

**DROP-IN**  
**Fausses-Brayes 5**  
**2000 Neuchâtel**

# **RAPPORT D'ACTIVITE**

**1999**

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

# TABLE DES MATIERES

<b>L'EQUIPE</b>	<b>5</b>
<b>PREAMBULE</b>	<b>7</b>
« Un stupéfiant fétichisme » Arguments éthiques en faveur de la liberté thérapeutique par Mark HUNYADI	
<b>INTRODUCTION</b>	<b>17</b>
<b>LA SCENE</b>	<b>19</b>
La cocaïne	
La recrudescence de la violence	
Le Drop-In prend des mesures	
Ces chiens qui « envahissent » la zone	
<b>PREVENTION PRIMAIRE</b>	<b>22</b>
Prévention primaire pour qui	
SNIPS	
Promotion de la santé - prévention spécifique des dépendances	
Fil rouge	
Groupe de Prévention du GREAT (GPG)	
<b>PREVENTION SECONDAIRE</b>	<b>28</b>
LE RATEAU IVRE	
AIDE AUX PARENTS	
<b>PREVENTION TERTIAIRE</b>	<b>34</b>
<b>METHODOLOGIE DE PRISE EN CHARGE AU DROP-IN</b>	
Les colloques	
Autres moyens	
Salle d'accueil, distribution et secrétariat	
<b>PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES ET SOINS</b>	<b>45</b>
Médication	
Une psychiatrie ambulatoire lourde	
Collaboration	
Psychothérapies déléguées	
Prise en charge systémique	

<b>PATHOLOGIES SOMATIQUES ET SOINS</b>	<b>50</b>
Dépistage des hépatites et du HIV	
Vaccination hépatites A et B	
Soins et conseils pour les abcès et phlébites	
Injections de neuroleptique dépôt	
Test de grossesse	
Echange de seringues	
<b>PATHOLOGIES SOCIALES ET SOINS</b>	<b>53</b>
La précarité de l'emploi	
Difficultés liées au logement	
La solitude	
Les procédures judiciaires	
<b>ANIMATION</b>	<b>57</b>
Les accompagnements	
Activités proposées dans le cadre du Drop-In	
Difficultés et interrogations	
<b>VISITES A "L'EXTERIEUR" CENTREES SUR UN PATIENT</b>	<b>62</b>
<b>AIDE A LA SURVIE</b>	<b>63</b>
<b>Bistrot</b>	
<b>Le 13 Ouvert</b>	
L'accueil et le bistrot	
Les soins infirmiers	
Echanges de seringues	
Dépistage	
Groupe d'usagers pour la composition de messages préventifs	
<b>Activités occupationnelles</b>	
L'atelier	
Le jardin potager social	
Douche et buanderie	
<b>Les contrats ISP</b>	
<b>Le travail d'intérêt général (TIG)</b>	
<b>Le coin statistique</b>	
<b>Bilan</b>	
<b>AIDE AUX PATIENTS CHRONIQUES ET AUX INVALIDES</b>	<b>73</b>
<b>UN LIEU DE FORMATION</b>	<b>74</b>
<b>Formation destinée aux institutions, professionnels ou autres</b>	
<b>Formation - Echanges</b>	
<b>Formation destinée aux professionnels du Drop-In</b>	

**Groupes de travail**  
**Participation à des commissions d'experts**

<b>ACTIVITES ET RELATIONS EXTERIEURES</b>	<b>83</b>
Sur le plan cantonal	
Sur le plan intercantonal	
<b>EN GUISE DE CONCLUSION</b>	<b>86</b>
<b>DONATEURS ET REMERCIEMENTS</b>	<b>90</b>
<b>STATISTIQUES ET COMMENTAIRES</b>	<b>92</b>
<b>ANNEXES</b>	
Comptes et budget	
« Lettre de Porto » adoptée par l'ERIT ( <b>Federation of European Professionals Associations Working in the Field of Drug abuse</b> ) lors de son Congrès de février 2000	

## L'EQUIPE

Pierre-Alain PORCHET	médecin directeur	60%
Irène PORCHET-MARGUERAT	psychologue FSP-psychothérapeute	25%
Gilbert FORNEROD	assistant social responsable du secteur thérapeutique	100%
Astrid REICHENBACH	psychologue FSP-psychothérapeute	50%
Daniel BUGNON	éducateur spécialisé responsable du secteur administratif	100%
Valérie WENGER PHEULPIN	éducatrice spécialisée responsable du secteur de la Prévention primaire et secondaire	50%
Michel CATTIN	travailleur social	100%
Aude SMITH BARDET	psychologue FSP jusqu'au 31.12.1999	50%
Clément DESCOEUDRES	assistant social licencié en sciences sociales	100%
Jean-Marie COSTE	infirmier en psychiatrie responsable des soins infirmiers	100%

Natacha HADORN	assistante médicale, secrétaire jusqu'au 31.12.1999	50%
Philippe BERSET	psychologue et infirmier en psychiatrie responsable du secteur aide à la survie depuis octobre 1999	100%
Laure OLIVERI	psychologue	80%
Véronique EVARD	infirmière assistante dès le 01.10.1999	65% 75%
Magali STEINEMANN	assistante en pharmacie	65%
Christophe JAGGI	collaborateur social	100%
Nicoletta ERARD	secrétaire engagée le 01.01.1999 dès le 01.10.1999	80% 100%
Claude-Alain CORNUZ	assistant social dès le 01.07.1999	100%
Barbara KISS MEYER	psychologue emploi temporaire du 26.04 au 25.10 engagée le 01.11.1999	100% 75%
Jacques-André KUMMER	psychologue stagiaire du 01.06 au 31.10.1999 engagé le 01.11.1999	80%

## **PREAMBULE**

*Comme on a pu le constater ces dernières années, le préambule de notre rapport d'activité est toujours "significatif".*

*Il est pour nous fondamental : c'est le reflet de ce qui nous semble sur le moment le plus important de communiquer pour faire progresser la compréhension des phénomènes complexes liés aux conduites addictives et permettre ainsi des approches et la découverte de solutions de plus en plus adéquates.*

*On peut donc comprendre que nous ne céderons pas facilement la plume pour cette rubrique ! Nous l'avons cependant fait pour publier le texte de Mark Hunyadi avec l'autorisation de Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de Médecine et Hygiène, que nous remercions.*

*Attention, ce n'est pas un texte que l'on peut lire "en diagonale" comme son journal du matin ... Il faut prendre le temps de s'arrêter un moment pour y prêter l'attention qu'il mérite.*

*Nous pensons que cela en vaut vraiment la peine ...c'est bon pour la tête et ça aide vraiment à comprendre pourquoi réfléchir avec objectivité est si difficile dans le champ de la toxicomanie...*

### **« Un stupéfiant fétichisme » Arguments éthiques en faveur de la liberté thérapeutique**

par

## 1. Un problème au seuil du problème...

Ce n'est qu'avec circonspection et prudence que le philosophe **éthicien** peut s'aventurer sur un terrain aussi chargé que celui des questions liées à la drogue, et ce pour au moins deux raisons. D'une part, puisqu'il est éthicien, il n'est **pas clinicien**, et sa parole est pour ainsi dire délestée du poids de l'action et de l'expérience, de même que ses réflexions sont dégagées du poids de la décision à prendre. Cela l'oblige en tout état de cause à **une absolue modestie**, cela l'oblige aussi à ne jamais perdre de vue que son éventuelle contribution ne peut valoir que comme un point de vue possible au sein d'un champ argumentatif qui en comprend nécessairement beaucoup d'autres.

Mais une deuxième raison, plus profonde, engage à l'extrême prudence. C'est qu'il est extrêmement difficile, même pour l'éthicien supposé professionnel, d'identifier ce qu'est ou ce que sont exactement le ou les problèmes éthiques spécifiquement liés aux toxico-dépendances. En d'autres termes, on se trouve en difficulté au moment même où l'on pose le problème. Par exemple, on peut classiquement définir **la problématique éthique liée à la drogue** — comme le fait un article du tout récent **Dictionnaire de philosophie morale**<sup>1</sup>, aux PUF — comme étant constitué par **un conflit d'intérêts entre les trois sommets d'un triangle dont l'un représenterait la liberté individuelle, le deuxième le maintien constitutionnellement garanti de l'ordre public par l'Etat et le troisième les impératifs de santé publique qui incombent à ce même Etat**. C'est là, assurément, une manière suggestive de poser le problème, et elle correspond bien à nos intuitions de citoyens. Mais il me semble que toute suggestive qu'elle soit, **cette élégante présentation d'une tension entre trois points de vue concurrents passe néanmoins à côté d'une des dimensions essentielle dans laquelle se noue le problème éthique lié à la drogue, à savoir la souffrance des sujets toxico-dépendants**, non seulement la souffrance dont **témoigne** leur toxicomanie elle-même — ce à quoi les modèles psychanalytiques nous ont habitué à prêter attention —, mais encore la souffrance bien réelle qu'ils endurent **à cause** de leur toxicomanie telle qu'ils la vivent dans le présent — une dimension de la souffrance à laquelle les modèles psychanalytiques sont certainement plus sourds. En plaçant d'emblée le problème éthique lié à la drogue sous le signe d'un conflit de droits fondamentaux, comme on le fait classiquement, on perd d'entrée de jeu cette dimension concrète de la souffrance qui est pour ainsi dire *le milieu* où se joue la relation complexe entre la demande du sujet toxicomane et la réponse thérapeutique possible du médecin. Si cette souffrance est le milieu de la relation patient-médecin, elle est aussi le lieu d'une problématique éthique que le droit ne peut, me semble-t-il, feindre d'ignorer. Et effectivement, c'est bien cette souffrance qui, à un titre ou à un autre, de près ou de loin, incite à tenter des expériences telles celles qui nous occupent aujourd'hui.

Il y a ainsi un problème au seuil même du problème: en quels termes simplement **identifier** le problème éthique lié à la toxicomanie en général, à la prescription médicale d'héroïne en particulier?

## 2. Le salut, ou rien...

---

\* Docteur en philosophie, maître-assistant à l'Université de Genève, chercheur associé au C.N.R.S. (Paris).

<sup>1</sup>Voir l'article "Drogue" signé Alain Ehrenberg dans le **Dictionnaire de philosophie morale**, Paris, P.U.F., 1996.

Je ne veux pas me dérober à cette question, mais je ne veux pas non plus me contenter de disserter sur de rassurantes généralités. J'aimerais envisager le problème radicalement — c'est-à-dire à la racine —, et poser la question suivante: **pourquoi l'absorption de drogues pose-t-elle des questions éthiques?** La réponse est à la fois simple et lourde de conséquences: **cette absorption pose des questions éthiques dans la mesure même où les drogues que l'on absorbe sont interdites.** Cette réponse est simple, parce que d'une certaine manière, elle tombe sous le sens: si telle drogue n'était pas interdite, son absorption ne poserait évidemment aucun problème moral, pas plus en tout cas que n'en pose a priori la relation à l'usage récréatif de tout autre substance, alcool ou nicotine. Mais cette réponse en apparence triviale est lourde de conséquences, dans la mesure même où elle renvoie inévitablement à la question suivante: **pourquoi telle drogue est-elle interdite?** En formulant la question dans cette simplicité, on se donne aussi la possibilité de fournir des réponses claires à cette même question.

### **Deux positions de principe...**

On voit ainsi deux positions de principe s'affronter: la première dit en gros que **telle drogue est interdite parce qu'elle est un mal**, la deuxième dit, tout aussi schématiquement, que **la drogue est un mal parce qu'elle est interdite.**

La première — "**la drogue est interdite parce qu'elle est un mal**" — est apparemment la plus profonde, parce qu'elle se réfère implicitement à un ordre des choses secret, enfoui, à une frontière non dite mais bien réelle entre ce qui est bon d'un côté, ce qui est mal de l'autre; à un principe naturel sous-terrain qui ordonne le cours du monde, et dont on ne percevrait que les symptômes les plus apparents, sous la forme de ce que nous savons confusément être le bien ou le mal. Il adhère à cette vision des choses un quelque chose de **théologique ou de métaphysique** qui lui confère une sorte de dignité particulière. Ses défenseurs peuvent ainsi affirmer avec l'aplomb des grandes certitudes que puisque la drogue est un mal, il faut tout naturellement l'interdire; l'ordre social se conformera ainsi à l'ordre naturel des choses.

En réalité, je pense que contrairement à l'apparence, loin d'être profonde, **cette vision des choses est très naïve, et procède d'une illusion projective dont sont coutumières les pensées théologiques. Il s'agit d'attribuer les caractéristiques du mal à une entité qu'on situe hors de soi; on explique alors le mal par le mal**, un peu comme on explique le mal par le Diable, ou le pouvoir somnifère de l'opium par sa vertu dormitive... Autant dire qu'on n'explique rien, et qu'on baigne en pleine tautologie.

L'autre position — "**la drogue est un mal parce qu'elle est interdite**" — est à la fois beaucoup **plus profonde et, me semble-t-il, plus proche de la réalité.** Elle permettra aussi, ultimement, je crois, de dédramatiser le débat entre la répression, la maintenance sous méthadone ou la distribution d'héroïne. Pourquoi est-elle plus profonde? Parce qu'elle oblige à briser la tautologie indiquée à l'instant, et nous contraint à nous interroger sur les **motifs réels qui poussent à l'interdiction de telle ou telle drogue.** Si en soi aucune chose n'est mauvaise, il faut avoir des motifs, affirmés ou secrets, conscients ou inconscients, pour l'interdire. Si l'on admet en effet que la drogue n'est pas un mal en soi, qu'elle ne rassemble pas en elle les caractéristiques du "mal", **si l'on admet donc qu'elle n'est pas intrinsèquement mauvaise, mauvaise par nature, mais au contraire qu'elle est toujours considérée comme mauvaise, c'est-à-dire relativement à certains buts ou à certaines valeurs, relativement à certaines visions de l'homme ou de la société, alors nous pouvons nous interroger librement sur le pourquoi de telles**

**interdictions** : qu'est-ce qui, fondamentalement, les motive? Quelle est leur raison d'être? Leur bien-fondé?

### **L'une est tolérée, l'autre pas...**

On imagine aisément qu'il n'y a pas de réponse simple ni univoque à ce genre de questions. Ce n'est toutefois pas une raison pour ne pas tenter une hypothèse. On ne peut ainsi pas ne pas **être frappé par la différence de traitement, sous nos latitudes, entre l'alcool et ce qu'on appelle communément les drogues**. Pour justifier l'extrême tolérance dont jouit la consommation d'alcool par rapport à celle de la drogue — alors même que les statisticiens montrent aisément chiffres à l'appui que les dégâts sociaux liés directement ou indirectement à l'alcool sont infiniment plus grands que ceux provoqués par la drogue —, pour justifier cette extrême tolérance donc, on invoque souvent les taxes importantes que perçoit l'Etat sur la vente d'alcool; l'Etat n'aurait pas intérêt à dissuader énergiquement de la consommation d'alcool, étant donné le profit substantiel qu'il y trouve. C'est là toutefois, on en conviendra, une vision très superficielle des choses: car s'il est certain que l'Etat trouve une source de profit non négligeable dans la consommation d'alcool de ses citoyens, le problème fondamental demeure, celui de savoir pourquoi c'est *l'alcool* — plutôt qu'un autre produit — qui est ainsi étatiquement favorisé; le fait que l'alcool ait une place si officielle dans les comptes nationaux n'est que le **symptôme**, et non la **cause**, de la valorisation dont il est l'objet. Il reste toujours à expliquer pourquoi c'est l'alcool qui fait l'objet de tant de sollicitude, et non, par exemple, la drogue.

### **L'alcool lie, la drogue délie, dit-on...**

L'hypothèse, la voici — et c'est elle qui me mettra sur les rails de ma thèse elle-même: si la drogue a réussi à rassembler contre elle un consensus encore tenace dans la population, c'est que dans une société comme la nôtre, fondée *réellement* sur l'échange et le commerce entre les individus, et fondée *symboliquement* sur le **contrat social**, qui fondamentalement suppose la communication entre égaux — communication économique sous forme de l'échange marchand, communication politique sous forme de participation à la formation de la volonté politique, ou communication sociale sous forme d'interactions directes entre membres d'une même société; dans une telle société donc, pour qui la communication entre cosociétaires a une valeur absolument **fondatrice**, la drogue représente la menace suprême, c'est-à-dire la dissolution du lien social et de sa valeur fondatrice, la communication. Alors que l'alcool est *perçu* comme désinhibiteur et en cela fondamentalement tourné vers autrui, favorisant donc la socialité, la drogue signifie rupture du lien social et menace pour la communication sous toutes ses formes. **Alors que l'alcool lie, la drogue délie** — telle est en tout cas la perception qu'on en a, fort éloignée évidemment, comme il se doit dans un système de représentations sociales, de la réalité de l'alcoolisme par exemple. **Mais ce qui importe ici, ce n'est précisément pas la réalité, mais la représentation sociale (qui est bien souvent un déni de réalité), et la manière dont elle se traduit juridiquement.**

C'est à cause de cette différence de perception dans les dangers respectives de l'alcool et des drogues que le législateur peut faire valoir, en toute sérénité, **pour l'alcool, une distinction entre usage, abus et dépendance, distinction que l'on se refuse obstinément d'appliquer aux drogues**. Cette sérénité n'est pas de mise pour les drogues, parce que leur usage est censé inévitablement conduire à l'abus: la menace permanente, diffuse et obsédante, est

**celle de l'inévitable dépendance pathologique.** On évacue par là, contre l'évidence des faits, tous ces cas de consommateurs (y compris d'héroïne) ni dépendants, ni marginalisés. Mais on peut comprendre pourquoi la drogue apparaît ainsi comme une pente glissante, une pente très raide et très glissante: dans une société ultimement fondée sur la communication entre les personnes, l'échange des marchandises, la circulation des informations, dans une telle société donc, le repli sur soi et la fusion (l'inverse même de la communication!) **avec un produit dont on devient présomptivement toujours l'esclave représente l'intolérable même, une sorte d'image en négatif de soi-même — la figure même du mal.**

Cette distinction latente, mais bien réelle, entre un produit — l'alcool — qui et fondamentalement conforme aux principes réels et symboliques sur lesquels repose notre société, puisqu'il est censé favoriser la communication, et un autre — la drogue — qui, secrètement, menace ces mêmes principes, cette distinction est au centre me semble-t-il des hantises irrationnelles qui se cristallisent autour de la drogue. On en trouve peut-être une confirmation indirecte lorsque l'on constate aujourd'hui la large diffusion des psychotropes en tout genre, et en particulier de ce que l'on appelle les "antalgiques de l'humeur", tel le fameux Prozac, anti-dépresseur apparemment sans danger pour soi ou pour autrui. Là encore, dans une société où l'inhibition, l'absence d'assurance sous toutes ses formes est un obstacle à l'intégration sociale, l'apparition d'un tel produit désinhibiteur **apparemment dépourvu d'effets secondaires** est une véritable aubaine sociale; elle accomplirait le rêve d'une société fluidifiée, communicationnelle et ouateuse, où chacun serait protégé contre les duretés d'une réalité sociale qui a, précisément, si peu su réaliser la promesse de transparence et de communication qui pourtant la fonde. **De tels antalgiques de l'humeur accompliraient le rêve de cette société, en permettant de supporter la réalité qui, justement, dément ce rêve jour après jour; mais à la différence des drogues dont nous parlons, ils le font, si l'on ose dire, en caressant la société dans le sens du poil,** ce qui explique que nul ne songe à les interdire, en tout cas pour des raisons morales...

### **Les fétichistes de la loi...**

De tels aperçus nécessitent bien sûr confirmation empirique, attestation historique et nuances conceptuelles. Mais quelles que soient les modulations que l'on apporte à ce point de vue, elles devraient à mon sens toutes mettre en évidence ceci: **l'interdiction qui pèse sur tel ou tel produit est toujours une construction sociale, et à ce titre puissamment, mais le plus souvent secrètement, motivé par les représentations les plus profondes que l'on a de la société, de ce qu'elle est et surtout de ce que l'on voudrait qu'elle soit. L'interdit, tout interdit en général, est une construction sociale qui révèle en creux, par la négative, l'imaginaire sur lequel repose la société.** Face à cela, les **fétichistes de la loi** tiennent au contraire que toute prohibition a un fondement naturel, en l'occurrence le mal intrinsèque que représente la drogue. **Le fétichisme, c'est cela: prendre pour naturel ce qui est au contraire le fruit d'une élaboration sociale, prendre pour naturellement donné ce qui est au contraire le résultat d'une construction historique et culturelle.**

Que l'interdit soit une construction sociale, on en a la preuve éclatante lorsque l'on apprend que d'un point de vue pharmacologique, héroïne et morphine sont des produits identiques. On accordera que c'est là une vérité qui ne court pas les rues, tant il est vrai qu'au niveau des représentations du sens commun, **la morphine est associée à l'apaisement de la douleur, et se trouve donc de ce point de vue, dans le contexte de son usage médical, connotée positivement, alors que l'héroïne est, elle, associée à la criminalité, à la marginalité et à la**

**déchéance sociale.** Comment ne pas conclure que la frontière entre le licite et l'illicite, l'acceptable et l'inacceptable, est une invention de la société qui, au gré de ses intérêts et aspirations, secrètes ou non, stigmatise un produit, et valorise l'autre? On sait par exemple qu'**en Angleterre, l'héroïne reste un opiacé légal dans son usage thérapeutique...**

Quand on dit donc, à mon sens à juste titre, que telle drogue est un mal parce qu'elle est interdite, — et non l'inverse —, c'est fondamentalement cela qu'on veut dire: **ce n'est pas le produit en lui-même qui est un mal, on le constitue en mal au contraire, et ce au gré des représentations, conscientes ou inconscientes, que l'on a de soi-même, tant individuelles que collectives. En ce sens, la prohibition a une signification fondamentalement auto-justificatrice:** en prohibant ce qui menace l'image d'elle-même, la collectivité renforce ou croit renforcer cette image.

### **Le schéma de la kénose...**

A dire vrai, je ne peux plus entendre aujourd'hui les discours répressionnistes en matière de drogue sans penser inmanquablement à ce que philosophes et théologiens appellent la **kénose** ou le **schéma de la kénose**, et qui caractérise à mon sens bien plus qu'un simple fait de culture — c'est une véritable structure mentale qui imprègne toute notre tradition. De quoi s'agit-il? Il s'agit d'un schéma permanent dans notre culture, **schéma qui prône la purification par le mal, ou la rémission par le mal. C'est ce qu'en termes laïques on peut appeler la politique du pire: il faut exacerber le mal pour qu'enfin le bien puisse advenir.** De même que le Christ a dû se dépouiller des attributs de la divinité jusqu'à se faire mettre en croix pour pouvoir ressusciter; de même que chez Marx, le prolétariat doit atteindre le fond de la misère et de la déréliction pour que puisse advenir la révolution rédemptrice et l'émancipation totale de l'Homme, eh, bien, de même, j'ai l'impression **qu'à travers le discours répressif, on veut acculer nos toxicomanes à la déchéance, les maintenir dans plus de misère et de souffrances pour que puisse advenir pour eux la seule forme de salut, l'abstinence.** Comme dans la **kénose christique**, comme dans la **kénose prolétarienne**, c'est le salut, la rédemption, ou rien.

