

Abstinence complète ou partielle, ambulatoire et/ou résidentiel

François Hollinger, responsable
CRMT, Genève
Véronique de Germond Hôpitaux
Universitaires de Genève
Paris le 4 novembre 2010 - Atelier A9

Plan

- Les résidentiels genevois en quelques chiffres
- De l'abstinence totale à l'introduction des traitements de substitution
- Aspects pratiques
- Bilan/constats 8 ans après l'introduction des traitements de substitution

Les deux résidentiels ARGOS en quelques chiffres (1)

- 1978 : Ouverture du Toulourenc.
- Capacité d'accueil de 10 personnes
- Un module d'une année : stabilisation, renforcement des acquis, et projet d'insertion.
- Un module de six mois : phase insertionnelle, stages, recherche de logement.



Toulourenc – Troinex (Ge)

Les deux résidentiels ARGOS en quelques chiffres (2)

- 1985 : ouverture du CRMT (Centre résidentiel Moyen Terme)
- Une capacité d'accueil de 15 personnes
- Expérience d'une vie sans consommation de substances ne faisant pas partie d'un traitement médical
- Remise en forme (rythme de vie, sport, alimentation équilibrée)
- Bilan et mise en place de projet par objectifs.
- Durée des séjours : 6 à 12 mois



CRMT – Thônex (Ge)

Les deux résidentiels ARGOS en quelques chiffres (3)

- 1995-1997 : Ouverture d'une structure ambulatoire, centre de jour, non médicalisé pouvant offrir un soutien socio-éducatif auprès des personnes toxicomanes

Les deux résidentiels ARGOS en quelques chiffres (4)

- 2002 : Le CRMT accueille de manière expérimentale des personnes sous substitution de méthadone. Cette expérience est prévue sur une durée d'une année. Son évaluation sera positive et aujourd'hui cette offre fait partie des prestations.
- 2009 Le Toulourenc accueille des personnes sous substitution

De l'abstinence à l'ouverture aux traitements (1)

- A l'origine, toute forme de traitement était proscrit au sein des résidentiels, même les antalgiques simples (paracétamol) étaient donnés avec réticence.
- L'idée était que la personne devait trouver une solution « naturelle » à ses maux (relaxation, activité de compensation, etc)

De l'abstinence à l'ouverture aux traitements (2)

- Une réflexion s'est engagée très progressivement, motivée à la fois par les partenaires du réseau et des usagers en traitement de substitution.
- En parallèle, les demandes d'usagers acceptant un programme basé sur une abstinence stricte étaient nettement en baisse, entraînant une baisse du taux d'occupation problématique.

De l'abstinence à l'ouverture aux traitements (3)

- Cette perspective de changement a nécessité un important travail de préparation, aussi bien auprès des professionnels que des résidents.
- Du côté des professionnels, les résistances étaient liées à la peur de ne plus avoir accès à la partie émotionnelle des résidents et l'idée que la cohabitation entre abstinents et substitués serait difficile.

De l'abstinence à l'ouverture aux traitements (4)

- Dans le même ordre d'idée, nous pensions qu'une personne en traitement serait forcément limitée sur un plan physique et que nous devrions réadapter nos propositions d'activités sportives et d'atelier.
- De plus nous appréhendions une possibilité de surconsommation non détectable.

De l'abstinence à l'ouverture aux traitements (5)

- De la part des résidants, la réticence était très liée à une idéologie d'abstinence qui est très ancrée chez les usagers.
- Une autre difficulté était que la mixité touchait l'image qu'il se faisaient de leur nouvelle identité et retrouvaient une forme de stigmatisation du « toxicomane »

Articulation institution/médecin Principes généraux (1)

- Un médecin interniste du Département de Médecine Communautaire est détaché à raison de 10 % dans les résidentiels pour effectuer le suivi des traitements de substitution.
- Les résidants peuvent poursuivre leur cure avec leur médecin traitant, mais rarement le cas en pratique.

Articulation institution/médecin Principes généraux (2)

- Sevrage préalable de toutes autres substances (alcool, benzo etc...) en milieu hospitalier
- Signature d'un contrat spécifique entre le résidant, le médecin et l'institution
- Facturation habituelle comme une consultation ambulatoire des HUG.

CONSTATS

- Actuellement, la proportion de personnes accueillies avec traitement est d'environ 60%.
- Une charge de travail supplémentaire importante en terme d'organisation et d'accompagnement.
- Les résidants et les professionnels n'ont pas perçu de grands changements dans la dynamique du programme.

CONSTATS

- La course à la «baisse » que l'on a pu observer au début s'est atténuée.
- L'arrêt du traitement de substitution, si désiré par le résidant, s'effectue en douceur et sur la durée.
- Les travailleurs sociaux interrogent de plus en plus les demandes de baisse de méthadone.