

R.A.T.

BILAN D'ACTIVITES

2018

Réseau d'Aide aux Toxicomanes ASBL

151 rue Jourdan
1060 - Bruxelles
www.rat-asbl.be



TABLE DES MATIERES

Table des matières

Avant-propos	1
Missions	4
Mission d'accueil et d'information	4
Mission d'accompagnement	5
Mission de réinsertion	6
Mission de formation	7
Module de sensibilisation	7
Module de formation au cpas de saint-josse-ten-noode	8
Module MG à l'ULB en partenariat avec la MASS, le Projet Lama et le DMG de l'ULB	11
Module MG du RAT	11
Module d'approfondissement	12
Colloque, actes et collaboration avec le LAAP de l'UCL	12
Soirée à thème	14
Participations à des formations extérieures	14
Projet spécifique	15
Supervisions des médecins généralistes	15
Participation à la commission santé mentale de la FAMGB	16
RAT du RAT	17
Coordination Toxicomanie Anderlecht	17
Le Comité Consultatif	18
Groupe 2	18
Organisation interne	19
Assemblées Générales	19
Réunions du Conseil d'Administration	19
Rencontres CA-équipe	20
Réunions d'équipe	20
Formation des travailleurs	21
Mouvements des travailleurs	22

TABLE DES MATIERES

Insertion dans la vie collective et scientifique	25
FEDITO-FEIAT	25
Apéroréseaux	25
ASSOSS	25
Bilan DEQ	26
Divers	30
FEDASIL	30
Support Don't Punish	31
Modus	31
Tire Ton Plant asbl	32
Annexes	33
Flyer du Module de Sensibilisation 2017-2018	34
Programme du Colloque international 2018	35
Flyer Soirée à thème	37
Convention FAMGB-RAT	38
Protocole (Projet FEDASIL-RAT)	40

Avant-propos

La première chose qui apparaîtra à la lecture de ce bilan sera la nouvelle adresse qui figure sur le pavé de présentation du service. En effet, après avoir occupé pendant 12 ans un très bel espace au premier étage du numéro 17 de la rue de la Victoire, nous en avons été expulsés par (indirectement) la "gentrification" galopante de ce quartier. La Cocof nous ayant refusé l'aide nécessaire à l'achat du local, celui-ci a donc été vendu et ensuite revendu à des promoteurs avides de transformations rapides et "juteuses". Après avoir tenté d'investir un projet collectif avec l'association "Mundo-B", lequel projet ne s'est jamais concrétisé, nous avons fini par être invités et accueillis aux côtés de trois autres associations de l'ambulatoire, au 151 de la rue Jourdan, lieu proche et confortable pour nous. Cet espace partagé nous a directement largement séduits, par les temps de mise en commun qui courent. Des promesses de projets communs fleurissent déjà dans nos cartons. Nous y avons donc emménagé au début du mois de septembre.

Mais si l'on prend un peu de recul, nous ne pouvons que noter cette épreuve comme une parmi d'autres qui doivent être traversées par le RAT. Comme déjà nous le soulignons l'année dernière, cette période est particulièrement complexe pour le RAT qui doit affronter de nombreux défis et ce, sur un laps de temps relativement court.

Ces différents défis apparaissent comme ceux propres à l'adolescence: il s'agit de définir son identité, se montrer autonome, solide sur la place publique, et de déployer une image forte, de nature à trouver sa place clairement dans le paysage "social santé" bruxellois; il s'agit de lâcher la main des ancêtres et de s'intégrer dans le contexte local et temporel qui sera celui de l'âge adulte.

- Défi numéro un: affermir et affirmer une identité forte

Renforcer son image de ligne d'appui à la première ligne est un travail de longue haleine, auquel le RAT s'attelle depuis déjà plusieurs années. Cette année en particulier, c'est le lien et le travail approfondi avec la FAMGB qui a amené le RAT à participer largement à la conception du "livre noir de la santé mentale" et à poursuivre le travail qui amènera au livre blanc annoncé. Cette identité d'appui à la première ligne implique aussi un travail invisible de tissage de réseau (qui fait l'objet de notre DEQ) dans la clinique quotidienne, lequel passe par une implication forte de l'équipe, tout particulièrement dans le cadre des différents modules de formation, lesquels restent l'un des meilleurs moyens de rencontrer et soutenir les intervenants de première ligne (voir le chapitre sur la mission de formation, p.7).

- Défi numéro deux : (re)penser et (ré)expérimenter le travail en réseau

Pour le RAT, construire et/ou développer les partenariats nécessaires à son déploiement a toujours fait partie des objectifs concrets du projet. Il est évident qu'en tant qu'appui, c'est seulement via et au travers des relations tissées avec nos partenaires que la mission d'accompagnement du public des usagers de drogues peut être rencontrée. D'autre part, il ne faut pas perdre de vue la clinique et les différents modèles de collaboration et de travail pluridisciplinaire en réseau. Le modèle du RAT est particulier et s'est construit au fil des années et de l'expérience (voir plus loin) pour s'adapter parfaitement dans le contexte clinique d'addiction ou de troubles de la santé mentale, et le RAT tient beaucoup à promouvoir ce modèle dans le contexte spécifique qui est le sien. Cette année a vu de nombreux contacts se développer et de nouveaux membres intégrer l'AG, signes que le travail avance (voir également le Bilan DEQ, p.26).