Mais cette vision kénotique n'est pas seulement celle des prohibitionnistes militants, elle est, plus simplement, celle des lois suisses sur les stupéfiants; de l'aveu même d'un juriste, "cette réglementation a pour origine l'idée d'abstinence et pour objectif une société qui serait, dans la mesure du possible, exempte de drogues"<sup>2</sup>.

On sait pourtant depuis longtemps que non seulement **la répression n'a aucun effet thérapeutique, mais qu'elle est socialement contre-productive, en induisant la criminalité, et en stigmatisant toujours davantage ses victimes.** En outre, au niveau international, la preuve n'est plus à faire de la faillite complète de toutes les politiques anti-drogues menée sous la houlette des Etats-Unis; pour s'en convaincre définitivement, il suffit de lire un magistral petit ouvrage intitulé **Drogue, la guerre chimérique**, qui en moins de 150 pages dresse un inventaire cinglant des effets pervers dévastateurs des politiques prohibitionnistes<sup>3</sup>. Même constat dans l'excellente dernière édition de **l'Atlas mondial des drogues** publié par l'Observatoire géopolitique des drogues<sup>4</sup>. Ces

---

<sup>2</sup>Peter ALBRECHT, "La remise d'opiacés dans le champ de tension juridique entre assistance et répression", in: Coll., **La prescription de stupéfiants sous contrôle médical**, Genève, éd. Médecine et Hygiène, 1995.

<sup>3</sup>Roch CITE, **Drogue, la guerre chimérique**, Paris, Les Belles Lettres, 1996.

<sup>4</sup>Observatoire géopolitique des drogues, **Atlas mondial des drogues**, Paris, P.U.F. 1996.

mêmes effets pervers s'observent, je l'ai dit, à l'intérieur de chaque société, où les politiques répressives induisent directement ou indirectement une criminalité et une marginalisation dont elles sont immédiatement responsables. Ainsi aux Etats-Unis, seul 6,8 % des délits étaient liés à la drogue en 1980, alors que ce chiffre est passé à 30,5% en 1993. Entre-temps, le Président Reagan avait mené sa "guerre à la drogue", qui en fait se réduisait à une vaine escalade de la répression<sup>5</sup>.

### **La loi mal-faisante...**

Mais justement, — et c'est là que nous retrouvons le schéma de la **kénose** —, je crois précisément que contrairement à ce qu'elles prétendent d'elles-mêmes, c'est ce qu'elles souhaitent secrètement, ces politiques répressives: victimiser, abaisser, avilir, pour stigmatiser et acculer à la rédemption. Le salut pour les drogués, dans cette perspective, c'est l'abstinence; et peu importe à ces nouveaux Pilate que la réalité démente leur réquisitoire et qu'aucune répression n'abolisse jamais le mal, ils ne veulent rien entendre puisque le salut ne peut venir que dans et par **plus de mal** encore. **Au-delà de toutes les évidences empiriques qui contestent toute efficacité à la répression, celle-ci a quelque chose de fondamentalement pervers, qui révèle peut-être son utilité secrète: en prohibant, la répression marginalise, en marginalisant, elle rend les victimes encore plus victimes, créant ainsi de toutes pièces, serait-on tenté de dire, des loques humaines qui par leur seule présence confirment ainsi la malignité du mal qu'elle se propose de combattre. Mais évidemment, le mouvement est circulaire: la répression s'alimente elle-même, en créant la déchéance contre laquelle elle veut lutter.** Ses victimes sont à ses yeux sa **justification**, alors même qu'elles ne sont que sa **création**. On pourrait dire ainsi que les politiques répressionnistes sont **malfaisantes** en un sens fondamental, c'est-à-dire **qu'elles créent le mal qu'ensuite elles se font fort de combattre**. Elles sont littéralement *mal-faisantes*.

### **3. Sortir de l'impossible choix...**

**Il faut sortir de ce schéma de la kénose, qui nous intime un impossible choix entre le salut et la déchéance. Car ce choix n'est socialement pas réaliste, et il est thérapeutiquement inefficace.**

Il n'est socialement pas réaliste, parce qu'aucune société ne fonctionne sur des schémas aussi binaires, et il n'est aucune zone de lumière qui n'ait sa part d'ombre. **Il est d'une naïveté confondante, pour ainsi dire pavlovienne, de vouloir réduire la complexité du problème des toxico-dépendances à celui d'une simple démarcation entre le licite et l'illicite.** Les pratiques illégales se modifient avec la même célérité, ou même plus rapidement, que les frontières de la légalité se déplacent, toutes les études le montrent. Mais surtout, les politiques répressives situent d'emblée le débat dans les termes d'une alternative — permettre et interdire — qui est en réalité loin d'être complète.

### **« Interdiction » et « interdit » ...**

---

<sup>5</sup>cf. Jean-Paul JEAN, "La drogue alimente le système répressif", in: Le Monde diplomatique, juillet 1995, p. 20.

Ainsi, je propose de distinguer — une distinction qui précisément échappe aux pensées binaires — entre *interdiction* et *interdit*. **L'interdiction, c'est ce qui s'impose avec la force brute de la loi et que brandissent les prohibitionnistes**; l'interdiction se dit d'une prohibition *expressis verbis*, donc généralement formalisée en termes de loi, aboutissant à punir celui qui y contrevient. **Mais l'interdit, lui, n'a pas cette connotation juridico-légaliste. Il renvoie plutôt à un ensemble de pratiques culturelles ou sociales tacitement admises, réglant tel ou tel aspect du comportement personnel ou interpersonnel. Alors que l'interdiction relève du domaine de la loi, l'interdit relève plutôt de celui des mœurs, c'est-à-dire de pratiques socialement intégrées ne requérant pas obligatoirement une formulation explicite.** Il est à noter toutefois que ce n'est pas parce que les interdits culturels ne sont pas explicitement formulés qu'ils ne sont pas efficaces: ainsi, pour prendre un exemple, à l'école, il n'y a aucune loi ni règlement qui interdise explicitement aux élèves le mouchardage; or, bien qu'elle ne fasse pas l'objet d'une interdiction spécifique, il est bien clair que pèse sur ce genre de pratiques un interdit particulièrement lourd: toute infraction à l'attitude de solidarité entre élèves est sévèrement punie par ceux-ci, souvent d'ailleurs avec une efficacité tout à fait dissuasive.

### **Dépénalisation, légalisation**

Or, cette distinction entre **interdiction** et **interdit**, qui est structurellement ignorée par les fétichistes de la loi, se révèle d'une grande portée dans le cadre des politiques de la drogue. Elle permet notamment de nuancer l'espace qui sépare la **dépénalisation** de la **légalisation**. **Dépénaliser, cela veut dire lever l'interdiction juridique qui pèse sur tel ou tel produit, et ne plus considérer comme un crime les pratiques liées à son usage; légaliser, cela veut dire en toute rigueur trouver un cadre de loi approprié pour un usage socialement acceptable des drogues; légaliser, c'est donner un cadre légal pour une pratique qui n'est plus pénalisée.** Ni la dépénalisation, ni la légalisation n'encouragent donc ipso facto la consommation généralisée, car **légalisation ne veut pas forcément dire banalisation. En effet, — et cela me semble tout à fait essentiel —, que quelque chose soit juridiquement permis ne dissipe pas nécessairement son caractère d'interdit**, au sens que j'ai dit. Et c'est pourquoi, si légalisation il y a, **il faut indissociablement qu'elle s'accompagne d'un considérable effort d'éducation et de prévention.** Une dépénalisation sommaire aurait à n'en pas douter des effets désastreux. La dépénalisation, c'est-à-dire la levée de l'interdiction juridique, **n'apparaît plutôt que comme une condition de possibilité pour faire passer telle ou telle drogue de son statut d'être un objet d'interdiction — et donc simultanément de fascination — à celui d'être un objet d'interdit — et c'est l'éducation, au sens très large, qui assure ici le passage de l'un à l'autre.** A ceux qui raisonnent binaires en termes de permission/répression, il faut donc répondre que l'alternative qu'ils posent n'est pas complète: entre ce qui est juridiquement permis et ce qui est juridiquement réprimé, il y a tout ce qui est **socialement réprouvé** et qui de la sorte **n'est pas l'objet de la force brute d'une loi, mais celui, précisément, d'une éducation, d'une information, d'une explication, d'une justification.**

A ceux en revanche qui n'abordent le problème que sous son aspect clinique, c'est-à-dire une fois que les traitements doivent se mettre en place, il faut rappeler avec force **que le problème de la drogue se traite aussi, ô combien, en amont des traitements, par l'éducation et la prévention.** Les thérapeutes ne doivent pas faire, me semble-t-il, la faute symétrique des fétichistes de la loi et oublier ces tâches éducatives pour lesquelles ils sont mieux placés que tout autre discoureur.

Si l'on admet la légalisation et la dépénalisation comme condition de possibilité et l'éducation, comme condition d'exercice, on voit tous les bénéfices sociaux que l'on peut en tirer. **En dépénalisant, on estompe incontestablement l'attrait du fruit défendu, et surtout, on diminue considérablement la dangerosité de ceux qui non seulement sont dépendants d'un produit, mais sont contraints de l'être dans l'illégalité.** C'est cela qui est la source de tous les dangers, comme l'ont compris toutes les politiques dites de "**réduction des risques**". On a maintes fois souligné les dégâts personnels et sociaux que provoque cette contrainte à l'illégalité; **c'est plus la marginalité que la dépendance qui est handicapante pour les patients** — cette notion revient plusieurs fois avec force dans le livre d'Annie Mino, **J'accuse les mensonges qui tuent les drogués**, et j'en ai été frappé. On retrouve là cette idée que **la loi génère directement ou indirectement l'antithèse qu'elle veut combattre**, et par là cette intuition centrale que je proposais au départ, selon laquelle ce n'est pas parce que la drogue est un mal qu'elle est interdite, mais bien **parce qu'elle est interdite qu'elle est un mal**. Je cite encore Annie Mino, qui a sur ce point des phrases très fortes: "**Le vrai scandale n'est pas de prescrire de la drogue à des drogués (...). C'est d'avoir affirmé que la toxicomanie était un choix suicidaire, alors que c'est notre politique de prohibition qui imposait aux toxicomanes de risquer la mort à chaque shoot. C'est d'avoir, en un mot, enfermé les consommateurs de drogues dans une image fausse, fabriquée par la prohibition, qui justifiait l'abandon sanitaire dans lequel nous les laissions**"<sup>6</sup>.

#### 4. Pour la liberté thérapeutique

Cette citation d'Annie Mino m'amène à ma conclusion, plus directement centrée sur les problèmes thérapeutiques eux-mêmes. J'ai parlé de ce modèle implicite de la **kénose** qui n'entrevoit que le salut, ou rien, et a pour seule arme la prohibition. Je viens de montrer pourquoi une telle politique était irréaliste et nuisible, puisqu'elle croit pouvoir supprimer les problèmes en les interdisant, sans voir d'une part que c'est elle-même qui les crée, sans voir d'autre part qu'elle ne fait à chaque fois que les repousser et les rendre plus difficiles encore.

Mais si de tels réflexes sont socialement nuisibles, il sont aussi, je crois, thérapeutiquement inefficaces. En enfermant a priori les destins individuels dans cette oscillation entre des extrêmes, **la logique prohibitionniste sous toutes ses formes empêche d'entendre les souffrances singulières**; en n'offrant que le choix de la conversion de la déchéance au salut, on s'interdit de guérir. Elle empêche ainsi d'entrevoir toutes les nuances de gris qui se situent entre le noir de la déchéance et le blanc du salut, cette zone de gris où se situent par exemple les politiques de réduction des risques, les propositions de dépénalisation, puis de libéralisation raisonnable des drogues. Si les thérapeutes veulent pouvoir entendre les souffrances de leurs patients, ainsi que leur demande à chaque fois singulière, c'est dans cette zone de gris qu'ils doivent le faire. Mais cela veut dire qu'eux-mêmes, **les thérapeutes, doivent abandonner leur croyance fétichiste en la prohibition, pour libérer l'espace d'une thérapie possible**. Lorsque l'on évalue les résultats comparés de la maintenance sous méthadone et de la prescription d'héroïne, **la seule question qui se pose est de savoir dans quelle mesure et pour quel cas on arrive à améliorer durablement la santé du patient**. Et là-dessus, il faut laisser la parole à ceux qui sont directement

---

<sup>6</sup>Annie MINO, J'accuse les mensonges qui tuent les drogués, Paris, Calmann-Lévy, 1996, p. 244.

concernés, thérapeutes et patients, étant entendu que seuls ces derniers sont aptes à juger du bénéfice subjectif qu'ils retirent de tels ou tels traitements. Autrement dit, c'est là une question qui a bien moins affaire à la *morale* qu'à la *clinique*. **C'est l'interdiction pesant sur certains stupéfiants qui complique considérablement la donne, et encombre le problème clinique d'une problématique juridico-morale qui lui est par nature étrangère. Et là encore, on retrouve cette intuition que j'exposais au départ, selon laquelle c'est parce qu'une interdiction sociale pèse sur la drogue que son absorption pose un problème moral.** Mais à partir du moment où l'on concède, comme j'ai essayé de le montrer, qu'une telle interdiction, loin de reposer sur la nature du produit, sur le caractère intrinsèquement mauvais de ce produit, est au contraire une **construction sociale**, et que cette construction sociale, loin d'œuvrer pour le bien de cette frange de la société qui est toxico-dépendante, lui nuit au contraire et l'enferme dans les termes d'une impossible alternative — si l'on concède tout cela, alors il faut être capable de faire lucidement le pas supplémentaire qui consiste à dire: désencombrons la clinique de la morale, dégageons l'aspect thérapeutique des toxico-dépendances de leur aspect *prétendument* éthique.

### **Une étrange immoralité**

C'est pourquoi j'aimerais conclure sur un aspect qui n'est à mon sens pas assez souvent mis en valeur, c'est celui de **la liberté thérapeutique**. Tel est à mon avis un aspect éthique central des questions liées à la toxico-dépendance, bien plus central en l'occurrence que celui du grand principe de respect des libertés individuelles. Voilà un patient qui s'adresse en confiance à un thérapeute, avec une demande bien réelle, même si lui-même n'arrive pas à la formuler clairement, même s'il ne sait pas au juste si elle découle de la souffrance de son âme ou de la douleur de son corps; il vient toutefois avec une demande, et c'est après tout bien à la *sagesse pratique*, ou plus prosaïquement à *l'expérience* du thérapeute de découvrir quelle elle est, cette demande réelle. En tous les cas, elle est à chaque fois singulière, et chaque demande est particulière; personnellement, je retire entre autres de mes lectures l'incroyable difficulté qu'il y a à faire des statistiques fiables, étant donné la principielle singularité des cas. En voyant cela de l'extérieur, on se dit que vouloir faire des statistiques en matière de toxico-dépendance, c'est un peu comme si l'on voulait mettre en statistique le style des peintres à travers les âges: on pourrait regrouper, certes, des données intéressantes, voire significatives, mais on manquerait à chaque fois l'essentiel, qui est, précisément, la singularité de chaque style. Or, en matière de drogues, voilà les thérapeutes mis en présence de demandes, d'histoires à chaque fois particulières, et on limiterait a priori leur réponse en vertu de prohibitions dont j'ai essayé de montrer combien elles étaient fétichistes? **D'un point de vue éthique, cela semble absurde, et loin que la prescription d'héroïne soit immorale, c'est bien plutôt sa prohibition thérapeutique par le législateur qui l'est, en empêchant le cas échéant de répondre adéquatement à une demande spécifique. Si dans l'évaluation des stratégies de prescription de stupéfiants, on démontrait qu'il n'y a qu'un seul cas, tout autre stratégie de soins ayant été épuisée, pour lequel la prescription d'héroïne s'est révélée bénéfique, ce serait un crime, à vrai dire étrangement immoral, que de ne pouvoir le soulager en vertu d'une interdiction légale.** C'est l'affaire spécifique des thérapeutes et des patients à eux associés que de déterminer la thérapie adéquate pour chaque cas d'espèce, de la psychanalyse à la prescription d'héroïne, en passant par toutes les stratégies d'accompagnement psychique. **Ce qui importe, c'est la liberté thérapeutique, et ce qui importe à la liberté thérapeutique, c'est d'être affranchie du joug d'interdictions sociales qui n'ont le plus souvent d'autres raisons d'être qu'une croyance fétichiste dans le caractère malin des drogues, que l'on met pour**

**cette raison même toutes dans le même sac.** Et s'il y avait tout de même de bonnes raisons de prémunir contre l'usage de telles ou telles drogues, — on peut par exemple à bon droit penser que **notre système nerveux n'est simplement pas fait pour absorber des substances aussi fortes** —, ce ne sera là encore pas l'interdiction qui nous en dissuadera, mais un patient travail d'information.

En amont des traitements, le salut — mais un salut modeste, un salut minuscule, pas un salut kénotique — le salut ne viendra que de l'éducation, pas de l'interdiction. Quant à la clinique elle-même, son salut, le même salut minuscule, viendra de la liberté thérapeutique et de la diversification des soins, pas de la prohibition.

Mark Hunyadi

## INTRODUCTION

Le Conseil des Etats, en mars 2000, entre en matière quant à la **dépénalisation**, voire la **libéralisation** des produits issus du **cannabis**.

Faut-il s'en réjouir ?

## Oui et non !

**Non, il ne faut pas s'en réjouir:** s'il ne s'agit que de "pardonner" à un produit décrit comme "doux", comme "moins nocif" que les autres (l'est-il vraiment ?), sans autre réflexion que la nécessité de prendre en compte le malaise généré par les dizaines, voire les centaines de milliers d'usagers récréatifs ... parce que c'est l'air du temps ... parce que l'on ne peut pas faire autrement ...

C'est reproduire là toutes les erreurs qui ont si longtemps freiné la compréhension des addictions et la mise au point d'approches adéquates :

**ne pas comprendre qu'une toxicomanie ne se définit jamais par le produit utilisé mais par la personnalité du consommateur.**

C'est cela qui explique qu'il y a des milliers **d'usagers récréatifs** et quelques **personnes toxicomanes** : celles pour qui le plaisir de se "changer la tête" est devenu celui d'un soulagement de la souffrance préexistante, soulagement qu'on peut reproduire à volonté et qu'on croit pouvoir éternellement dominer.

**Oui, il faut s'en réjouir :** si cette "entrée en matière" signifie qu'enfin il est pris acte de **la souffrance** des personnes toxicomanes, les seules à qui cette consommation pose problème, car "la drogue" est une mauvaise "automédication" contre des problématiques psychiatriques ou psychosociales toujours complexes.

**Oui, il faut s'en réjouir :** si cette "entrée en matière" marque la compréhension qu'une pénalisation de **la tentative désespérée de supporter sa vie en anesthésiant sa souffrance par une drogue**, comme c'est le cas pour une personne toxicomane (mais jamais pour un usager récréatif, c'est là toute la différence !) qui mérite d'autres réponses que la pénalisation avec ses corollaires : **stigmatisation - marginalisation - exclusion - amplification de la pathologie et de la souffrance primaire.**

Les mécanismes de ces processus sont très bien décrits dans le texte de Mark Hunyadi reproduit dans le préambule.

Pour que la **dépénalisation de la consommation** des produits psychotropes illégaux ait tout son sens, il faut que tout cela soit compris ... et il n'y a alors **plus vraiment de raison de distinguer le cannabis des autres produits pouvant générer l'addiction, même pas du tabac et de l'alcool !**

Pour qu'un processus de dépénalisation fasse progresser dans l'approche des dépendances et **ne soit pas transformé en "autogoal"**, il doit être **absolument indissociable d'une augmentation drastique de la prévention et de l'éducation des jeunes ... et de leurs parents** à qui il faut donner les moyens de **réintégrer leur identité d'éducateurs**, à qui il faut **rendre** et pour qui il faut **réactualiser toutes les compétences** liées à leurs fonctions parentales.

La toxicomanie pourra alors harmonieusement passer de l' « **interdiction pénale** » à un « **interdit social** », consensuel, et beaucoup plus efficace.

**Le piège des addictions sera alors largement moins ouvert !**

Le Drop-In poursuit ainsi sa mission d'information, espérant pouvoir faire progresser une réflexion qui mène à toujours plus d'adéquation dans l'approche des addictions et à la recherche de solutions **plus humaines et plus scientifiques**. Ce doit être une approche plus objective, **dirigée par l'expérience et la connaissance** et non plus, comme c'est hélas encore trop souvent le cas, par l'irrationnel pimenté de toutes sortes d'émotions qui n'ont pas grand-chose à y voir.

Cette "information permanente" se fait à travers le travail effectué en **prévention primaire**, dans les séminaires, les groupes d'experts, les commissions et les bureaux.

**La prévention secondaire** intervient un peu plus tard et s'adresse à une population plus directement menacée, à des parents et à des proches qu'il faut renforcer dans leurs compétences.

**La prévention tertiaire** doit, quant à elle, affronter les résultats de tout ce qui n'a jamais été fait !

**L'approche thérapeutique, sans seuil, à la carte, avec des traitements individualisés** et adaptés à la pathologie et à la douleur de chacun, **la gestion de la consommation** pour ceux qui ne sont pas "encore" prêts à plus, ont été décrites dans le rapport 1997 et 1998.

**1999 a été l'année de l'éclosion et de la consécration de "l'aide à la survie", de "l'aide à la vie"** par la mise en œuvre du concept cantonal.

De nouveaux moyens existent maintenant pour rattacher au tissu sanitaire et social toute une population qui n'y avait auparavant pas accès et qui peut y parvenir par de nouveaux "portails" :

- **L'Antenne de proximité** et le "**13 Ouvert**" avec ses différents services.
- Le "**jardin potager social**".
- Les **contrats ISP** qu'on peut y effectuer.
- Les "**travaux d'intérêts généraux**" qui peuvent s'y pratiquer ...

