travail à l'équipe durant l'hiver ou, de manière plus générale, lorsque la météo ne permet pas le travail de la terre.

Un petit local a été aménagé par l'équipe de jardiniers et l'activité a été mise en place puis animée par le collaborateur responsable du jardin.

Sacha Soler



# CONCLUSION

## "Les temps sont durs ..."

En matière d'addiction, nous faisons face.

Dans notre canton, les structures mises en place sont excellentes.

La Fondation des addictions réunit maintenant les quatre centres concernés par la dépendance aux substances psychoactives.

Elle se dote d'un centre de prestations administratives qui favorisera la coordination et diminuera la charge administrative des institutions.

Le poste destiné à la prévention, lié à la constitution de la nouvelle Fondation, est en voie d'être pourvu et permettra de mieux coordonner les efforts de prévention en matière d'addiction au niveau du canton.

Dans la situation actuelle qui, nous l'espérons, vous est mieux perceptible après lecture de ce rapport, **le développement de la prévention est certainement susceptible à terme d'amortir le choc qu'implique la vague de demandes de prise en compte, de prise en charge et de soins qui commencent à déferler.**

Déferlement provoqué par des parents, des écoles, des tribunaux et par les jeunes concernés eux-mêmes.

Témoin de l'influence délétère de la conjoncture sur la population dont nous nous occupons, nous sommes parfaitement solidaires de l'Etat dans son effort de redressement et, nous aussi, nous préconisons et appliquons à notre mesure économie et rationalisation.

Justement !

Pour reprendre l'introduction, et au-delà des "effets de style", il est certain et prouvé que, dans notre champ d'activité, quelques petits investissements bien ciblés sont source d'économies considérables en frais médicaux (rappelons le coût du traitement d'une seule hépatite C : de Fr. 48'000.- - à Fr. 300'000.-- !) et sociaux.

C'est donc dans cette ambiance d'économie, respectueux et confiants quant à « l'intelligence politique et sa capacité d'être responsable au-delà d'une incidence budgétaire » que nous renouvelons, pour la quatrième année consécutive, notre demande de deux postes supplémentaires.

"J'ai fait un rêve ... "

*Martin Luther King*

Pierre-Alain Porchet

# **ACTIVITES ET RELATIONS EXTERIEURES**

Comme chaque année, notre institution a mis un point d'honneur à commencer, poursuivre ou développer des contacts avec le plus grand nombre de personnes ou organismes.

### **Sur le plan cantonal**

Les contacts avec les autres centres de traitement ambulatoires du canton, le Centre de Prévention et de Traitement des Toxicomanies des Montagnes Neuchâtelaises (**CPTTMN**), le Centre d'Aide de Prévention et de Traitement de la Toxicomanie du Val-de-Travers (**CAPTTvt**) et le Centre Neuchâtelois d'Alcoolologie (**CENEA**) continuent de façon tout à fait harmonieuse tant au niveau des directions qu'au niveau des collaborateurs.

- **Commission cantonale drogue et Bureau**  
Les travaux de la commission cantonale, présidée par M. François **Hainard**, professeur de sociologie à l'Université de Neuchâtel, se sont poursuivis au cours de l'année 2004. Le secrétariat est toujours assuré par le Drop-in.
- **Service cantonal de la Santé Publique**  
La bonne collaboration avec Madame le médecin cantonal Daphné **Berner** et l'ensemble du Service de la Santé Publique s'est poursuivie tout au long de l'année 2004.
- **Les Hôpitaux**  
La bonne coopération avec les Hôpitaux s'est poursuivie en 2004. Nous soulignons tout particulièrement les excellents contacts qui se sont développés avec le **service d'infectiologie de l'hôpital des Cadolles** avec lequel nous travaillons très étroitement dans le cadre des dépiستages et traitements des Hépatites.
- **Association Neuchâteloise de Thérapie familiale**  
M. Michel **Cattin** continue de participer aux activités de cette association en tant que représentant du Drop-In et membre du comité.
- **Association Neuchâteloise de Parents Concernés par la Drogue (ANPCD)**  
M. Michel **Cattin** est membre du comité de cette association.
- **Groupe Information Sexuelle et Education à la Santé (GIS)**  
(cf : chapitre Prévention primaire)
- **Groupe Sida Neuchâtel (GSN)**  
(cf : chapitre Prévention primaire)

## **Autres institutions**

Au cours de l'année 2004, notre institution a également collaboré, soit dans le cadre de prise en charge de certains patients, soit à l'occasion d'échanges entre professionnels avec les institutions et organismes suivants :

- **Le Centre Professionnel des Métiers et du Bâtiment**
- **Les Services Sociaux de la Ville de Neuchâtel et d'autres communes**
- **Le Centre Social Protestant**
- **Le Centre Psycho-Social**
- **Le Service cantonal des Mineurs et des Tutelles (SMT)**
- **Le Service de probation**
- **L'Exécution des peines**
- **Le Foyer André**
- **La Maison de Pontareuse et l'Auvent**
- **La Ruche**
- **Foyers Feu-Vert**
- **Les Offices régionaux de Placements (ORP)**
- **L'Atelier buanderie**

## **Sur le plan intercantonal**

- M. D. **Bugnon** représente l'institution aux travaux de la Coordination romande des Institutions et organisations oeuvrant dans le domaine des addictions (CRIAD).
- M. D. **Bugnon** participe régulièrement au groupe de travail INFOSET romand.

## **Participations à des commissions d'experts et à des groupes de travail**

- Le Dr P.-A. **Porchet** a poursuivi son travail dans le comité de pilotage de la COROMA, Collège romand de médecine de l'addiction, créé sur l'initiative de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) Dans ce cadre, il assume la responsabilité du dicastère des CAMS « centres ambulatoires médicalisés spécialisés ».