- Défi numéro trois : assurer une solidité financière

Baliser la sortie de la précarité financière est un objectif phare du service, et ce depuis plusieurs années, mais avec des succès divers. Cette année a pu voir enfin une lueur au bout du tunnel, puisque plusieurs bilans successifs et favorables ont pu enfin permettre d'envisager un changement de banque et en conséquence une solide diminution des frais financiers à prévoir. D'autre part, petit à petit les ressources propres du service se stabilisent à la hausse, permettant d'envisager sous de meilleurs auspices l'avenir de la trésorerie du service.

- Défi numéro quatre : lâcher la main des ancêtres

Cela fait un an déjà que la transmission est à chaque instant à l'ordre du jour. La recherche d'un(e) candidat(e) pour occuper le poste de direction semble plus complexe que prévu dans le cadre de la pénurie chronique de médecins généralistes. Néanmoins il faudra bien affronter le départ et le remplacement de la direction avec ces particularités qu'elle est aussi le dernier membre fondateur du service et que dans le même temps les membres du CA plus anciens sont aussi partis ou en partance.

Dans le cadre de la réappropriation du projet par les générations plus jeunes, un travail de construction d'un plan stratégique a été initié par le CA et la direction, travail qui commencé par la direction a très vite été transmis à l'équipe afin que le débat puisse avoir lieu en son sein, que le partage d'information circule librement des plus anciens travailleurs aux plus nouveaux, et que l'appréhension du projet puisse se faire librement et collectivement par l'équipe. Ce travail commencé en 2018 se poursuit bien évidemment en 2019 afin d'être présenté à l'AG, là aussi dans l'objectif de (re)construire un projet largement partagé.

AVANT-PROPOS

Si l'on ajoute tous ces défis au déménagement dont nous parlions plus haut, on peut dire que c'est une équipe en transformation, en croissance dans sa maturité, qui continue collectivement de prendre en main son destin et de participer à la construction du destin commun du secteur ambulatoire social santé bruxellois.

Missions

MISSION D'ACCUEIL ET D'INFORMATION

Décret (extrait) : Le service actif en matière de toxicomanies exerce les missions d'accueil et d'information pour les usagers de drogues, leur famille et leur entourage [...]

La mission *accueil* est celle que tous les services doivent remplir, et pourtant l'institution ne dispose pas d'« accueillants » à proprement parler. Qui accueille-t-on au R.A.T. et comment ?

Le R.A.T. accueille les usagers de drogues licites ou illicites et leur entourage, personnel mais également professionnel.

Nous travaillons donc avec un **public cible spécifique, les intervenants de première ligne** et tout particulièrement les médecins généralistes, ainsi qu'un **public cible secondaire**, à savoir les usagers de drogues suivis au sein de la première ligne.

L'appui à la ligne 1, c'est recevoir les demandes d'information, d'orientation et/ou de soutien des intervenants psycho-médico-sociaux de première ligne dans une situation donnée avec un usager de drogues et/ou d'alcool.

Nous accueillons avant toute chose la demande, d'où qu'elle vienne. Le premier accueil se fait au moment de la première information/orientation vers une assistante sociale ou vers le psychologue, ou parfois vers une structure extérieure plus indiquée. Le R.A.T. reçoit toute personne demandeuse d'un rendez-vous ou d'un simple contact, qu'elle soit patiente, entourage personnel, ou professionnel social/santé.

Lorsque la démarche émane d'un travailleur (souvent de la première ligne social/santé), le R.A.T. peut mettre en place un partenariat formel ou informel avec lui autour de la situation qui pose question. L'objectif du Réseau n'étant pas à tout prix qu'on lui oriente des patients, mais bien de renforcer le lien qui existe peut-être déjà entre le patient et l'intervenant en soutenant ce dernier dans sa relation d'aide, ou en triangulant cette relation dans une situation qui peut se révéler complexe. Dans ce cas, les assistantes sociales du Réseau sont amenées à rencontrer et/ou suivre plus ou moins durablement le patient et à collaborer avec la première ligne sur un terme indéterminé.

C'est de cette manière également que procède le Réseau à l'égard des médecins généralistes qui, s'ils ne sont pas encore membres ou utilisateurs, cherchent en première intention à orienter le patient vers un médecin dit « spécialisé ». Le rôle du R.A.T. est alors d'essayer de maintenir le patient chez son médecin généraliste, en proposant à ce dernier un soutien dans cette prise en charge. Ce soutien se décline en plusieurs aspects : l'accompagnement du patient avec des retours et réflexions entre l'assistant social et le médecin au sujet de la situation, la formation à destination des médecins généralistes, la supervision, les soirées à thème scientifique, le colloque, etc.

