

**FRANÇOIS
Dominique**

**SANTE
Atelier 5**

**Université Pierre & Marie Curie
Paris VI**

Diplôme Universitaire Adolescents Difficiles : approche psychopathologique et
éducative

**PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS
TOXICOMANES
ET
TRAVAIL DE RESEAU**

Année Universitaire 2006-2007

Directeur du DU et Président du jury : Professeur Philippe Jeammet

ILS SONT FOUS CES GAMINS !

Quel est le professionnel qui retranché dans son champs d'action, n'a pas eu dans sa pratique, un sentiment d'incompréhension et de doute face à ces adolescents difficiles à l'instar des guerriers gaulois retranchés dans leur village, dans une Gaule occupée par des légionnaires Romains, dont les dieux et les rituels étaient si différents des leurs !

La réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible sans le concours et les enseignements de nos maîtres. Aussi nous tenons à remercier tout particulièrement :

- M. Le Professeur Philippe Jeammet
- M. le Dr Michel Botbol (Médecin Psychiatre)
- M. le Dr Didier Houzel (Pédopsychiatre)
- M. le Professeur Alvin
- M. le Dr Olivier Phan (Centre Emergence)
- M. le Dr Pierre Lamothe (Psychiatre)
- Mme Marie Choquet (épidémiologiste)
- M. Vincenzo Ciccelli (sociologue)
- M. Jean Pierre Deschamp (magistrat)
- Mme Joëlle Bordet (psychosociologue)
- Mme Odile Joly-Rissouan (chercheur)
- M. Erick Prairat (Professeur de sciences)
- M. le Cdt Thierry Terraube (Police)
- M. le Chef d'escadron Christophe Maresca (Gendarmerie)
- M. Serge Boimare (Directeur pédagogique)
- Mme Marie Luce Verdier-Gibello (psychologue)
- Mme Laëticia Violet-Chartier (Psychiatre)
- M. Yves Darnaud (Directeur d'association)

Avec une intention toute particulière pour :

- Mme Elisabeth Martin notre animatrice de DU
- Et Mme Dominique Brossier notre responsable de formation

SOMMAIRE

Introduction

Première partie : Infirmier dans un centre de soins pour toxicomanes

Deuxième partie : Adolescence et Toxicomanie

1. Toxicomanie et dépendance
2. Quelques notions sur l'adolescence
3. L'histoire éclaire le présent
4. Un rituel de passage
5. Conduites à risque et d'essai

Usage simple : consommation festive

Dépendance : consommation addictive

Troisième partie : Secret partagé et travail en réseau

1. Travail en réseau
2. Travail en partenariat

Conclusion : une logique de travail partenariale

Bibliographie

INTRODUCTION

Même si l'on peut considérer que les phénomènes appelés « Adolescence » et « Toxicomanie » sont relativement récents, au moins en ce qui concerne la résonance de leurs manifestations, les débats dont ils font l'objet ont provoqué un corpus suffisamment consistant (réseau institutionnel, production de textes législatifs, organisations de manifestations diverses, campagnes médiatiques ect...) pour être considérés comme des objets d'étude.

Nous essaierons donc, dans un premier temps, de définir ces deux termes en recensant les interactions qui les unissent depuis ces dernières décennies, et en nous posant les questions de la place de la drogue chez l'adolescent, du remplacement des rituels de passage et des raisons de ces conduites à risque.

Dans un deuxième temps, nous tenterons de définir le travail de réseau possible, autour de ces adolescents toxicomanes, avec un questionnement propre au monde des soins, à savoir les notions de secret médical, professionnel, secret partagé, et de leur cohérence avec le travail de réseau, qui aura été l'un des objectifs de ce DU. Qu'est-ce qui fait qu'ayant à prendre en charge des adolescents ayant des difficultés avec le « lien », nous soyons nous même confrontés au « lien » avec nos partenaires ?

Une discussion en termes de perspectives conclura ce travail et précédera une bibliographie.