**LA SCENE**

Depuis quelques années déjà, nous assistons à une explosion de l'offre et de la consommation de **cocaïne**. Ce que nous pouvions craindre l'année dernière s'est dramatiquement renforcé en 1999 : la cocaïne fait de foudroyants ravages. Un autre constat relatif à la scène est celui d'une recrudescence de la **violence**. Ce phénomène, d'ailleurs, n'est pas étranger à celui de l'augmentation de la consommation de cocaïne. Enfin, ce rapide tour d'horizon de la « zone neuchâteloise » ne saurait faire l'économie d'évoquer la question des **chiens**. De plus en plus nombreux sont les « marginaux », toxico-dépendants ou non, qui décident d'avoir un chien. Cette réalité n'est pas sans poser de nombreuses questions.

## La cocaïne

La consommation de cocaïne en Europe - et plus précisément dans la région neuchâteloise - n'est pas un phénomène nouveau. Cependant l'extension de cette consommation, intimement liée à une offre qui continue de s'accroître, devient de plus en plus dramatique et ne cesse de s'amplifier.

Nous l'avions souligné l'année passée, il n'est hélas pas rare de constater que certains de nos patients, pourtant stabilisés depuis plusieurs mois, entrent dans des phases de consommations de cocaïne sur un mode extrêmement compulsif. La consommation de la cocaïne se distingue essentiellement de celle de l'héroïne par son irrégularité et ses hautes fréquences. Alors que l'injecteur d'héroïne se "shoote" trois ou quatre fois par jour, **le cocaïnomanne peut se faire jusqu'à 15 voire 20 injections quotidiennes !** La quantité consommée, le prix de cette substance euphorisante et, surtout, l'état psychique des consommateurs provoquent des désastres tels que :

- des situations financières, déjà précaires, se détériorent encore plus
- les délits liés à la consommation de produits stupéfiants augmentent
- **la séropositivité, en baisse depuis près de 10 ans dans les milieux toxicomanes, a connu une augmentation depuis l'arrivée massive de la cocaïne**
- des décompensations psychiatriques

## La recrudescence de la violence

L'arrivée massive de la cocaïne sur le marché des stupéfiants n'est sans doute pas étrangère à **la recrudescence de la violence dans la zone**. On l'observe, une consommation compulsive de "coke" entraîne une agitation qui peut devenir paroxystique. De plus cette agitation s'accompagne souvent d'idées délirantes, de sentiments de persécution et de comportements agressifs.

Si la violence a toujours été une problématique récurrente en matière d'intervention en toxicomanie, elle impose son actualité avec encore plus de force aujourd'hui. Dans les structures du Drop-in - salle d'accueil et Antenne de proximité en particulier - des mesures ont dû être prises pour tenter de l'endiguer.

### Le Drop-In prend des mesures

Suite à une période caractérisée par un **regain de tension à la salle d'accueil** du Drop-in, nous avons été amenés à **intensifier notre présence dans ce lieu**. Cette mesure, nous nous en réjouissons, a contribué à redonner à l'accueil le statut qui doit être le sien, à savoir un lieu sécurisant, sans violence, sans trafic et sans conversations relatives aux produits psychotropes.

De même **le thème de la violence a été largement abordé dans le cadre des entretiens individuels avec les patients**. Avec plusieurs d'entre eux, un travail considérable a été effectué sur leur impulsivité et sur les conséquences néfastes des passages à l'acte. D'autres moyens d'expression, socialement admissibles ceux-ci, ont été au centre des échanges entre les référents et certains patients.

Il est certain qu'il paraît difficile d'évaluer la portée réelle du travail effectué sur la violence. Toutefois, nous pensons qu'il est légitime d'admettre que l'effort des collaborateurs du Drop-in n'a pas été vain. En effet plusieurs patients dont l'histoire personnelle est profondément marquée par la violence (subie et agie) semblent être parvenus à **intérioriser des attitudes et des comportements ne s'appuyant pas sur la seule expression de la violence**, qu'elle soit verbale ou agie.

### **Ces chiens qui "envahissent" la zone...**

Une autre réalité de la zone est le nombre croissant de chiens. Aux abords des lieux de zone, il n'est pas rare d'observer des scènes ahurissantes de chiens «jouissant» **d'une liberté sans limite** ou, au contraire et au gré de l'humeur de leur maître, se voient infliger **des mauvais traitements** sans motif apparent. Une analyse superficielle de cette situation pourrait aisément inciter à tirer la sonnette d'alarme. Les chiens, qui ont pour fonction essentielle de combler un manque affectif, sont considérés comme des objets "transitionnels" dont les besoins spécifiques ne sont que difficilement différenciés des affects de leurs maîtres.

A n'en pas douter, ce tableau pessimiste doit être nuancé, voire corrigé. **Car pour beaucoup, "avoir un chien" recèle d'inestimables potentialités thérapeutiques et éducatives**. Le fait de s'occuper d'un être vivant n'est jamais anodin. Si "avoir un chien" permet de **briser une solitude** qui peut être ressentie comme extrêmement pesante, cela implique également (et surtout) **des responsabilités** auxquelles le maître ne peut pas se dérober. Lorsque celles-ci sont assumées, le **sentiment d'estime de soi** ne peut être que renforcé. Lorsqu'elles ne peuvent pas l'être, nous sommes d'avis qu'il est judicieux de soutenir la personne : l'enjeu en vaut la chandelle.

Dans cette logique, le Drop-in a pris la décision de mettre sur pied un groupe destiné aux maîtres de chiens. Il y sera notamment discuté des nuisances sociales que peuvent provoquer des animaux mal dressés, ainsi que en association avec un club cynologique, des comportements adéquats à adopter vis-à-vis du meilleur ami de l'homme.

# PREVENTION PRIMAIRE

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

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

- En 1999, le projet d'arrêté du Conseil d'Etat concernant la politique de santé à l'école a , après une consultation, été abandonné.
- A l'automne 1999, Mme M. Dusong, cheffe du Département de la Justice, de la Santé et de la Sécurité et M.T. Béguin, chef du Département de l'Instruction Publique et des Affaires Culturelles ont convié un très large public de professionnels **aux Assises de la politique de santé et d'appui à la jeunesse.**  
Cette rencontre avait pour but de présenter les objectifs et le cadre des travaux futurs, de faire un état des lieux, d'évoquer quelques pistes à partir d'exemples et d'enrichir la réflexion grâce à des suggestions du public.
- Le 2 décembre, s'est déroulée la première séance de la Commission faitière.  
Le Drop-In est associé à cette réflexion qui s'avère très large , (peut-être même trop.)

**Le Conseil d'Etat entend proposer une structure de prévention, d'appui et de soins cohérente pour début 2001.**

**Interventions "d'urgence" en matière de prévention.** Les demandes continuent à diminuer.

La nécessité d'une démarche réfléchie, cohérente qui n'oublie pas de prendre en compte le contexte dans lequel le "délit" motivant la demande d'information a été commis, semble acquise pour beaucoup.

Par exemple, en 1999, nous avons reçu deux demandes d'information de la part de directeurs de collèges du niveau secondaire. Dans les deux cas, ils se trouvaient confrontés à un groupe d'élèves fumeurs de haschich.

C'est l'envie de sanctionner cet acte de façon éducative qui les a poussés à prendre contact avec le Drop-in.

Il faut souligner qu'il est très appréciable de commencer un travail de prévention sur cette base plutôt que de se voir investir d'une "mission de pompier", dont on doit alors se défendre.

Les réponses données aux directeurs des collèges furent sensiblement les mêmes.

Il est toujours proposé deux axes d'intervention :

- **Une séance d'information aux parents des élèves concernés.**
- **Deux rencontres avec les adolescents fumeurs de haschich.**

La séance **d'information aux parents** a pour but de discuter avec eux des conséquences objectives d'une consommation de haschich, de différencier les consommations récréatives des consommations compulsives et abusives.

**Dédramatiser** la situation **sans la banaliser** et amener ainsi les parents à une réflexion sur les causes et le contexte du comportement "déviant" de leurs enfants sont primordiaux.

Les aider à adopter une position claire, à affirmer les limites qu'ils veulent poser à leur enfant et à se situer face à leur propre consommation de produits psychotropes légaux ou illégaux sont autant de pistes de discussions abordées au cours de la soirée.

Un autre moment important de la rencontre est l'échange, entre parents, **d'expériences éducatives**, de **préoccupations personnelles** et aussi de **sources de satisfaction**.

Ce temps permet de sortir certains parents d'un "isolement" dans lequel ils pourraient avoir tendance à se laisser enfermer.

Inversement d'autres adultes sont amenés à prendre en compte la situation de leurs enfants qu'ils avaient jusqu'alors banalisée et minimisée.

Les deux **rencontres avec les élèves** se déroulent à une semaine d'intervalle et durent chacune deux heures. Ces entretiens ont lieu en petit groupe de 6 à 8 jeunes.

Les objectifs de ces séances d'informations sont multiples :

**Donner la possibilité aux adolescents d'exprimer**, dans un cadre neutre et en toute confidentialité, comment ils ont vécu la période allant de la consommation illégale à sa "découverte" par les autorités scolaires, en passant par "l'enquête" qui s'en suivit et les réactions parentales et familiales sont autant de thèmes abordés.

Il est important de tenir compte du ressenti subjectif des jeunes avant d'entamer avec eux une **réflexion sur la consommation de produits psychotropes légaux et illégaux**.

L'apport **d'informations objectives** au sujet des produits et des conséquences de leur consommation, les notions de **dépendance physique et psychique**, la définition d'une **consommation récréative ou abusive** et les facteurs qui pourraient entraîner le passage d'un type de consommation à l'autre sont des sujets de discussion incontournables.

La **question des ressources** que chacun possède, peu développées ou auxquelles il peut avoir recours représente un autre temps important de ces rencontres.

Au cours des deux séances, **les professionnels du Drop-in essaient de créer un lien suffisamment bon avec les adolescents pour que ceux-ci se sentent libres de parler et éventuellement de recontacter les intervenants si le besoin s'en faisait sentir.**

Les collaborateurs du Drop-in sont aussi attentifs à la situation de chacun et tentent d'évaluer à l'issue des deux rencontres quels sont **les élèves "en danger"**. Avec ceux-ci, ils s'emploient à proposer des pistes qui favoriseraient l'amélioration de leur situation et éventuellement, la possibilité d'une prise de contact ultérieure.

Les professionnels de la prévention devront dans l'avenir mieux "vendre" cette prestation tant il leur semble évident que **les parents sont des acteurs incontournables et privilégiés en ce qui concerne l'éducation des enfants, même adolescents.**

Le type de prestations proposées permet de faire un travail d'information préventive et de promotion de la santé intéressant.

Idéalement il mériterait d'être appliqué à tous les **consommateurs mineurs** dénoncés au Ministère public.

Ce projet avait été étudié en 1997 avec les différents présidents de l'Autorité Tutélaire pénale puis abandonné, faute de moyens financiers.

**A l'aube d'une éventuelle dépénalisation de la consommation de cannabis et face à la réalité de la banalisation de la consommation de drogues dites "douces", légales ou illégales, il apparaît indispensable de penser à des mesures d'accompagnement pour les mineurs et d'obtenir les moyens financiers nécessaires à leur application via un soutien politique clair et engagé.**

Tout n'est donc pas encore acquis...

### **Conférences, exposés.**

Durant l'année scolaire, **à seize reprises**, nous avons donné **une information à des groupes de un, deux ou trois élèves.**

Dans le cadre de la préparation d'un exposé scolaire, ces jeunes demandent dans un premier temps de la "documentation sur la drogue".

Ils sont d'abord encouragés à compiler la documentation qu'ils ont préalablement collectée dans les bibliothèques. Ensuite, ils leur est proposé un ou deux entretiens afin de compléter leurs informations, de vérifier avec eux la compréhension qu'ils ont des différentes lectures effectuées et d'envisager quels messages ils désirent transmettre à leurs collègues de classe.

**Le thème de la dépendance**, ses causes, ses conséquences, les aides possibles pour s'en protéger ou s'en défaire sont discutés.

Au terme de cette démarche, les jeunes sont généralement bien informés et deviennent, au sein de la classe, de bons **informateurs pour leurs pairs**.

Cependant une lacune demeure. **Pour être plus efficace encore, une rencontre avec les professeurs de ces adolescents serait utile.**

Elle permettrait de leur expliquer notre manière de travailler, le sens de notre démarche et de faire de ces **adultes** des "**relais de prévention**" au fait des messages de prévention dominants.

## **Prévention primaire, pour qui ?**

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

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

### **Des informations ont été données à :**

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

## **SNIIPS**

Le but du **Stand Neuchâtelois Intinérant d'Information et de Promotion de la Santé** est de **communiquer avec le public concerné par les questions liées à la santé**, de l'informer quant aux moyens d'aide et de soins existants, de l'orienter en conséquence et d'animer l'espace du stand dans une optique pédagogique de promotion de la santé.

En 1999, le SNIIPS a participé à deux manifestations.

La première s'est déroulée durant une semaine à Marin-Centre au printemps et l'autre, en automne, durant une dizaine de jours au Salon commercial Expol du Locle.

La dernière manifestation clôturait l'expérience pilote du SNIIPS programmée pour une période de deux ans.

L'évaluation de cette expérience est en cours et ses conclusions seront connues au début de l'été.

### **"Journées Santé"**

Nous avons participé en 1999 à **25 "Journées Santé"**.

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

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

Ces journées sont destinées aux étudiants de 4<sup>ème</sup> secondaire des collèges de Cescole, de la Fontenelle, des Cerisiers et de l'Ecole Secondaire de Fleurier.

**Elles concernent environ 600 élèves.**

Depuis 1998, le **Centre d'Aide et de Prévention des Toxicomanies du Val-de-Travers (CAPTVT)** se charge des interventions à l'Ecole Secondaire de Fleurier.

Nous constatons que ces dernières années, certains collèges secondaires organisent, indépendamment du GIS, des "journées santé". Notre intervention est sollicitée régulièrement par le collège secondaire du Bas-Lac à Marin et nouvellement par le collège secondaire des Terreaux à Neuchâtel.

Notre prestation consiste en l'animation d'ateliers très similaires à ceux tenus lors des "Journées Santé" organisées par le GIS.

### **Promotion de la santé - prévention spécifique des dépendances**

En 1999, le **"Groupe de Prévention Primaire"** spécifique aux toxicomanies (GPP) nommé par le Bureau de la Commission cantonale de lutte contre la drogue a continué son travail.

Normalement, l'an 2000 devrait voir ce travail sanctionné définitivement par le chef du Département des Finances et des Affaires Sociales, Monsieur Guinand ainsi que par la cheffe du Département de Justice, de la Santé, de la Sécurité, Madame M. Dusong.

**L'Office Fédéral de la Santé Publique** continue à proposer des programmes :

**Fil rouge**

Ce projet **de prévention des dépendances dans les institutions pour enfants et adolescents** concernent spécifiquement le Drop-In.

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

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

### **Groupe de prévention du GREAT (GPG)**

Au niveau romand, le groupe de prévention du GREAT continue son travail de réflexion autour de la prévention primaire des dépendances, de la promotion de la santé dans ce domaine spécifique.

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

La perspective de la **dépénalisation du cannabis** aura, espérons-nous, des répercussions sur **la politique de prévention des dépendances, l'éducation à la santé et la promotion de la santé** dans ce canton.

Plusieurs groupes de travail effectuent actuellement la phase finale de leur rapport.

Nous souhaitons vivement que des actes clairs et des coordinations efficaces émaneront de ces travaux afin de répondre au mieux aux adolescents.

.  
**Banaliser la consommation des produits psychotropes légaux et illégaux** est une tentation toujours plus importante chez eux et nécessite d'autant plus de la part des adultes des positions cohérentes.

## PREVENTION SECONDAIRE

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

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

### LE RATEAU-IVRE

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

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

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

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

Lors des deux dernières années, nous nous sommes posés la question de savoir quel type de prévention nous voulions appliquer au Râteau-Ivre : continuer ce que nous faisons depuis des années

(primaire et secondaire) ou développer un concept se rapprochant plus de la prévention tertiaire, mais nécessitant des moyens supplémentaires et un important travail en réseau (Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO), Office des Mineurs, etc).

### Quel type de prévention pour quelle population au Râteau ?

L'année 1999 a apporté des réponses à cette interrogation. Tout d'abord, nous avons constaté un **rajeunissement** de la clientèle, ce qui confirmait la tendance aperçue en 1998. Cette nouvelle population est venue se greffer à l'ancienne. Les **16-18 ans** ont cessé de fréquenter le Râteau. Cette clientèle est composée majoritairement par des **immigrés de 1<sup>ère</sup> génération** (Kosovo, Turquie, Portugal, pays d'Afrique) fréquentant les Classes d'Intégration Professionnelle (CLIP), terminales, préprofessionnelles, voire modernes. D'autres collèges que les Terreaux, les Sablons et le Mail sont représentés (St-Blaise, Peseux ou encore Cernier parfois).

Depuis l'automne 1999, il y a eu une stabilisation de la clientèle équivalant environ à une **centaine** de jeunes plus ou moins réguliers. La **fréquentation quotidienne** est en moyenne de **25 à 30** personnes. Les deux sexes sont aussi représentés de façon plus égale en comparaison des années précédentes. On voit à nouveau des couples se former, et se défaire. Nous sommes souvent témoins des premières relations, ô combien importantes !

En fait, cette population se divise en **deux catégories** qui correspondent bien à celles que l'on veut toucher :

Certains adolescents, arrivés très jeunes au Râteau, ne laissent pas tout de suite entrevoir les pathologies habituelles de l'adolescence, et à ce moment-là, notre travail relève avant tout de la **prévention primaire**.

Puis au fil des mois, au fur et à mesure que nous faisons connaissance, nous découvrons des évolutions plus ou moins **problématiques**. Les adolescents en question rencontrent certaines difficultés comme par exemple, des **problèmes familiaux**, de la violence ou de l'**agressivité** mal contenue. Ils sont parfois en **échec scolaire**, ce qui entraîne une perte de l'estime de soi et un manque de débouchés professionnels. A cela s'ajoutent pour certains de graves problèmes d'**intégration** dans notre pays.

Ils semblent régulièrement chercher les « **limites** », à en croire les interventions de plus en plus fréquentes des travailleurs sociaux du Râteau ou les annotations figurant dans leur carnet scolaire.

Avec cette population, nous nous rendons compte que le Râteau-Ivre a toujours un rôle important à tenir en **prévention secondaire**.

### Les jeux au Râteau

Nous avons constaté que les jeux (Baby-foot, Nintendo) étaient un bon vecteur d'attraction au Râteau, permettant de toucher un grand nombre d'adolescents. Malheureusement, ces jeux peuvent aussi être des facteurs d'isolement ne facilitant pas la communication. Afin de remédier à cet inconvénient, nous avons mis en place quelques stratégies :

- les travailleurs sociaux se sont impliqués dans les jeux, n'hésitant pas à prendre part à de nombreuses parties ou à organiser des tournois, ce qui a permis de **créer des liens** avec les adolescents et de favoriser une **identité de groupe**.
- Nous nous sommes efforcés de sélectionner des jeux non-violents, pouvant souvent se jouer à 4, afin d'augmenter la collaborations entre les jeunes et réduire l'isolement potentiel inhérent à ce type d'activité (console Nintendo).
- Afin d'exploiter au mieux les liens créés par le jeu, nous avons décidé de **redynamiser le bar** du Râteau. La réduction du prix de certaines boissons et des tartines proposées déjà à prix très modiques représente un attrait non négligeable. Les jeunes parviennent plus aisément à investir cet endroit du local, et à construire des **relations privilégiées** avec les travailleurs sociaux : une bonne façon de concilier jeu et prévention.

### Qu'en est-il de la fumée au Râteau ?

La cigarette est maintenant interdite à l'intérieur du lieu, mais pas de manière explicite : les ados respectent cet **interdit consensuel** qui n'est pas vraiment **une interdiction**. C'est très apprécié par les non-fumeurs qui disent être contents de pouvoir fréquenter un lieu sans être incommodés par la fumée et être respectés et reconnus en tant que non fumeurs. Si la majorité ne fume pas, les "accros" de la cigarette ne se sentent pas exclus pour autant. Au besoin, ils fument dehors sans se cacher, ce qui démontre à notre avis une bonne qualité de relation entre jeunes et adultes. Ce phénomène représente aussi un levier important, car il nous permet d'identifier les fumeurs. Nous pouvons ensuite aborder plus aisément les questions liées à la consommation de cigarettes et à la prévention de ses dommages.

### Collaboration avec le Centre des loisirs

Durant l'année écoulée, nous avons entrepris un rapprochement avec l'équipe du Centre des Loisirs. Nous nous sommes rencontrés à quelques reprises (2 à 3 fois). Nous avons constaté qu'il existait une grande complémentarité potentielle entre nos deux centres et que de nombreux jeunes faisaient des va-et-vient entre ces deux endroits. Nous avons donc décidé de collaborer davantage en 2000, afin de mettre éventuellement sur pied un projet commun de prévention. Nous tenterons d'échanger régulièrement des informations sur la population fréquentant les deux lieux.

### Projet

Vers l'automne 1999, l'idée a émergé d'introduire un nouvel objet d'investissement, de découverte et aussi de prévention.

Notre choix s'est porté sur l'**ordinateur** et le branchement sur **Internet**, non par souci de mode, mais afin d'offrir un service aux jeunes et surtout d'exploiter les potentialités de cet outil en matière de prévention.

On se rend compte qu'à leur âge (12-14 ans), la majorité sait déjà allumer un ordinateur, utiliser un environnement window, une barre d'outil, établir une connexion de réseau, écrire un mail à un copain, "chater" avec un inconnu, peut-être même utiliser un moteur de recherche et trouver un logiciel de jeux à télécharger à l'essai. La majorité d'entre eux a eu l'occasion de s'en servir à l'école déjà, à la maison, ou chez un copain.

**Il s'agit pour nous de les aider à apprivoiser une consommation** (d'informations, de jeux, de découvertes, d'images, d'un passe-temps, d'un mode de communication...), **qu'ils devront par la suite gérer.**

Comme chacun le sait, le **contrôle** de l'accès et du contenu des **sites** sur Internet est difficile. L'information "arrive" - parfois un peu par hasard - de façon immédiate à l'adolescent, crue, sans "filtre" et sans médiateur pour la nuancer. Elle peut laisser l'adolescent dans le désarroi face à cette réalité froide. Cette information a besoin d'être **sélectionnée**, nuancée, débattue et l'équipe du Râteau-Ivre devra relever ce nouveau défi.

Cet **accompagnement** sera très certainement différencié selon les connaissances déjà acquises et les intérêts de chacun, allant d'un simple apprivoisement pour certains à la création d'une page de présentation personnelle (en langage html) pour d'autres.