L'accueil du patient au R.A.T.

Toujours sur rendez-vous, les patients peuvent rencontrer nos assistantes sociales dans l'une de nos trois antennes, à leur meilleure convenance. Là encore, pas de service « accueil » mais un travailleur social qui reçoit directement la personne pour un premier entretien. À la suite de cet entretien, l'assistant social et le demandeur décident de se revoir ou non. Les suivis au Réseau vont d'un entretien d'orientation jusqu'à un suivi au long cours qui peut durer une dizaine d'années.

MISSION D'ACCOMPAGNEMENT

Décret : Le service actif en matière de toxicomanies accompagne la demande des bénéficiaires et assure, en son sein, par un suivi individualisé, la guidance psychosociale et administrative en concertation avec les personnes et institutions concernées, notamment les acteurs socio-sanitaires, scolaires et socioculturels. Il peut ensuite orienter ou réorienter les bénéficiaires en fonction de leurs besoins vers des personnes ou institutions plus appropriées ;

Agrément : Le R.A.T. propose un suivi psychosocial aux patients et à leur entourage, ainsi qu'une guidance administrative. Il s'agit d'orienter le patient vers l'aide la plus accessible possible en collaborant et en soutenant le médecin traitant, et d'accompagner le patient dans l'élaboration de son projet personnel pour sortir du mode de vie lié à la drogue.

L'objet principal du R.A.T., sa mission de base, est de **contribuer au maximum à créer, maintenir, soutenir un accueil pour les problématiques de dépendances au sein de la première ligne de soins.**

Pour rappel, nos publics-cible principaux sont les médecins généralistes, et les intervenants psychomédico-sociaux de première ligne. Le public cible secondaire sont les usagers de drogues et d'alcool, ainsi que leur(s) entourage(s), en lien ou non avec les intervenants précités.

Le Réseau accompagne les médecins généralistes dans leur prise en charge d'UPDA. L'AS qui envoie le patient au médecin, ou qui reçoit le patient envoyé par le médecin, collabore autour de la situation pour une durée indéterminée. Cet accompagnement se décline sous différentes formes: outre le suivi psychosocial à court, moyen ou long terme du patient, le médecin trouve le soutien du RAT dans les groupes de supervisions, où il pourra déposer son questionnaire, et élaborer sa relation avec le patient en réfléchissant avec les autres médecins généralistes, le superviseur, et l'AS responsable du groupe (voir le projet spécifique p.15).

Les intervenants psychosociaux de première ligne qui entreprennent une démarche auprès du RAT considèrent souvent que leur travail est entravé par une problématique de consommation chez leurs usagers. Si la première demande est souvent l'orientation de ces derniers vers l'AS du RAT, on proposera plutôt un co-suivi avec l'intervenant déjà en place, avec le soutien du RAT sous plusieurs formes à nouveau: en plus des échanges cliniques, une proposition d'intégrer un groupe de supervision, et/ou de rejoindre un groupe de formation, ou plus largement quand il s'agit d'une équipe entière: module de formation et/ou une supervision à la carte.

Le R.A.T. répond à la demande des patients et de leur entourage, en leur proposant un suivi psychosocial et/ou une orientation médicale, et/ou une thérapie individuelle et/ou familiale, mais aussi une mise en lien avec leur environnement. L'intervenant du R.A.T. veille à respecter l'évolution du suivi et le maintien du lien avec l'institution et avec le réseau du patient.

Orienter et accompagner les patients des médecins généralistes nécessite de connaître chacun de ces médecins. Les connaître, c'est appréhender leur façon de travailler, d'envisager les problèmes de dépendances, connaître leurs limites, etc. Cet apprentissage est un long processus. Il est le fruit de longues années de travail et de collaboration où nous apprenons à nous connaître à travers les

MISSIONS

supervisions, les formations que nous donnons au R.A.T. et les échanges cliniques. Un travail sur mesure pour chaque médecin et donc pour chaque patient est rendu possible avec le temps. Ce travail se construit sur la stabilité des intervenants et des liens. Pouvoir orienter les patients en fonction de leurs besoins, de leurs possibilités, leurs personnalités et leurs demandes peut favoriser le tissage d'une relation. Accompagner les médecins peut prendre différentes formes et il est essentiel de comprendre laquelle est à déployer avec chacun d'eux. Rien n'est figé, tout évolue en fonction de chacun et des patients.

MISSION DE RÉINSERTION

Décret : Le service actif en matière de toxicomanies peut, en outre, exercer une ou des missions particulières suivantes :

La réinsertion

Le service actif en matière de toxicomanies effectue un travail d'encadrement nécessaire à la réinsertion sociale, familiale, scolaire et professionnelle des bénéficiaires. Il travaille en collaboration avec les personnes et institutions concernées, notamment les acteurs socio-sanitaires administratifs, scolaires et socioculturels et le monde du travail.