Première partie : Infirmier dans un Centre de Soins pour Toxicomanes

Infirmier Psychiatrique depuis 1985, je travaille dans un centre de Soins pour Toxicomanes (CSST)¹ depuis 1997. C'est dans le constat de la difficulté à prendre en charge les toxicomanes, dans les différents services d'admission de la Psychiatrie où je travaillais auparavant, que j'ai eu envie de mieux connaître et donc de mieux prendre en charge ces patients, souvent mal perçus par le secteur sanitaire.

En 1997, dans le cadre de l'ouverture de CSST dans chaque département, nous avons ouvert « Presqu'Ile » à Cherbourg², avec une mission départementale,

Le centre offre un accueil de jour à tous les patients toxicomanes et à leurs familles. Notre équipe pluridisciplinaire propose des prises en charge adaptées à la problématique de la personne, allant de la consultation infirmière, à la psychothérapie en passant par les différentes consultations médicales (médecine générale et psychiatrique) et sociale. Nous avons ouvert en 2002 un centre de distribution de la Méthadone, qui nous permet de mieux prendre en charge les patients dépendants aux opiacés, en leur offrant une

¹ Centre Spécialisé de soins en Toxicomanie

² Département de la Manche

alternative au sevrage ou à la prise de la Buprénorphine, prescrite par les médecins de ville.

Notre population de patients comprend pour une moitié de notre file active, des patients dépendants aux opiacés (héroïnomanes et toxicomanes détournant leur substitution) et pour l'autre moitié, une population beaucoup plus jeune, ayant une consommation addictive au cannabis, et quelques fois à d'autres produits.

Depuis l'ouverture de notre centre, il nous a été permis de faire un certains nombre de constats en ce qui concerne la consommation des adolescents :

- un abaissement de l'âge du début de la consommation de produits : (quand, il y a encore dix ans, **l'âge moyen** du début de la consommation du cannabis se situait vers 17 ans, il se fait aujourd'hui vers 14 ans)
- Un changement des conduites de consommation : si les jeunes consommaient autrefois le cannabis dans une recherche de détente, pour être « cool », nous assistons ces dernières années à une recherche de « défonce », qui se caractérise par des conduites à risque (le cannabis, autrefois fumé en « joint », est aujourd'hui fumé en « bang³ ». De même les produits consommés sont de plus en plus forts, avec pour le cannabis des taux de THC⁴ très importants.)
- L'accès à l'héroïne, étape autrefois ultime de la toxicomanie, se fait aujourd'hui, beaucoup plus facilement et de plus en plus tôt. Les rassemblements musicaux (technival, rave...) sont devenus des « supermarchés » de la drogue et permettent l'accès des plus jeunes à tous les produits.
- Nous assistons à une poly toxicomanie, sans attachement particulier à un produit. Les jeunes consomment de tous les produits, avec une recherche de potentialisation (défonce).

³ Sorte de pipe à eau

⁴ THC : Tétrahydrocannabinol : principe actif du cannabis

Si les produits ont changé, le profil des toxicomanes n'en est pas moins différent. Le « junky » des années 70 a disparu pour « l'adolescent au polo de marque ! »

Deuxième partie : Adolescence et Toxicomanie

1. Toxicomanie et dépendance

Le terme de « toxicomanie » est ambigu. En effet, il regroupe des notions différentes selon qui l'utilise. Il est donc nécessaire de le clarifier, et donc de clarifier qui l'utilise (le citoyen et ses représentations, le policier et la loi, le scientifique et la pharmacodépendance...).

Nous retiendrons la définition de l'OMS, quoique incomplète, qui choisit d'abandonner l'emploi du concept de toxicomanie pour le remplacer par « un terme général et qui soit sans équivoque, qui corresponde à une conception médicale et scientifique, et qui ne comporte aucune connotation sociale ou économique et qui n'invoque aucune idée de contrôle ». Le terme retenu pour cette lourde tâche fut celui de **dépendance** :

« La dépendance est un état psychique, quelquefois également physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance, caractérisé par des modifications du comportement et d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique afin de retrouver des effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant de plusieurs produits. »

Cette définition a plusieurs mérites :