- Le Dr P.-A. **Porchet** et M. D. **Bugnon** ont continué à siéger à la Commission Technique du Foyer André, présidée par M. Jérôme Perrucchi, chef du Service des Etablissements Spécialisés (SES).
- MM. P.-A. **Porchet** et J.-M. **Coste** ont participé au groupe de travail «Perreux-Centres ambulatoires».
- M. G. **Fornerod** a supervisé jusqu'au mois de mai les responsables pédagogiques du Foyer André.
- M. M. **Cattin** intervient régulièrement au CERFASY, NE ; à l'école sociale HEF-TS de Fribourg et à l'école sociale EESP de Lausanne.
- MM. J.-M. **Coste** ou Ph. **Berset** participent régulièrement aux séances de groupe de travail réduction des risques du GREAT.
- M. J.-M. **Coste** participe à la campagne Hépatite C en Suisse romande à l'instigation du GREAT et du Bureau suisse de Réduction des Risques (BRR).
- Mme V. **Wenger-Pheulpin** ou M. C. **Descoedres** sont engagés dans les travaux du Groupe de Prévention du GREAT.
- Mme V. **Wenger-Pheulpin** participe à Fil Rouge Romand et Fil Rouge Régional (Berne-Jura-Neuchâtel / BEJUNE).
- Mme V. **Wenger-Pheulpin** fait partie du groupe intersectoriel de prévention des dépendances.

### **Groupe de formation continue médecins-pharmaciens**

Animé par le Dr P.-A. Porchet et reconnu comme lieu de formation continue par la Société neuchâteloise de médecine, le groupe, à raison de 10 à 15 participants en général, a continué à se réunir au cours de l'année 2003.

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

Après quelques échanges informels en début de séance, le sujet proposé, en principe étayé par une présentation de situation de patient est abordé.

Les thèmes suivants ont été traités en 2004 :

- **Toxicomanie et grossesse**
- **La cocaïne dans tous ses états**
- **Soirée de présentation de cas**

- **Le travail de la Fondation Goéland, principalement de ses institutions Pontareuse et l'Auvent** avec M. Bertrand Nussbaum

## **Supervision**

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

### **Nous avons reçu en 2004 :**

Les collaborateurs de **l'UAS, Fondation de Nant**

Madame **Lysiane Ummel**, service de santé publique, chargée de prévention

Les membres de **l'ANAAP**

Madame **Marina Croquette-Krokar**, médecin psychiatre, DAS, Genève

Le **service d'infectiologie de l'Hôpital des Cadolles**

Monsieur **Jean-Philippe Ruegger**, directeur de l'office de l'Assurance Invalidité

Madame **Nadia Gagg Dagon**, responsable des programmes d'insertion

Le **Centre Social Protestant**

### **Participation à des conférences, séminaires, formations, etc.**

- Le Dr P.-A. **Porchet** est intervenu dans le cadre du **6<sup>ème</sup> Colloque de formation continue du Collège de Médecine de Premier Recours (CMPR)** en y présentant un exposé intitulé « **Toxicomanies et travail** », Lausanne
- Le Dr P.-A. **Porchet** a animé un atelier dans le cadre du COROMA sous le thème « **Addictions et capacité de travail, quels critères et quels enjeux ?** », Martigny
- Le Dr P.-A. **Porchet** a participé à une séance de la commission cantonale pour la prévention et la lutte contre la toxicomanie du canton de l'Etat de Vaud en y présentant un exposé « **Vision de la problématique concernant la toxicomanie** », Hospices cantonaux, Lausanne
- Le Dr P.-A. **Porchet** a donné une conférence sous le thème « **Cannabis et apprentissage** » au Centre Professionnel du Littoral Neuchâtelois (CPLN)

- Le Dr P.-A. **Porchet** a participé à un séminaire sur la « **Psychose débutante** », Lausanne
- Le Dr P.-A. **Porchet** a donné une conférence intitulée « **Le Cas Cannabis** » au château de Colombier, NE
- Le Dr P.-A. **Porchet** a participé à une séance de travail à l'hôpital de Pourtalés intitulée « **Réunion des intervenants concernés par la prise en charge des nouveaux-nés de mères toxico-dépendantes** »
- MM. P.-A. **Porchet**, G. **Fornerod** et D. **Bugnon** ont participé au séminaire « **Médecine et addictions, peut-on intervenir de manière efficace ?** », Paris
- M. M. **Cattin** a participé au congrès « **Journée francophone de travail social et interventions systémiques** » et est intervenu dans un atelier, Genève
- M. M. **Cattin** a participé à une séance de travail dans le cadre du GREAT sous le thème « **Transfert de pratique** »
- M. J.-M. **Coste** a obtenu le diplôme universitaire de thérapie cognitive et comportementale de l'Université de Lyon
- MM. Ch. **Jaggi** et J.-A. **Kummer** préparent le travail de fin de formation pour l'obtention du Certificat interprofessionnel en addictions donné par la FORDD (Fédération Romande des Organismes de Formation dans le Domaine des Dépendances)
- M. J.-M. **Coste** a participé à une journée de Psychotraumatologie et de Médiation à l'Université de Neuchâtel
- MM. J.-M. **Coste**, P.-A. **Cachelin** et Y. **Grecuccio** ont participé à la conférence nationale sur les drogues synthétiques et la cocaïne
- M. Y. **Grecuccio** a commencé un diplôme d'études supérieures spécialisées en psychologie clinique, Université de Lausanne
- Mme M. **Kraemer** a obtenu un diplôme d'études supérieures spécialisées en psychologie clinique, Université de Lausanne
- L'un ou l'autre des collaborateurs de l'institution a suivi des cours/modules organisé par la FORDD (Fédération Romande des Organismes de Formation dans le Domaine des Dépendances) dans le cadre du «certificat interprofessionnel en addictions»
- Plusieurs collaborateurs ont participé au séminaire «**Les Psychoses débutantes** » à Lausanne
- Les collaborateurs du **13Ouvert** ont participé à une journée de formation du COROMA sous le thème « **Addictions et santé sociale** », Martigny