Agrément : Une fois le suivi médical mis en place, il devient possible pour le patient d'aborder, avec l'aide de son assistant social, les différents domaines de sa réinsertion. Les principaux domaines abordés sont l'endettement, le logement, la problématique judiciaire, la réinsertion familiale, la réinsertion professionnelle.

Dans les politiques sociales actuelles, la réinsertion, qu'elle soit administrative, scolaire, socioculturelle ou professionnelle, vise avant tout la recherche de la garantie d'un revenu.

Au Réseau, nous considérons qu'être inséré, c'est être en équilibre dans son environnement, avec son entourage, et dans sa tête. Nous utilisons la réinsertion dans la première ligne de soins comme premier tremplin pour le patient dans cette recherche de stabilité. La réinsertion vient en surcroît, comme, dit-on en psychanalyse, de la guérison...

D'un point de vue thérapeutique, la vision du Réseau concernant le sevrage des patients est celle de cette même recherche d'équilibre, qui permet à la personne de fonctionner, tant psychiquement qu'en société.

L'animation du réseau de médecins généralistes, les conventions de collaboration avec les maisons médicales, l'animation de formations à l'adresse des travailleurs psycho-médico-sociaux renforcent les outils dont dispose le R.A.T. pour exercer cette mission.

Chiffres concernant accueil, accompagnement et travail de réinsertion dans les trois antennes (ces chiffres concernent les usagers seulement, pas les intervenants soutenus)

En comptant l'ensemble des nouvelles demandes et patients aux long cours des trois antennes confondues nous avons accueilli suivi et/ou accompagné 119 bénéficiaires.

MISSION DE FORMATION

Décret : Le service actif en matière de toxicomanies assure la sensibilisation, la formation, la formation continuée ou la supervision d'intervenants confrontés ou susceptibles d'être confrontés aux problèmes rencontrés par les usagers de drogues.

Agrément : Les différents modules de formation permettent de créer des liens avec toutes sortes d'acteurs du terrain psycho-médico-social (médecins généralistes, pharmaciens, assistants sociaux, éducateurs, etc.) et entraînent un soutien à long terme. Le réseau offre à ses membres une formation continue sous forme de groupes de supervisions pluridisciplinaires. Les travailleurs sociaux y participent.

Toujours dans l'esprit du soutien à la première ligne, la formation tient une place primordiale au sein des objectifs du Réseau. Elle est le moyen de mettre en lien l'intervenant en formation, le bénéficiaire du service dans lequel exerce cet intervenant, et le Réseau. Elle permet donc par transition de mettre en contact l'utilisateur et le Réseau, par le biais du travailleur en formation.

Les formations qu'organise le R.A.T. s'appuient avant tout sur **l'expérience clinique** et les **connaissances pratiques** que les formateurs ont acquises au fil du temps en plus de leurs **formations personnelles**. Mais elles utilisent aussi celles, même débutantes, des participants. Par ailleurs, nous avons souvent recours à des intervenants extérieurs, praticiens de terrain ou chercheurs universitaires, dans le but d'alimenter la réflexion groupale, mais aussi de familiariser les participants à l'univers du terrain ou de la recherche, univers dans lesquels ils apprendront ainsi à puiser les connaissances et les contacts qui leur sont utiles par la suite.

Nous pensons que le savoir, acquis par l'expérience et la réflexion, ne peut se transmettre qu'activement, et qu'il ne s'acquiert vraiment que s'il rencontre un besoin et une efficacité concrète. C'est pourquoi nous ne proposons, au départ de nos modules, que des « plans généraux », et nous comptons sur les attentes des participants pour en déterminer les contenus particuliers.

La finalité de notre travail de formation reste l'insertion des personnes dépendantes aux produits « drogues » et alcool dans les dispositifs d'aides et de soins généralistes. Les intervenants psycho-médico-sociaux de première ligne, bien qu'ils rencontrent ces personnes dépendantes, continuent de croire que leur prise en charge relève d'une grande spécialisation et se déclarent souvent incompetents.

Module de sensibilisation

L'accueil et le suivi des usagers de drogues et d'alcool

Le travail de formation ne commence pas au jour 1 du module. Il débute à l'élaboration d'un programme qui permet aux participants d'aborder les produits, et plus généralement les consommations, sous des angles qui permettent réellement de tourner autour des multiples questions que se pose un intervenant d'un service de première ligne face à une personne qui consomme des drogues.

Point de trucs et astuces au sujet d'une « bonne posture », mais par contre, le module de sensibilisation permet au participant de se positionner avec la nouvelle richesse des points de vue qui lui auront été exposés au sujet des assuétudes, et surtout de la fonction qu'elles occupent dans la vie d'un bénéficiaire (en l'occurrence, une personne en projet de réinsertion au CPAS, ou dans une mission locale, ou encore quelqu'un qui vient de perdre son logement et se retrouve en maison d'accueil, etc.)

Ce module s'adresse aux travailleurs psycho-médico-sociaux de première ligne (CPAS, Maisons d'accueil, Maisons médicales, Maisons maternelles, etc.). Il est proposé en dix séances de trois heures chacune.