- elle met l'accent sur la dépendance psychique (la drogue produit un sentiment de satisfaction par une impulsion psychique qui exige une administration périodique ou continue de celle-ci pour produire un plaisir ou pour éviter un état dépressif) plus que sur la dépendance physique (c'est l'état d'adaptation qui se manifeste par des troubles physiques intenses quand l'administration de drogue est suspendue).
- elle rappelle ainsi que l'une des raisons majeures de la prise de drogue est la recherche d'un effet positif (on entend tellement que « la drogue c'est mauvais », qu'on oublie que les toxicomanes prennent d'abord de la drogue « parce que c'est bon », même si cela ne dure pas)
- elle a permis également de contourner un écueil : celui de mettre exclusivement l'accent sur le comportement du toxicomane, maniaque du toxique, sans rechercher à comprendre les raisons qui permettaient à ce comportement de se produire. Elle met le produit à une place qui n'est plus rigoureusement centrale dans la dépendance (interaction entre un organisme vivant et une substance), approchant l'équation de Claude Olivenstein (la rencontre entre un produit, une personnalité, un moment socioculturel)

2. Quelques notions sur l'adolescence

L'usage de drogue à l'adolescence est typique des toxicomanes modernes. Il n'y a pas d'adolescents toxicomanes au XIX^{ème} siècle, il n'y a d'ailleurs pas d'adolescents en tant que phénomène social. L'adolescence, passage de l'âge d'enfant à l'adulte est universelle, mais l'adolescence en tant que phénomène sociologique est liée à différentes évolutions telles que la durée de la vie, l'école obligatoire, la diversité des savoirs à acquérir, le mode d'entrée dans l'âge adulte, ect.

Pour les sociologues, ce phénomène apparaît en Europe dans l'entre-deux guerres. Toute une série de problématiques de l'adolescence est ainsi décrite depuis peu (la dépression, le suicide, les conduites à risque, l'anorexie boulimie), l'usage de drogues n'étant qu'un des éléments de cette série.

C'est en 1904 que le Professeur Stanley Hall, décrit l'adolescence comme étant une étape nécessaire, entre l'enfance et l'âge adulte, ayant pour fonction une recherche sur soi-même.

Plus récemment, le Professeur Philippe Jeammet évoque la difficulté de l'adolescent au rapport avec les autres, et son impossibilité à faire du lien. Cette difficulté entre l'investissement de soi et l'investissement des autres, qu'il nomme « déséquilibre narcissico-objectale » est au cœur de la problématique adolescente.

3. L'histoire éclaire le présent

Jadis, la toxicomanie était le fait de sujets socialement insérés qui poursuivaient leur consommation sur de nombreuses années et parvenaient plus ou moins à la contrôler.

Aujourd'hui, la toxicomanie touche essentiellement des jeunes qui ne contrôlent pas l'évolution de leur pharmacodépendance ; elle a acquis un sens nouveau en rapport avec la problématique personnelle de l'adolescent qui paraît « choisir » la formule toxicomaniaque pour résoudre les difficultés inhérentes à la crise d'adolescence ou aggravées par celle-ci ; à cette période, le Moi de l'adolescent doit faire face à des modifications physiques rapides, à la réactivation de pulsions sexuelles et agressives ; l'idéalisation des images parentales est remise en cause, l'identification aux parents est rejetée et il convient de choisir d'autres objets d'investissement libidinal.

Le Professeur Philippe Jeammet établit une relation entre les troubles de la séparation (relation d'objet) et la recherche paradoxale d'une dépendance à

un objet externe, l'échec du processus d'autonomisation étant lié à des troubles narcissiques (et donc à un processus d'introjection défailant)⁵

4. Un rituel de passage

La toxicomanie juvénile actuelle reproduit point par point le processus initiatique traditionnel tel qu'il existe dans de nombreuses cultures : elle sépare le jeune du groupe familial pour lui faire subir des épreuves dont il revient dans le meilleur des cas. En séparant ces adolescents du groupe familial, elle leur évite la confrontation trop intense pour eux, avec la reviviscence des pulsions oedipiennes et la réapparition des conflits identificatoires ; elle éloigne des images parentales trop chargées d'excitations et favorise son relais par un autre investissement tyrannique, exclusif ; elle radicalise la rupture avec les parents.