### **Un site Internet pour le Râteau-Ivre**

Afin de rendre cette démarche agréable, nous nous sommes penchés sur la création d'un site sur le Râteau, pour les utilisateurs du lieu. Il s'agit de leur offrir comme entrée en matière, un espace déjà connu, ludique et convivial. Le site, pourvu d'une adresse e-mail, permet ainsi une interactivité avec les adolescents en leur offrant un espace d'expression libre, sans pression, une sorte de boîte à idées, de forum des réclamations, ou –en espérant qu'il le devienne- un espace de prévention. Cela permettra aux adolescents de s'exprimer ou de poser des questions parfois anonymement ou plus librement que face à un professionnel.

Dans cette lignée, le succès du site **ciao.ch** créé par **l'ISPA** n'est plus à démontrer. Loin de nous est l'ambition de le concurrencer, les deux produits n'étant pas comparables. La boîte aux lettres du Râteau ne restera qu'une simple boîte aux lettres, où l'interlocuteur des adolescents est réel puisqu'il s'agit des professionnels du Drop-In travaillant au Râteau, et donc connus par les utilisateurs.

Par ailleurs, nous réservons un espace destiné à nos **liens** préférés, qui aura comme principal objectif le **souci préventif**. Parmi ceux-là, les sites comme **ciao.ch** ( avec des rubriques sur la santé, la sexualité, l'alcool, le tabac, les drogues..) auront une **place privilégiée**, ainsi que d'autres adresses du Net que nous aurons auparavant **sélectionnées** ; les sites des différents centres de loisirs en sont un autre exemple.

Un volet essentiel de notre site sera un **espace réservé aux adolescents** pour la création d'une **page personnelle**. Nous pensons qu'elle aura un rôle important à jouer dans les mécanismes liés à la **construction de l'identité** et à la **valorisation de l'estime de soi**. Lorsqu'un jeune construit une page avec sa photo, ses hobbies, qu'il exprime qui il est, comment il se voit, ou comment il aimerait être, il construit son identité. L'accompagner dans cette démarche relève bien de la **prévention primaire**.

Ce nouveau concept de prévention n'est pas sans soulever **quelques questions** qui avaient déjà mené les créateurs du site ciao.ch à certaines **réflexions**, notamment concernant les habituels **principes éthiques et déontologiques** en matière de **communication et de prévention**.

Comment est-il possible par l'intermédiaire d'un ordinateur d'avoir une écoute active, et de «faire de la prévention» ?

Nous pensons qu'un **accompagnement adéquat des adolescents utilisateurs** compensera l'absence de chaleur humaine cohérente à l'usage de l'informatique. Durant l'année 2000, les travailleurs sociaux du Râteau-Ivre devront y être particulièrement attentifs. L'élaboration de liens personnels avec les adolescents demeure notre priorité.

## AIDE AUX PARENTS

Les parents viennent consulter directement : le mouvement se confirme en 1999.

- **54 parents** (36 mères et 18 pères) ont été reçus par la psychothérapeute dans l'institution. Les consultations ont concerné **17 couples de parents, 19 mères seules et un père seul**.

Le nombre de parents **qui consultent pour la première fois** est proportionnellement plus important qu'en 1998 :

- **41 nouveaux parents** sur 54 parents consultants (1998 : 2/3 de nouveaux parents / 1/3 d'anciens).

Nous avons pu mener, avec des couples de parents principalement, **14 suivis** d'une certaine durée (de quelques semaines à quelques mois).

Les autres parents ont été reçus pour une à quelques consultations.

La plus grande partie des difficultés exprimées dans les situations présentées par les parents concernaient des **enfants adolescents**, pour la plupart des garçons (soit en fin de scolarité élémentaire, début d'apprentissage ou d'études secondaires, soit autour de la majorité civique).

Un des motifs de préoccupation le plus souvent évoqué par les parents était lié à une consommation "**d'herbe**", de "**haschisch**" par leurs adolescents, parfois associée à d'autres produits psychotropes.

A travers leurs témoignages, nous avons à nouveau pu constater combien certains parents peuvent manquer de **repères** pour appréhender ces situations, souvent complexes, avec leurs enfants.

Nous sommes alors amenés à réfléchir avec eux, sur **le plan éducatif**, du problème de "l'interdit", de la "loi", et surtout, d'un **point de vue plus clinique**, sur la régularité ou non de ces consommations, leur importance dans la vie de l'adolescent concerné.

Nous tentons d'en dégager une **hypothèse sur leur fonction et d'estimer les risques d'un enfermement de l'adolescent dans ces conduites**.

A quelques exceptions près, ces consommations **ne** sont **pas "banales"** et masquent des fragilités plus ou moins importantes.

### **Un soutien "pédagogique" ...**

Avec les parents qui investissent suffisamment les consultations nous avons été amenés à re-éclairer l'histoire de leur relation parents-enfant en regard de ce qui se joue dans le processus d'adolescence :

- les besoins des adolescents (et, entre autres, comment ils ont, encore, besoin de leurs parents);
- comment en tant que parents leur servir de "**contenant**", par définition **sécurisant**, pendant cette période complexe;
- comment se séparer aussi et faire son deuil d'être des "parents de petits enfants" et ainsi **autoriser le processus d'autonomisation**;
- et, comment "**rester vivants**" et en **bonne santé** face aux "attaques" inhérentes à ce processus !

### **Un soutien plus "psychothérapeutique" ...**

Avec les parents qui ont pu s'engager sur une plus longue durée nous avons pu travailler sur des situations où les psychotropes utilisés par leurs adolescents servaient souvent de "**filtre**" à **des angoisses** dans le cadre de leur processus d'émancipation, révélant des difficultés internes et relationnelles dans leur face-à-face avec les parents.

Dans certains de ces cas, la possibilité pour **le père de se "repositionner"** dans la vie familiale (en assurant et en garantissant, entre autres, le respect des limites de la "loi") et celle de **la mère de devenir plus "discrète"** face à un adolescent garçon, ont nettement amélioré les choses.

### **Psychothérapie "de soutien" ...**

Dans d'autres cas, il s'est agi de soutenir des parents qui, perturbés eux-mêmes par des drames familiaux (décès, divorces difficiles ...), arrivaient plus difficilement à assumer leurs rôles parentaux.

Nous avons été confrontés enfin à d'autres cas où les processus d'émancipation des enfants s'avéraient très difficiles.

Dans toutes ces situations nous avons été particulièrement attentifs à soutenir au maximum le narcissisme de ces parents qui doivent arriver, en fin de compte, à supporter sans se laisser détruire les "attaques" de leurs adolescents contre eux - "attaques" indissociables du processus d'autonomisation - mais qui peuvent être terriblement difficiles à vivre.

Ceci est particulièrement vrai pour des parents fragilisés.

(Nous avons d'ailleurs encouragé quelques parents à entreprendre parallèlement une psychothérapie à l'extérieur et / ou à recevoir des soins médicaux pour dépression).

Nous avons aussi reçu **quelques parents de personnes toxicomanes** et nous avons pu entamer avec plusieurs d'entre eux un travail de soutien, souvent difficile, spécialement lorsque leurs enfants n'ont aucune motivation pour quelque traitement que ce soit et qu'il faut essayer de les y amener.

## **PREVENTION TERTIAIRE**

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

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

## METHODOLOGIE DE PRISE EN CHARGE AU DROP-IN

Les chapitres de la prévention tertiaire des deux derniers rapports d'activité du Drop-In (1997 - 1998) ont largement décrit la méthodologie de la prise en charge centrée sur les patients et le contexte dans lequel elle est conçue.

**Cette année, nous avons choisi de centrer d'avantage notre propos sur la description des instruments nécessaires à la garantie de la qualité des services offerts aux patients et au maintien de l'esprit et de la cohésion de l'équipe des collaborateurs(trices) qui y est indissociable.**

Pour être adéquat à cette mission exigeante qui est la leur, il est très important que **chaque collaborateur(trice) puisse développer harmonieusement et continuellement ses compétences, se sentir bien dans l'équipe et dans son travail et cultiver son développement personnel pour le plus grand bien de l'institution et de ses patients.**

Pour éviter toute routine ou lassitude, chaque collaborateur(trice), dans le respect de ses compétences spécifiques, travaille « **en généraliste** »: **chaque collaborateur(trice) du Drop-In intervient au moins dans deux domaines d'activité.**

**L'activité des cadres** est fondamentale et indispensable au fonctionnement institutionnel. La synthèse des travaux du **responsable du secteur thérapeutique**, de la **responsable du secteur de prévention**, du **responsable du secteur administratif** et du **médecin-directeur** est garante de la cohésion et de la cohérence institutionnelle avec la participation active indispensable **d'une équipe de très grande qualité.**

Nous savons, depuis les origines du Drop-In, après des années d'expérience d'accompagnement et de traitement de personnes toxicomanes, que **ce domaine d'intervention médico-psycho-sociale ne peut se concevoir sans un travail d'équipe, par une collaboration étroite entre ses membres, faite de professionnalisme et de convivialité chaleureuse.**

Les réunions d'équipe, les supervisions individuelles, la formation professionnelle et personnelle sont les outils "vitaux" et indispensables au bon fonctionnement et à la dynamique d'un centre de prévention et de traitement tel que le nôtre.

En voici un inventaire :

### **Les colloques**

Ils sont nombreux et variés et chacun remplit une fonction particulière; ils se caractérisent par :

- La participation ou non du médecin-directeur
- La fréquence (hebdomadaire, mensuelle, trimestrielle, etc)
- Les secteurs d'intervention (secteur thérapeutique, Râteau-Ivre, Antenne de proximité, animation ou secteur administratif).

### **Colloques avec la présence du médecin-directeur**

#### **Le mardi**

En début d'après-midi, le médecin-directeur consacre traditionnellement une demi-heure à un(e) collaborateur(trice) à tour de rôle : **ce colloque singulier et informel** est un moment privilégié d'échanges en tête-à-tête avec la direction.

Puis, trois heures sont réservées à des **consultations pour des patients**. Celles-ci sont préalablement présentées et commentées par le (la) référent(e) ou le (la) collaborateur(trice) qui a reçu une nouvelle personne qui demande un traitement.

La soirée, à laquelle la grande majorité de l'équipe participe se poursuit par un « **ordre du jour** » **qui passe en revue les activités des différents secteurs** (cf. les différents textes des secteurs) durant une heure :

- L'animation socio-éducative
- Le Râteau-Ivre et la prévention primaire
- Le "13 Ouvert" (Antenne de proximité)
- La distribution des médicaments, de la méthadone et l'accueil des patients.

**C'est l'occasion pour chacun(e) de conserver une vision générale du fonctionnement global et des activités de l'institution, et de participer à la réflexion quant au développement de celles-ci.**

Une demi-heure environ est encore nécessaire au "**retour des consultations**" : une présentation synthétique des consultations permet à chacun(e) de comprendre les décisions prises et les nouvelles indications pour la suite du traitement et de la prise en charge.

Le cas échéant, il s'agit aussi de "**faire connaissance**" **des nouveaux patients** qui débutent un traitement : ceux-ci sont attribués à un(e) référent(e) selon ses disponibilités, ses compétences et ses intérêts.

**Vient le moment du repas pris en commun.**

Il est traditionnellement préparé par un(e) collaborateur(trice) dont les talents culinaires agrémentent ce moment de **convivialité et de détente**.

Le reste de la soirée se poursuit, après le repas, par le temps de **présentation de situations de patients**, qui se prolonge jusqu'à environ 22.30 heures, très souvent plus tard : aucune situation ne

devant rester en suspens, chaque membre de l'équipe a la possibilité de parler de toutes les situations qui posent des problèmes sur le plan médical et/ou sur le plan du suivi psychosocial.

Chaque collaborateur(trice) peut ainsi **garder une vision générale de l'évolution de l'ensemble des patients** et bénéficier de **l'apport didactique** de telles présentations; celles-ci permettent aussi **d'éviter une forme de solitude ou d'isolement** du (de la) référent(e) dans les situations presque toujours lourdes.

### **Le mercredi matin**

En principe, une heure ou plus est réservée au "**colloque thérapeutique**" auquel participent le médecin-directeur et les deux collaborateurs plus anciens: une des psychologues-psychothérapeutes et le responsable du secteur thérapeutique, qui se chargent généralement des nouvelles admissions de patients.

Préalablement à ce colloque, **le médecin aura déjà été** informé des nouvelles demandes de traitement par **téléphone** à son cabinet privé et par **fax**, dans un deuxième temps, fax qui contient des données générales sur la situation de la personne.

Des indications d'ordre médical peuvent, déjà à cette occasion, être posées.

**Des bilans intermédiaires** avec les patients et les référents(es) (à trois mois et à six mois) conduits par la **psychologue-psychothérapeute** ou le **responsable du secteur thérapeutique** permettent de vérifier la cohérence du traitement mis en place, de le réajuster si nécessaire après discussion avec **le médecin-directeur** et **le(la) référent(e)**, ou de le maintenir tel quel.

Ces bilans font l'objet d'un **document qui est remis au médecin-directeur et commenté à l'occasion du "colloque thérapeutique"**.

A raison d'environ une fois par mois, l'équipe des collaborateurs(trices) qui s'occupent plus particulièrement de **l'Antenne de proximité, le "13 Ouvert" et du jardin potager social** se **retrouvent avec le médecin directeur**.

Il s'agit d'échanger sur la vie de cette partie de l'institution et sur son fonctionnement, sur le devenir des projets élaborés et de consolider la réalisation de ce nouveau concept qui a démarré en 1998.

En alternance, **l'équipe et principalement la personne responsable du secteur de la prévention primaire et secondaire (le Râteau-Ivre), rencontre le médecin-directeur** pour échanger sur la vie du Bistrot pour adolescents : "**Le Râteau-Ivre**" les nouvelles options et la bonne adéquation de cet outil en matière de prévention primaire et secondaire.

## **Le jeudi matin**

**Le travail administratif** autour des patients et du fonctionnement institutionnel **représente un volume important de tâches qui se sont considérablement développées au cours de ces dernières années.**

Toutes les démarches administratives (rapports aux tribunaux, caisses-maladies, Service des automobiles, etc) qui concernent les patients sont traitées par le (la) référent(e) sous la supervision du médecin-directeur.

**L'administration institutionnelle est gérée à l'occasion de cette matinée par le médecin-directeur en étroite collaboration avec le collaborateur responsable du "secteur administratif" et les autres cadres si nécessaire.**

## **Colloque des "cadres"**

En plus des **contacts quasi quotidiens avec le médecin-directeur**, souvent par téléphone ou fax s'il n'est pas présent dans la « maison », les cadres de l'institution (responsables des secteurs thérapeutique, prévention primaire et secondaire, et administratif) **se réunissent avec lui en principe une fois par mois, d'avantage si nécessaire, en dehors des heures d'ouverture habituelles de l'institution si le temps disponible vient à manquer.**

Tous les thèmes pouvant concerner la vie institutionnelle sont abordés selon la priorité et les besoins du moment.

Dans la règle, ce colloque représente l' « **organe décisionnel** » de l'institution.

**Il définit les principes et les grandes options sur les plans thérapeutiques, préventifs, administratifs et réfléchit aux stratégies socio-politiques en matière de lutte contre la toxicomanie à l'échelle locale, régionale, cantonale et nationale, ainsi qu'aux projets et planifications que cela implique.**

## **Colloques sans la présence du médecin-directeur**

Au début de la **matinée du vendredi**, l'équipe se réunit pour un "**petit colloque administratif**" **animé par le responsable du secteur administratif** et centré en particulier sur l'organisation des plannings, des présences et des absences de chacun(e), sur des tâches à distribuer et sur le fonctionnement structurel de l'institution.

Dans un deuxième temps, une bonne heure animée par le responsable du **secteur thérapeutique** est consacrée d'une part à prévoir et à organiser les consultations médicales du mardi suivant et d'autre part à échanger sur des situations courantes de patients.

C'est aussi l'occasion pour le responsable du secteur de s'informer de l'évolution des patients et de leur traitement.

Les autres secteurs, l'**Antenne de proximité "le 13 Ouvert"** et la **structure de prévention secondaire**, le **Râteau-Ivre**, se réunissent une fois par semaine pour l'organisation de leurs activités et la répartition des tâches et des échanges sur la vie institutionnelle spécifique à chacun.

### **Autres moyens**

- Les collaborateurs(trices) qui assument des fonctions de "**cadre**" restent au jour le jour à la disposition des collègues selon leur besoin.
- Malgré son temps partiel dans l'institution, le **médecin-directeur** est atteignable tous les jours par téléphone , par fax ou par e-mail.
- Le **responsable du secteur thérapeutique** en particulier propose aux nouveaux(lles) collaborateurs(trices) des moments de **formation "technique"** sur les démarches que nous sommes amenés à exécuter pour des patients et le fonctionnement général du Drop-In.

### **Séminaires de formation**

L'équipe bénéficie de séminaires à l'interne proposés par la psychologue-psychothérapeute (cf. texte dans le rapport.)

### **Service de garde**

Depuis la création du Drop-In, un **répondeur téléphonique** donnait des indications en dehors des heures d'ouverture, qui permettaient d'essayer d'atteindre une personne de l'équipe à son numéro privé, en principe pour des urgences.

Ce mode de fonctionnement ne permettait pas à l'appelant de joindre à tout moment quelqu'un à coup sûr.

Le développement des activités du Drop-In et surtout le nombre croissant des patients et en corollaire des appels téléphoniques nous ont incité à créer un véritable **service de piquet**.

**Par tournus hebdomadaire, les membres de l'équipe sont en possession du Natel de l'institution qui leur permet de répondre 24 heures sur 24 et toute l'année.**

Son numéro d'appel est donné par le répondeur qui s'enclenche en composant le numéro habituel du Drop-In.

**Le médecin-directeur** est atteignable en permanence toute l'année, même pendant ses vacances en cas de nécessité.

### **Présence à la salle d'accueil**

**Les horaires de distribution des médicaments et de la méthadone** correspondent à peu près (08.30 - 11.45 / 14.30 - 18.30 h) à ceux de l'ouverture du Drop-In (08.30 - 12.00 h / 14.30 - 19.00 h).

L'affluence importante des patients dès les premières heures du matin et de l'après-midi peut parfois être source de tensions et de conflits que la personne qui distribue, seule, ne peut pas toujours contenir sans difficultés.

Après des violences, surtout verbales et quelquefois physiques, qui se sont produites à la salle d'accueil, nous avons décidé dans un premier temps d'organiser **un tournus de présence** pour chaque collaborateur(trice), durant toute la matinée et l'après-midi.

Cette décision a été le résultat d'une longue réflexion en équipe sur la compréhension du sens à donner à cette violence qui nous semblait s'accroître au fil des mois.

Une première observation, parmi d'autres, mettait en évidence que l'équipe des référents(es) avait peu à peu "abandonné" cet espace d'accueil et que les accueillis s'en étaient appropriés; de ce fait **ils reproduisaient des comportements qui appartiennent à la "zone"** devenue davantage violente que par le passé.

**Notre retour à la salle d'accueil nous a permis de nous réapproprier cet espace, de refixer les limites, de rappeler les règles et, par là-même, d'apaiser les tensions et de désamorcer les conflits potentiels.**

Avec le temps, le message a passé et nous avons pu progressivement limiter notre présence effective à deux heures par jour, au moment de forte affluence, c'est-à-dire au début des matinées et des après-midis.

### **Supervision**

Chaque collaborateur(trice) bénéficie d'une supervision individuelle hebdomadaire.

Elle est un outil de travail et de compréhension indispensable dans "l'histoire de la relation" entre un patient et un(e) référent(e) (cf. rapport d'activité 1998, page 51).

Elle fait l'objet d'un concept établi depuis 1994, qui prévoit :

**Au cours de la première année de son engagement au Drop-In**, le(la) nouveau(elle) collaborateur(trice) est supervisé(e) par Irène Porchet, psychologue-psychothérapeute qui est à l'origine de la création de l'institution.

Il s'agit d'une "**supervision propédeutique**" : il faut apprivoiser la philosophie générale du Drop-In et apprendre ce qu'est une "relation thérapeutique" avec une personne présentant des troubles liés à la toxicomanie.

**Dès la deuxième année**, s'ouvre la possibilité de maintenir la supervision chez Irène Porchet à quinzaine, en alternance avec un(e) superviseur(se) extérieur(e) agréé(e) par le Drop-In.

**Dès la troisième année**, la supervision peut se dérouler intégralement "à l'extérieur", après une évaluation et une décision individualisées ou se poursuivre comme auparavant selon le choix du/de la collaborateur(trice).

Les frais de supervision sont pris en charge par l'institution.

Les deux collaboratrices qui assument **l'accueil des patients** et la **distribution de la médication** bénéficient du soutien du responsable du secteur thérapeutique à l'occasion d'entretiens individuels et de groupe.

### **Journées de réflexion**

A deux ou trois reprises, dans l'année, une "**journée de réflexion**" est organisée pour toute l'équipe.

Afin que l'ensemble des collaborateurs(trices) puissent participer sans exception, le Drop-In est fermé ce jour-là.

Elle est composée généralement de deux temps :

**La matinée** est consacrée à des thèmes centrés sur le fonctionnement de l'institution, sur les options thérapeutiques ou socio-éducatives.

**L'après-midi**, après un repas pris en commun, est en principe réservé à un débat d'idées autour d'un thème introduit et préparé par un(e) collaborateur(trice) qui traitera par exemple de politique sociale et de stratégie en matière de lutte contre les effets de la toxicomanie et des positions adoptées par l'institution sur la base d'un consensus de l'équipe ou d'un thème à caractère formatif qui permet de maintenir à jour nos connaissances dans le domaine.

### **Colloque de l'équipe**

Tous les trois mois, **l'équipe se réunit une matinée** où seront traitées en priorité des questions liées **au fonctionnement et à l'organisation de l'institution, aux rôles et aux fonctions de chacun(e)**.

Des points qui n'ont pas pu être développés, par exemple le mardi soir ou lors d'autres colloques, peuvent être repris à cette occasion.

### **Bibliothèque - médiathèque**

Nous disposons d'un outil qui s'est professionnalisé ces dernières années.

Les ouvrages et le matériel vidéo sont à la disposition des collaborateurs(trices) et de tous professionnels voire du public qui seraient susceptibles d'en profiter. La tenue et la mise à jour de ces documents sont assurées par une personne de l'équipe.

### **Congrès, séminaires, conférences, journées ...**

La formation continue est vivement encouragée, sinon obligatoire !

Individuellement ou en groupe, nous fréquentons régulièrement, selon nos disponibilités, ces lieux de perfectionnement qui remplissent entre autres fonctions :

- l'acquisition de nouvelles connaissances qui alimentent notre réflexion et notre méthodologie de travail,
- des rencontres et des échanges avec des professionnels d'autres institutions,
- la découverte de nouvelles idées et de nouveaux projets susceptibles d'être repris et adaptés à notre institution. (cf. pour exemples : chapitre : "formation continue").

