

PROMI

**PROJET
FRIBOURGEOIS
METHADONE
INJECTABLE**

**RAPPORT
FINAL**

1998

PROJET FRIBOURGEOIS METHADONE INJECTABLE

Sommaire

Avant-propos (Tremplin)

- 1. Historique du projet (Tremplin)**
- 2. Evénements marquants en 1998 (UST)**
- 3. Traitements 1998 (UST)**
 - 3.1. Admissions (UST)**
 - 3.2. Tendances au cours des traitements (UST)**
 - 3.3. Evolution du traitement (UST)**
 - 3.3.1. dans le domaine médical (UST)**
 - 3.3.2. Dans le domaine des soins (UST)**
 - 3.4. Expériences avec la planification des traitements (UST)**
- 4. Service social dans le cadre de PROMI (Tremplin)**
 - 4.1. Evolution du traitement dans le domaine social (Tremplin)**
 - 4.2. Collaboration avec l'UST (Tremplin)**
 - 4.3. Recherche qualitative en collaboration avec l'Institut de Travail social de l'Université de Fribourg (Tremplin)**
- 5. Perspectives (UST)**
 - 5.1. Buts et planification pour 1999 (UST)**
- 6. Remerciements (Tremplin)**

Annexe : le travail social dans le projet fédéral de méthadone injectable de Fribourg (travail des étudiantes de la Chaire de travail social de l'université de Fribourg)

Avant-propos (Le Tremplin)

PROMI (PROjet fribourgeois de Méthadone Injectable) a été porté depuis le départ par deux Institutions : l'Unité spécialisée en toxicomanie du Centre psychosocial de Fribourg et par La Fondation Le Tremplin.

Par conséquent, PROMI n'a jamais été un Service autonome. Deux logiques, l'une médicale (UST), l'autre sociale (Le Tremplin), ont porté ce Projet dans une collaboration qui n'a pas toujours été évidente. Ces deux logiques ne se rencontrent pas d'emblée et des accents différents ont surgi. Souvent, cette complémentarité a été enrichissante, quelquefois, elle a rendu difficile le dialogue.

Ce dernier Rapport est le fruit des deux Services. Certains passages ne reflètent pas forcément l'avis commun. Pour sauvegarder la spécificité des deux Services, nous avons voulu maintenir les textes originaux. Il en ressort certaines différences d'accents ou de sensibilités qui ne rendent que plus riche ce document.

1. BREF HISTORIQUE DU PROJET (Le Tremplin)

En 1993, le canton de Fribourg a dû constater que, malgré un réseau médico-social pourtant déjà riche en possibilités de sevrage, d'accompagnement social, de prise en charge institutionnelle et de traitement de substitution à la méthadone orale, l'offre demeurait insuffisante et inadéquate pour certaines personnes toxicodépendantes.

Face à des comportements tels que la consommation d'autres produits, ou parallèlement, l'utilisation de la méthadone orale comme produit d'injection ou tout simplement la rupture de contacts avec le réseau des services, différents organismes fribourgeois ont cherché d'autres moyens plus adaptés à ces personnes. Notre propre réflexion a donc rejoint celle du projet de recherche de l'Office fédéral de la santé publique.

La décision de participer aux essais fédéraux a dû cependant concilier plusieurs points de vue. Face aux résultats souvent décevants de la méthadone orale, beaucoup d'intervenants souhaitaient évaluer l'utilisation d'autres produits. Au même

moment, d'autres professionnels et une partie de l'opinion publique exprimaient une forte réticence, surtout si le projet fribourgeois allait inclure une distribution d'héroïne. Le Conseil d'Etat a finalement opté pour une participation de Fribourg aux essais nationaux, mais limitée à la méthadone injectable. Il a confié un mandat à la Fondation Le Tremplin qui, avec la collaboration du Centre psychosocial et de la Chaire de Travail social de l'Université de Fribourg, a élaboré le projet pluridisciplinaire de mise à disposition de la méthadone injectable, connu sous le sigle de PROMI (**PRO**jet fribourgeois de **Mé**thadone **I**njectable).

Les critères d'admission à PROMI sont conformes aux exigences fédérales. Une Commission d'admission sous la responsabilité du médecin cantonal (le Dr. Georges DEMIERRE) a été constituée. Les autres membres, un juriste du Département de la santé publique et des affaires sociales ainsi qu'une travailleuse sociale d'une association privée engagée dans le domaine de la prévention des toxicomanies, ont assuré le lien entre PROMI, le Département et le réseau professionnel. Le parrainage de PROMI a été assuré par la Commission d'élaboration d'un concept cantonal en matière de toxicomanie.

Parallèlement à l'élaboration et à la mise en place de PROMI, le Centre psychosocial et Le Tremplin ont joint leurs efforts par la signature d'une convention de collaboration. L'objectif principal a été la création de l'Unité spécialisée en toxicomanie (UST) du Centre psychosocial (CPS) qui a pu aussitôt s'installer dans le bâtiment du Tremplin. Ses responsabilités incluent la gestion du programme cantonal de méthadone orale, les sevrages ambulatoires, l'assistance médico-psychiatrique des personnes dépendantes.