Voilà donc une période bien tumultueuse. L'adolescent a à la fois besoin d'intimité et d'affectivité, de s'affirmer et de secrets, d'expérimenter et de sécurité, d'indépendance et de reconnaissance, d'originalité et de conformisme, d'exprimer ses choix et qu'ils soient contradictoires, ce qui n'empêche pas les revirements inattendus...

L'adolescent présente également la capacité à posséder en un moment donné une « mosaïque » d'âge, une maturation différente entre son aspect corporel, ses intérêts affectifs et son comportement relationnel (le grand costaud qui fait de la poésie et pique une colère parce qu'on lui a mangé son yaourt dans le réfrigérateur...)

1. Conduites à risque et d'essai

Ce sont des conduites qui s'accompagnent d'une pensée plus ou moins consciente qu'elles peuvent entraîner un dommage pour le sujet qui s'y livre. Souvent, après coup, elles sont vécues comme positives quand il n'y a pas de

⁵ Mécanisme qui participe à l'organisation des assises narcissiques

dommage, et négatives quand le dommage survient...Par exemple, si l'adolescent fait de la varappe : on dira « conduite à risque » s'il arrive au sommet de la paroi, et « conduite de risque » s'il tombe et se fracture une jambe. Mais cela participe au même processus.

L'adolescent qui vit ces processus, ainsi que ces transformations, utilise toute la panoplie de ces activités exploratoires, avec les risques que cela comporte. Explorer son corps à travers le sport et le *flirt*...explorer les limites, les siennes, celles des parents et de la société en transgressant...explorer les sensations de la vitesse, du plaisir sexuel, de la peur et le plaisir du produit... toutes ces conduites individuelles qui comptent pour celui qui l'a fait, mais qui comptent aussi pour les pairs avec valeur d'intégration au sein du groupe. Mais chaque conduite présente des risques bien différents, la première cigarette n'équivaut pas au premier *shoot* d'héroïne !

Ces conduites, souvent vécues comme banales par l'adolescent, font très peur aux adultes qui en oublient leurs fonctions maturatives. Le problème est bien plus leur pérennisation, c'est-à-dire comment l'adolescent se trouve pris au piège de la répétition, comment le comportement de risque qu'il croit maîtriser lui devient en fait indispensable.

Les enquêtes de motivation sur les motifs de consommation des adolescents donnent des résultats incomplets : faire la fête, goûter et expérimenter, faire comme les copains, être adulte... Elles ne reflètent que partiellement la réalité, faisant fi des mobiles plus inconscients ou plus difficilement exprimables (« être mieux » apparaît peu dans les réponses !)

Nombre d'adolescents débutent leur consommation autour de 14-17 ans, 50% arrêteront dans les 2 ans suivant la première expérience. Entre temps ils n'auront pas été des consommateurs excessifs ou réguliers, ayant le plus souvent des usages intermittents dans un contexte social précis (fête, convivialité, rituels d'échanges sociaux)

Il convient donc de distinguer les différents types de consommation et les produits utilisés.

Usage simple : consommation festive

C'est une consommation de fin de semaine ou de vacances, marquée par l'effet de groupe. Les risques en sont davantage les dangers immédiats à l'usage (conduite automobile, police, ect...) et peuvent s'accompagner d'un fléchissement scolaire, d'un désinvestissement des activités habituelles. Cette consommation concerne essentiellement le cannabis, l'alcool et l'ecstasy. Le travail auprès de ces adolescents consistera à leur en faire prendre conscience, car ces derniers peuvent surestimer leur maîtrise qu'ils ont de ces usages.

Dépendance : consommation addictive

Il s'agit là de consommations anesthésiques (cannabis inhalé en « bang », alcool fort, prise d'héroïne ect...), l'effet recherché étant l'arrêt de mentalisation : ne plus penser, être « stone ». Quelle que soit la drogue utilisée, elle l'est massivement, visant à réduire les souffrances psychiques. Ces conduites s'accompagnent souvent d'un rythme de vie chaotique, avec rupture dans la scolarité et les activités sociales, qui se limitent alors à d'autres jeunes ayant des difficultés similaires. La prise de produit devient le symptôme d'un mal être et le produit un pansement sur une plaie.