### **Formation personnelle**

Parallèlement au **perfectionnement professionnel, la formation à titre personnel**, est soutenue (par exemple un collaborateur termine actuellement une formation en "thérapie systémique") par le Drop-In.

Dans ce cas, l'institution participe aux frais en offrant la moitié du temps nécessaire à la formation et la moitié de son financement.

Le "**travail sur soi**", sous forme de psychothérapie, psychanalyse ou autre, est encouragé. Le financement est à la charge de la personne, mais des facilités en temps peuvent être discutées.

### **Salle d'accueil, distribution et secrétariat**

#### **La distribution**

Nous avons parlé en 1998 de la professionnalisation de la distribution quotidienne de méthadone et de médicaments.

### **Horaire**

La "distribution" est ouverte 5 jours sur 7, toute l'année de 8.30 h à 11.45 h et de 14.30 h à 18.30 h.

### **Distribution de la méthadone**

- environ 160 personnes passent tous les jours prendre leur dose de méthadone, certaines deux fois par jour.
- 7 litres de méthadone sont distribués par semaine.
- les "semainiers" de médicaments sont préparés chaque semaine pour plus de 100 patients.

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

**Sept enfants** accompagnent régulièrement leurs parents.

**Une vingtaine de chiens** accompagnent leurs maîtres(ses). Le nombre grandissant de compagnons canins a nécessité un article spécifique dans le règlement de la salle d'accueil.

### **L'accueil au quotidien**

C'est être accueilli personnellement et avoir la possibilité de consommer une boisson chaude, de s'arrêter un moment, de lire les journaux et de discuter.

L'accueil est ritualisé à Pâques, St-Nicolas et Noël ainsi qu'aux anniversaires.

La salle d'accueil est le miroir de l'humeur dans la zone.

### **Etre distributrice**

C'est être présente au quotidien dans la vie d'une personne toxico-dépendante. Nous sommes le **lien entre le patient et son référent**.

**Ce travail demande rigueur et concentration, souplesse d'esprit, fermeté et beaucoup d'humour.**

La salle d'accueil est un lieu de rencontre favorisant les discussions interpersonnelles et informelles qui peuvent amener à la formation de projets. Notre rôle de médiatrice permet ainsi **le lien entre les différents secteurs de l'institution**.

### **Le Secrétariat**

Le secrétariat, est **la porte d'entrée de l'institution** : porte ouverte à chacun(e) et parfois difficile à ouvrir pour poser une question, se renseigner, dire son mal-être, etc.; il est le premier contact physique avec l'institution.

**Répondre** à ces premiers pas au Drop-In demande une grande souplesse et une écoute attentive, sans entrer dans les détails ni dans les "épanchements".

Ensuite intervient le rôle de "**filtre**" du secrétariat : il s'agit d'**atteindre** le responsable thérapeutique ou un autre cadre ou un collègue, dans une situation d'urgence.

Il est important de **garder le recul nécessaire** face à son interlocuteur, d'adopter une attitude différente suivant la situation, (angoisse, peur, excitation, panique), d'évaluer l'**urgence** de la demande.

C'est aussi le **lieu de passage** d'écoliers, d'étudiants qui viennent chercher des "infos" pour un exposé par exemple (demande pouvant également être parfois une demande camouflée).

**Le téléphone** joue aussi souvent ce rôle.

**En plus de cet aspect relationnel, social, des plus riches et variés, il y a le travail administratif** : ouverture du dossier, son suivi, le contact avec les assurances, le laboratoire, la correspondance avec tous les intervenants, et autres services sociaux, juridiques, etc.

**Ce lieu de passage en perpétuel mouvement peut voir défiler jusqu'à 150 personnes par jour. Il s'agit aussi de répondre jusqu'à environ 40 ou 50 appels téléphoniques, tout appel confondu et d'être disponible pour tous les collaborateurs.**

**Ce lieu de passage, tout comme la salle d'accueil est le thermomètre de l'institution.**

## **PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES ET SOINS**

Les pathologies les plus fréquemment rencontrées (selon la CIM-10) sont sans doute **les troubles de l'humeur et les troubles de la personnalité**.

Dans la catégorie des troubles de l'humeur, on rencontre fréquemment **des épisodes dépressifs** (F32) et **des troubles dépressifs récurrents** (F33) d'intensité variable.

**Les troubles cyclothymiques et dysthymiques** (F34), ainsi que **les troubles affectifs bipolaires** (F31) sont aussi bien représentés parmi les problématiques addictives.

Dans la catégorie des troubles de la personnalité, les plus fréquemment diagnostiqués sont ceux des patients présentant une **personnalité émotionnelle labile de type impulsif ou borderline** (F603). On rencontre aussi régulièrement des troubles sous forme de **personnalité dyssociale** (F602), puis plus rarement **de personnalité histrionique** (F604), **paranoïaque** (F600), ou **schizoïde** (F601).

**Les pathologies psychotiques** sont fréquentes, notamment différentes formes **de schizophrénie** (F20), **des troubles schizotypiques** (F 22) **ou des troubles schizo-affectifs** (F25).

On voit également différents **troubles anxieux** (F4) comme des troubles phobiques, d'anxiété généralisée, des troubles anxieux et dépressifs mixtes ou des **troubles obsessionnels-compulsifs**, des états de **stress post-traumatiques** (F43) sans oublier aussi la catégorie des troubles de l'alimentation avec notamment **l'anorexie mentale** (F50.0).

Il ne s'agit pas là d'une liste exhaustive des pathologies psychiatriques rencontrées dans le champ des problèmes d'addiction, mais **cela illustre le large éventail des morbidités rencontrées et la grande fréquence de ces dernières, la toxicomanie n'étant en fait, comme toujours selon**

**notre définition, principalement qu'une co-morbidité. Secondairement d'autres pathologies peuvent venir se greffer, pathologies engendrées par les conditions de vie qu'implique le « statut de toxicomane » et par les troubles qui peuvent être générés par l'utilisation de certains produits.**

### **Médication**

**L'usage de drogues étant défini comme une "automédication", il est fondamental de pouvoir poser un diagnostic afin de permettre à la personne toxicomane de passer de cette "automédication" à une réelle médication de la pathologie sous-jacente.**

Une personne toxicomane active aura tendance à interpréter les variations de son mal-être et de son mal-vivre en termes d'abondance ou d'insuffisance de stupéfiants, ou de son produit de substitution.

La prise en charge et les soins l'amènent progressivement à pouvoir nuancer :

**le référent apprend à son patient à reconnaître la dépression, l'anxiété, les troubles de l'humeur ou même la psychose décrite souvent comme "un carrousel dans la tête qu'on a de la peine à freiner" !**

Prenant progressivement conscience, non seulement que ses "**mal-être**" et ses "**mal-vivre**" peuvent recouvrir le **nom d'une pathologie**, mais plus encore que progressivement il existe d'autres produits que "la drogue" pour tenter de les supporter, voire de les améliorer, **la personne toxicomane est progressivement amenée à accepter d'utiliser un médicament, qui, lui aussi, porte son nom.**

Un **anti-dépresseur** pour la dépression, un **régulateur de l'humeur** lorsque l'on n'arrive pas à "canaliser ses pulsions". Un **anxiolytique** pour lutter contre l'anxiété et l'anxiété et un **neuroleptique**, tant détesté par la population de toxicomanes qu'elle accepte lorsqu'il prend la caractéristique d' "atypique", pour freiner le "carrousel dans la tête".

Il s'agit là d'un processus très important **dans la construction d'une nouvelle identité, identité moins "criminalisée", moins "stigmatisée", moins "marginalisée" que celle de toxicomane.**

Il n'est pas toujours évident pour eux de passer du statut de "**pénalisé**" à celui de "**patient**", mais il s'avère que c'est **une base de reconstruction de la personnalité nettement plus « stable ».**

Dans le cadre de soins, qui par ailleurs n'évoluent jamais linéairement, lorsqu'une prise en charge se termine harmonieusement, **la personne toxicomane abandonne en premier lieu la méthadone puis, lorsque cela est possible, la médication psychotrope et, en dernier, la relation avec l'institution, en particulier avec son référent.**

Il est bien évident que la pharmacothérapie n'est pas une alternative à la prise en charge psychosociale du patient, en général cette dernière est plutôt potentialisée par une médication adéquate.

**63% des patients pour qui une prise en charge a pu se mettre au point de façon durable au Drop-In (211 personnes) ont bénéficié d'une médication psychotrope en 1999.**

Les personnes suivant une cure de substitution à la méthadone sont proportionnellement plus nombreuses à bénéficier d'une médication psychotrope que les patients sans substitution à la méthadone.

La médication psychotrope prescrite est ci-dessous classée selon ses effets cliniques. Voici le pourcentage qui indique l'utilisation d'un médicament sur l'ensemble des patients bénéficiant d'un "traitement prolongé ":

<b>Anxiolytiques</b>	<b>39%</b>
<b>Antidépresseurs</b>	<b>37%</b>
<b>Stabilisateurs d'humeur</b>	<b>30%</b>
<b>Neuroleptiques « classiques »</b>	<b>16%</b>
<b>Neuroleptiques « atypiques » (Zyprexa, Risperdal)</b>	<b>14%</b>
<b>Somnifères</b>	<b>11%</b>
<b>Médication aversive (Antabus)</b>	<b>4%</b>
<b>Neuroleptiques en injection dépôt</b>	<b>3%</b>

Ces chiffres mettent en évidence **l'importance des pathologies psychiatriques sous-jacentes et la nécessité de les traiter aussi par une « approche biologique ».**

**Une psychiatrie ambulatoire lourde**

Nous faisons donc une psychiatrie ambulatoire lourde au Drop-In de Neuchâtel.

Quelles que soient la pathologie de base et sa gravité, **on nous envoie très souvent les patients dès que se manifeste, ou que l'on découvre la "comorbidité-toxicomanie".**

Du diagnostic à la mise en route d'un traitement puis à sa poursuite dans le cadre de la prise en charge, l'approche au Drop-In est pluridisciplinaire. C'est ce qui nous permet d'affronter au quotidien toutes ces pathologies que l'utilisation de produits, en particulier la cocaïne, fait décompenser de manière itérative, multipliant les passages à l'acte sur un mode auto- ou hétéro- agressif (tentative de suicide, violence ...)

## **Collaboration**

Nous exprimons notre vive reconnaissance **à nos collègues psychiatres** qui, ponctuellement, nous aident dans des situations diagnostiques ou thérapeutiques difficiles.

Nous sommes également très reconnaissants **aux hôpitaux psychiatriques** de leur collaboration lors de l'hospitalisation de nos patients et d'accepter la prise en charge urgente de situations en décompensation grave dans **presque** tous les cas.

Ce "**presque**" nous a, il est vrai, posé quelquefois d'énormes problèmes, avec parfois mise en danger d'un patient et des collaborateurs du Drop-In devant l'accompagner "en crise" et le contenir ambulatoirement, **toute hospitalisation étant impossible.**

**Le fait que l'hôpital cantonal de Perreux refuse d'hospitaliser un patient substitué à la méthadone sans que cela implique automatiquement un sevrage nous a posé de très gros problèmes** : chez certains patients, en crise grave, le sevrage de méthadone était formellement contre-indiqué et l'hôpital de Préfargier, complet, ne pouvait pas le recevoir ... !

Cette situation dure encore lorsque ces lignes sont écrites (mars 1999) mais nous sommes heureux et soulagés de savoir que l'hôpital cantonal de Perreux étudie **un protocole pour accueillir les personnes toxicomanes substituées à la méthadone sans que cela implique automatiquement un sevrage.**

Nous avons le très vif souhait d'enrichir, de rendre plus fréquente, voire d'organiser cette collaboration avec les psychiatres installés et les institutions psychiatriques du canton.

**Le travail en cette matière est devenu tel dans notre secteur qu'il nous semble être le temps de "formaliser" des canaux de communication plus réguliers et plus fiables avec la psychiatrie.**

### **Psychothérapies déléguées**

Le travail de psychothérapie selon le référent psychanalytique se poursuit dans l'institution.

En 1999, il concerne 12 patients pour un total de 175 séances.

Le nombre de patients ainsi que de séances sont en légère augmentation par rapport à l'année précédente (cf. 1998 : 8 patients et 114 séances) : ceci est à mettre en relation avec la possibilité offerte aussi à quelques parents de toxicomanes (des mères surtout) d'entreprendre cette démarche.

Ces psychothérapies concernent donc **3** patients toxicomanes, **1** épouse de personne toxicomane et **8** parents (dont 7 mères / 1 père).

Il s'agit pour la plupart d'une poursuite de traitements.

### **Prise en charge systémique**

**"Tout individu est en interaction constante avec son environnement. Si son comportement est étudié sans tenir compte de cette interaction, d'importants paramètres échapperont à l'observateur. Cette perspective implique que les comportements psychopathologiques ne doivent pas être considérés de façon linéaire, comme l'expression de perturbations ou de conflits provenant uniquement de "l'intérieur" de l'individu, mais aussi comme l'expression de ce qui se passe à l'interface entre cet individu et son environnement. Les**

**symptômes prennent ainsi une signification plus élargie : celle de véritables *métaphores relationnelles*.** »

(Gérard Salem, "L'approche thérapeutique de la famille ", Masson, Paris, 1996, p.52)

La famille étant un milieu particulièrement prégnant, environ **16% de nos patients** ont bénéficié en 1999 d'un **travail en famille** dans la perspective décrite par Gérard Salem.

Dans notre pratique, chaque personne suivie au Drop-in a son *réfèrent désigné*. Lorsque le besoin s'en fait sentir, il lui est proposé de réunir toutes personnes significatives de son entourage, en particulier sa famille.

Pour mettre en place ces entretiens de famille, le réfèrent « s'adjoit » un deuxième collègue qui aura la charge de mener l'entretien, le réfèrent restant centré sur le patient.

Dans ce sens nous nous inspirons du concept de *cothérapie scindée* formulé par Guy Ausloos en 1985 déjà dans l'article « Vers un fonctionnement systémique de l'institution » in « Thérapie familiale », Genève, 1985, vol.VI, no.3, p.235-242.

"*Cothérapie scindée* : un thérapeute prend la responsabilité du travail avec les **familles** et de la conduite des entretiens, un cothérapeute se centre plus sur le **patient-désigné** et se présente comme le représentant de l'institution. Ces cothérapeutes restent les mêmes pendant toute la durée de la prise en charge et les entretiens sont annulés si l'un des deux est absent. (...) Il est évident que les cothérapeutes retransmettent l'essentiel de leur travail à l'équipe, puisque le but est de donner une meilleure information sur le contexte familial du patient-désigné".

**Emerge ici la notion de *patient-désigné*.** Le patient a souvent le rôle de « mouton noir » alors qu'il est une personne faisant partie d'un système, désignée pour porter une pathologie ayant une fonction qu'il s'agit d'analyser et de changer. Cette fonction est souvent de permettre au système familial de fonctionner malgré ou grâce aux dysfonctionnements qui le caractérise.

La dyade réfèrent / patient devient ici le sous-système "réfèrent/patient-désignés".

Lorsqu'ils se retrouvent en entretiens dyadiques, de nouvelles perspectives s'ouvrent à eux qui permettront peut-être de quitter ce rôle négatif pour endosser celui de « révélateur » des interactions intra-familiales.

Au début du travail il s'agit de mettre en place les structures du suivi, de repérer les rôles, les mythes véhiculés par la famille, bref de **comprendre la structure familiale**.

Dans un deuxième temps on peut accéder à un niveau qui dépasse l'explication basée sur la structure pour tenter de comprendre les *modes opérants* mis en place par la famille et leur proposer des **stratégies de changements** : potentialiser les mécanismes à majoration positive et laisser de côté les mécanismes à valence négative.

Enfin, introduire le temps dans la prise en charge et parler d'histoire familiale pour tenter de **co-construire une nouvelle narration**.

Pour plagier Piaget, nous pourrions dire que nous essayons ensemble de "**créer du nouveau avec le connu, puis de modifier le connu avec le nouveau**".

## **PATHOLOGIES SOMATIQUES ET SOINS**

**Au delà de la dimension physique, les soins somatiques sont aussi l'occasion d'appréhender et d'échanger sur les difficultés psychiques de l'individu qui, le plus souvent, sont la source des dommages somatiques.**

**De plus en plus de demandes de soins et de conseils de santé les plus diverses nous sont soumises : état grippal, contraception, prise de poids, brûlure. Nous y répondons dans les limites de nos compétences et spécificité thérapeutiques et, parfois, parce que nous savons pertinemment que le patient ne se déplacera pas dans le lieu spécialisé plus à même d'y répondre.**

**Ce type de demandes met en évidence la difficulté que certains patients ont à entrer en contact avec le réseau médical.**

**Pour certains, le rapport au corps est souvent « négligé » : ce n'est que dans des situations de dernières limites (souvent quand la douleur apparaît) qu'ils consultent.**

Cette difficulté à se préoccuper de sa santé somatique est souvent liée à des troubles de l'estime de soi, voire à des troubles psychiatriques de type dépressif ou psychotique.

## **Dépistage des hépatites et du HIV**

On propose à chaque nouveau patient entrant au Drop-In un dépistage des hépatites et du virus H.I.V.

**Ces nouveaux tests de dépistage systématique nous apparaissent aujourd'hui fondamentaux en termes de médecine communautaire.**

Ils ont aussi pour mérite de sensibiliser les patients aux problèmes infectieux et ils vont accroître très probablement la demande de vaccination. Ils sont aujourd'hui sinon obligatoires, du moins vivement conseillés. Nous avons aussi comme objectif pour l'an 2000 de tester ou retester l'ensemble des patients traités au Drop-in.

Depuis que nous avons intensifié ces tests de dépistage (rappelons que l'année passée nous proposons déjà des tests rapides et gratuits de l'hépatite C) :

**sur 34 personnes testées 13 se sont déclarées positives à l'hépatite C et 5 à l'hépatite B.**

Le taux de personnes porteuses du virus **hépatite C**, proportionnellement au nombre de personnes "dépistées", est impressionnant. Nous signalons pour la bonne interprétation de ces chiffres que ce sont pour l'instant les patients les plus "à risques" (injecteurs et consommateurs actifs) qui ont été testés.

Certains d'entre eux avaient déjà été testés quelques années auparavant : ils pensaient être positifs mais n'en étaient plus tout à fait sûrs, et ils ont profité de vérifier clairement leur diagnostic par un nouveau test.

**Il est demandé aux patients qui se révèlent positifs de prendre rapidement contact avec leur médecin généraliste, ou avec un spécialiste, pour le suivi de l'infection.**

**Dans certains cas, parce que la personne ne réussit pas à entrer en contact avec un "somaticien", pour les diverses raisons citées précédemment, le Drop-in peut alors se charger du suivi médical.**

**La vaccination contre l'hépatite A et B est toujours proposée aux patients testés négatifs, qu'ils soient atteints ou non par l'hépatite C.**

Les démarches de dépistage sont également l'occasion **d'actualiser les messages de prévention et les consignes de précautions**, en particulier quant à la consommation d'alcool pour les séropositifs à l'hépatite C.

## Vaccination hépatites A et B

L'année passée nous faisons part de la difficulté à **motiver les patients à risques, et non porteurs de l'hépatite A ou B, pour la vaccination.**

Sur une dizaine d'inscrits le jour de la vaccination, une seule personne s'était présentée.

Nous avons alors mis au point une nouvelle stratégie empruntée aux théories de l'engagement (Beauvois - Joule) dans le but d'obtenir un plus grand nombre de patients souhaitant se vacciner mais surtout se présentant le jour de la vaccination au rendez-vous fixé. Sans entrer trop dans les détails, nous pouvons dire que la stratégie consistait à faire passer préalablement aux patients du Drop-in un bref questionnaire comportant des questions liées aux problèmes infectieux chez les personnes toxicomanes. Ensuite, une nouvelle proposition de vaccination a été faite sous forme d'affiche dans le local de distribution de méthadone, tout comme cela avait été fait la première fois.

Ceci a eu comme mérite d'obtenir **19 inscriptions** pour la vaccination soit à peu près le double de la première proposition de vaccination en 98, et surtout **17 des 19 personnes sont venues au rendez-vous le jour de la vaccination** (1 sur 10 en 98).

Durant l'année en cours d'autres personnes ont demandé spontanément de se faire vacciner, **24 personnes ont été vaccinées en 99.**

La vaccination se poursuit bien évidemment en 2000.

## Soins et conseils pour les abcès et phlébites

**La cocaïne continue à faire des ravages en ce qui concerne les abcès.** Le nombre de demandes de soins d'abcès reste stable par rapport à l'année passée (environ une cinquantaine). Suivant la gravité de la situation, les patients sont réorientés vers l'hôpital.

## Injection de neuroleptique dépôt

**7 personnes sont sous traitement de neuroleptique dépôt** par injection. Rappelons que les neuroleptiques sous forme dépôt sont des médicaments à injecter par voie intra-musculaire et qui ont une durée d'action de deux à quatre semaines.

## Tests de grossesse

Un cycle menstruel souvent perturbé et des difficultés pour assumer une contraception efficace (pilule oubliée, pas de port du préservatif, voire refus d'une contraception) créent passablement de doutes quant à une éventuelle grossesse.

L'offre de ces tests permet en général de dissiper ces doutes rapidement, ou alors de diagnostiquer une grossesse au plus vite.

Ces tests permettent aussi de répéter des messages préventifs en termes de contraception et de maladies sexuellement transmissibles.

### **Echange de seringues**

Celui-ci se passe essentiellement dans l'Antenne de proximité du "13 Ouvert", mais lors des heures de fermeture du « 13 Ouvert », nous pouvons proposer du matériel stérile d'injection.

Les pathologies sociales sont l'une des composantes du mal-être, du mal-vivre de la personne toxicomane et se manifestent dans le quotidien par des manques et des vides dans l'organisation de la réalité sociale.

**La précarité de l'emploi, les difficultés liées au logement, une réelle solitude** et souvent **les procédures judiciaires** en cours sont des obstacles qu'il faudra nécessairement franchir pour construire une forme de réinsertion sociale satisfaisante et peut-être même voir évoluer une situation vers moins de souffrance.

### **La précarité de l'emploi**

Ces quelques chiffres sont significatifs :

- **81 %** n'ont pas d'emploi fixe
- **17 %** ont un emploi fixe
- **2 %** sont en formation dans un cursus "normal" ou avec l'aide de l'Assurance-invalidité.

Le revenu de la catégorie des 81 % qui n'ont pas d'emploi fixe :

- **53 %** bénéficient de l'aide financière des Services sociaux
- **15 %** ont un travail temporaire
- **16 %** bénéficient des indemnités de l'Assurance Chômage
- **11 %** reçoivent une rente AI
- **3 %** perçoivent des indemnités pour perte de gain d'assurances-maladies ou accidents
- **1 %** vit de prostitution
- **1 %** vit sans ressource connue.

