

La réduction des risques ou des méfaits de la toxicomanie est historiquement située dans les années 1980 : Conscients de la situation préoccupante des victimes du sida et de la toxicomanie, les pouvoirs publics dans les pays occidentaux ont entamé un changement radical de stratégies et la mise en place des politiques de réduction des risques qui une approche centrée sur la diminution des conséquences néfastes de l'usage des drogues plutôt que sur l'élimination de leur usage, ce qui implique une attitude de tolérance à l'endroit de la consommation des drogues illégales plutôt qu'une philosophie de l'abstention (Brisson, 1997). En automne 1992, le comité expert de l'OMS sur la toxicomanie recommanda explicitement l'inclusion de la réduction des méfaits dans les politiques sur les drogues. Le traitement de substitution est donc une des composantes clefs de la « réduction des risques ». Il consiste à remplacer l'usage illicite d'opioïdes ayant entraîné une dépendance par la prescription, dans un cadre légal bien défini, d'un médicament de substitution ayant un effet similaire (OFSP, 2013). En 1995 et 1996, la méthadone et le subutex ont été officiellement mis sur le marché. Instituée par la loi du 31 décembre 1970, Les objectifs de ce traitement est de diminuer et si possible arrêter la consommation de produits illicites en acceptant la « pharmacodépendance » pour construire dans le moyen terme un véritable projet thérapeutique qui permettra peut-être une sortie totale de la dépendance mais à coup sûr une meilleure qualité de vie. Ceci a amené à la mise en place de nouvelles modalités d'accompagnement des usagers, dont l'objectif final n'est plus uniquement le sevrage. Au Liban, la loi liée au traitement de substitution (TSO) a été signée par le Ministère de Santé Publique en septembre 2010. Cette loi a autorisé l'usage de la buprénorphine sous forme galénique et une posologie maximale de 16 mg par jour. Les prescripteurs sont les psychiatres dans les cliniques privées ou dans des centres spécialisés qui doivent être obligatoirement affiliés à une équipe multidisciplinaire. Le médicament est fourni aux usagers dans seulement deux hôpitaux publics sous ordonnance qui doit être enregistrée sur le logiciel du Ministère de la Santé Publique. La buprénorphine est un opiacé synthétique qui ne produit pas la même euphorie que l'héroïne, mais il offre à l'héroïnomanie dépendant une solution de rechange à la drogue cela en empêchant ou diminuant le manque (craving) et en réduisant les effets de la prise d'autres opiacés. Il a comme objectif la diminution de la consommation d'opiacés illicites jusqu'à l'arrêt mais également la réduction et l'abandon des conduites à risque associées, et comme objectifs secondaires, la réinsertion sociale et l'amélioration de la qualité de vie. Or malgré ses avantages multiples, le « détournement » de la buprénorphine est très vite apparu, comme un problème majeur associé au traitement. Pour l'OFDT (Observatoire français de drogues et toxicomanie) le terme « usage détourné » recouvre des caractéristiques différentes combinant le non-conformité de l'usage du point de vue médical sa finalité le mode d'administration ou le mode d'obtention. Différents facteurs de nature sociodémographique, psychosociale cognitive, comportementale et environnementale peuvent entrer en jeu dans la conduite du traitement. La prise en charge ne se réduit donc pas seulement à un dosage, elle nécessite aussi à soutenir la personne dans la connaissance de ses comportements spécifiques et répétés, les plus susceptibles de l'orienter vers une rechute ou un recul par rapport à ses acquis et favoriser chez lui, le développement de comportements de remplacement et des habitudes de vie plus saines. (Ménard, 2001). La complexité des interactions entre le psychique et le somatique ne permettent pas de considérer le sevrage surtout aux opiacés dans le cadre d'une causalité univoque et linéaire tel que le propose le modèle psycho-organique de la pharmacodépendance. D'où l'intérêt des pratiques d'accompagnement qui se construisent dans un rapport dialectique entre le médical et le social (Morel et coll., 2003).