C'est le plus souvent dans ce contexte dramatique que nous recevons ces adolescents toxicomanes, qui ont trouvé dans l'usage de drogues le moyen d'échapper à une souffrance psychique insupportable.

Un corollaire à ce début précoce des drogues est la gravité du pronostic psychique de certains patients à la sortie de la toxicomanie des années après, si les processus de maturation en cours pendant l'adolescence ont échoué (comorbidités psychiatriques).

Un autre corollaire à ce début précoces des drogues est la fréquence des liens avec les parents, la toxicomanie se vivant en famille, à l'inverse des années 1960-1980 pendant lesquelles l'éloignement familial était de règle. Les parents souffrants, culpabilisés, sont également à prendre en compte dans l'abord thérapeutique, d'autant plus que cette souffrance provoque quelques fois des demandes en miroir du toxicomane.

Un travail au niveau de la famille⁶, si l'on considère que le mal-être du jeune peut être le symptôme du mal-être familial, a montré son intérêt dans nos prises en charges.

Les grandes difficultés du soignant vont être de créer un climat de confiance puis de convaincre le jeune que le « produit » qu'il consomme et qu'il a souvent surinvesti, ne fait qu'augmenter sa détresse psychologique.

6. De la rencontre à la relation

La grande question qui va se poser au professionnel est d'établir un lien avec quelqu'un qui justement refuse le lien avec les autres.

La relation est l'outil le plus utile qui soit face à tout patient. Et encore plus avec un adolescent toxicomane...Mais cette relation n'est pas acquise d'emblée, elle se construit au fil d'un apprivoisement réciproque qui se divise en deux phases :

- une phase qui consiste à transformer la rencontre en relation. C'est une période volontiers vécue comme conflictuelle à ses débuts, mais quelques principes de base permettent de dépasser ce vécu au fil des améliorations afin d'obtenir les prémices d'une alliance thérapeutique (ne pas juger, bonne connaissance des produits consommés...)

⁶ Thérapie familiale ou systémique

- une phase pendant laquelle l'alliance thérapeutique est plus nettement instaurée, et permet un travail au long cours visant à obtenir des changements durables chez le patient. Cette phase, qui nécessite un climat relationnel adapté, s'attache tant à prévenir les reprises de drogues qu'à diagnostiquer des difficultés psychologiques voire psychiatriques, afin de faire progresser le patient.

Cependant prendre en charge un adolescent toxicomane, consiste à le prendre en charge dans sa globalité, et ne pas s'attacher au seul symptôme qu'il nous amène : la prise de produit. Il va falloir élargir notre champ d'investigation à son contexte familial, culturel, scolaire ...pour comprendre la place du produit et donc la cause de ce mal-être.

Cette vision élargie nécessiterait un travail périphérique autour du patient qui semble quelques fois difficile à l'intervenant en toxicomanie qui se campe dans son centre de soins et tente d'utiliser les seules ressources qu'il a à sa disposition.

Nous verrons dans le chapitre suivant, qu'un travail élargi est possible.

Troisième partie : Secret partagé et travail en réseau

L'immense diversité des intervenants de notre DU nous a montré les multiples facettes de l'Adolescence. Mais aussi, a mis en évidence, le grand paradoxe de la prise en charge de ces derniers par les professionnels, qui à l'instar des adolescents difficiles semblent avoir une problématique du « lien » entre-eux. Nos ateliers nous ont montré à quel point il était nécessaire de mieux connaître les autres champs d'actions, de réaliser que nous ne sommes pas seuls, confrontés à des problèmes qui nous seraient propres, mais que nos collègues, dans leurs institutions rencontrent les mêmes difficultés. De nous extirper de cette « toute puissance », de ce sentiment que nous pourrions seuls sauver le

patient et que la pluridisciplinarité de nos centres spécialisés serait suffisante à prendre en charge les adolescents toxicomanes.