L'aide directe de l'**Action sociale** intervient pour plus de la moitié de nos patients : ceux-ci, pour la plupart, ont épuisé leur droit à des prestations du chômage et n'ont pas réussi à se réinsérer, ou alors ils n'ont pas rempli les conditions donnant droit à des prestations.

Il faut aussi relever que le taux de **chômage** est largement supérieur à la moyenne Suisse ; le même constat peut être fait pour le travail temporaire.

Comme décrit ailleurs dans notre rapport, la collaboration et le travail en réseau sont de rigueur si nous voulons proposer à nos patients une insertion sociale minimale.

Nous avons pris l'habitude de collaborer avec les **Services sociaux** des communes pour gérer des **contrats ISP** (Insertion Socio-Professionnelle) dans le cadre d'une occupation au "13 Ouvert et au Jardin potager social.

**En 1999, 22 contrats, pour 11 personnes, ont pu être réalisés.**

Il est vraisemblable que ces chiffres augmenteront de façon très sensible en 2000, sachant que l'année précédente a été celle du lancement de ce nouveau type d'activité.

Nous collaborons aussi avec les **Offices Régionaux de Placement** (ORP) pour les chômeurs, avec lesquels des modalités de travail en réseau ont pu être développées.

Quelques patients ont été soutenus dans leurs démarches auprès de **l'Assurance-Invalidité** (AI) soit pour une demande de rente, soit pour des mesures de réadaptation professionnelle.

### **Difficultés liées au logement**

En règle générale, tous nos patients ont un toit où passer la nuit et le plus souvent y vivre. Mais il arrive couramment, surtout chez des personnes vivant en cohabitation, que les relations se détériorent et que les conflits aboutissent à une mise à la rue de l'un ou l'autre.

Il s'agit là d'urgences, par exemple, pour lesquelles nous sommes sollicités et que nous traitons en principe en partenariat avec les Services sociaux, les tuteurs, les curateurs ou d'autres instances.

Une brève statistique établie à la fin décembre 1999 donne un aperçu de l'endroit où logent nos patients :

- **44 %** vivent en couple dans un appartement
- **37 %** vivent seuls en appartement
- **10 %** habitent chez leur(s) parent(s) ou chez de la proche parenté
- **4 %** dans un foyer d'accueil temporaire
- **2 %** chez des amis
- **1 %** dans un hôpital psychiatrique
- **1 %** dans un home
- **1 %** à l'hôtel

### **La solitude**

Cette rubrique ne comporte pas de chiffre !

La solitude et le sentiment de solitude ne sont pas quantifiables ...

Nous observons chez la plus grande partie de nos patients, des énormes difficultés à s'inscrire dans des activités sociales à caractère sportif, culturel, ludique ou "clubiste". La peur d'être jugés, les sentiments de honte et de culpabilité, les risques de se sentir rejetés ou de se voir exclus sont autant de réticences à « faire le pas », même si le désir de créer de nouveaux liens relationnels "en dehors de la drogue" est puissamment exprimé.

Notre travail de soutien des personnes toxicomanes doit tendre à éviter cette forme d'enfermement et d'isolement par des interventions concrètes, en les accompagnant "physiquement" dans leurs tentatives d'aller à la rencontre des autres.

## Les procédures judiciaires

Les corollaires des pathologies liées à la toxicomanie impliquent des actes définis comme répréhensibles par la Loi (achat, détention et consommation de produits stupéfiants).

Le tiers environ de nos patients, comme en 1999, a d'une façon ou d'une autre des comptes à rendre à la justice.

- **14 %** ont vu une procédure judiciaire en cours au Tribunal de Police suspendue au profit d'un traitement
- **11 %** bénéficient d'une suspension de peine au profit d'un traitement ambulatoire (art. 44 CPS)
- **5 %** ont été incarcérés.
- **2 %** sont sortis de la prison préventive avec des règles de conduite qui fixaient, entre autre, l'obligation de suivre un traitement
- **1 %** a exécuté sa peine en semi-détention
- **1 %** bénéficiait de la liberté conditionnelle

Nos interventions dans le domaine de la Justice sont nombreuses et donnent lieu notamment à des rapports écrits déposés aux tribunaux pour des patients en cours de traitement ou destinés à des avocats dont ils assurent la défense.

Une excellente et agréable communication s'est mise en place avec le **Service de l'exécution des peines** dès l'automne 1999 : nous acceptons, dans certains cas, de proposer un travail au "13 Ouvert" ou au jardin potager social pour les personnes qui voient leur peine d'emprisonnement convertie en **travail d'intérêt général (TIG)** (cf. chapitre "Aide à la Survie").

## ANIMATION

Dès 1998, un secteur « animation » a vu le jour au Drop-in. La fonction de ce nouvel outil concerne plusieurs pôles et vise à offrir des services différenciés, susceptibles de toucher une large frange de la population en traitement dans notre institution.

Cette année, le travail entrepris par le secteur « animation » s'est essentiellement concentré autour de deux concepts. Le premier consiste en la nécessaire « **impulsion** » qu'il s'agit de donner pour que se concrétise un projet, qu'il soit individuel ou groupal. Le second se rapporte au « **faire avec** ». Dans un premier temps, l'idée est d'accompagner une personne ou un groupe dans diverses démarches - qu'elles soient d'ordre administratif, occupationnel ou de loisirs. Dans un deuxième temps, l'animateur visera à favoriser l'autonomisation de l'autre en se retirant progressivement.

Il sera également fait mention des **nombreuses difficultés et interrogations** que pose l'inscription à long terme de personnes toxico-dépendantes dans certains types d'animations.

### Les accompagnements

**Face aux nombreux défis que pose l'existence, nombreuses sont les personnes toxico-dépendantes qui semblent bien démunies.** Lorsqu'il s'agit d'affronter des démarches administratives, de prendre soin de soi et de son corps ou encore de s'octroyer des plaisirs socialement valorisés, beaucoup sombrent dans la passivité. Habitues à l'échec, ces personnes, trop souvent, ont perdu le courage d'affronter leurs appréhensions et leurs inaptitudes. Pourtant, cet état de fait n'est pas une fatalité. Parfois, une légère **impulsion** suffit pour que change une situation. C'est fort de cette conviction que l'animateur propose différents types d'accompagnement afin de soutenir les personnes demandeuses dans leurs (re-)prises de contact avec différents groupes, clubs, écoles, entreprises ou institutions.

### Démarches administratives

Il est fréquent que l'animateur soit mandaté par un collègue pour assister ou "coacher" un patient dans des démarches administratives qui lui sont étrangères ou qu'il appréhende particulièrement. Il va de soi que **la fonction de l'animateur n'est pas d'entreprendre les démarches « à la place » de la personne aidée.** Bien au contraire **son rôle est de la soutenir, de la guider et de l'encadrer.** Une fois l'objectif posé - par ex. rédiger un C.V. ou téléphoner à des gérances immobilières - l'animateur tente de mobiliser les ressources du patient pour qu'il parvienne à faire face aux procédures nécessaires. Parfois, une implication minimale de l'aidant suffit (par ex. montrer au patient un modèle de C.V. ou lui fournir quelques adresses de gérances). Dans d'autres cas de

figure, les connaissances administratives des uns ou le manque de confiance des autres sont tels que l'animateur devra accompagner la personne dans chacune des étapes de la démarche. Dans ces cas de figure - les plus nombreux - nous rejoignons l'idée du "**faire - avec**" évoquée plus haut.

Les peurs suscitées par la complexité de certaines situations sociales ne peuvent être surmontées qu'avec le soutien de personnes patientes, disponibles et compétentes. En ce sens, la présence de l'animateur permet d'apporter un complément au travail de chaque référent(e).

Au cours de l'année 1999, une vingtaine de personnes ont bénéficié d'un accompagnement de type administratif.

## **Loisirs**

**Immergés dans une envahissante identité de toxicomane, certains patients peinent à s'extraire de cet univers.** Pourtant, chez de nombreuses personnes, le désir de s'inscrire dans une activité artistique, ludique ou sportive est exprimée... et le potentiel est là, latent. Lorsqu'une demande est exprimée ou suggérée, il est important que l'animateur tienne compte des ressources et des compétences du demandeur afin que la démarche soit renforçatrice. Il s'agit d'être attentif à ne pas soutenir un projet illusoire qui n'aurait d'autre aboutissement que l'échec.

Dans ce type d'intervention, **il paraît essentiel d'être à l'écoute du projet de la personne, de lui donner un contenu, une forme.** En d'autres termes, il s'agit de donner une **impulsion** au projet pour que la personne parvienne à concrétiser son objectif. Il ne s'agit parfois que d'inciter une personne à passer un simple coup de téléphone (pour s'inscrire à un cours d'informatique par exemple). D'autres fois, le projet étant plus flou, **l'animateur devra tenter de décrypter la demande, d'établir des priorités et de proposer des solutions réalisables.** Lorsque la demande d'une personne, par exemple, indique un souhait de « faire du sport », il est impossible d'y répondre de suite ; il s'agit de l'élaborer avec le patient.

Une trentaine de patients ont bénéficié de ce type d'accompagnement.

## **Activités proposées dans le cadre du Drop-In**

Nous l'avons exprimé, il est difficile de se rendre compte de l'intensité des craintes qui habitent une personne toxico-dépendante lorsqu'il s'agit de fréquenter un lieu et une population qui lui sont étrangers. **La peur de mal faire et le sentiment de ne pas être à la hauteur empêchent parfois la personne de s'élancer vers des activités constructives.**

Partant de ce constat, l'animateur a mis sur pied diverses activités. Ces animations peuvent être considérées comme autant **d'interfaces (espaces transitionnels) entre le lieu de traitement et « l'extérieur »** (avec toutes les connotations inquiétantes que recèle cette notion dans les représentations de nos patients). Certaines animations sont **régulières** ; elles impliquent par conséquent une inscription et un engagement à long terme de la personne. Les cours de théâtre et, dans une moindre mesure, les rendez-vous à la piscine figurent dans cette catégorie. **D'autres activités sont ponctuelles** ; elles concernent essentiellement des spectacles, des visites de musée

ou encore des excursions. Il est à noter que ce type d'activités suscite plus d'intérêt de manière générale que les animations régulières.

### **Le théâtre**

Les objectifs visés par les cours de théâtre sont multiples. La richesse que recèle cette activité renvoie au fait que **le théâtre requiert un engagement entier de la personne**. En effet, une large palette de l'ensemble des fonctions de la personnalité est stimulée. La pensée, les sentiments, les émotions ou encore la créativité doivent être mobilisés pour espérer pouvoir « entrer dans un rôle ». Non seulement mobilisés, mais encore verbalisés et partagés avec les autres. On le constate, « jouer un rôle » implique une nécessaire **mise à distance de soi-même et de sa propre problématique**. Cet écart permet de favoriser une certaine prise de conscience de son propre fonctionnement.

De plus l'activité théâtrale permet **d'entraîner l'affirmation de soi** par le fait de jouer certains rôles ou par le jeu de l'improvisation. Cependant, dans un cours de théâtre comme dans tout projet, l'affirmation de soi doit s'inscrire dans un mouvement de collaboration. La prise en considération et l'écoute des autres et de leurs besoins figurent parmi les conditions de succès d'un cours de théâtre.

En tout, une quinzaine de personnes ont fréquenté les cours de théâtre, ceci à raison de cinq participants(es) par séance.

### **La piscine**

La personne toxicomane a souvent une image très négative d'elle-même et une **relation perturbée à son propre corps**. Initialement, l'idée de la piscine était de permettre aux patients de **vivre leur corps autrement** ou, autrement dit, de le mettre au service d'une activité saine et valorisante.

En fréquentant régulièrement la piscine, certains participants ont retrouvé l'envie de « se jeter à l'eau » et le goût du défi (traversées de bassin).

Quinze personnes se sont rendues au moins une fois à la piscine à raison de quatre à cinq personnes par semaine.

### **Animations ponctuelles**

Durant l'année, plusieurs animations ont été proposées, parmi lesquelles :

- une randonnée en raquette
- les Gorges de l'Areuse
- visite des mines d'asphalte
- visites de musée
- spectacles au théâtre
- travail dans une boulangerie pour la St-Nicolas et Noël
- réparation d'un bateau
- pique-niques

Si l'animateur a donné l'impulsion nécessaire à l'élaboration de chacun de ces projets, il faut noter que **les patients ont participé à l'organisation de chacune de ses animations**. En ce qui concerne certaines sorties (mines d'asphalte et musée Giger à Gruyères par ex.), l'animateur est resté quelque peu en retrait de l'organisation, jouant plutôt un rôle de superviseur, puis d'accompagnant.

L'idée de faire participer les patients à l'organisation de différents projets d'animations a une **visée pédagogique** indéniable. En effet les participants peuvent ainsi s'approprier un projet, le mettre en forme progressivement et le réaliser. Pour mener à bien de telles réalisations, le **partage d'idées** et la **collaboration** avec d'autres participants et avec l'animateur sont des données indispensables. De plus la **gratification** de constater que ce qui a été mis en place a fonctionné permet à certains de prendre conscience de leurs capacités à réussir quelque chose de constructif. Le plaisir éprouvé lors de l'activité est d'autant plus grand.

### Difficultés et interrogations

**Les difficultés liées au travail de l'animateur sont révélatrices de la problématique générale de la toxico-dépendance.** Premièrement, il faut noter qu'il est parfois très ardu de mobiliser cette population et de l'inscrire dans un programme à long terme. Sans cesse, **l'animateur doit jouer le rôle de moteur**. Souvent, à l'engouement d'un projet succède rapidement un certain désinvestissement. Pour les uns, nous évoquons leur difficulté à collaborer ou à s'engager dans une activité nécessitant des efforts (physiques, artistiques, intellectuels, etc.). Dans un registre similaire, nous pouvons relever leur manque de patience, laquelle est forcément requise pour mettre en place une animation. Le fait de s'extraire du « tout, tout de suite » est mal vécu. Pour les autres, ce sont leurs attentes, démesurées et magiques, qui sont déçues.

L'exemple le plus flagrant est celui de la piscine. Les participants, fréquemment, peinent à se motiver. **Sans l'intervention de l'animateur auprès des participants** (par ex. en leur rappelant l'heure et le lieu du rendez-vous), **celui-ci se retrouverait seul au bord du bassin**. L'énergie dépensée à motiver les nageurs et, de manière plus générale, ceux qui participent à des activités nécessitant un haut degré d'engagement, est considérable, voire épuisante. Il s'agit de s'interroger sur la pertinence de tels efforts consentis par l'animateur.

Une analyse honnête du secteur « animation » ne peut passer sous silence un autre constat : **celui de l'écart entre l'idéal du « faire avec » et la réalité de « l'assistanat » que plusieurs patients, consciemment ou inconsciemment, recherchent.** Englués dans des schémas de dépendance, un nombre non négligeable de patients ne peuvent envisager d'autres activités que celles auxquelles ils sont habitués. Au mieux ceux-ci s'inscriront-ils dans des animations ponctuelles (sorties, visites de musée, etc.) sans s'être préalablement investis dans leur mise en place.

### **Chiffres**

Durant l'année 1999, nous avons fait 18 sorties de type « marches, visites, spectacles... ». C'est environ quarante-cinq personnes qui ont bénéficié des services du secteur animation .

Que ces éléments ne nous fassent pas oublier la notion de plaisir : retrouver du plaisir à une autre activité que la consommation de produits, plaisir à s'inscrire, élaborer et participer à un projet. **Tous ces éléments permettent la (re)construction d'une autre identité que celle de personne toxicomane.**

## VISITES A "L'EXTERIEUR" CENTREES SUR UN PATIENT

Le travail en "réseau" occupe un temps institutionnel important.

Il est nécessaire et indispensable à la coordination des intervenants psycho-sociaux : leur rôle, leur fonction et leur identité doivent être clairs pour eux-mêmes et surtout pour les patients qui ont besoin de pouvoir s'appuyer sur des repères fiables.

Beaucoup de rencontres de "réseau" sont organisées au Drop-in même ou en alternance dans d'autres institutions.

Au cours de l'année 1999, un(e) collaborateur(trice) s'est déplacé(e) :

- **40 x** : dans un **hôpital de soins psychiatriques** pour une admission, ou pour une visite, ou pour un bilan intermédiaire de séjour ou à la demande d'un médecin
- **8 x** : dans un **hôpital de soins physiques** pour accompagner un patient ou pour une visite ou à la demande d'un médecin
- **85 x** : dans des **institutions de soins stationnaires**, pour une admission, un bilan intermédiaire ou une préparation de sortie
- **14 x** : au **Centre Psycho-social** pour un patient suivi en réseau
- **13 x** : **en prison** pour visite de nos patients ou à la demande du personnel de la prison.

## **AIDE A LA SURVIE**

**(Structure permettant l'approche de "la rue", des personnes toxicomanes actives, en voie de marginalisation ou déjà marginalisées.)**

Le "13 Ouvert" est soutenu par le Bureau Réduction des Risques de l'Oeuvre Suisse d'Entraide Ouvrière (**OSEO**) sur mandat de l'Office Fédéral de la Santé Publique (**OFSP**).

L'antenne de proximité a pris cette année un essor considérable.

Par l'engagement de nouveaux collaborateurs, nous avons pu continuer à développer cette structure durant l'année. Dès l'automne, nous avons proposé une ouverture quotidienne qui s'est traduite par une fréquentation et un nombre de passages toujours plus importants.

En référence à l'an passé nous avons doublé notre capacité d'accueil et multiplié les services dans les différents secteurs mis en place.

### **Le Bistrot**

En qualité de lieu d'accueil, le bistrot est resté un lien important avec le Drop-in et la rue.

Cet endroit est devenu connu et accepté dans son identité par les personnes les plus marginalisées, toxicomanes ou non.

Appelé "le 13 Ouvert", son accès est simple, « sans seuil » et chacun a pu trouver sa place, indépendamment de sa problématique.

Il en découle que les premiers contacts ont été souvent facilités et que l'équipe éducative a su répondre aux demandes individualisées plus nombreuses.

De manière générale, la population rencontrée a présenté deux tendances :

- Pour un tiers d'entre elle, elle a été composée de personnes qui souvent sont dans des situations sociales difficiles et aggravées par des problèmes de polytoxicomanie. **Nous avons mis en place des stratégies de réduction des risques, qui globalement, sont les actes sociaux et médicaux en amont d'un traitement possible.** Plusieurs usagers du lieu ont pu ainsi bénéficier d'une rencontre avec le tissu médico-social.
- Pour plusieurs patients du Drop-in, **le "13 Ouvert" a été aussi un lieu d'insertion professionnelle.** Régulièrement, nous observons que l'évolution d'une personne en cours de traitement dépend souvent de sa possibilité préalable de donner un sens et des repères à son quotidien. Dans cette confrontation du « processus à la réalité », nous avons soutenu un grand nombre de personnes dans des postes de travail directement lié au fonctionnement du "13 Ouvert."

Ces deux observations nous montrent qu'il existe un mouvement dialectique entre le traitement et l'Antenne de proximité.

**Pour certains, le "13 Ouvert" peut être considéré comme une porte d'entrée dans le réseau sanitaire et social.** Pour d'autres, il constitue un lieu d'insertion. **Dans ce cas, c'est plutôt d'une « aide à la vie » dont il faudrait parler.**

## Le "13 Ouvert"

Après plusieurs mois d'hésitations et de tâtonnements, l'Antenne a une identité. Son nom : Le "13 Ouvert". Ce nom a été inspiré par les usagers fréquentant l'Antenne. Il renvoie à la géographie de la maison qui se situe à la Rue des Chavannes 13. Un simple jeu de mot, témoignant d'une juste compréhension de l'esprit du projet, a permis de recueillir tous les suffrages.

1999 est également l'année d'une ouverture plus large du "13 Ouvert". En effet, dès le mois d'août, l'ouverture est quotidienne (de 10h00 à 14h00). Après plusieurs semaines pendant lesquelles la population fréquentant le 13 était essentiellement constituée "d'habitues" - pour la plupart des patients du Drop-in -, la demande a littéralement explosé dès les premiers froids automnaux. L'ampleur de l'utilité d'un lieu comme le 13 OUVERT s'est imposée avec encore plus de force.

Ce bilan extrêmement positif renvoie à plusieurs facteurs explicatifs. Premièrement, les "habitues" ont appris à respecter ce lieu. **Nombreux sont ceux qui sont devenus de véritables partenaires.** Bien plus qu'un simple lieu de travail, le 13 tel qu'il est et tel qu'il continue à se développer est également le fruit de leur contribution. Investies d'une responsabilité, ces personnes favorisent le maintien du respect des règles dans un esprit de convivialité. Deuxièmement, il faut savoir que toute nouvelle personne est invitée à visiter la maison. Il va sans dire que cette visite est

toujours l'occasion d'informer la personne non seulement sur les services offerts, mais également sur la responsabilité individuelle de chaque usager. **Les règles de la maison - pas de consommation, pas de trafic, pas de violence - ont été respectées** par chacun et seuls d'infimes incidents sont venus troubler la bonne marche de la maison.

### L'accueil et le bistrot

**Aujourd'hui encore, l'âme du "13 Ouvert" est constituée par le bistrot. Chaque jour, en effet, un repas est proposé pour la somme de 4.-. De plus, il faut savoir que le couvert peut être troqué contre divers travaux de cuisine, d'entretien ou de nettoyage.**

L'idée de centrer les activités du "13 Ouvert" sur l'aspect " bistrot " est motivée par deux constats.

- Pour la majorité des usagers, le " 13 Ouvert" est l'unique lieu où ils prennent le temps de s'asseoir et de partager un repas. Pour les plus marginalisés, les aliments reçus ont parfois fait office de premier repas chaud pris depuis plusieurs semaines.
- A l'abri du tumulte de la zone, le bistrot du "13 Ouvert" offre une structure permettant aux clients d'expérimenter la convivialité et la solidarité. Il n'est pas rare de constater que plusieurs personnes, après quelques passages au 13, souhaitent s'investir dans la vie de la maison.

Pendant les heures d'ouverture du bistrot, les collaborateurs sont fréquemment amenés à répondre à diverses demandes de l'ordre d'une aide psychosociale. Il s'agit le plus souvent d'informations à donner sur la relation des usagers avec les produits ou de conseils sociaux. Parfois, la demande est clairement thérapeutique. Las d'une existence précaire et unilatéralement rythmée par la question de la survie, certains s'approchent des collaborateurs du 13 pour être assistés dans des démarches de réorientation.