« Moins que de guider, conduire, il s'agit alors, essentiellement, de se mettre à l'écoute de celui qu'on accompagne, postulé explicitement seul capable en définitive de choisir où il veut aller et comment il entend s'y prendre ». (Chantal Eymard, 2007). En effet, pour qu'un changement soit durable, il est considéré comme essentiel d'associer le développement des compétences à une motivation et une raison sous-jacentes intrinsèques et à aider la personne à se réapproprier un pouvoir personnel dans la conduite de sa vie. Les thérapies comportementales et cognitives et les entretiens de motivation sont aujourd'hui considérés comme majeurs dans le champ de l'addictologie. Les entretiens de motivation étant une approche centrée sur l'utilisateur qui vise à augmenter la motivation intrinsèque au changement d'un comportement ciblé en favorisant chez la personne l'exploration et la résolution de son ambivalence (Miller et Rollnick 2002 ; 2006). Dans le cadre de mon master 2 en travail social j'ai réalisé un stage au centre Escal, qui est un centre spécialisé dans le domaine de réduction des risques de la toxicomanie. En me basant sur la revue de littérature, l'observation participative et les entretiens avec l'équipe j'ai choisi d'adopter le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente: J'ai donc réalisé une intervention individuelle auprès de quatre jeunes hommes, âgés entre 25 et 35 ans, issus, de famille unies, de classe moyenne provenant de différentes régions de Beyrouth.. Ils ont été confrontés à plusieurs rechutes en raison des difficultés qu'ils rencontraient dans leur milieu de vie, sur différents aspects de la réinsertion sociale. Ils présentaient tous des problèmes de mésusage et une résistance au changement. Les objectifs principaux étaient les suivants : Approfondir la problématique du mésusage, mieux cerner ses causes et de mieux comprendre les différentes pratiques du traitement. Confirmer que la méthode de Prochaska et DiClemente qui ont développé le modèle transthéorique de changement, personnel est un outil d'intervention sociale qui renforce la motivation le pouvoir personnel chez les mésusagers, pour meilleure gestion du traitement et une réduction des risques de rechute. Selon ces auteurs, le changement de comportement qui peut parfois paraître simple et perçu comme un phénomène suivant une progression linéaire, s'avère en réalité un processus cyclique complexe, au cours duquel plusieurs personnes rencontrent des difficultés d'adaptation (DiClemente et Norcross, 1992). Ils ont aussi conclu que les gens modifient graduellement leur comportement et que la démarche de changement de comportement d'une personne entraîne habituellement des rechutes aux niveaux précédents, ainsi que des écarts de conduite temporaires et isolés. Cependant, si un individu revient à un stade précédent, il ne devrait normalement pas perdre le progrès et le cheminement effectués dans sa démarche Ce modèle en spirale inclut cinq étapes qui sont 1-La pré contemplation ; l'individu peut ne pas réaliser que le changement est possible ou qu'il puisse être bénéfique pour lui. A cette étape les habitudes actuelles lui semblent plus avantageuses que le changement. L'information et la sensibilisation sont importantes à cette étape, elles aideront à concevoir que le changement est possible 2-La contemplation : l'individu commence à penser au changement dans un avenir plus ou moins rapproché pour différentes. Cependant elle a une tendance à voir surtout les difficultés et les désavantages. A cette étape la balance doit basculer vers les avantages en créant l'écart entre la situation actuelle et le changement désiré 3-La préparation : L'individu se prépare à entreprendre le changement de comportement désiré, la personne est convaincue elle commence à faire des plans et poser des gestes. L'aide apportée à cette étape est une aide concrète 4- L'action : L'individu fait des changements, en se servant de son expérience, de l'information dont il dispose, de ses nouvelles habiletés et de sa motivation personnelle. Il est toutefois vulnérable et les rechutes sont assez élevées. A cette étape, nous devons l'aider à