C'est donc dans le cadre du Tremplin - UST que PROMI s'est intégré, un cadre qui est devenu l'une de ses spécificités.

Concrètement, les participants bénéficient de prestations multiples, toutes concentrées sous le même toit. La méthadone injectable est préparée par l'UST au deuxième étage. Les participants de PROMI s'injectent le produit dans une salle aménagée qui se situe au troisième étage, séparée ainsi de la

distribution de méthadone orale. Les deux espaces restent cependant étroitement liés, car un participant peut toujours choisir de prendre la méthadone sous forme orale plutôt qu'injectable. C'est le même personnel infirmier qui est engagé sans différenciation dans les deux activités.

Au premier étage, les bureaux des assistants sociaux du Tremplin accueillent les participants sur rendez-vous. Des contacts plus informels sont aussi possibles Au Seuil, le Centre de jour situé au sous-sol du bâtiment. Plusieurs participants de PROMI ont en effet pris l'habitude de s'y rendre pour boire un café après avoir fait l'injection.

Relevons encore que l'Atelier offre un encadrement et un ré-entraînement au travail animé par une équipe de maîtres socioprofessionnels. Le travail sur bois et sur métal, ainsi que des travaux de déménagements pour les particuliers sont modestement rémunérés.

Si les avantages d'une large gamme de prestations, toutes sous le même toit, sont évidents (*one-stop shopping*), par contre l'inclusion de PROMI dans une autre structure ne favorise pas une forte identité du projet lui-même.

Pour le personnel, les participants de PROMI ne représentent qu'une petite partie des responsabilités assumées au sein de l'UST et du Tremplin. En outre, la récolte des données signifie, surtout pour les infirmiers, mais aussi pour les assistants sociaux, un surcroît de travail.

Pour les participants, le manque de différenciation peut les mener à considérer PROMI comme n'importe quel autre traitement, leur faisant perdre leur sens critique sur l'efficacité du projet. C'est précisément pour développer ce sens critique que nous avons instauré des réunions de participants, encadrées par un représentant des intervenants professionnels de chaque secteur.

Nous gardons cependant notre attachement pour la structure en place, la considérant comme probablement la plus appropriée à la taille du projet. Elle ouvre aussi la possibilité de choisir, de modifier et de personnaliser les traitements à

l'intérieur d'une seule structure au lieu d'identifier un seul traitement à une structure.

Les membres de l'équipe pluridisciplinaire de PROMI exercent en premier lieu des responsabilités propres à leur secteur. A l'UST, cinq infirmiers/ières partagent quatre postes. Les activités de PROMI concernent notamment la préparation, chaque matin, des injections ainsi que la présence dans la salle d'injection. A d'autres moments ont lieu les prélèvements de sang ou d'urine, les envois au laboratoire de l'Hôpital cantonal, l'organisation des rendez-vous pour les bilans médicaux, la discussion des résultats avec les participants, etc. Toutes ces tâches sont assumées indifféremment par le personnel infirmier, faisant en sorte que chaque infirmier/ière maîtrise toutes les interventions liées au projet. Le groupe d'infirmiers/ières est obligé d'être très pointilleux sur les horaires des injections, compte tenu des autres tâches qu'il a à assumer, notamment la distribution de méthadone orale.

Deux médecins-assistants partagent le poste de 100% à l'UST. Comme pour les infirmiers/ères, ces deux seuls médecins prennent en charge l'ensemble des patients de l'UST. L'exigence de voir chaque participant de PROMI tous les mois est donc difficile à assumer.

L'accompagnement social est assumé par les sept assistants sociaux du Service social du Tremplin (5,4 postes à plein temps). Les participants peuvent aussi être suivis par les trois maîtres socio-professionnels de l'Atelier de Fribourg.

La coordinatrice a occupé un poste à 30% jusqu'à la fin janvier 1998. En plus des tâches de liaison entre les différents groupes et la coordination de la récolte des données, c'est elle qui a examiné en premier lieu les demandes de participation et qui a préparé ensuite les dossiers à l'intention de la Commission d'admission.

La direction du projet se compose du directeur de PROMI (l'abbé André VIENNY, directeur de la Fondation Le Tremplin), du médecin responsable de l'UST (Dr Claude Uehlinger) et de la coordinatrice de la recherche jusqu'à la fin janvier 1998. Le groupe a défini les lignes directrices de PROMI et a apporté les

modifications nécessaires en fonction de l'évaluation continue du projet. Il a assumé aussi la gestion des affaires courantes, les contacts avec les départements officiels et les relations publiques extérieures. Le directeur du projet a assumé la gestion du budget.