Le module 2017-2018 (flyer en annexe) s'est terminé. Deux de nos travailleurs en assurent l'animation. Il a touché 12 institutions et 14 participants. Six séances de 3 heures ont eu lieu les 25 janvier, 22 février, 29 mars, 19 avril, 17 mai et 14 juin.

Le module 2018-2019 a débuté. Les deux mêmes travailleurs en assurent l'animation. Il touche 6 institutions et 16 participants. Quatre séances de 3 heures ont eu lieu les 20 septembre, 18 octobre, 15 novembre et 20 décembre.

Dans le but de s'imprégner au maximum du modèle de formation spécifique au RAT, Saskia Barbier, nouvellement engagée au poste de psychologue, a participé à l'ensemble des matinées du Module Sensibilisation, ainsi qu'à deux groupes du module de formation conçu sur mesure pour les professionnels du CPAS de Saint Josse-ten-Noode.

Module de formation au cpas de saint-josse-ten-noode

Nous avons eu cette année une demande du CPAS de Saint-Josse, dont une travailleuse avait suivi le module de sensibilisation et en avait fait la promotion, pour former tout leur personnel à l'accueil des demandeurs souffrants d'addiction. Il s'agissait de former 48 personnes. Ce module s'insère pour nous dans la catégorie des modules "à la carte", destinés à répondre à des demandes spécifiques.

Méthodologie de la formation:

Les méthodes choisies sont des méthodes classiques de formation d'adulte. Dans ce cas-ci, nous nous appuyons au maximum sur les expériences vécues des participants, afin de coller au plus près de leurs besoins.

Devant les problématiques d'addictions, les travailleurs se sentent souvent démunis et freinés à maintenir leur niveau habituel de compétence. Les questions de l'engagement, de la responsabilité, de l'équilibre entre travail et vie privée, les problèmes de "co-dépendance", tout cela se révèle dans le quotidien, très complexe....

La formation tentera :

- avant tout de documenter les travailleurs pour les amener à prendre du recul sur leurs propres préconceptions de l'addiction, pour les familiariser avec les difficultés spécifiques de la rencontre avec ces publics (contexte historico légal, économique, culturel, modes de vies particuliers, impact de la consommation sur la santé, et sur les relations, etc...),

MISSIONS

- et ensuite de soutenir le développement des compétences relationnelles personnelles des travailleurs.

Les recours à des experts se font en fonction des thèmes de chaque demi-journée, au moins deux fois par processus, mais aussi en fonction des demandes des groupes. Dans ce cas un orateur est prévu pour la séance suivante.

Pour pouvoir construire une ambiance favorable au travail élaboratif, il faut des groupes stables et de petites tailles, où chacun se sent la possibilité de s'exprimer, et d'écouter. L'importance que les directions intermédiaires soient aussi présentes, en soutien aux équipes, et aussi en tant que direction, devra être pensée lors de la construction des groupes.

Chaque module (de 3h plus une pause d'1/2 heure) commence avec une petite introduction qui brosse le thème de travail et qui donne le plus d'informations utiles possible. L'exposé est toujours basé sur l'expérience clinique, et orienté de façon à susciter les associations des participants et à rappeler des situations qu'ils ont rencontrées. Ensuite, on travaille le plus possible sur la base de ces situations, en mettant au travail tous les participants. Il est très important que chacun puisse sentir qu'il n'est pas question de "juger" telle ou telle intervention, mais bien plutôt de comprendre ce qui la motive, surtout si elle paraît (a posteriori!) inadéquate, ou risquée, ou inefficace, ...

Modalités pratiques :

Nous formons 4 groupes de 12 personnes. Chaque groupe suivra un processus complet soit de 6 demi-jours, soit de 3 jours complets et un septième demi-jour aura lieu au moins six mois après la formation. La fonction de ce demi-jour "de rappel", est surtout de pouvoir mettre en mots ce qui a pu changer (ou pas...) dans le confort de travail après la formation, ce qui a été le plus utile, ce qui n'a pas été tout à fait bien intégré, etc.

Les demi-jours seront groupés par deux de manière à former trois jours, espacés de préférence d'environ une quinzaine de jours à 3 semaines.

La formation s'étalera sur le quatrième trimestre 2018 et le premier 2019.

Contenus:

Premier jour:

Module 1: "Développer et soutenir la capacité d'empathie et de support des travailleurs"

Éléments de compréhension plus globale (anthropologie, économie, histoire) des usages de produits. Une attention toute particulière sera donnée à la gestion des réactions de jugement personnelles de

MISSIONS

chacun (bien naturelles), afin de soutenir le maintien du contact et de la capacité d'empathie pour ces publics très fragilisés.

Module 2: "Au plus près de la compréhension"

Rencontres et éléments de psychologie en lien avec l'addiction. Manières d'aborder le sujet avec le bénéficiaire, comment maintenir le contact, comment permettre une parole plus authentique, qu'attendre de ces personnes afin de ne pas tomber soi-même dans le découragement et la dépression,...