persévérer 5- Le maintien : le nouveau comportement est adopté, maintenu et intégré dans le répertoire comportemental de l'individu. Cependant le maintien et la consolidation nécessitent aux moins six mois pour dire que la rechute à une étape antérieure devient moins probable. La mise sur pied d'un plan de prévention de la rechute est donc nécessaire. Mon processus d'intervention a consisté en 10 entretiens non directifs dont l'objectif général a consisté à renforcer la motivation intrinsèque des jeunes et les inciter au changement comportemental alors que les objectifs spécifiques ont visé à :-Aider ces personnes à reconnaître leurs problèmes actuels ou potentiels et les obstacles au changement comportemental-Eliminer l'ambivalence et les guider sur la voie vers le changement dont le choix et la responsabilité leur appartiennent à eux seuls-Envisager avec eux des changements de comportements malsains et faire valoir une sorte de consensus sanitaires et idéologique quant à ces comportements.. Les techniques employées étaient davantage persuasives que coercitives et reposaient davantage sur le soutien que sur l'argumentation en évitant surtout de faire la morale ou prodiguer des conseils. Cette intervention ciblait essentiellement le changement de comportements spécifiques à court terme. Or Selon Prochaska et DiClemente la décision de modifier une habitude de vie est le résultat d'un cheminement naturel qui se fait par étapes sur une période plus ou moins longue (Prochaska DiClemente,1980). Pour être réussi, le changement de comportement doit être maintenu, ceci nécessite une somme considérable de temps, d'efforts, d'énergie et une prise en charge multidimensionnelle. Le rôle des professionnels consiste essentiellement à reconnaître, à renforcer et à accélérer le cheminement naturel le long de ces étapes. Dans une évaluation effectuée avec les usagers ils ont exprimé leur engagement par rapport à leur démarche de changement, Ils se sont aussi attardés sur ma confiance en eux, en leurs capacités de changer. Elle a aussi favorisé une remise en question de la façon de penser et d'agir de l'usager qui croit que la drogue est la seule méthode d'alléger ses souffrances et le remplacement des comportements destructeurs de la personne dépendante par des comportements plus sains. Elle a développée chez les usagers une meilleure connaissance et de leurs habiletés personnelles et afin de mieux composer avec leurs univers affectif et interpersonnel et améliorer ainsi leur fonctionnement social. Cette expérience a aidé les usagers à évaluer leurs déficits fonctionnels cognitifs et à se fixer des objectifs plus réalistes.Elle a de même aidé les usagers à mieux identifier les comportements spécifiques et les situations à risques, les plus susceptibles de les orienter vers une rechute ou un recul par rapport à leurs acquis, et favoriser chez eux le développement de comportements de remplacement. Leur prise de conscience des problèmes reliés à la santé mentale a été accrue. De même l'importance de se conformer au traitement concerté avec le médecin. Les jeunes ont aussi mentionnés leur sentiment de fierté vis à vis des changements effectués, l'amélioration de leurs habiletés de communication, de leurs relations interpersonnelles , de leurs capacités de différenciation affective , leurs capacités à affronter , et leurs perspectives d' avenir .Ils ont développé une attitude plutôt constructive face à eux - même et face aux autres et ils ont pu mieux différencier entre le sentiment de culpabilité et l'autodestruction .Ils ont aussi appris à mieux contrôler les croyances anticipatoires impliquant une attente positive soulageante , liée à la prise drogue, à mieux tolérer le sentiment de vide et à mieux gérer le stress de la vie quotidienne et les conflits. Leur discours vis-à-vis du futur est devenu plus optimiste. Outre le changement de comportements, elle a été une relation aidante qui a favorisé la communication et l'expression des sentiments L'approche motivationnelle a consisté à faire valoir l'importance du choix volontaire de l'individu pour opérer un changement dans sa vie sans quoi le succès même de toute