## **Stages et stagiaires**

Nous avons accueilli différents stagiaires :

M. Ian **Girardbille**, étudiant de 4<sup>e</sup> année en pédagogie curative, Université de Fribourg, a terminé son stage de 36 semaines le 30 avril 2004

M. Yvan **Grecuccio**, psychologue, a terminé son stage de 32 semaines le 28 mai 2004

M. Mike **Turra**, étudiant de 2<sup>e</sup> année en éducation spécialisée, Ecole sociale de Fribourg, a commencé un stage de 22 semaines le 16 août 2004

Mlles. Laura **Viale** et Nathalie **Girard**, élèves infirmières de 3<sup>e</sup> année de l'Ecole de soins infirmiers de Neuchâtel, ont effectué un stage de 6 semaines

Nous avons accueilli également 8 autres étudiant(e)s pour des stages d'observation d'une durée de 1 à 4 jours

Nous constatons avec plaisir la bonne collaboration qui existe avec les lieux de formation dans la mise en place et le suivi de ces stages.



# **DONATEURS ET REMERCIEMENTS**

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

Fondation Haldiman-L'Hardy Fr. 500.00

Commune de St-Blaise Fr. 500.00

Commune de Thielle-Wavre Fr. 500.00

La Croix-Rouge Suisse Section de Neuchâtel, Vignoble et Val-de-Ruz pour les dons en nature offerts dans le cadre de l'action 2x Noël.

La commission de répartition de la Dîme sur l'alcool et

La Loterie romande pour leur aide si précieuse.

Nous remercions également ici toutes celles et ceux qui, en recevant notre dernier rapport d'activité, ont témoigné leur solidarité en nous « garnissant » le bulletin de versement.

M. et Mme Piergiovanni et Chappuis Piergiovanni, Neuchâtel Fr. 200.00

M. Thomas Facchinetti, Neuchâtel Fr. 100.00

Mme Lucienne Marguerat, Horgen Fr. 100.00

Mme Catherine Ondrus, Colombier Fr. 100.00

Commune libre du Neubourg et Alentours, Neuchâtel Fr. 100.00

Cabinet médical de Groupe, Colombier Fr. 100.00

Dr Pierre Arni, Neuchâtel Fr. 100.00

M. et Mme Vautravers, Neuchâtel Fr. 100.00

Dr Thomas Achard, Neuchâtel Fr. 100.00

M. Jean-Pierre Bettone, St-Blaise Fr. 100.00

Cabinet de psychothérapie Catherine Meyer, Neuchâtel Fr. 100.00

Dr Elisabeth Flammer, Neuchâtel Fr. 100.00

Pharmacie Centrale Matthys SA, Neuchâtel Fr. 100.00

Mme Catherine Paquier, Neuchâtel Fr. 100.00

Dr Alain Mantegani, Neuchâtel Fr. 100.00

Pharmacie du Soleil, Neuchâtel Fr. 100.00

M. Jean-Claude Clemençon, Marin Fr. 100.00

M. Gérard Comtesse, Neuchâtel Fr. 100.00

Mme Raymonde Wicky, Neuchâtel Fr. 50.00

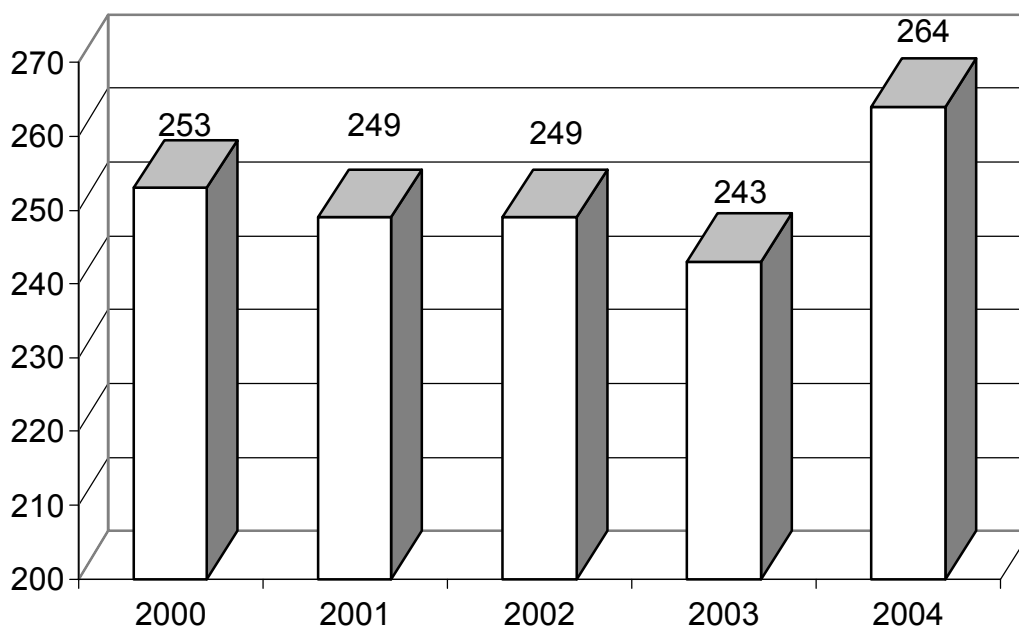
M. Patrick Surdez, La Chaux-de-Fonds Fr. 50.00