Second jour:

Module 3: "Produits"

Produits, médicaments, effets, usages habituels, questions à poser pour le "dépistage". Découvertes récentes en biochimie et en neurosciences autour de l'addiction (un orateur extérieur vient présenter ce thème).

Module 4: "Modes de vie liés aux usages de drogues, et réduction des risques"

Les modes de vie liés à la drogue et à la précarité, avec les interventions de travailleurs de Modus Vivendi à propos de la réflexion sur la réduction des risques et sur la communication dans cet objectif.

Troisième jour:

Module 5: "Les ressources externes"

Tour d'horizon de l'offre de soin, réflexion autour des politiques de prévention, description du secteur de l'aide et du soin en matière d'assuétudes et des possibilités qu'il offre, mais surtout comment organiser un soutien au long cours pour des personnes qui resteront fragiles et sont complexes à réinsérer dans les circuits professionnels classiques.

Module 6: "Accompagner" au long cours, et ensuite bilan de la formation

L'addiction est une maladie chronique, et elle impose un accompagnement au long cours, avec de longues périodes où rien ne change. Comment "faire avec" tout en étant soi-même comme travailleur, confronté aux exigences des employeurs et aussi aux conditions de l'aide sociale.

Nous terminons par un long tour de table de bilan du module entier.

Formateurs:

Les formateurs du RAT qui sont avant tout des cliniciens, et sont au nombre de cinq, se sont nourris de cette expérience clinique, ils l'ont passée au crible du travail en groupe d'Intervision, des

différentes théories psychodynamiques, et d'un certain « bon sens » soutenu par une grande ouverture aux informations que nous apporte l'anthropologie et en particulier l'anthropologie des grandes villes.

Pour les exposés plus "pointus", nous avons recours aux médecins membres du RAT, et à des collègues experts au sein des associations et services avec lesquels nous collaborons.

Module MG à l'ULB en partenariat avec la MASS, le Projet Lama et le DMG de l'ULB

Pour la quatrième année consécutive maintenant, ce module destiné à sensibiliser les futurs généralistes et à les armer pour pouvoir à tout le moins recevoir correctement cette patientèle a eu lieu les samedis 13 janvier, 24 mars et 21 avril, par modules de 4h.

Comme les autres années les contenus sont choisis en partenariat avec le DMG et le Projet LAMA, et consistent spécifiquement en un rappel des produits et de leurs usages, une description précise du secteur Toxicomanie à Bruxelles, et une introduction visant à "casser" le regard de réprobation attaché à ce public, pour permettre une rencontre plus fluide entre ces derniers et les médecins. Une grande attention est attachée à la gestion de la relation qui avec ces patients est primordiale, et aussi à une meilleure compréhension des mécanismes qui mènent à l'usage et aux modes de vie des usagers. L'objectif de ces quelques heures n'est évidemment pas de faire des spécialistes, mais surtout d'introduire à une meilleure considération de ces publics, de sorte que les médecins aient envie de les prendre en charge eux-mêmes et moins de les référer au plus vite. Ce point de vue (qui est bien entendu la mission du RAT) n'est pas toujours facile à faire partager par les collègues du secteur spécialisé avec lesquels nous travaillons.

Un autre écueil dont nous parlions déjà est la demande de "trucs pratiques" de la part des médecins, pressés de se débarrasser de patients parfois compliqués et très demandeurs. Là aussi il faut éviter que la réponse ne soit l'envoi en centre spécialisé.... Et il faut revenir aux fondamentaux: l'addiction n'est pas une maladie mais plutôt une manière d'être au monde, et la parole est le seul moyen de connaissance et de rencontre. Pas de "trucs pratico-pratiques", ni d'algorithmes, donc.

Cette année environ 25 médecins ont suivi le module.

Module MG du RAT

Notre module MG se différencie bien naturellement du module fait en collaboration avec le DMG de l'ULB. Beaucoup plus axé sur la rencontre avec l'utilisateur et son accompagnement au long cours, beaucoup plus orienté psychothérapie de soutien, il est destiné à des médecins déjà convaincus de passer du temps à suivre des usagers de drogues et souvent déjà impliqués dans un ou plusieurs suivis. Le fait de travailler en groupe restreint permet aussi de se pencher de beaucoup plus près sur les difficultés propres à ce type de clinique. Cette année il y a eu 16 inscrits au module, qui a été suivi en

MISSIONS

moyenne par une douzaine de participants réguliers. Il a eu lieu les troisièmes lundis de chaque mois (2h) et dure une année.

Module d'approfondissement

Ce module est destiné aux travailleurs de première ligne qui ont déjà suivi notre module de sensibilisation et qui sont demandeurs d'un travail plus directement clinique, s'appuyant sur des présentations de cas issus de leurs pratiques et de leurs questionnements. C'est un module de 6 séances de 3h chacune, séances au cours desquelles nous travaillons ensemble en groupe le ou les cas qui sont apportés. Cette façon de travailler est source d'apprentissage car en effet, ces histoires sont issues de pratiques souvent très différentes, et la rencontre et le questionnement de cadres différents (maison d'accueil et d'hébergement, CPAS, animation de maison de jeunes, etc.) se révèlent souvent très enrichissants.