Cette dernière observation met en évidence l'un des objectifs majeurs du "13 Ouvert" : celui d'être un trait d'union entre la rue et un lieu de traitement. L'hypothèse est que pour une large proportion de marginaux (toxico-dépendants ou non), l'Antenne procure un espace au sein duquel la rencontre avec le tissu sanitaire et social est plus informelle. En effet, dans la représentation de beaucoup , le "13 Ouvert" est d'abord un bistrot.

### Les soins infirmiers

**Les types d'offre de soins proposés au 13 ouvert restent les:**

- **dommages liés aux injections**
- **échange de seringues**
- **dépistage gratuit des hépatites C et proposition de vaccination**

### Dommmages liés aux injections

Cette année encore peu de personnes ont profité de la première offre. En général les gens qui nous ont demandé **des soins de type abcès ou phlébite** sont des personnes suivies au Drop-in et qui

fréquentent parallèlement le "13 ouvert ". Ils utilisent plus facilement le Drop-in pour exprimer ce type de demandes au moment où ils viennent prendre leur méthadone.

### Echange de seringues

**En ce qui concerne l'échange de seringues, la demande a été un peu plus importante, elle est en tout cas assez régulière et certaines personnes inconnues de nos services se sont approchées de cette offre ce qui a permis un premier contact intéressant avec des gens qui ne sont pas demandeurs de soins visant à l'abstinence ou à la gestion de consommation.**

Bien que la plupart des consommateurs s'approvisionnent encore principalement dans les pharmacies, nous pensons que le nombre de seringues distribuées au 13 ouvert est encore trop bas et que cette offre est sans doute mal connue.

L'extension de nos heures d'ouverture prévue pour 2000, ainsi qu'une information sur ce service, via le nouveau « flyer overdose » qui sera distribué en pharmacie aux acheteurs de seringues, amélioreront sans doute la connaissance de ce service.

Il est aussi vrai que le « 13 ouvert » n'a pas encore complètement perdu "l'identité Drop-in" (identité de lieu de traitement), déjà par le fait qu'il se trouve dans ses anciens locaux. Nous savons que les personnes ne viennent en général pas ou peu s'approvisionner en seringues dans la même structure que celle où ils reçoivent un traitement. Nous devons travailler à affirmer notre particularité identitaire.

Rappelons que la règle en vigueur pour la distribution est l'échange de matériel neuf contre du matériel usagé, et qu'il leur est demandé de contribuer au coût du matériel (50 centimes pour un piston, deux aiguilles, un tampon désinfectant, de l'acide ascorbique et de l'eau stérile). Dans ces deux cas, de nombreuses exceptions peuvent exister, la priorité reste bien évidemment la possibilité d'utiliser du matériel stérile.

### Dépistage

L'offre des tests rapides de **dépistage de l'hépatite C** a pour mérite d'informer le patient sur une séropositivité au virus hépatite C, mais aussi de l'encourager à effectuer un test de dépistage global par la suite et une vaccination contre les hépatites A et B.

### Groupes d'usagers pour la composition de messages préventifs

**Le projet de créer un groupe d'usagers pour rédiger un "flyer", contenant des messages de réduction des risques, a pu démarrer. Cette idée s'est associée à celle de remettre à jour régulièrement, afin de le rendre toujours attractif, le "flyer overdose" qui avait été réalisé par le Drop-in et distribué par les pharmacies ces dernières années avec le succès que l'on sait.**

La présentation du nouveau "flyer overdose" est la suivante. Sur une page, le thème de l'overdose est développé avec notamment des informations sur la réanimation respiratoire et sur les « causes »

responsables d'une overdose. Le verso de la page est quant à lui destiné à une information sur un thème d'actualité choisi par les usagers et qui sera renouvelé régulièrement (3 à 4 fois par année). Le premier thème abordé est celui de la cocaïne. **Tout comme le "flyer overdose", ce flyer sera distribué en pharmacie grâce à l'aide du pharmacien cantonal et des pharmaciens du canton, et il sera destiné aux clients achetant du matériel d'injection.**

La notion de groupe d'usagers pour la rédaction du flyer a été provisoirement abandonnée vu la difficulté de réunir suffisamment de personnes intéressées au même moment. La rédaction de ce premier flyer s'est finalement faite dans un échange perpétuel avec les usagers mais de façon informelle durant les moments d'accueil ou de repas au "13 Ouvert". Ces échanges ont été particulièrement riches et ont provoqué de nombreuses discussions très fructueuses en termes de prévention tout en touchant finalement un grand groupe de personnes.

## **Activités occupationnelles**

### L'atelier

Nous notons que de nombreuses personnes ont bénéficié de l'atelier pour la réfection et la maintenance de la maison. **Nous avons observé l'importance, pour certains usagers, de trouver un travail à « la carte ». Ceci nous a permis de proposer la réalisation de certains travaux en adéquation avec les aptitudes de chacun.**

L'intérêt que ce service a soulevé cette année nous a montré l'importance d'offrir des occupations qui impriment un rythme dans le quotidien d'une personne sans que celle-ci se sente submergée par les tâches à accomplir. En guise d'exemple, certains ont bénéficié de cette infrastructure pour confectionner des objets artisanaux avant de dresser des stands de vente dans la Cité. Dans la période de Noël, le "13 Ouvert" a soutenu l'existence de quatre stands au centre ville.

Au "13 Ouvert", cette expérience a insufflé une dynamique nouvelle. Des relations d'entraide se sont créées parmi les usagers et l'aboutissement de leur projet a été vécu comme extrêmement gratifiant. L'importance d'un accompagnement des professionnels est restée indispensable et nous amène naturellement à une réflexion quant à la nécessité de continuer à développer ce secteur.

### Le jardin potager social

Projet en 1998, le jardin potager social est devenu réalité en 1999. Prêté par la ville de Neuchâtel, le jardin se situe au cœur de la Cité, plus précisément dans le quartier de Clos-Brochet.

Terrain en friche en début d'année 1999, les anciennes serres de la ville ont repris vie. A la belle saison, légumes et fleurs ont poussé en abondance. L'équipe du jardin sous la supervision de l'équipe éducative a organisé entièrement les différentes saisons maraîchères, planifié les plantations et s'est occupée de la livraison des produits finis. **Les récoltes successives ont permis d'approvisionner « le bistrot » du "13 Ouvert" en produits frais.**

Durant la saison automnale, le travail a été consacré à la confection de décorations de Noël. L'objectif de ces activités était double. Premièrement, il aurait été regrettable de devoir interrompre le formidable élan des travailleurs du jardin. Ce lieu et les activités qui y sont liées ont largement favorisé l'établissement d'un processus de (ré)insertion chez plusieurs d'entre eux. Deuxièmement, la vente de décorations de Noël a permis de faire connaître nos activités dans la Cité.

L'équipe du jardin potager social a réalisé un travail titanesque en 1999. Le mérite des "jardiniers" est d'autant plus significatif qu'il s'agissait pour eux d'une reprise de contact avec le réseau social. Outre le fait d'avoir été capables de s'investir dans une activité structurée, avec les rythmes et la patience qu'elle impose, les "jardiniers" ont pu réaliser qu'ils étaient parfaitement aptes à produire quelque chose. **Nul doute que l'expérience du jardin constitue un outil efficace permettant de faire émerger des processus identitaires autres que ceux liés à la toxicomanie.**

### Douche et buanderie

A n'en pas douter, la possibilité de se doucher et de laver son linge a permis au "13 Ouvert" de ratisser plus large en termes de population rencontrée. Ces services ont répondu à une demande en constante augmentation. Les bénéficiaires concernent aussi une population extérieure au Drop-in. Il s'agit dans ce cas de squatters et de "gens du voyage" pour lesquels cela répond à un besoin urgent.

### Les contrats ISP

La gérance d'un jardin et la préparation et la réalisation d'un repas communautaire nécessitent une main d'œuvre relativement importante. **Au "13 Ouvert", le bistrot est partiellement tenu par des usagers qui, pour la plupart, bénéficient d'un contrat d'Insertion socioprofessionnelle(I.S.P)**. Signalons que ceci a été possible grâce à l'accord et à la collaboration avec le Service de l'Action sociale.

Le contrat I.S.P. est un contrat tripartite conclu entre les Services sociaux d'une commune, un lieu de travail pouvant offrir un cadre adéquat et une personne désireuse de se lancer dans un programme de réinsertion professionnelle. Les personnes sous contrat I.S.P. voient le montant de leur prestation augmenter de 250.- ce qui, pour elles, constitue une somme non négligeable. En un sens, le contrat I.S.P. peut également être considéré comme une contrepartie des prestations offertes par les Services sociaux.

En 1999, huit postes I.S.P. ont été créés au sein du "13 Ouvert" et trois autres au jardin potager social. Ces postes concernent des fonctions de cuisiniers, aide - cuisiniers, sommeliers, concierges et jardiniers.

Avec chaque personne sous contrat, les collaborateurs du 13 définissent un cahier des charges, lequel est toujours individualisé. En effet, hormis les besoins d'une structure comme le restaurant de rue ou le jardin, il s'agit de tenir compte de la capacité réelle d'une personne de s'investir dans un travail. Pour les uns, les exigences seront élevées ; pour les autres, le cahier des charges sera minimal. Modestement, dans un premier temps, l'idée est d'accompagner ces personnes dans l'accomplissement de leurs tâches quotidiennes. Idéalement, ce « faire avec » doit être considéré

comme une étape dans un processus de réinsertion. A moyen terme, ce qui est visé est d'atteindre un plus haut degré d'autonomie et, partant, la capacité d'assumer une plus grande part de responsabilités.

Régulièrement, le travail fourni par chaque personne sous contrat I.S.P. est évalué. Le cadre, le cahier des charges et l'horaire sont soumis à discussion.

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

**La politique décrite dans ce rapport en matière de décriminalisation des personnes toxicomanes fait son chemin... L'excellente collaboration avec le Service de la Justice et plus particulièrement celui de l'Exécution des Peines a permis au "13 Ouvert" d'être un lieu possible pour exécuter une peine sous forme d'un travail d'intérêt général.**

Pour sa réalisation, nous avons mis un cadre (au Jardin potager ou à l'Antenne de proximité) et un travail individualisé en fonction de la problématique de la personne.

L'expérience pilote menée avec deux personnes en traitement dans notre institution durant cette année s'est révélée extrêmement positive et nous encourage à renforcer ce type de service.

### **Le coin statistique**

#### Le Bistrot et l'accueil

**150 personnes sont venues au "13 Ouvert" représentant 2800 passages  
En comparaison à l'an passé, la population a doublé.**

15 % des personnes ne sont pas connues de notre institution au début de l'année

35 % des personnes ne sont pas connues de notre institution dès le mois d'août

Cette évolution révèle que l'Antenne de proximité est de plus en plus connue et que le « bouche à oreille » commence à jouer un rôle d'information. Nous pouvons aussi supposer que les ouvertures plus importantes dès l'automne ont renforcé cette plus grande fréquentation en facilitant l'accès de ce lieu aux personnes de la rue.

#### La population qui fréquente le "13 Ouvert"

**En moyenne plus de 30% des personnes ne sont pas connues par le Drop-In.**

Dans l'ensemble de la population, les problématiques rencontrées sont le fait de personnes polytoxicomanes avec une forte désinsertion sociale. L'augmentation des personnes « extra-Drop » montre l'intérêt et la reconnaissance de ce lieu par les usagers.

#### A Midi

**1700** repas ont été servis

**510** repas troqués par un travail utile à la collectivité.

Comme nous l'avons déjà souligné, l'accueil au moment du repas reste un temps fort dans la vie du lieu.

**Il est également intéressant de noter que la réalité financière a tendance à s'équilibrer, et ceci par la production maraîchère du jardin.**

80% des personnes présentes au 13 Ouvert avant la période automnale prennent un repas chaud. Depuis l'automne, 35% des clients ne mangent pas ; ces personnes viennent au 13 pour bénéficier d'autres services - lessive, douche, travail dans l'atelier - ou simplement boire un café ou se réchauffer.

**Le "13" a ouvert 110 jours durant l'année 1999.**

Progressivement, le nombre de passages a augmenté selon les saisons :

moyenne des passages au printemps	<b>16</b>
moyenne des passages en automne	<b>26</b>
moyenne des passages en hiver	<b>30</b>

Ces chiffres sont à relativiser dans la mesure où l'augmentation de la population est corrélée positivement au nombre d'ouvertures plus important durant la fin de l'année. Ils signalent dès lors une tendance : les temps d'ouvertures élargies permettraient à un plus grand nombre de venir dans ce lieu. Ceci nous renvoie à une observation clinique où souvent les personnes encore sans repères stables ont des difficultés à revenir lorsqu'elles ont trouvé le "13 Ouvert" fermé !

#### Le secteur de soins infirmiers

**150 personnes ont bénéficié de soins para-médicaux représentant plus de 500 passages :**

15 personnes ont bénéficié d'un suivi pour des abcès

10 personnes ont effectué un dépistage pour l'hépatite C

600 seringues ont été échangées.

#### Les activités occupationnelles

ateliers:

**200 passages** dont 5 personnes ont travaillé de manière régulière.

#### Le Jardin potager social:

Plus de **1200 passages** dont 6 personnes ont travaillé de manière régulière.

#### La douche et la buanderie:

L'un de ces services a été **utilisé plus de 300 fois** ; c'est durant l'automne et l'hiver qu'il a été le plus fréquenté.+

### **Les contrats ISP:**

**11 personnes** ont bénéficié de ce type de contrat totalisant plus de 4000 heures de travail effectuées dans le cadre du 13 OUVERT ou au Jardin sous la supervision de l'équipe éducative.

### **Projets**

L'effort fourni en 1999, à n'en pas douter, se poursuivra en 2000. Plusieurs projets sont à l'étude. A l'heure où vous lirez ces lignes, la plupart d'entre eux se seront concrétisés.

Parmi ceux-ci, citons premièrement le développement de la prévention liée aux substances psycho-actives. Un cours sur différents thèmes liés à la réduction des risques. Des séances d'information sur les thèmes de l'overdose, des techniques d'injection et des informations sur les hépatites vont être établies et devraient pouvoir être dispensées prochainement.

De plus, l'offre d'activités occupationnelles devrait largement s'étoffer. A court terme, le "13 Ouvert" pourrait devenir un sous-traitant des Perce-Neige dans la fabrication des K-Lumet. Inspirée par un groupe de patientes du Drop-in, l'idée de créer un atelier de couture se concrétise actuellement. Enfin, mentionnons encore le projet de mettre sur pied une salle de fitness.

En ce qui concerne l'aspect « bistrot », les cuisiniers et les usagers du 13 OUVERT bénéficieront des cours et des conseils d'une diététicienne. La valeur nutritive des repas servis gagnera en qualité et, nous l'espérons, offrira un meilleur savoir-faire dans le quotidien de chacun.

On le constate, les idées abondent. Cette multitude de projets, à notre sens, est motivée par l'évidence d'un constat qui rejoint celui de l'Office Fédéral de la Santé Publique. **L'aide à la survie pour les personnes toxicomanes constitue un point essentiel du système de prise en charge. Il est complémentaire et indispensable à tout programme permettant de viser à l'abstinence.**

### **Bilan**

**L'Antenne de Proximité cette année a démontré l'importance de son existence par l'augmentation significative de personnes toxicodépendantes fortement désinsérées.**

Les services offerts ont été très diversifiés et ont répondu à des besoins fondamentaux de cette population.

Sur le plan médical, nous avons dispensé des soins ambulatoires ponctuels et réguliers. De l'information aux soins, **nous avons aussi diminué les risques de maladies transmissibles** entre autre par l'échange de matériel injectable.

L'accès au bistrot - lieu d'accueil - a permis à beaucoup de bénéficier d'autres structures telles que la buanderie et les divers ateliers. Un nombre impressionnant d'usagers a eu la possibilité d'acquérir des expériences gratifiantes et adaptées à leurs possibilités.

Les travaux à "la carte" proposés dans le cadre du "13 Ouvert" et du jardin potager ont dépassé toutes nos espérances. **Beaucoup ont pu développer un vision réaliste et vivre des contacts sociaux "hors zone". Ils sont devenus pour certains progressivement des partenaires dans le fonctionnement du "13 Ouvert".**

Cette année, nous sommes en mesure d'observer l'amélioration de l'état physique et psychique de certains usagers. Ce constat est très réjouissant et nous ne pouvons qu'espérer faire perdurer ce type de prévention dans notre ville.

## AIDE AUX PATIENTS CHRONIQUES ET AUX INVALIDES

En 1999 ce sont plus de 70 % de nos patients qui correspondaient aux critères de l'article 74 de la loi de l'aide aux invalides, critères qu'il n'est pas inutile de rappeler ici :

1. *La toxicomanie ne constitue pas une maladie au sens de la loi.*
2. *Il existe une maladie préexistante ou des troubles consécutifs à la toxicomanie qui ont valeur de maladie.*
3. *Ces maladies entraînent une incapacité de travail et une perte de gain de longue durée ou présumée telle et cette perte doit être suffisamment importante (au moins 20 %).*
4. *La moitié au moins des personnes soignées doivent répondre aux critères 2 et 3.*

Si le pourcentage des personnes correspondantes à ces critères est en constante augmentation depuis le début des années 1990, 56 % en 1990, 63 % en 1994 plus de 70 % l'année dernière, il va sans dire que l'accroissement de ce type de population requiert de la part des collaborateurs et collaboratrices des attentions et des investissements importants dans plusieurs des domaines abordés dans le cadre des prises en charge proposées au Drop-In.

Nous pensons notamment aux efforts considérables qu'il faut déployer dans certaines situations pour assurer ne serait-ce que le gîte et le couvert où encore mettre en place des stratégies de (ré) insertion professionnelle lorsque cela est possible.

Ces situations sont complexes, souvent sur le "fil du rasoir", le risque de décompensation voire de passage à l'acte est réel : les référents doivent, pour pouvoir y faire face, constamment vérifier la pertinence et l'adéquation des prises en charge proposées à ces patients en réévaluant sans cesse celles-ci tant du point de vue médical, psychiatrique que social.

Si ce travail demande beaucoup d'énergie et de temps, celui-ci est nécessaire, il en va de la qualité de vie de ces personnes déjà marginalisées et souvent en grande souffrance.

## UN LIEU DE FORMATION

### Formation destinée aux institutions, professionnels ou autres

- aux collaborateurs(trices) des **Offices Régionaux de Placement (ORP)**, dans les locaux du Collège de la Fontenelle, par le Dr P.-A. Porchet en association avec M. M. Cotting (CPTTMN) et P. Charpillod (CAPTVT),
- au **Service de l'Action Sociale du Canton de Neuchâtel** (19 personnes) par le Dr P.-A. Porchet,
- aux personnes chargées du **Programme d'Insertion Sociale et Professionnelle (ISP)** - Ressources - du canton de Neuchâtel, par le Dr P.-A. Porchet,
- aux élèves en fin de formation à **l'Ecole Normale de Neuchâtel**, par Mme V. Wenger-Pheulpin,
- à **l'Institut Suisse de Police à Genève**, pour des inspecteurs (trices) des Brigades des stupéfiants des cantons de BE - GE - JU - NE - TI - VD, dans le cadre d'un cours de perfectionnement, par M. G. Fornerod,
- à **l'Institut Suisse de Profilaxie de l'Alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA)** à Lausanne, pour des professionnels, sur le thème : "Drogues, s'en sortir ?", par M. G. Fornerod,
- sous forme de supervision, au Responsable pédagogique du **Foyer André** et à son Adjoint, ainsi que dès l'automne à la Responsable du Foyer La Cloche, par M. G. Fornerod,
- au groupe de travail **"Prévention" de l'Association Région Val-de-Ruz**, par la présentation des "principes de base de prévention primaire" et de l'exemple du "Râteau-Ivre" par Mme V. Wenger-Pheulpin.
- au Club Ambassador, à Thielle.

## Stages et stagiaires

**Nous proposons plusieurs types de stages en fonction des besoins des divers lieux de formation nous ayant demandé d'accueillir leur étudiants.**

### Stage d'observation

ouvert à tous, moyennant un entretien préalable :

durée : 3 jours

buts: approcher les divers aspects de notre intervention **en s'immergeant** :

- dans notre salle d'accueil et de distribution (médicaments et méthadone)
- au "13 Ouvert", notre Antenne de proximité centrée sur l'accueil et l'aide à la survie
- au "Râteau-Ivre", bistrot pour adolescents.

### Stage C.E.S.A.N.E.

réservé aux étudiants de l'Ecole d'infirmiers de Neuchâtel en fin de formation, après au moins un entretien préalable :

durée : environ 7 semaines

buts : approcher et participer aux divers aspects de notre intervention

**en s'immergeant :**

- dans notre salle d'accueil
- au "13 Ouvert"
  
- **en participant :**
- aux colloques
- à la distribution et l'accueil
- à l'accompagnement au "13 Ouvert"
- aux campagnes de dépistage et de vaccination.

Durant ces stages, l'immersion à l'accueil est un des points centraux pour se connecter sur le relationnel, l'affectif et exercer son empathie.

### Stage d'école sociale ou d'université

réservé à des étudiants en fin de formation, après un entretien préalable et un stage d'observation :

durée : 6 mois

buts : observer et participer **en s'immergeant** :

- à l'accueil
- au "13 Ouvert"
- au "Râteau-Ivre"

**en participant** en fonction des objectifs de stage :

- aux colloques
- à l'encadrement et l'accompagnement au "13 Ouvert"
- aux activités du "Râteau-Ivre"
- au secteur animation

**en s'initiant** suivant l'évolution du stage à la prise en charge de personnes toxicomanes.

### **Stage pratique post-formation**

réservé à des personnes diplômées, après un entretien préalable et un stage d'observation

durée : 6 mois à un an

buts : acquérir une expérience professionnelle  
observer, participer, développer

**en s'immergeant** :

- à l'accueil
- au "13 Ouvert"
- au « Râteau-Ivre »

**en participant** :

aux colloques

à l'encadrement et l'accompagnement au "13 Ouvert"

aux activités du "Râteau Ivre"

**en s'initiant** en fonction de l'évolution du stage au suivi de personnes toxicomanes

**en développant** une pratique professionnelle dans un secteur en particulier en fonction des objectifs du stage.

**Quatre stagiaires** ont bénéficié :

- d'un stage d'observation de 3 jours,
- de deux stages de 6 semaines

### **Encadrement**

par un collaborateur formé par le Centre d'Etudes et de Formation, Genève (C.E.F.O.C.) comme responsable de stage et praticien-formateur relayé par l'équipe de travailleurs sociaux, d'infirmiers, de psychologues en fonction des besoins du stagiaire.

## Formation - Echanges

### Groupe de Formation continue des médecins et pharmaciens

Ce lieu d'échanges et de formation a continué à bien fonctionner en 1999.