2. EVENEMENTS MARQUANTS EN 1998 (UST)

L'année 1998 a été marquée par un changement de cap important pour le projet fribourgeois, dans la mesure où il avait été décidé que PROMI allait quitter le projet fédéral PROVE dès le 1^{er} janvier 1998. Par conséquent, le programme fribourgeois a été mené en fonction de ces nouvelles dispositions. A vrai dire, cela n'a pas entraîné de conséquences organisationnelles ou structurelles très différentes de ce qui existait auparavant. Certes, les autorités sanitaires et le réseau de professionnels concernés par PROMI, d'abord surpris, voire irrités, se sont concertés pour organiser la suite de ce changement de statut.

Les autorités et les responsables du projet ont donc jugé utile de poursuivre l'expérience de la méthadone injectable dans le cadre du Tremplin et de l'Unité Spécialisée en Toxicomanie (UST). Des négociations avec l'Office Fédéral de la Santé Publique ont dû être menées pour résoudre une partie des difficultés venant du fait que le projet ne serait plus subventionné. En effet, l'absence de soutien financier allait compromettre un ½ poste infirmier; dès lors il était difficile de maintenir la qualité du projet. Heureusement une contribution financière importante a été faite par l'OFSP, ce qui nous a permis de maintenir un effectif infirmier complet jusqu'à la fin 1998.

Sur le plan structurel il est à noter que, si les conditions d'accueil et de prise en charge ont été maintenues, rien n'a été fait pour améliorer la situation au cours de cette année, ceci entre autres en raison du projet de déménager dans un autre immeuble l'Unité Spécialisée en Toxicomanie. Celle-ci, rappelons-le, assure l'encadrement des injections. Il était donc inadéquat de procéder à des rénovations dans l'immeuble de la Fondation du Tremplin.

Par ailleurs, à partir du mois de juin, la cantonalisation du projet nous a poussés à encourager l'inclusion de patients dans le programme injectable. Or, à notre demi-surprise, 6 mois plus tard, c'est-à-dire à la fin de l'année 1998, aucun candidat n'avait fait son entrée dans PROMI.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation. On notera entre autres la difficulté de certains candidats à satisfaire les conditions d'admission, le manque d'intérêt pour un traitement injectable à la méthadone et les conditions de promiscuité du programme à l'intérieur des bâtiments du Tremplin.

Une autre explication est constituée par les observations que nous avons faites sur le terrain et qui sont finalement assez alarmantes. Nous les avons mentionnées lors des précédents rapports. En effet, certains toxicomanes, et cela depuis plusieurs mois, voire plusieurs années, s'injectent des préparations orales de méthadone qu'ils peuvent emporter comme le contrat le prévoit. Malgré les inconvénients liés à ce mode d'administration, les patients préfèrent encore cette solution-ci à la possibilité de s'injecter de la méthadone dans le cadre d'un programme régulier. La plupart d'entre eux avancent l'argument de l'avantage de pouvoir injecter une préparation à domicile ou ailleurs, ceci par opposition au fait de devoir s'injecter sur place.

Cette problématique des injections de préparation orale ne va pas sans poser de nombreuses questions aux autorités sanitaires du canton et aux cliniciens en charge de ces patients.

Nous sommes là confrontés à un problème d'une ampleur considérable, dans la mesure où, selon les enquêtes qui ont été menées à l'UST fin 1997 auprès des patients, env. 15 à 20% des méthadoniens s'adonnaient à l'injection de méthadone orale au moins une fois dans les 6 mois précédant l'interview.

Pour tenter d'y remédier, nous avons mis en place plusieurs stratégies, en motivant les personnes connues pour recourir à ces modes d'administration à rejoindre le programme officiel de méthadone injectable. Hélas, aucune n'a désiré le faire. Du fait de cette situation, l'équipe a été amenée à modifier certaines de ses positions vis-à-vis des patients concernés. Elle a, par

exemple, adopté une attitude plus contraignante en obligeant les gens à boire le sirop de méthadone plus souvent sur place. Cela semble avoir été une mesure plus efficace d'après les observations faites par la suite.

Convaincus par l'importance de ne pas négliger les apports à la clinique des dosages plasmatiques de la méthadone, nous avons également développé des stratégies d'augmentation de la dose en collaboration avec le laboratoire de psychopharmacologie du Professeur Baumann du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte au Site de Cery, Lausanne.

Des résultats préliminaires montrent que l'augmentation massive de la dose de méthadone aurait un effet favorable en diminuant la fréquence des injections de la préparation orale. Ceci reste à confirmer. Enfin, pour juguler ce phénomène, nous avons également cherché d'éventuelles références dans la littérature scientifique. Nous avons constaté que peu de documents avaient décrit ce phénomène qui semble pourtant assez répandu.

Il reste qu'un programme à l'héroïne serait peut-être une alternative. Nous comptons mener une enquête confirmant l'intérêt pour l'héroïne de méthadoniens injectant des préparations orales.