Mme Monique Barrelet, Neuchâtel	Fr. 50.00
M. Daniel Cetlin, Chézard	Fr. 50.00
Etude d'avocat Jean-François Malcotti, Neuchâtel	Fr. 50.00
Mme Betty Denzler, Neuchâtel	Fr. 50.00
M. Wolfgang Amman, NeuchâTEL	Fr. 50.00
Mme Francine Glassey Perrenoud, La Chaux-de-Fonds	Fr. 50.00
Mme Mady Jeannet, Neuchâtel	Fr. 50.00
Dr et Mme B. et F. Jeanneret-Gris, La Chaux-de-Fonds	Fr. 50.00
Dr Werner Kaenzig, Neuchâtel	Fr. 50.00
Mme Martine Blum, La Chaux-de-Fonds	Fr. 30.00
Mme H.J. Haussener, St-Blaise	Fr. 30.00
Dr Marco Salvi, Neuchâtel	Fr. 30.00
M. et Mme P. et M. Favre-Cottini, Bôle	Fr. 25.00
M. et Mme Van Ratingen et Kirouac Van Ratingen, Chx-de-Fds	Fr. 20.00
Dr Marina et Candida Cretti, Neuchâtel	Fr. 20.00
Mme Diane-France Burri-Richter, Fontaines	Fr. 20.00



# **STATISTIQUES ET COMMENTAIRES 2004**

## NOMBRE TOTAL DE DOSSIERS



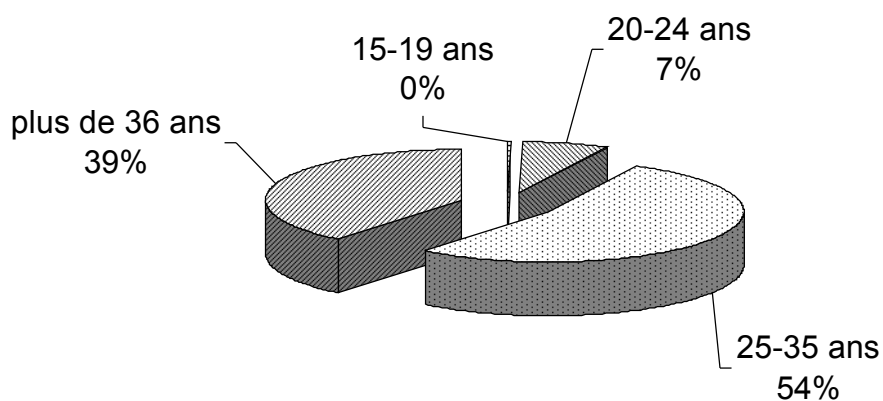
	2000	2001	2002	2003	2004
Nb. total de dossiers	253	249	249	243	264
Nb. de personnes "autres"					22
<b>Nb. de personnes toxicomanes</b>					<b>242</b>
non-substituées à la méthadone	50	45	63	54	72
substituées à la méthadone	203	204	186	189	170

Cette année, compte tenu notamment du développement du concept « cannado », mais également de nouvelles exigences de l'OFAS par rapport au taux minimum de 50% de cas AI donnant droit aux subventions, nous comptabilisons les jeunes suivis dans le cadre de « cannado » de manière spécifique sous « autres »

Le nombre de personnes toxicomanes ayant consulté le Drop-In en 2004 est stable par rapport à celui de l'année précédente soit **242** personnes (243 en 2003).

Nous notons par contre une légère baisse de la proportion du nombre de personnes bénéficiant d'une cure de substitution à la méthadone par rapport à celles n'en bénéficiant pas : **72%** en 2004 contre 78% en 2003.

## AGES DES PERSONNES TOXICOMANES

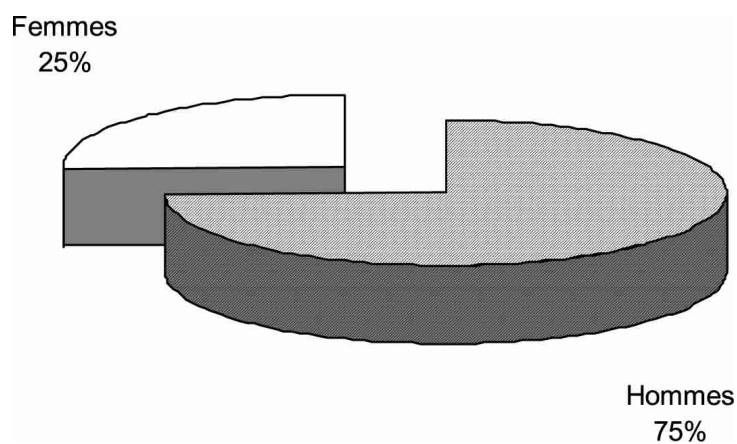


15-19 ans	1
20-24 ans	17
25-35 ans	129
plus de 36 ans	95

Le vieillissement de notre population, + 7% de la tranche des 25 ans et plus en 2004, s'explique notamment par la nouvelle façon de comptabiliser la population fréquentant le Drop-in. Pour les raisons évoquées dans le commentaire précédent, ne sont en effet ici comptabilisées que les personnes toxicomanes.

Tranches d'âges	2003	2004	variation
de 15 à 19 ans	3%	<b>0%</b>	-3%
de 20 à 24 ans	11%	<b>7%</b>	-4%
de 25 à 35 ans	53%	<b>54%</b>	+1%
dès 36 ans	33%	<b>39%</b>	+6%

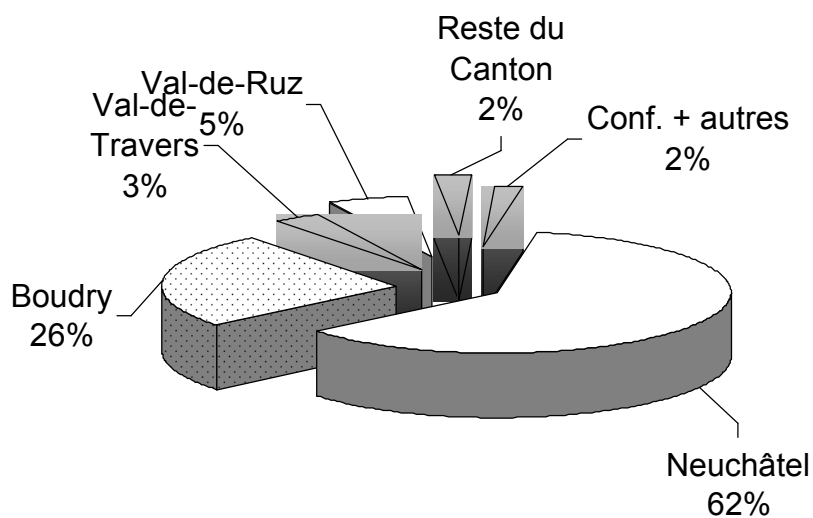
## SEXE DES PERSONNES TOXICOMANES



Hommes	181
Femmes	61

On ne note pas de changement significatif en 2004 par rapport à l'année précédente à savoir que la proportion hommes - femmes s'établit toujours à **3/4 d'hommes 1/4 de femmes.**