En général entre 7 et 15 médecins et pharmaciens participent régulièrement au groupe, tout en sachant qu'il s'agit d'un groupe ouvert auquel on peut participer ou non en fonction de ses besoins ou de son plaisir, sans aucune culpabilité.

Il est reconnu comme groupe de formation continue par la société neuchâteloise de médecine.

En 1999, les participants ont continué à travailler et à échanger avec la même structure : après un moment informel de **partage et d'échanges** ainsi que de **communications des dernières nouvelles médico-psycho-sociales en matière de toxicomanie** le sujet du jour est abordé avec si possible présentation d'un cas par un participant.

Une **littérature scientifique** en rapport ou d'intérêt général est également distribuée lors de la séance.

Au cours de 1999, les participants au groupe de formation continue médecins-pharmaciens se sont penchés sur :

- **La découverte de MedRo Tox** et des services à disposition dans le canton.
- **La manière de communiquer avec l'OFAS et l'AI** en particulier sur les pathologies reconnues par cet organisme, la manière de les diagnostiquer (CIM 10) et de les présenter.
- **Les hospitalisations en milieu psychiatrique dans le canton** et la communication avec ces lieux de séjours stationnaires ont été très souvent évoquées et discutées.

Le groupe s'est longuement penché également sur les implications de **l'utilisation massive de la cocaïne, particulièrement par injection**.

Au cours de ces séances, de nombreuses mises au point en matière de neuroscience ont également été effectuées :

- l'utilisation parallèle de méthadone et de médicaments psycho-actifs,
- l'importance du *cytochrome P 450*,
- les nouvelles connaissances en matière d'utilisation adéquate des doses de méthadone,
- etc ...

#### **A l'occasion d'un repas et d'une soirée au Drop-In :**

- l'équipe de **la Société Neuchâteloise du Patronage** ,
- l'équipe de **l'Unité de Recherche et de Traitement de la Dépendance (URTD)+** de l'hôpital cantonal psychiatrique de Perreux,
- l'équipe de **la Maison de Pontareuse**,
- l'équipe du **Centre du Levant**,
- l'équipe de la **Fondation Phénix** de Genève,
- les inspecteurs de la **Brigade des Stupéfiants du canton de Neuchâtel**.

#### **Et à d'autres moments :**

- la section neuchâteloise de **la Fédération Romande des associations de parents concernés par la drogue**, à l'occasion d'une soirée au Drop-In,
- trois personnes, dont le Directeur de **la Ligue Jurassienne contre les Toxicomanies**,
- une personne du **Dispensaire des rues** de Neuchâtel,
- un pasteur de **l'Aumônerie de rue de Neuchâtel**,
- des responsables du **Centre spécialisé de Soins aux Toxicomanes - SOLEA** - de Besançon, au Drop-In,
- la direction et des collaborateurs (trices) de **l'Hôpital Cantonal Psychiatrique de Perreux**, sur le thème : "**Hospitalisation psychiatrique et traitement des dépendances**", à Perreux,
- le Dr P.-A. Porchet et M. D. Bugnon ont continué à participer au travail du groupe intercantonal réunissant des professionnels des cantons de Berne, Jura et Neuchâtel (**BEJUNE**) qui définissent les collaborations et la coordinatin autour de projets et d'expériences communes aux trois régions,
- MM. Ph. Berset et G. Fornerod ont participé à une journée organisée par **le Centre spécialisé de Soins aux toxicomanes - SOLEA** - à Besançon, à laquelle intervenait Mme **Anne Coppel**,

Responsable du Centre Emergence Espace Tolbiac (Paris 13<sup>e</sup>) et présidente de l'Association Française de Réduction des Risques.

## Formation destinée aux professionnels du Drop-In

### A l'interne

#### - Séminaire

Le séminaire à l'interne pour l'équipe du Drop-In s'est poursuivi en 1999, à raison de 6 séances de 1.30 h. chacune.

Il est toujours animé par Mme Astrid Reichenbach, psychologue-psychothérapeute.

Nous avons consacré, en préambule, la première séance à l'étude d'un écrit de **Joyce Mc Dougall** intitulé :

**"Néobesoins et solutions addictives"** (extrait de son livre : "Eros aux mille et un visages")

Ce texte examine le comportement addictif du point de vue psychanalytique.

Les autres séances ont été réservées, ainsi que l'équipe en avait exprimé le souhait l'année précédente, à des **"Etudes de cas"**.

Chaque référent est amené, à tour de rôle, à présenter une situation concernant un **patient borderline**.

Il n'y a qu'**une** présentation par séance.

Cette situation est discutée en groupe et commentée par l'animatrice.

Il s'agit, dans chaque cas, d'aider à une meilleure compréhension du fonctionnement psychique du patient et de l'éclairer des notions théoriques abordées auparavant.

Il est prévu de poursuivre ce travail l'an prochain sous cette forme qui convient bien à l'équipe.

– **Supervision, journées de réflexion et colloques** : cf chapitre de la Prévention Tertiaire.

## A l'interne

- M. M. Cattin a poursuivi sa formation en systémique au **Centre de Recherches familiales et systémiques (CERFASY)**, à Neuchâtel.
- M. J.-M. Coste a poursuivi une formation en thérapie cognitivo-comportementale, organisée par l'hôpital de Cery, en collaboration avec **l'AFFORTHECC (Association francophone de formation et de recherche en thérapie comportementale et cognitive :**
  - \* deux journées sur le thème de "**La dépression**"
  - \* une journée sur le thème de "**L'affirmation de soi**"
  - \* deux journées sur le thème "**Les troubles de la personnalité**".
- Une partie de l'équipe du Drop-In a participé aux **20èmes journées de l'ANIT** à Montpellier organisées par **l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (ANIT)** (France) sur le thème :
  - \* "**Toxicomanie : une addiction parmi d'autres**".

M. M. Cattin a participé :

- à 2 journées organisées par le **Centre d'Etudes et de Formation Continue (CEFOC)** à Genève, sur le thème :
  - "**Créer des liens**" : les pratiques systémiques dans le travail social.
- à 3 journées organisées par le **Centre de Recherches Familiales et Systémiques (CERFASY)** à Neuchâtel, sur le thème :
  - "**L'idéal du couple et l'idéal du thérapeute conjugal**", présenté par M. J. Prud'homme.
- à 2 journées au **CERFASY**, sur le thème :
  - "**Les jeunes enfants comme ressource dans l'intervention systémique**", présenté par E. Tilmans-Ostyn.
- à 2 journées organisées par le **Centre d'Etude de la Famille (CEF)** à Lausanne, sur le thème :
  - "**L'apport spécifique de la fratrie dans le processus thérapeutique**", présenté par E. Tilmans-Ostyn".
- Mme B. Kiss Meyer et M. C. Jaggi ont participé à deux journées de "**Cours universitaire de formation continue**" organisées au CHUV à Lausanne, sur les thèmes :
  - \* "**Toxiques : dépendances et valeurs communautaires**"

- \* **"Aspects légaux de la dépendance"**.
- M. C. Jaggi a participé à 3 journées organisées par la **Fédération Romande des Organismes de Formation dans le Domaine des Dépendances (FORDD)** au Centre St.-Martin, à Lausanne, sur le thème :
  - \* **"Co-morbidité psychiatrique liée à la toxicomanie"** présenté par le **Dr J. Besson**.
- M. J.-M. Coste a participé à une **"Plateforme"** sur le SIDA et le programme de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), organisée par le **Groupe SIDA Neuchâtel (GSN)**, à Pesieux.
- M. C. Jaggi a participé à une présentation organisée par la **Fondation La Passerelle** intitulée:
  - \* **"Connaissance des drogues illégales"**, à Pontareuse.

## **Groupe de travail**

- **Groupement Romand d'Etudes sur l'Alcoolisme et les Toxicomanies (GREAT)**

Nous avons participé :

- à une journée consacrée à la **"Cocaïne"** à Yverdon,
- au Colloque de printemps sur le thème : **"Dépénalisation du Cannabis"**, à Sion,
- à une journée sur le thème : **"Réduction des risques liés à l'injection de substances psycho-actives"**,
- à une journée **"Seringues"**, à Delémont
- **Ateliers Romands pour Intervenants dans le domaine des Addictions (ARIA)**
  - Mmes L. Oliveri et Kiss Meyer ont participé à 2 journées à Yverdon sur le thème : **"Accompagner les mères toxico-dépendantes"**
- **Institut Suisse de Profilaxie de l'Alcoolisme et Toxicomanies (ISPA)**
  - Mme L. Oliveri a participé à une journée de travail du groupe **"Femmes, dépendances"**, à Lausanne,

- 
- Mme B. Kiss Meyer : "**Les produits psychotropes et leurs effets**".

- **Groupe de Prévention du GREAT (GPG)**

Mme B. Kiss Meyer et M. C. Descoedres ont participé à 5 journées de travail du groupe.

## **Participation à des commissions d'experts**

Le Dr P.-A. Porchet a continué à participer :

- au groupe d'experts "**Médecins Romands Toxicomanie**" (**MedRo Tox**) créé à l'initiative de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),
- à la Commission d'experts supervisant l'**Etude Comparative des Programmes Méthadone (ECPM)**, financée par l'OFSP,
- à la recherche mandatée par l'OFSP : "**Maîtriser la toxico-dépendance**" et confiée au Département Travail Social et Politiques Sociales de l'Université de Fribourg (Prof. M.-H. Soulet).
- Le Dr P.-A. Porchet et M. G. Fornerod ont continué à participer à la **Commission technique** du Foyer André , constitué à la demande du Bureau de la Commission cantonale Drogue, auquel participe Mme Claire Roelli, représentante de la Centrale de Coordination de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogue (COSTE).
- Le Dr P.-A. Porchet et M. G. Fornerod ont rencontré régulièrement le **Directeur et le Responsable pédagogique du Foyer André** pour échanges et soutien.

## **ACTIVITES ET RELATIONS EXTERIEURES**

### **Sur le plan cantonal**

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 (**CAPTIVT**) et le **Drop-In** de Neuchâtel ont poursuivi leur collaboration tout au long de l'année 1999, en particulier par des rencontres des directeurs.

### **Commission cantonale drogue et Bureau**

La Commission cantonale drogue et le Bureau demeurent le lieu de coordination et de décisions en matière de lutte contre la toxicomanie dans le canton.

### **Service cantonal de la Santé Publique**

La bonne collaboration avec le service cantonal de la Santé Publique s'est poursuivie tout au long de 1999.

### **Les hôpitaux**

L'excellente collaboration qui a pu se développer ces dernières années avec les hôpitaux, notamment de la ville de Neuchâtel, s'est poursuivie en 1999.

### **Service de guidance infantile de l'office médico-pédagogique (OMP)**

La collaboration avec le Service de Guidance Infantile s'est poursuivie pour des prises en charge spécifiques de mères ou de parents toxicomanes pour les aider à construire le lien avec leur enfant.

### **Fondation la Passerelle**

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

### **Association Neuchâteloise de Thérapie Familiale (ANTF)**

M. M. Cattin, en qualité de représentant du Drop-In, participe aux séances de l'Association.  
Le Dr P.-A. Porchet y est inscrit en qualité de membre.

### **Groupe de prévention primaire spécifique aux toxicomanies du Bureau de la Commission cantonale drogue**

Mme V. Wenger Pheulpin participe toujours régulièrement aux séances de travail.

### **Commission faîtière de réflexion concernant une politique cantonale de santé et d'appui à la jeunesse**

Mme V. Wenger Pheulpin participe également aux travaux de cette commission.

Elle fait également partie du groupe de réflexion sur l'opportunité du bénévolat dans nos institutions, nommée par le bureau de la commission drogue.

M. D. Bugnon a participé à une Table ronde organisée par l'**Association neuchâteloise des Officiers**, sur le thème : **Jeunesse et drogue**".

### **Groupe d'Information Sexuelle et d'éducation à la Santé (GIS)**

Cf chapitre prévention primaire.

### **Groupe Sida Neuchâtel (GSN)**

Cf chapitre prévention primaire.

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

Cf chapitre prévention primaire.

### **Autres institutions**

Tout au long de l'année 1999, le Drop-In a poursuivi sa collaboration avec des institutions, des organismes et des personnes qui sont concernés par la prise en charge de personnes toxicomanes.

Nous avons ainsi collaboré entre autre avec les **Services sociaux de la ville de Neuchâtel** et d'autres communes.

- le **Service Cantonal des Mineurs et des Tutelles (OCMT)**,
- et d'autres institutions d'accueil telles le **Foyer André, la Maison de Pontareuse, la Ruche, le Foyer 44**, etc.

### **Sur le plan intercantonal**

M. D. Bugnon participe toujours depuis 1996, en qualité de membre, aux activités du comité du **Groupement d'Etudes sur l'Alcoolisme et les Toxicomanies (GREAT)**.

M. D. Bugnon a participé au groupe de travail **d'InfoSet-Direct** organisé par la **Centrale de Coordination Nationale de l'Offre de Thérapie Résidentielle pour les problèmes de Drogue (Koste)**

### **Fil Rouge**

Programme de prévention des dépendances dans les institutions pour enfants et adolescents, créé à l'initiative de l'**Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP)** : Mme V. Wenger Pheulpin continue à participer à ce programme.

**Groupe de Prévention du GREAT (GPG), Groupement Romand d'Etude sur l'Alcoolisme et les Toxicomanies : Mmes B. Kiss Meyer et V. Wenger Pheulpin**

**Fil Rouge régional (Berne-Jura-Neuchâtel) et romand**

Mme V. Wenger Pheulpin participe également aux travaux de ce groupe.

## **EN GUISE DE CONCLUSION**

Ce rapport d'activité démontre l'ampleur et l'importance des tâches et des missions confiées aux centres de soins dans notre canton.

Nous avons également voulu, en décrivant plus précisément notre méthodologie de travail au Drop-In de Neuchâtel, montrer comment nous nous sommes organisés pour faire face à une augmentation

permanente du travail, sans commune mesure avec l'évolution de la dotation en personnel (malgré les trois postes alloués à "l'Aide à la survie").

Nous avons mis plus de 25 ans à la mise au point d'un outil cohérent et performant dont il est fondamental de ne pas devoir "sacrifier" un secteur d'activités, ni la qualité des soins offerts aux personnes toxicomanes.

### **La professionnalisation et la rationalisation pour éviter le rationnement !**

Mais ces solutions ont hélas leurs limites, et ces dernières approchent.

Nous sommes particulièrement satisfaits de l'évolution "fulgurante" et des potentialités considérables du secteur "Aide à la survie" composé principalement du "**13 Ouvert**" et du "**Potager social**".

Nous avons pu ainsi effectivement toucher toute une population qui n'avait auparavant aucun contact avec le secteur sanitaire et social.

Le "**13 Ouvert**" est devenu un lieu connu et reconnu dans les rues, les "squatts", dans la ville.

La création et le développement de ce secteur ont entraîné de nouvelles collaborations importantes et intéressantes par l'offre que nous pouvons y faire de nombre de contrats **d'Insertion Socio-Professionnelle (ISP)** et de places pour le **Travail d'Intérêt Général (TIG)**.

Le "**Potager social**" a, entre autre, jeté des ponts avec la population du quartier par la mise en valeur des lieux, la vente de plantons et de légumes, par des activités communes (apéros grillades, etc.)

**Cela contribue certainement aux changements de l'image des personnes toxicomanes et marginales dans la Cité, ce qui est un facteur de "ré" intégration des plus importants.**

Notre préambule rappelle notre **mission d'information**.

Cette mission est particulièrement importante du moment où les décisions vont être prises dans le cadre de la révision de la loi fédérale sur les stupéfiants.

Si le texte de Mark Hunyadi aide certainement à poser les vrais problèmes et à y réfléchir, nous sommes frappés par la difficulté d'obtenir un peu de clarté dans le débat, difficulté due entre autre **aux confusions permanentes générées par l'utilisation inadéquate des termes "dépénalisation", "décriminalisation", "légalisation", "libéralisation"**.

Dans notre introduction la première phrase est :

**"Le Conseil des Etats, en mars 2000 entre en matière quant à la dépénalisation, voire la libération des produits issus du cannabis."**

Cette phrase est significative, il nous a été effectivement impossible en lisant la presse de savoir s'il s'agissait d'une dépénalisation, d'une libéralisation voire d'une légalisation ! Au fil des différents

articles, toutes ces possibilités étaient évoquées, en passant par la décriminalisation et bien sûr toujours accompagnées d'un maximum d'affects.

Il est grand temps, pour faire avancer le débat et la réflexion de procéder à un **"désenchevêtrement sémantique"**.

La population en général ne consulte pas les dictionnaires juridiques, elle parle le langage courant, voire consulte le petit Larousse :

Définition du petit Larousse 1996 :

**Dépénalisation** : action d'ôter le caractère pénal.

**Décriminalisation** : soustraction à la juridiction criminelle.

**Légalisation** : action de rendre légal : conforme à la loi, défini par la loi.

**Libéralisation** : - action de libéraliser : rendre plus libéral :

- favorable aux libertés individuelles, à la liberté de penser.
- qui appartient au libéralisme économique ou politique !
- indulgent, tolérant, permissif.

Ces définitions nous démontrent bien les difficultés d'avoir un langage commun en la matière.

Elles nous permettent de constater que les dérivés du cannabis ne sont ni dépénalisés, ni décriminalisés, ni légalisés, ni libéralisés, alors que l'utilisation de l'héroïne a été légalisée par des arrêtés fédéraux urgents dans le cadre de la prescription médicalement contrôlée où elle est également dépénalisée et décriminalisée tout en étant libéralisée au sens de la définition "rendre plus favorable aux libertés individuelles, à la liberté de penser" mais pas au sens "rendre plus indulgent, tolérant et permissif", ni "qui appartient au libéralisme économique ou politique"(!!!)

**Pour pouvoir mener à bien un débat aussi important que celui qui doit précéder les décisions à prendre en matière de révision de la loi fédérale des stupéfiants il est de la première importance de réfléchir aux bonnes questions et si possible avec un langage commun.**

La manière dont ce débat est rapporté par les médias et dont il est appréhendé en général dans la population nous montre bien que ce n'est encore largement pas le cas.

Ces clarifications ne sont pas seulement utiles, elles sont indispensables en regard de l'importance des décisions à prendre, si nous ne voulons pas que toute réforme à venir se transforme en véritable "auto-goal".

Nous continuerons pour notre part à tenter dans la mesure de nos moyens d'éclairer le débat, tout prochainement en essayant de contribuer au "désenchevêtrement sémantique" par la consultation de spécialistes nous permettant de définir une fois pour toute ... et pour tous, ce que sont :

- \* **La dépénalisation.**
- \* **La décriminalisation.**
- \* **La légalisation.**
- \* **La libéralisation.**

Pour le plus grand bien de l'Intelligence et de toutes les bonnes volontés et au détriment du paradoxe et du quiproquo.

Nous essayerons de publier leurs contributions en annexe lors de l'impression définitive de ce rapport.

## DONATEURS ET REMERCIEMENTS

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

• Anonyme	Fr.	9'000.--
• Fondation Samuel De Petitpierre	Fr.	1'500.--
• Pharmacie du Landeron, M. Touzeau	Fr.	1'000.--
• Fabrique de Tabacs Réunis	Fr.	1'000.--
• Rotary-Club Neuchâtel/Vieille-Thielle, à Enges	Fr.	1'000.--
• Etablissement Cantonal d'Assurance Immobilière	Fr.	1'000.--

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

• Fondation Haldimann L'Hardy, à Neuchâtel	Fr.	1'200.--
• M. A. Wildhaber, Pharmacie de l'Orangerie, à Neuchâtel	Fr.	1'000.--
• Commune de St.-Blaise	Fr.	500.--
• Mme et M. Bernard Jeanneret-Gris	Fr.	400.--
• Monsieur J. Spoerry, à Hauterive	Fr.	300.--
• Monsieur Richard Müller, à la Chaux-de-Fonds	Fr.	200.--
• Bureau Pierre Studer SA, architecte	Fr.	200.--
• Mme et M. Badoud, à la Chaux-de-Fonds	Fr.	110.--
• Dr Anne Millet, à Neuchâtel	Fr.	100.--
• Commune de Cornaux	Fr.	100.--
• Madame et Monsieur Michel Vautravers, à St.-Blaise	Fr.	100.--
• Monsieur Jean-François Perret, à Neuchâtel	Fr.	100.--
• Monsieur Gérald Comtesse, à Neuchâtel	Fr.	100.--
• Commune de Colombier	Fr.	100.--

• Dr Pierre Arni, à Neuchâtel	Fr.	100.--
• Dr E. Flammer, à Neuchâtel	Fr.	100.--
• Cabinet médical de Groupe, Uttins 4, à Clombier	Fr.	100.--
• Dr Roger Gubser, à Neuchâtel	Fr.	100.--
• Mme et M. J.- A. et Ch. Guy, à Neuchâtel	Fr.	50.--
• Dr François Verdon, à Neuchâtel	Fr.	50.--
• Dr Philippe Erard, à Neuchâtel	Fr.	50.--
• Dr Carole Weil-Frank, à Neuchâtel	Fr.	50.--
• Dr Gilbert Villard, à Peseux	Fr.	50.--
• Dr Claude Cherpillod, à la Chaux-de-Fonds	Fr.	50.--
• Dr J.-F. de Montmollin, à Cressier	Fr.	50.--
• Fédération Neuchâteloise des Assureurs Maladie, à Neuchâtel	Fr.	50.--
• Pharmacie de la Rosière, à Neuchâtel	Fr.	50.--
• Dr Jacques Epiney, à St.-Aubin	Fr.	50.--
• Dr Jacques Wacker, à la Chaux-de-Fonds	Fr.	50.--
• Dr Lysek Daniel, à Peseux	Fr.	50.--
• Dr Philippe Vuille, à Neuchâtel	Fr.	50.--
• Madame Catherine Paquier, Neuchâtel	Fr.	50.--
• Mme Mady Jeannet, à Neuchâtel	Fr.	50.--
• Dr Th. Mauler, à Marin	Fr.	50.--
• Dr J.-Cl. Clemencon, à Marin	Fr.	50.--
• Mme June Caroline Dubois Vurlod, Chézard-St.-Martin	Fr.	50.--
• Dr Giovanni Spoletini, à la Chaux-de-Fonds	Fr.	50.--
• Dr Cl. Matthey et J.-P. Studer, à Peseux	Fr.	50.--
• Dr Pierre Willemin, à Hauterive	Fr.	50.--
• Dr André Calame, à Neuchâtel	Fr.	50.--
• Mme Joëlle Kuhn Rognon, à Neuchâtel	Fr.	50.--
• Dr Francine Glassey Perrenoud	Fr.	50.--