3. TRAITEMENTS 1998 (UST)

3.1 Admissions (UST)

Comme cela a été dit dans le chapitre précédent, aucune admission n'a été faite au cours de l'année 1998. Pourtant, les critères d'admission ont été simplifiés et, à notre avis, ils ouvraient des perspectives intéressantes pour des toxicomanes de la rue et certains de nos patients connus pour être des injecteurs d'opiacés. A vrai dire, 2 ou 3 personnes ont manifesté leur intérêt en posant quelques questions en rapport avec une éventuelle admission dans le programme. Cependant, aucun n'a désiré continuer les procédures d'admission.

Il y avait, à la fin de 1998, 17 patients officiellement inscrits au programme, parmi lesquels 12 se sont injectés au moins une fois de la méthadone dans le dernier trimestre 98. Les 5 autres patients avaient décidé de surseoir la prise de la forme injectable délivrée dans le programme, ce qui ne veut pas dire que, s'ils buvaient parfois la méthadone à l'UST, ils ne s'injectaient pas la préparation orale emportée.

3.2 Tendances dans le déroulement des traitements (UST)

L'année 1998 a confirmé les comportements observés les années précédentes. Les patients ont opté pour le panachage entre l'administration intraveineuse et la forme buvable. On observe que, parmi les 12 patients s'injectant de la méthadone, 6 d'entre eux se l'injectaient trois fois par semaine et un seul sujet se l'injectait 6 jours sur 7.

On note que, parmi ces injecteurs, la fréquence d'injection dépend fortement de la capacité à se piquer avec une seringue. On pourrait dire que les personnes plutôt douées pour le maniement de l'aiguille et aptes à trouver facilement une veine, sont ceux qui s'injectent le plus souvent.

Concernant le dosage de la méthadone dans le programme, on s'aperçoit qu'il y a stabilité, car le dosage moyen des participants est de 80 mg de méthadone par injection. A la longue, on peut dire qu'une fois stabilisé, il n'y a pas de tendance à augmenter le dosage quotidien avec les années. Quand on compare la dose moyenne de méthadone des patients s'injectant fréquemment, (c'est-à-dire 3 injections ou plus par semaine), on ne constate pas de différence significative avec celle des participants s'injectant moins souvent ou plus du tout.

Les tests d'urine effectués en 1998 auprès de ce groupe de patients montrent qu'environ un tiers d'entre eux sont positifs pour les opiacés illicites. Le pourcentage des tests d'urine positifs pour la cocaïne se situe à 25%. A noter que ces 2 résultats sont superposables aux résultats que nous

avons obtenus avec des méthadoniens que nous suivons, mais qui ne sont pas dans le programme injectable.

D'une façon générale, pour les patients de PROMI, la consommation de drogues illicites se stabilise avec les années. On observe, avec le temps, peu de changements d'habitudes dans les consommations parallèles. A noter que pour 1 sujet, la consommation de benzodiazépines a pratiquement disparu, alors que cela faisait plusieurs années qu'il était considéré comme un sujet à la dépendance sévère pour cette classe de tranquillisants. On ne peut toutefois pas faire de liens directs avec sa participation dans le programme injectable, plusieurs autres facteurs étant intervenus dans sa démarche d'abstinence de drogues illicites.

Il est intéressant de signaler que l'atmosphère dans laquelle se déroulent ces injections s'est améliorée au cours des années. On relève moins de tensions, d'agressivité, de violence, de manifestations de mauvaise humeur et d'agitation, soit dans la pièce utilisée pour l'injection, soit à l'extérieur. Ceci est probablement dû à la diminution du nombre de participants, mais également aux réformes organisationnelles qui ont été introduites progressivement dans le programme. L'attente a été réduite, le confort de l'injection s'est amélioré, la relation soignants-patients s'est aussi améliorée, au point qu'il n'y a plus eu de plainte des patients au cours de l'année concernant le climat régnant autour et dans ce programme.

Les participants semblent avoir intégré cette modalité thérapeutique dans leur routine et se sont bien adaptés aux exigences d'un cadre relativement flexible, avec la possibilité de négocier les heures d'injections, de voir rapidement des soignants, d'accéder facilement à des petits soins somatiques etc...

Suite à la décision d'écarter PROMI du reste des projets PROVE, une inquiétude a été perceptible non seulement auprès des responsables et des personnes travaillant dans le projet, mais évidemment aussi auprès des participants. Ces derniers ont, à plusieurs reprises, manifesté leur

curiosité pour le devenir de PROMI. Il a fallu les rassurer sans pouvoir être en mesure de leur indiquer très concrètement de quoi serait fait l'avenir.

Comme cela a été dit ailleurs, la plupart des patients n'ont pas pour autant manifesté un intérêt pour la mise sur pied d'un programme d'héroïne. Toutefois, certains ont certes déclaré ne pas pouvoir encore se prononcer quant à leur préférence au moment où un programme d'héroïne leur serait effectivement proposé. Certains parlent volontiers de tentation très forte à laquelle il leur serait difficile de résister, si un programme d'héroïne leur était proposé.