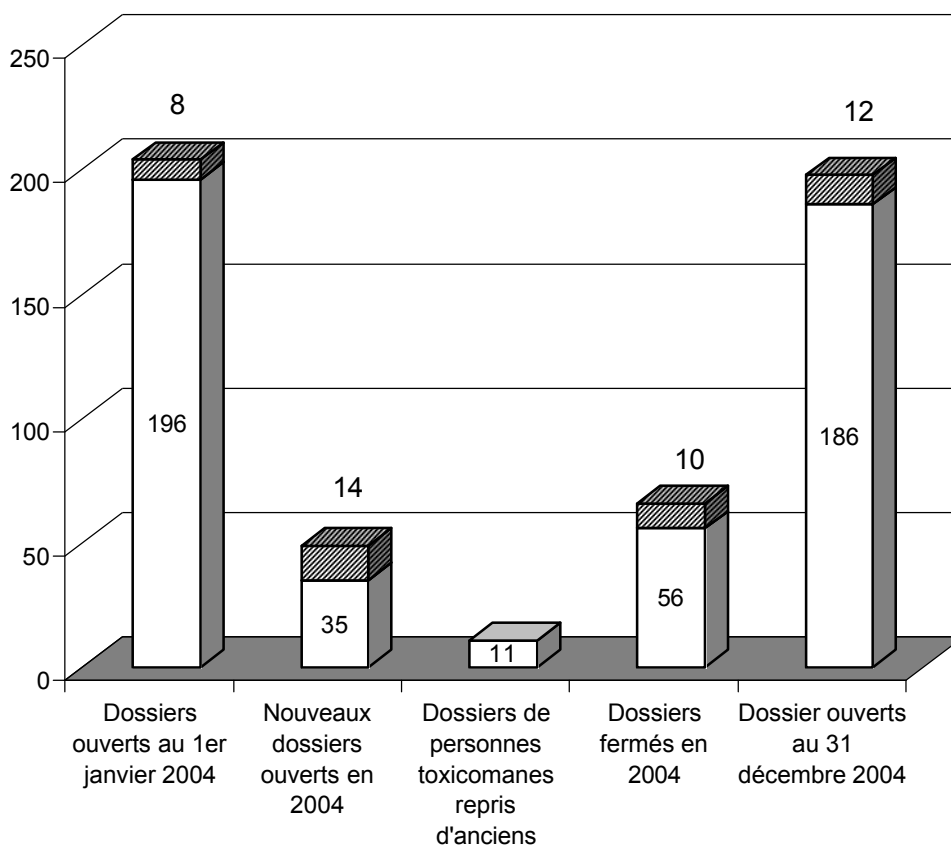
## PROVENANCES DES PERSONNES TOXICOMANES



Neuchâtel	148
Boudry	62
Val-de-Travers	8
Val-de-Ruz	13
Reste du Canton	6
Conf. + autres	5

En 2004, là aussi, pas de changement significatif par rapport aux années précédentes, à savoir que la majorité des patients qui fréquentent notre centre proviennent des districts de Neuchâtel (62%) et Boudry (26%), le reste du canton représentant 10% de cette population.

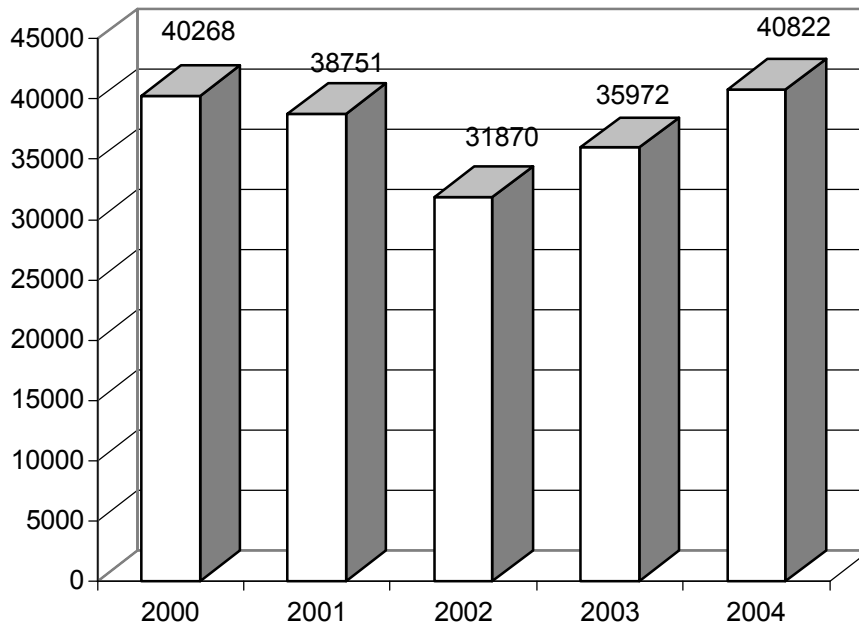
## Mouvements 2004 des dossiers



	Dossiers de personnes toxicomanes	Autres dossiers
Dossiers ouverts au 1er janvier 2004	196	8
Nouveaux dossiers ouverts en 2004	35	14
Dossiers de personnes toxicomanes repris d'anciens	11	
Dossiers fermés en 2004	56	10
Dossier ouverts au 31 décembre 2004	186	12

Au 31 décembre 2004, **198** personnes sont suivies au Drop-in, soit 186 personnes toxicomanes et 12 « autres », majoritairement des adolescents suivis dans le cadre du programme cannado.