Ces travaux nous ont démontré la richesse de la mise en commun de nos connaissances.

La prise en charge des adolescents toxicomanes n'échappera pas à ce constat, et nécessitera un travail de partenariat, parce que cet adolescent est à « multiproblèmes »...et aussi parce qu'aucune profession n'a de solution exclusive...enfin parce que, dans ces suivis difficiles, il est sain de ne pas travailler seul et d'envisager une prise en charge dans sa globalité.

Cependant, il faudra aux professionnels du soin travailler avec les incontournables notions de « secret médical », « secret professionnel » et « secret partagé ».

Au travers de mon expérience d'infirmier dans un CSST, j'ai pu constater que nous avons l'habitude de créer du lien qu'avec nos partenaires provenant du secteur sanitaire. Nous n'hésitons pas à prendre notre téléphone pour contacter une infirmière scolaire, un médecin urgentiste ou généraliste ou un pharmacien, ces derniers étant tous du monde de la Santé. Mais que l'échange d'information avec l'éducateur en charge d'un adolescent difficile ou l'assistante sociale de secteur, était plus difficile voire impensable, car ces derniers ne pouvaient être associés au secret que nous gardions « jalousement ». Cette psychose du « secret divulgué » semble avoir été, pour une grande part, l'un des obstacles à ce travail de partenariat qui semble nécessaire à la prise en charge pluridisciplinaire de l'adolescent difficile.

Peut-être aussi le « no man's land » en matière de loi, jusqu'à présent sur le sujet a-t-il provoqué la prudence des intervenants sanitaires en matière de partage de secrets⁷.

⁷ - Le Droit des Enfants 1989 : Art.16
- Convention Européenne des Droits de l'Homme
- Circulaire de mars 2007-06-21

La question de l'intérêt du partage de l'information et du secret semble avoir aussi concouru à cet état de fait : Que révéler ? Y aura t il un retour de l'information ?

Toutes ces questions sans réponse ont probablement incité les soignants à se retrancher derrière le confortable « secret ». Mais quelques fois en oubliant quel aurait pu être l'intérêt du patient si l'information avait pu être partagée.

J'ai pu depuis quelques mois, en utilisant le modèle de travail de notre séminaire de DU, constater l'intérêt de ce travail auprès de nos patients et constater qu'il m'était plus facile de décrocher mon téléphone pour proposer une rencontre à des partenaires, afin d'évoquer la prise en charge de l'un de nos adolescents. Il me semble cependant qu'il est important de s'entourer d'un certain nombre de précautions afin de déterminer les informations à communiquer et à qui les transmettre et de différencier les niveaux d'intervention.

1. Travail en réseau

Afin d'échanger des informations avec des partenaires, il me semble important de différencier deux niveaux d'intervention : le travail de réseau et le travail en partenariat.

Le partenariat correspond à ce dont on a besoin autour d'un patient donné, à un moment donné, impliquant une connaissance partagée du patient et de son intérêt.

Le réseau, au contraire, n'a pas pour fonction de participer directement à la prise en charge d'un patient précis, il y collabore cependant grandement de par les éléments globaux qu'il permet d'obtenir.

- Le réseau nécessite un engagement personnel à participer à des réunions, ce qui questionne d'ailleurs l'utilité d'une certaine coordination des réseaux,

puisque'un intervenant en Toxicomanie peut se retrouver dans un réseau VIH, ou un réseau Ville-Hôpital, ou Justice ect...

- Le réseau permettra une actualisation des connaissances.
- Il permet de réfléchir à la cohérence des prises en charges.
- Il a aussi le grand intérêt de permettre de rencontrer les autres professionnels concernés par les suivis de toxicomanes, tant pour lister les ressources possibles que pour découvrir leur mode de fonctionnement, leur culture, leur manière de travailler et...leurs difficultés.

C'est davantage une rencontre de représentants des différents intervenants. En effet, les prises en charges multidisciplinaires imposent la connaissance des autres professionnels, et le respect de leur travail, sans vision hiérarchique.

- le réseau a une fonction mobilisatrice, en particulier face aux difficultés et à l'usure provoquée par certains suivis.