3.3 Evolution des traitements (UST)

3.3.1. Dans le domaine médical (UST)

A ce propos, il faut dire que, suite à la cantonalisation de PROMI, aucune évaluation scientifique n'a été envisagée pour prendre le relais de ce qui s'était fait jusqu'alors dans le cadre des essais fédéraux. Plusieurs raisons ont dicté ce choix, en particulier le manque de personnel et la contre-attitude de la part des équipes pour le côté fastidieux des précédentes évaluations scientifiques de PROVE.

Nous nous sommes donc contentés de répondre au mieux aux demandes de soins somatiques ou psychiques en plus des bilans médicaux et psychiatriques réguliers qui se font chaque année.

Pour les situations où nous nous sommes aperçus que la situation se péjorait, une démarche plus active de la part de l'équipe s'est manifestée pour limiter des décompen-

sations psychiques et physiques. Il est utile de rappeler à cet égard que l'Unité Spécialisée en Toxicomanie ne dispose pas de médecin somaticien, ce qui, de notre avis, est un manque. Nous espérons pouvoir y remédier dans un proche avenir. Nous nous sommes également davantage appuyés sur l'Hôpital cantonal. Ce dernier a d'ailleurs modifié quelque peu son attitude en devenant plus collaborant et plus tolérant avec les toxicomanes au cours de cette année. A ce propos, nous avons effectué un travail de soutien des équipes médico-infirmières auprès des urgences de l'Hôpital cantonal de Fribourg. Nous avons adopté avec elles des schémas de traitement pour faciliter le travail et augmenter leur efficacité auprès des toxicomanes. Sur le plan strictement somatique, il n'a pas été constaté de pathologies particulières telle que des conversions sérologiques HIV ou des hépatites B et C.

3.3.2. Dans le domaine des soins (UST)

Les soins infirmiers ont consisté en la supervision des injections intraveineuses sans intervention directe. Il a fallu également procéder à des mises à plat d'abcès et assurer le traitement des plaies. Il a été constaté que la méthadone restait une substance relativement agressive à l'égard du réseau veineux et, sur le plan dermatologique, autour du point d'injection. Un effort plus soutenu a été consacré en 1998 à la prévention des abcès et à d'autres problèmes dermatologiques en relation avec l'injection de méthadone. Cela s'est traduit par une légère diminution du nombre de problèmes dans ce domaine et également de plaintes exprimées par les patients à propos de la méthadone.

3.4 Expérience avec la planification des traitements (UST)

Au cours de l'année écoulée, il est apparu que les plans de traitement des patients ont été peu modifiés par rapport aux

objectifs qui avaient été fixés au moment de leur admission dans le programme. Aucun d'entre eux n'a changé de comportement, par exemple dans une démarche d'abstinence ou dans un désir de passage clairement exprimé vers un programme uniquement oral. Les participants ont, pour la plupart, été satisfaits de ce que le programme leur a offert. Nous n'avons, certes pas, procédé à une nouvelle enquête de satisfaction, mais ces observations ont été faites tout au long de l'année, lors d'échanges informels ou lors de rendez-vous prévus à l'avance.

Nous n'avons donc pas offert de prestations supplémentaires dans le programme PROMI en 1998, même s'il a été question d'améliorer la qualité de la prise en charge. En effet, nous avons l'intention, entre autres, de renforcer l'aspect relationnel, en développant des groupes de type cognitivo-comportementaux : affirmation de soi, stress management etc... Cependant, faute de ressources, cela a été remis à plus tard.

4. LE SERVICE SOCIAL DANS LE CADRE DE PROMI (Le Tremplin)

4.1. Evolution du traitement dans le domaine social (Le Tremplin)

A l'intérieur de PROMI, le travail social a un statut particulier inhérent à la structure et à la conception même de ce projet. Ceci le distingue des autres projets fédéraux inscrits dans PROVE.

La conception de PROMI prévoyait la collaboration interdisciplinaire de deux structures déjà existantes : le Centre psychosocial et le Service Social du Tremplin.

Pour le Service social, la clientèle du projet de méthadone injectable ne représente donc qu'une partie de la population avec laquelle nous travaillons de manière régulière. Dans ce

sens, il ne nous est pas possible de parler de l'évolution des traitements dans le domaine social, sans inclure toute notre clientèle.

S'agissant d'un service social ambulatoire pour toute personne concernée par des problèmes de toxicodépendance, nous accueillons chez nous une population très vaste, allant des consommateurs de drogues dures (qui sont souvent, mais pas obligatoirement, dans un programme de méthadone orale ou injectable), à des personnes visant l'abstinence, ainsi qu'à des parents préoccupés par les consommations de leurs enfants.

En 1999, nous avons essayé d'améliorer encore la qualité de notre travail individuel avec nos clients, et nous avons fait un effort pour harmoniser le plus possible les pratiques des différents assistants sociaux, membres de l'équipe du Service social.

En particulier, nous avons établi par écrit des procédures précises qui définissent certaines parties de notre travail individuel avec nos clients. Nous avons fixé, entre autres, des procédures qui définissent la fin de l'accompagnement d'un client et la collaboration avec quelques institutions spécifiques avec lesquelles nous travaillons de manière étroite. Dans nos efforts d'harmonisation de notre pratique peut s'inscrire aussi une définition écrite de ce que représentent la confidentialité et la discrétion dans notre travail quotidien.