## NOMBRE DE VISITES



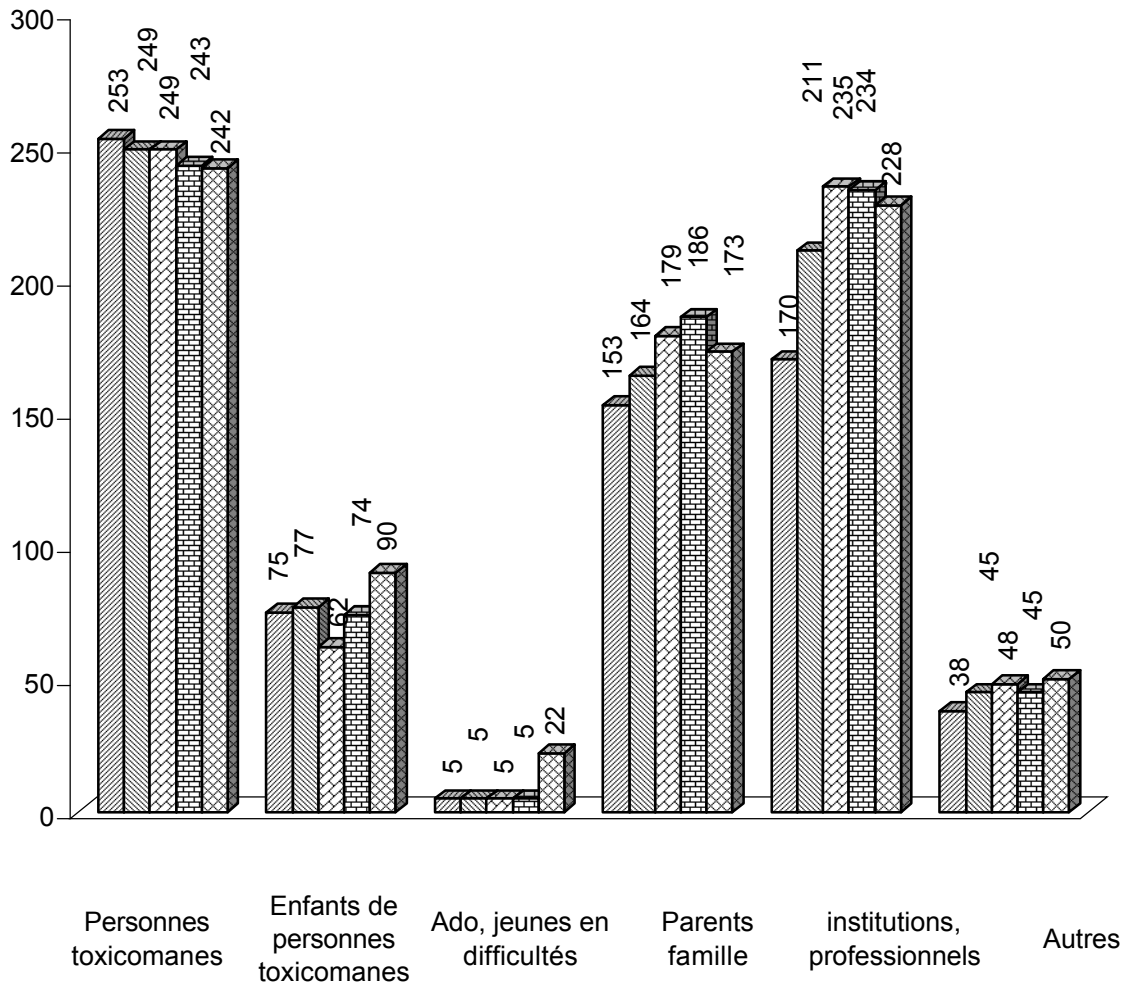
2000	2001	2002	2003	2004
40268	38751	31870	35972	40822

Décomposition du nombre de visites:

Au Drop-In avec distribution méthadone	23222
Au Drop-In sans méthadone (estimation 20p/j)	5000
Au 13Ouvert (70 pers/jours)	12600

En 2004 nous avons un chiffre global de visites de **40'822**, soit une augmentation de près de 5'000 visites par rapport à 2003 (35'972). Cette augmentation est due à un fort accroissement de la fréquentation du 13Ouvert, qui est passée de environ 50 pers/jour en 2003 à environ 70 pers/jour en moyenne en 2004.

## POPULATION CONSULTANTE



	Personnes toxicomanes	Enfants de personnes toxicomanes	Ado, jeunes en difficultés	Parents famille	institutions, professionnels	Autres	Totaux
2000	253	75	5	153	170	38	694
2001	249	77	5	164	211	45	751
2002	249	62	5	179	235	48	778
2003	243	74	5	186	234	45	787
2004	242	90	22	173	228	50	779

### **Personnes toxicomanes**

242 personnes toxicomanes ont bénéficié de notre aide en 2004.

### **Enfants de personnes toxicomanes**

90 enfants de personnes toxicomanes en traitement en 2004 par rapport à 74 en 2003.

### **Adolescents, jeunes adultes en difficulté**

L'augmentation significative est à mettre en rapport avec les suivis du secteur cannado.

### **Parents - familles**

173 personnes sont suivies en 2004 contre 186 en 2003, soit une diminution de 7%.