En conclusion, le travail de réseau correspond d'avantage à des rencontres où les échanges portent sur les différentes façons de travailler, dans leur globalité, dont l'objectif est de mieux se connaître. Les notions de secret professionnel apparaissent peu au travers ces rencontres.

Ces rencontres permettront, grâce à une meilleure connaissance des autres acteurs, une meilleure collaboration autour du patient.

2. Travail en partenariat

Le partenariat se construit pour un individu donné. Il va au-delà de la simple orientation, par le fait qu'il implique un contact, au moins par lettre, au mieux téléphonique, voire un réel temps de synthèse en cas d'intervenants multiples.

Il faut être pragmatique et considérer qu'avoir dans la cité son médecin, son pharmacien, son assistance sociale, son éducateur PJJ, son psychiatre, voire

son psychothérapeute, ect, n'est pas donné au premier toxicomane venu ! Plus le patient présente des difficultés multiples et actuelles, plus il semble marginalisé, plus il sera nécessaire de faire appel à une structure regroupant un certain nombre de compétences dans le même lieu. Si ce n'est pas le cas, il sera nécessaire de regrouper autour d'une table, les différents intervenants. Le patient peut d'ailleurs ne pas accepter ces orientations. Rappelons là l'importance du facteur temps et de l'approbation progressive des projets.

Il questionne donc directement le secret professionnel et son partage avec l'accord du patient ; il faut être vigilant à dévoiler ce qui doit l'être et uniquement ce qui doit l'être.

Rappelons que l'accord du patient est un préalable à la rencontre avec les partenaires et qu'il pourra être intéressant d'encourager sa présence aux différentes rencontres des partenaires.

Il implique une certaine coordination, car le suivi pluridisciplinaire n'est pas seulement une addition de compétences, mais impose également une cohérence qui passe par le repérage d'un pôle organisateur qui peut être le médecin ou le centre spécialisé (nous pensons que pour les adolescents toxicomanes, le CSST ou le CMP peuvent avoir un rôle de coordinateur dans ses rencontres).

Le travail en partenariat concerne que les professionnels directement impliqués dans le suivi de la personne et non pas les représentants des différents champs d'activités.

L'éclairage, sous un angle différent, proposé par les partenaires permet une vision différente du patient, de la prise en charge et quelques fois même de comprendre et d'envisager une issue au devenir de la personne soignée.

Conclusion : une logique de travail partenarial

Le travail de partenariat est en fait un état d'esprit. Il s'agit d'accepter que le patient présente des problèmes multiples qui ne peuvent être résolus par un seul professionnel, même compétent, et que recourir à la clarté des relations évite malentendus et manipulations ; il faut comprendre que, comme soi, les autres professionnels n'ont pas de « baguette magique » mais ont aussi leurs propres difficultés, impératifs, culture et manière d'appréhender le patient, lequel nécessite un suivi de longue durée, au cours duquel les améliorations, rechutes et difficultés font partie du travail. Enfin, il serait utile que tous aient la même logique de prise en charge...en particuliers en ce qui concerne la demande du patient, son rythme évolutif, l'appropriation, le respect mutuel et la notion de secret partagé qui doit permettre au patient de garder confiance en chacun.

C'est, à notre avis, un acquis novateur et capital des prises en charges des toxicomanies : grâce à celles-ci, des professionnels d'horizon très divers apprennent à travailler ensemble, pour le plus grand profit des patients.

BIBLIOGRAPHIE

- JEAMMET P. *L'adolescence*

Paris : J'ai lu

- JEAMMET P : *Repères pour les parents et les professionnels*

- YVORELL JJ. *Les poisons de l'esprit- Drogues et drogués au XIXe siècle.*

Paris : Quai Voltaire, EDIMA, 1992

- FONTAA V, Senninger JL. *Le médecin et le Toxicomane*

Thoiry : Collection Réflexes, Editions Heures de France

- MOREL A, HERVE F, FONTAINE B. *Soigner les toxicomanes*

Paris : Dunod 1997

- JL VENISSE, *Les nouvelles addictions*

Paris, Masson 1991