Ce travail de réflexion interne au service nous a aussi permis de redéfinir notre identité de travailleurs sociaux comme des professionnels travaillant avec la personne concernée et son réseau familial et professionnel. Nous pensons que c'est une spécificité du travail social que de permettre à notre client de faire les liens avec d'autres personnes ou instances. Souvent, nous assumons, dans ce contexte, un rôle de médiateur.

En 1998, nous avons consacré du temps à l'évaluation de notre travail. L'établissement d'un système définitif prend beaucoup de temps et n'est pas encore terminé. Pourtant, nous avons déjà élaboré quelques éléments importants dans ce sens. Par exemple, nous avons fixé par écrit, et de manière détaillée, des objectifs de travail mesurables en rapport avec notre clientèle.

4.2. La collaboration avec l'Unité spécialisée en toxicomanie (Le Tremplin)

En ce qui concerne notre collaboration avec l'Unité spécialisée en toxicomanie (UST) avec laquelle nous sommes censés travailler dans le cadre de PROMI, 1998 a été une année de forte redéfinition. La collaboration formelle a été nettement diminuée, mais, à notre avis, elle a gagné en précision. En particulier, nous avons formalisé deux procédures. Le Service social du Tremplin a été impliqué dans la procédure d'admission du programme de méthadone injectable et celle d'un programme de sevrage ultracourt effectué en collaboration avec l'Hôpital Cantonal de Fribourg. Dans les deux cas, les assistant sociaux sont appelés à établir des rapports sociaux avant l'admission au traitement. La collaboration informelle autour des clients communs aux deux Services continue à fonctionner assez bien.

4.3. La recherche qualitative en collaboration avec l'Institut de Travail social de l'Université de Fribourg (Le Tremplin)

Dans le contexte de l'évaluation, nous avons pu mettre sur pied une collaboration très fructueuse avec l'Institut de Travail Social de l'Université de Fribourg.

Le Tremplin a donc mandaté trois étudiantes pour effectuer une évaluation qualitative du travail social avec les clients du programme de méthadone injectable. D'une part, ce mandat était motivé par notre frustration par rapport au manque de résultats qualitatifs spécifiques à PROMI, résultats que nous attendions de la part de l'Office fédéral de la santé publique suite à la multitude de formulaires de recherche remplie par nos soins. D'autre part, cette étude nous permettait d'accentuer l'une de nos priorités : l'évaluation.

La recherche (dont la version intégrale fait partie de ce rapport) avait pour but de comparer la vision du travail social des assistants sociaux avec celle des clients. Pour cela, tous les participants de PROMI qui étaient volontaires ont été interviewés.

Voici quelques résultats de cette recherche qui nous semblent significatifs.

Les assistants sociaux définissent leur travail indépendamment de PROMI, comme cela a été expliqué plus haut. Ils essaient de construire un accompagnement sur mesure, individualisé selon les caractéristiques, besoins et potentialités du client.

Ils font un travail de médiation à plusieurs niveaux entre :

- le client et des tiers,
- le client et des services ressources,
- le client et l'UST.

En général, ils ont aussi à considérer les intérêts individuels du client et les intérêts collectifs et sociaux.

L'objectif principal de travail consiste en l'amélioration de la qualité de vie du client et l'acquisition d'une certaine autonomie.

La manière dont les assistants sociaux ont été perçus par les étudiantes confirme donc notre propre définition du travail exposée plus haut.

Les clients interviewés perçoivent le Service social comme une instance distincte de PROMI qui est essentielle dans leur trajectoire de vie. Notamment, ils donnent à leur assistant social une fonction de médiation lors de difficultés avec d'autres institutions.

Les clients interviewés donnent une image de personnes actrices de leur vie qui sont capables de définir leurs propres besoins, de formuler des demandes et de choisir le profes-

sionnel correspondant à ces demandes. Dans ce sens, ils savent utiliser leur assistant social (selon une logique que les étudiantes ont appelée stratégique) pour la satisfaction de certains besoins :

- contacts plus nombreux avec les gens,
- capacité de se mettre des limites,
- amélioration de la qualité de vie,
- arrêt de la consommation d'héroïne,
- moindre fréquentation de la scène de la drogue,
- amélioration de l'état psychique.

En suivant cette logique, il est tout à fait normal, à leurs yeux, que ce soit eux qui définissent le contenu et la fréquence des rencontres avec leur assistant social.

Cette recherche a montré plusieurs concordances entre notre manière de percevoir notre travail et celle de nos clients. Il était peut-être un peu surprenant de constater à quel point nos clients se sentent acteurs dans leur relation avec leur assistant social. Nous ne pouvons que nous réjouir de cette constatation. Ceci représente un élément qui souligne et renforce le côté non-restrictif de notre Service et de ses offres.