intervention est fortement compromis. Cette approche a exigé de respecter le rythme du toxicomane, soulignée ses forces et ses ressources qu'ils n'avaient peut-être pas ou ne savaient pas exploiter efficacement auparavant. Cependant elle avait des limites ; les changements observés à court terme, n'impliquent pas nécessairement une cessation ou un maintien catégorique car les pratiques de consommation qui s'inscrivent dans un malaise plus large. Elle ne traite pas à fond les réalités sociales et relationnelles pénibles auxquelles le toxicomane tente de se soustraire. Ceci nous laisse déduire que le changement comportemental est en général plus efficace si les interventions sont pratiquées de façon combinée sur une longue durée et complétée d'une approche systémique impliquant la famille et d'un traitement psychopathologique qui traite les vulnérabilités d'ordre psychologique par un soutien et un accompagnement à long terme afin de renforcer les facteurs de résistance et de protection et non seulement les facteurs déclenchants qui sont les situations à risques (A.N.P.A.A., 2009). L'approche individuelle centrée sur le changement de comportements spécifiques peut être considérée comme un élément à partir duquel un travail à long terme pourra s'élaborer. Les techniques acquises renforceront le sentiment de contrôle et d'efficacité perçue de l'individu sur son comportement. (Curtet F, 2001). Enfin, les efforts devront être soutenus même au-delà de la concrétisation du changement, pour que les stratégies et compétences acquises perdurent et se maintiennent dans le temps (CNSAAP, 2012). Le maintien implique selon Prochaska et Diclemente une modification de comportement maintenue pendant six mois. De toute façon une étroite collaboration dans le cadre d'un réseau multidisciplinaire est nécessaire pour anticiper les barrières pouvant générer une rechute afin qu'ils disposent d'un répertoire de compétences et de ressources car c'est la prise en charge globale qui conditionne l'efficacité du traitement et donc le devenir et la qualité de vie de l'utilisateur. La nouveauté de cette intervention a résidé dans la qualité relationnelle dont les usagers ont témoigné. En effet, il n'y a aucune recette magique qui puisse réellement convaincre ou autoriser l'autre à changer ou le motiver ou le susciter. (Salomé Jacques, 2003). C'est l'accompagnement et l'écoute active qui ont permis à l'utilisateur de s'écouter et de se dire. C'est aussi la démarche active qui a placé l'utilisateur en tant que décideur, acteur de son choix. Cette interaction rassurante a aidé l'utilisateur à évoluer et s'engager dans le processus de changement. Ce processus évolutif (selon le modèle de Prochaska et Diclemente) avec l'utilisateur a favorisé chez lui, un "remue-ménage" intérieur provoqué, d'une part, par les thèmes abordés et les objectifs fixés graduellement avec lui, d'autre part, par la proximité, la relation, le contact visuel direct le paralangage de la posture, et toute la dimension de la communication infra-verbale qui elle aussi, a favorisé une meilleure compréhension et analyse, et a permis à l'utilisateur à s'extérioriser, se désinhiber dans ses dires « en deçà et au-delà des mots », eux qui se sentent inférieurs et infirmes au niveau relationnel (Salomé Jacques, 2003). En guise de conclusion je signale la non directivité et le pouvoir de questions ouvertes, de façon à provoquer d'abord, une prise de conscience des avantages dans les stades précoces, puis une évaluation des barrières et des solutions dans les stades avancés. L'efficacité de ce type d'intervention repose sur le fait que le changement vient du bénéficiaire, et qu'il est mis en œuvre par celui-ci. Et là je reviens à la phrase de Carl Rogers ; "les seules connaissances qui puissent influencer le comportement d'un individu sont celles qu'il découvre lui-même et qu'il s'approprie". La relation de qualité ne peut pas s'évaluer quantitativement ; Outre la complaisance au traitement, elle mise plutôt sur l'accompagnement de la personne dans son entité. En guise de conclusion de ce mémoire je voudrais proposer quelques recommandations ; Développer une pédagogie de soin qui prend

en compte le moment où en est le sujet dans sa trajectoire pour optimiser son efficacité.  
Prolonger les périodes de prestation du traitement dans les deux hôpitaux publics qui délivrent le traitement .Conclure des partenariats avec les organismes communautaires et un soutien bénévole dans un cadre communautaire pour une meilleure réintégration sociale et professionnelle.