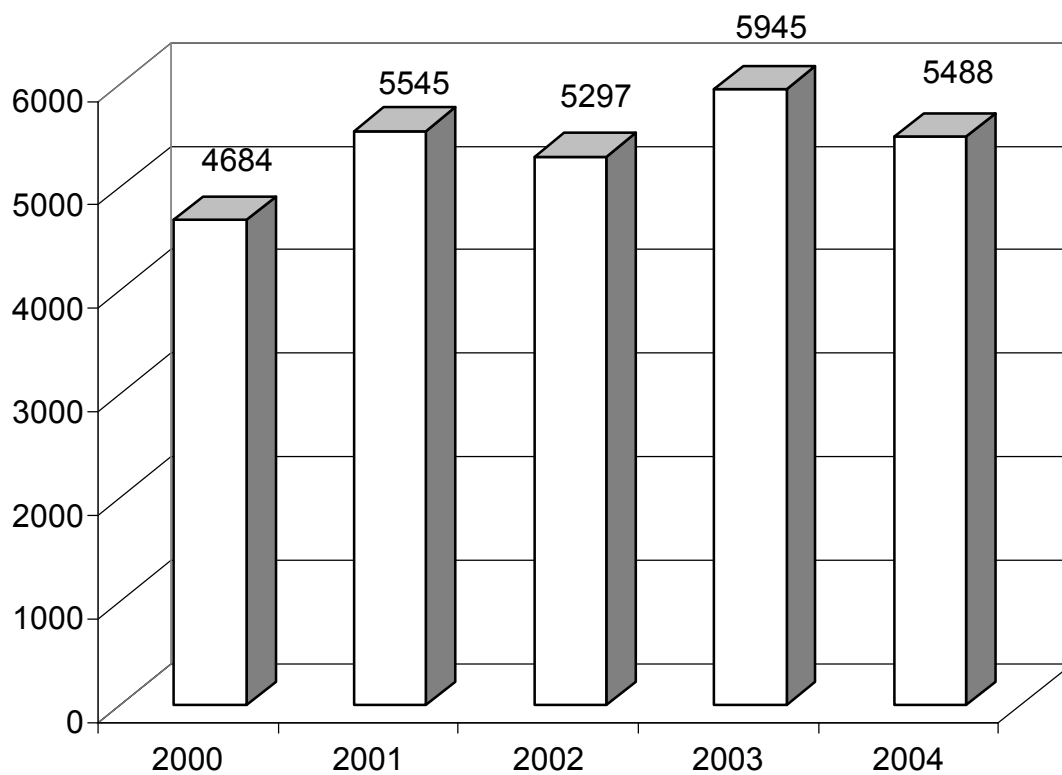
### **Institutions - professionnels**

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

### **Autres**

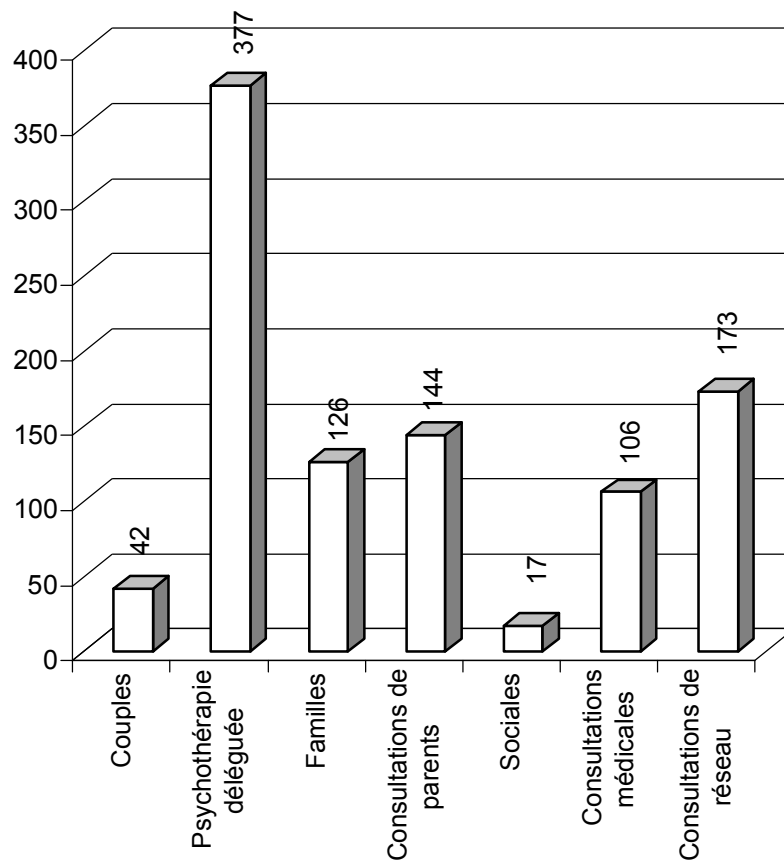
Cette catégorie enveloppe principalement les amis proches de personnes toxicomanes (non toxicomanes elles-mêmes) qui viennent consulter notre centre ainsi que des personnes ou des groupes qui s'adressent à nous pour divers types d'information, nous avons eu 50 personnes en 2004.

## EVOLUTION DU NOMBRE DE CONSULTATIONS INDIVIDUELLES 2000-2004



2000	2001	2002	2003	2004
4684	5545	5297	5945	5488

## AUTRES CONSULTATIONS



Couples	42
Psychothérapie déléguée	377
Familles	126
Consultations de parents	144
Sociales	17
Consultations médicales	106
Consultations de réseau	173

### Couples

Consultation avec le "patient désigné " et son conjoint ou consultation de deux patients faisant ménage commun.

### Psychothérapies déléguées

Travail psychothérapeutique d'orientation analytique avec des parents ( 214 séances individuelles ou de couples) et des jeunes adultes toxicodépandants/co-dépandants (163 séances individuelles).

## **Familles**

Interventions systémiques auprès de familles réunissant le "patient désigné " et des membres de sa famille proche : ses parents, sa fratrie ou ses enfants.