Il nous semble pourtant important de relativiser légèrement la vision de nos clients. Il est vrai qu'en général, ils ont la liberté de choisir le contenu et la fréquence des rencontres avec les assistants sociaux. Mais il existe aussi des cas où, par notre collaboration avec d'autres instances, nous sommes obligés de donner à nos rencontres un caractère un peu plus restrictif.

5. PERSPECTIVES POUR L'ANNEE 1999 (UST)

A la suite de la cantonalisation du projet de méthadone injectable, l'Office fédéral de la santé publique nous a proposé d'intégrer la cohorte des patients injectant la méthadone dans l'étude menée par le groupe du Professeur Dauwalder de l'Institut de Psychologie de l'Université de Lausanne intitulée : **Etudes comparatives des programmes de méthadone (ECPM)**.

Cette recherche, rappelons-le, est engagée depuis plusieurs années dans les comparaisons entre programmes de méthadone institutionnels et ceux de praticiens installés. Cette recherche se fait dans les cantons de Neuchâtel, Vaud et Fribourg.

Avant que PROMI n'y soit intégré, la population étudiée était constituée uniquement de méthadoniens buvant des préparations orales. Durant l'année 1998, des contacts ont été établis avec l'équipe du Professeur Dauwalder pour fixer les modalités de l'intégration de la cohorte de PROMI dans celle de l'ECPM. A la fin de l'année 1998, nous n'étions pas encore parvenus à établir précisément le devenir de la cohorte d'injecteurs dans l'ECPM.

Il est probable que le nombre de moins en moins élevé de participants à PROMI et l'enthousiasme décroissant pour l'administration intraveineuse de la méthadone de ces mêmes participants ont pour conséquence la diminution de l'enthousiasme des scientifiques. A notre avis, il devient inutile d'établir des comparaisons crédibles avec une dizaine de patients. Dès lors, on peut se poser la question du sens de poursuivre encore cet effort scientifique sous cette forme.

L'avenir de PROMI semble être largement tributaire de la mise sur pied d'un éventuel programme d'héroïne. Au moment d'écrire ce rapport, rien n'est fixé. Toutefois, un accord de principe a été trouvé avec les autorités sanitaires du canton pour l'établissement d'un projet de programme à l'héroïne et d'un budget prévisionnel. Evidemment, cet accord doit être ensuite discuté sur le plan politique pour qu'une décision puisse intervenir, espérons-le, rapidement. Nous pouvons ici clairement confirmer que les différents partenaires du terrain impliqués dans le projet PROMI se sont prononcés en faveur d'un programme utilisant de l'héroïne. Toutefois, l'acceptation d'un tel projet dans le canton reste difficile à déterminer, du moins sur le plan politique. Du point de vue de la population, on perçoit à ce propos de moins en moins d'oppositions pour un éventuel programme à l'héroïne. Les expériences faites dans d'autres cantons ont largement contribué à diminuer la

résistance des opposants et ont fini par convaincre certains hésitants.

Madame Ruth Lüthi, conseillère d'Etat, directrice du Département des affaires sociales et de la santé publique a clairement exprimé un intérêt pour la mise sur pied d'un tel projet. Elle a néanmoins insisté sur les barrières et les implications financières que pourrait constituer la mise en place de celui-ci. Elle nous a aussi encouragés à trouver toutes les solutions qui permettraient de faire aboutir ce projet d'héroïne, notamment en regard des aspects financiers.

D'ores et déjà, on peut mentionner que, tant qu'il n'y aura pas un projet d'héroïne opérationnel, le programme de méthadone injectable demeurera une offre thérapeutique dans le canton de Fribourg.

Comme cela a été dit plus haut, pour l'instant, il n'y a pas un grand intérêt de la part des méthadoniens oraux ou I.V. pour un programme d'héroïne. Toutefois, nous n'avons encore pas de données complètes concernant les toxicomanes qui sont encore dans la rue. Nous avons intensifié nos contacts avec les partenaires du réseau très proches de cette population, pour qu'ils estiment l'ampleur du besoin en matière de prescription d'héroïne.

Les institutions abritant le projet de méthadone injectable (PROMI) se sont également fixées de nouveaux objectifs sur le plan structurel pour l'année 1999. Il est prévu que le Tremplin et l'UST déménagent. Il est très probable qu'ils s'installent dans des locaux séparés et qu'ils ne cohabitent plus sous le même toit comme à présent.

Il va de soi que l'Unité Spécialisée en Toxicomanie continuera, dans ses nouveaux locaux, à offrir aux patients de PROMI la méthadone injectable. Cette perspective de changement de locaux sera, nous n'en doutons pas, très favorable aux toxicomanes. En effet, si rien n'est encore défini au moment d'écrire ce rapport, les informations dont nous disposons laissent à penser que des locaux beaucoup

plus accueillants seront mis à disposition des toxicomanes fribourgeois.

Même si les déménagements vont s'effectuer sans augmentation du personnel, le cadre et l'accueil seront de toute façon supérieurs à ce qu'ils sont actuellement. On ne peut que s'en réjouir et espérer que cela se produira le plus rapidement possible. L'expérience montre aussi qu'il n'est jamais facile de trouver des locaux pour le traitement de toxicomanes.