Cette année 8 travailleurs ont constitué le groupe de travail, les séances ont eu lieu le second vendredi de chaque mois.

Colloque, actes et collaboration avec le LAAP de l'UCL

Cette année le colloque a eu lieu les 26 et 27 janvier sur le thème de la pression à la consommation inhérente au système capitaliste libéral: "Consommez! vivre pour consommer, consommer pour (sur)vivre" (voir annexes).

"Dans une époque où l'injonction à consommer déborde et envahit la vie de nos contemporains et tous les canaux de communication de nos sociétés, une question semble s'imposer: cet impératif ne concerne-t-il pas certaines choses uniquement, seulement celles qui en étant consommées rapportent beaucoup d'argent à des personnes, des organisations ou des communautés déjà assez riches ou puissantes pour imposer leurs produits ou leurs marques?"

Mais cet acte indispensable, devenu presque identitaire, se transforme en action déconsidérée, voire réprouvée, dès qu'il s'agit de consommer soit des objets ou dispositifs majoritairement immatériels (religions, spiritualité, jeux en ligne, séries TV, etc.), jugés de moindre valeur aux mesures du capitalisme, soit des objets très rentables, mais en dehors de l'économie régulée par les institutions ou organisations légales (drogues...) et dès lors échappant en partie à la capacité d'emprise des acteurs dominants.

Pour sa septième édition, le Colloque RAT-LAAP ouvrira cette fois la discussion sur la contextualisation des consommations. Nous explorerons l'histoire de l'usage des psychotropes qui par exemple ont souvent permis d'amoraliser les armées, celle des jeux qui rendent dociles les peuples, celle de la vague libérale et du consumérisme qui y est intimement associée. Nous explorerons plus

particulièrement la notion d'« envie », considérée depuis la nuit des temps comme le sentiment le plus dangereux et dans nos sociétés christianisées comme si immorale, pourtant omniprésente comme moteur de l'économie marchande. Nous nous pencherons aussi sur la place des replis religieux dans l'économie psychique qui prévaut dans notre siècle.

Afin de quitter une fois pour toutes cette idée que l'addiction est une maladie qui se contracterait dans une enfance mal gérée ou qui s'installerait dans un psychisme défaillant, nous tenterons de comprendre par quels rouages les consommations en tous genres transforment notre regard, utilisent et contaminent nos affects."

Dans le cadre du colloque, Claire Remy a présenté un exposé sur le thème "Désir, envie, espoir, déception, les moteurs intimes du consumérisme".

Pour cette septième édition de notre colloque, comme pour les deux précédentes, nous avons voulu entrer plus en profondeur dans la réflexion et l'analyse des concepts de base qui fondent les piliers de l'idéologie et de la culture au sein de laquelle nous vivons et que nous reproduisons implicitement et inconsciemment, tant dans nos comportements que dans nos jugements.

L'objectif plus direct était cette fois de tenter de se "décoller" des préconceptions reçues et du jugement que chacun peut avoir sur la consommation, sans réaliser parfois que ce jugement est plus lié à l'image de l'objet de la consommation qu'au comportement destructeur de consommer....

La discussion a donc été ouverte sur la contextualisation des consommations. Nous avons le vendredi matin, évoqué les différentes méthodes de "calcul" du coût social de la consommation de drogues, l'évolution de la notion d'addiction versus consommation, et analysé l'histoire du commerce des drogues par les mafias italiennes et américaines. Le samedi, nous nous sommes penchés sur des sujets plus spécifiques, allant de la question "comment devient-on joueur"?, à l'évocation des pratiques commerciales autour de la nourriture "Halal", ainsi qu'autour des tests de dépistage commercialisés vers les milieux professionnels, et en terminant par une réflexion sur la place de ce sentiment universellement craint qu'est l'envie au sein même des rouages de la consommation capitaliste.

Les après-midi ont été consacrés à des tables rondes de discussion avec le public, qui était plus nombreux que l'édition précédente et se maintient autour de la soixantaine de personnes.

Le **lunch médecin** fut quant à lui consacré à un exposé par le Pr Pascal Semaille sur le thème du Chem sex, sous le titre: "Actualité médico sociologue chez les branchés, le Chem sex pour les nuls".

Le Lunch a été fort apprécié et la présence d'une vingtaine de médecins l'a confirmé.

Soirée à thème

C'est dans le projet de soutenir à la fois les connaissances cliniques des intervenants de première ligne et leur capacité de distanciation réflexive que nous avons imaginé d'organiser, avec une relative régularité, des rencontres informelles entre travailleurs psycho-médico-sociaux et un (ou plusieurs) «théoricien scientifique» qui amènerait son point de vue sur une question autour de laquelle il a travaillé.