## **Consultations de parents**

Parents reçus en consultation afin de les "aider à aider leur enfant".

## **Sociales**

Interventions sociales, souvent au domicile du patient.

## **Consultations médicales**

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

## **Consultations de réseau**

Interventions de types systémiques, faisant intervenir toutes les personnes significatives (principalement des réseaux professionnels) ayant un lien direct avec le "patient désigné ».

# ANNEXES

- **Le concept cannado**
- **Le protocole des sanctions au 13Ouvert**

## LE CONCEPT « CANNADO »

### Genèse du projet :

Depuis quelques mois, de plus en plus de mineurs sont directement adressés par la justice, les directeurs d'école, etc. au Drop-In. Afin de répondre au mieux à ces requêtes, l'institution a décidé de mettre en place un nouveau concept.

Il s'agit de faire preuve de la plus grande cohérence sachant que le jeune peut se trouver dans une situation familiale, professionnelle ou générale, précaire et problématique.

### Bénéficiaire :

Les adolescents mineurs envoyés par l'Autorité tutélaire, par les directeurs d'école ou autres et adressés au Drop-In en raison de leurs consommations de produits psychotropes, le plus souvent de cannabis.

Cette mesure remplace l'astreinte au travail, l'amende ou autres punitions généralement prononcées dans ce type de situations.

### Les 4 piliers du concept :

1. Le **mineur** est reçu seul, pour **deux entretiens** dans le mois suivant la demande. Durant ces rencontres, un ou une collaborateur/trice de l'institution essayera de comprendre le sens de ses consommations. Plus généralement, le professionnel tentera de cerner l'état psychique et général du jeune et les conséquences de ses consommations. Il est aussi important d'évaluer avec lui la fréquence de la prise du produit psychotrope (mensuelle, hebdomadaire ou quotidienne). Il sera aussi discuté des avantages et des motivations d'arrêt de la consommation.

### Objectif :

- Mettre en lumière les éventuelles difficultés ou problèmes du jeune automédiqués par les consommations de stupéfiants.
- Apport d'une information « objective » sur les effets du produit.
- Evaluation du type de consommation (récréative, abusive ou addictive).
- Proposer une aide à l'adolescent.

2. **Les parents** sont reçus seuls afin d'évaluer la situation générale de leur enfant mais aussi, afin de clarifier certaines notions concernant les usages du cannabis ou autres produits (récréatif, abusif ou dépendance), de discuter des différentes règles et lois, etc. Il s'agit aussi d'attirer l'attention des parents sur les causes et le sens des consommations de leur enfant plutôt que sur le symptôme (« il fume du cannabis »). Il est aussi possible de parler des effets et des conséquences des consommations de cannabis, car souvent les parents connaissent mal ce produit. Cela devrait leur permettre de ni banaliser, ni diaboliser.

**Objectif :**

- Informer les parents (produits, effets, loi actuelle, etc.).
- Ecouter les parents.
- Permettre aux parents de pouvoir se situer face au produit et la consommation de leur enfant, de le comprendre et de l'aider.
- A leur demande, leur proposer une aide.

3. **Le mineur et les parents sont reçus ensemble.** C'est souvent l'occasion de faire un bilan de situation et de savoir comment la famille a vécu ces consultations au Drop-In.

**Objectif :**

- Permettre une meilleure communication au sein de la famille.
- Echanger les points de vue (ni banaliser, ni dramatiser).
- Possibilité de présenter les difficultés du jeune à sa famille et réciproquement, mais aussi ses atouts, ressources ou projets.
- Présenter devant toute la famille les craintes ou les espoirs pour l'avenir.
- Envisager un traitement pour la suite, si nécessaire.

4. L'intervenant en addiction prend **contact avec l'Autorité qui a envoyé le jeune** afin de lui signaler s'il s'est bien rendu au Drop-In pour ses entretiens. En raison de certaines problématiques familiales, la rencontre avec les parents peut difficilement obligatoirement faire partie de « l'astreinte ».

**Objectif :**

- Informer l'Autorité tutélaire, les directeurs d'école ou autres, de la tenue ou non des entretiens.

**Conclusion :**

Cette démarche éducative permet de prendre en compte une consommation de produits psychotropes, de soutenir l'adolescent, de clarifier sa situation, de l'inscrire dans la dynamique familiale et d'envisager si nécessaire un début de traitement (hors astreinte).

Elle permet d'intégrer la famille dans un contexte et une période de vie où les parents sont incontournables.

Elle permet aussi d'éviter d'autres démarches pouvant être dans certains cas inopérantes voire contre productives.

# **PROTOCOLE DES SANCTIONS AU 13OUVERT**

## **Trafic, consommation & co au 13Ouvert**

- L'utilisateur pris en « flagrant délit » reçoit immédiatement un avertissement du collaborateur qui en était témoin. Selon la gravité, le collaborateur peut demander à la personne de quitter les lieux de suite et l'informe que l'incident sera discuté lors du colloque.
- Le collaborateur note dans le journal du 13Ouvert les faits observés et en informe le référent thérapeutique du patient.
- Lors du colloque du jeudi, l'événement est discuté en équipe. Cette dernière peut prendre des mesures tout en tenant compte de l'avis du référent.
- La direction est avertie et le cas fera l'objet d'une discussion lors du colloque le mardi soir.

## **Sanctions possibles**

1. Interdiction du lieu d'un jour
2. Interdiction du lieu durant une semaine sans incident sur le contrat ISP (s'il en existe un), donc sans information à l'AS
3. Interdiction du lieu durant une semaine avec information de la sanction à l'AS
4. Contrat ISP suspendu lors d'une interdiction de durée indéterminée
5. Sanctions individualisées en tenant compte de la situation du patient (p.ex. TIG internes)

## **Actes sanctionnés**

1. Violence physique et verbale
2. Consommation dans le lieu
3. Trafic dans le lieu et ses environs
4. Vol