Un autre sujet peut être considéré comme préoccupant à l'Unité Spécialisée en Toxicomanie. En effet, le nombre de patients pris en charge n'a cessé de croître en 1998 pour s'établir à environ 230 sujets à la fin de l'année. Cela ne va pas sans se répercuter sur la qualité des soins. Une réflexion doit donc être menée pour mieux gérer cette évolution. Plusieurs pistes peuvent être exploitées. Par exemple, les praticiens installés doivent être encouragés à prendre en charge des patients toxicomanes. Nous espérons que les efforts produits par le projet MedRoTox vont se traduire aussi dans le canton de Fribourg par une augmentation du nombre de toxicomanes suivis par des médecins privés. Pourtant, là encore, un certain nombre d'obstacles subsistent et risquent de freiner cette nécessaire évolution : l'aspect financier de la prise en charge des toxicomanes, la (trop) timide ouverture de négociations avec les caisses maladies à propos des remboursements et la contre-attitude assez marquée des praticiens à l'égard des toxicomanes dans le canton de Fribourg.

Par ailleurs, les pharmaciens devraient être également davantage sollicités, de même que les infirmières privées.

L'UST doit également repenser certains de ses programmes et recentrer ses activités sur des aspects plus spécifiques de la prise en charge de patients toxicomanes, notamment des patients polytoxicomanes, des patients présentant une infection psychique concomitante, etc...

En résumé, on peut affirmer que, tant qu'il y aura des patients dans le programme PROMI, l'offre injectable demeurera. Parallèlement, la réflexion sur la mise en place d'un projet à l'héroïne semble être bien engagée et de nouveaux lieux de prise en charge vont permettre d'améliorer l'accueil des patients.

6. Remerciements (Le Tremplin)

Aujourd'hui, PROMI est devenu une offre cantonale et Le Tremplin se retire pour laisser l'UST prendre la relève. Une page se tourne !

L'UST, selon son souhait, va quitter les bâtiments du Tremplin et Le Tremplin va, lui aussi, déménager dans des locaux plus appropriés. Pour Le Tremplin, cet éloignement n'est pas ressenti comme positif. En effet, nous pensons qu'il est regrettable de ne pas poursuivre l'expérience d'une collaboration étroite entre le médical et le social sous un même toit. De plus, nous ne sommes pas certains que les toxicodépendants de notre canton seront gagnants.

L'avenir confirmera ou infirmera les positions de l'UST et du Tremplin. Pourtant, au terme de cette expérience, nous formulons le vœu que l'UST et Le Tremplin sauront toujours placer le toxicodépendant au centre de leurs préoccupations.

Enfin, il nous reste à adresser notre reconnaissance aux participants de PROMI qui, au long de ces années, nous ont accordé leur confiance.

Nous remercions :

- le personnel médical et soignant de l'UST qui, malgré les conditions précaires, ont fourni un immense travail.

Nous remercions :

- les assistants sociaux,
- les maîtres socio-professionnels de l'Atelier,
- les animateurs du Centre de jour "Au Seuil",
- le personnel de l'Administration et du Secrétariat de la Fondation Le Tremplin pour leur précieux soutien et concours.
- Madame Kerralie Oeuvray, coordinatrice, qui s'est donnée sans compter dès le début du projet.

Nous remercions :

- le Département de la santé publique et des affaires sociales, tout particulièrement Madame Ruth Lüthi, Conseillère d'Etat, pour son appui, sa compréhension et sa confiance,
- la commission d'admission et spécialement le Dr Georges Demierre, médecin cantonal,
- le groupe de parrainage constitué par la commission d'élaboration d'un concept cantonal en matière de toxicomanie,
- le Dr Jean-Marc Perron, ancien directeur du Centre psychosocial,
- les membres de la Police et de la Justice avec lesquels nous avons pu expérimenter un début de collaboration.

Nous remercions enfin :

- toutes les personnes de l'OFSP et plus spécialement :
 - Madame Renate Gurtner,
 - Madame Rihs-Middel,
 - Messieurs Affentranger, Locher, Stamm et Gerber pour leurs conseils, leurs remarques et leurs critiques qui nous ont fait progresser tout au long du projet.

Nous tenons encore à relever le soutien de toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la mise en place du projet fribourgeois. Nous pensons plus spécialement :

- aux personnalités politiques,
- aux Conseillers d'Etat,

- aux Députés du Grand Conseil qui ont permis que le canton de Fribourg puisse suivre cette expérience fédérale et ainsi améliorer la gamme des offres proposées aux personnes toxicodépendantes de notre canton.

Grâce à toutes ces personnes, le canton de Fribourg a pu suivre le projet fédéral. Aujourd'hui, PROMI a été cantonalisé et nous pouvons nous réjouir que cette expérience figure à l'avenir dans la palette des offres de notre canton.

Fribourg, février 1999