Les soirées à thème, sous forme de conférence-débat, sont ouvertes à tout public mais plus particulièrement destinées aux travailleurs sociaux des autres institutions et à nos proches collaborateurs, médecins généralistes entre autres.

Nous en avons organisé une cette année : « *Le traitement des addictions avec les psychotropes : avantages, inconvénients et dangers* », avec le Dr Benoît GILLAIN (Psychiatre - Chef de service de la Clinique St Pierre d'Ottignies), le jeudi 19 avril 2018 (voir invitation en annexe). Cette soirée a rassemblé 11 médecins ainsi que l'équipe.

Participations à des formations extérieures

Le docteur Remy a cette année présenté :

- un exposé lors de notre colloque,
- une séance lors de la formation continuée en psychothérapie psychanalytique de l'ULB sur le thème des états limite (le 6 mars),
- un exposé à Montpellier dans le groupe méditerranéen de psychanalyse sur le thème du développement de la psychanalyse (le 17 mai).

Projet spécifique

Si le projet spécifique du RAT tel que décrit dans son agrément est bien l'**animation d'un réseau de médecins généralistes**, il ne faut pas oublier que sous cette petite phrase descriptive se cache une mission des plus complexes: au sein de la première ligne d'aide et de soin, construire les conditions, maintenir, soutenir, promouvoir l'ouverture et la qualité de l'accueil des usagers problématiques de drogues et d'alcool. C'est une mission complexe, qui demande une bonne connaissance du terrain, et aussi une connaissance fine du travail et des conditions de travail des intervenants de première ligne. C'est cette expertise que le RAT a acquise tant par son origine propre (fondé par des MG) que par les bientôt trente années de travail auprès des travailleurs de première ligne au sein de l'ambulatorio "social santé", et tout particulièrement des maisons d'accueil et des CPAS.

Nous avons souvent défini notre objectif comme la construction/participation à la "ligne 1.5" d'appui à la première ligne, spécifiquement axée autour d'une population accueillie, celle des "UPDA". Mais le contenu de l'appui à prévoir pour que les MG soient en mesure d'accueillir en toute simplicité les usagers de drogues, le travail à mettre en place, va de la mise à disposition de personnes qui peuvent répondre aux demandes et rencontrer les patients et les attentes des médecins, à la formation de base tant des médecins que des travailleurs sociaux, en passant par la remise en question des préjugés de toute une société... c'est dire qu'il y a du travail.

Pour continuer de mener à bien cette mission, il nous paraît absolument nécessaire de créer des liens intimes et solides avec les organes de représentation de ces différents secteurs, au point même parfois d'y "disparaître" en tant qu'institution au profit d'un travail de co-construction et d'un partage d'idées.

SUPERVISIONS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Les groupes de supervision de médecins connaissent fréquemment des mouvements d'allers et venues, avec ou sans retours, en fonction des aléas personnels et professionnels de chacun de leurs membres.

En juin 2017, suite au constat de la réduction en nombre de participants de deux groupes, nous avons décidé, avec leur accord, de les fusionner pour une durée indéterminée en fonction des mouvements qui surviendraient à la suite de cette « restructuration ».

Nous avons donc poursuivi les séances en 2018 avec Claire Leider, et nous avons été rejoints par Saskia Barbier, engagée au RAT en septembre et participante dans tous les groupes de supervision.

PROJET SPECIFIQUE

Une partie des médecins de l'antenne Est a quitté le groupe durant cette année. Les raisons invoquées ont été diverses, mais aucune ne semble avoir été directement liée à la fusion des groupes. Le groupe s'est réuni en 2018 les 23/1, 27/2, 27/3, 24/4, 22/5, 19/6, 25/9, 23/10, 27/11, et 18/12.

Le groupe de supervision de l'antenne Midi s'est réuni les 2 février, 9 mars, 20 avril, 25 mai, 15 juin, 21 septembre, 19 octobre, 16 novembre et 14 décembre.

Le groupe a poursuivi son travail autour de l'approche systémique avec le même superviseur, Nicolas Sarkissiane. Le groupe est resté stable. La psychologue du RAT l'a rejoint au mois de septembre afin d'aller à la rencontre du travail clinique de nos médecins. Ce groupe est donc composé de 2 psychologues, d'1 assistante sociale et de 7 médecins.

La psychologue a participé aux deux groupes de supervision. Celui du groupe Est et Sud-Ouest, qui ont fusionné l'année passée et qui était animé par Claire Leider, ainsi qu'aux supervisions de l'antenne Midi supervisées par Nicolas Sarkissiane.

Nouvellement engagée au RAT, sa participation aux deux groupes de supervision était vraiment importante. D'une part, pour faire connaissance avec les médecins et comprendre leurs spécificités et leur manière de travailler via le déploiement de cas cliniques. Et d'autre part, pour appréhender de manière concrète les particularités du travail en réseau réalisé par le RAT.

PARTICIPATION À LA COMMISSION SANTÉ MENTALE DE LA FAMGB

Dans le cadre de notre convention de partenariat avec la FAMGB (voir annexe), le Dr Remy y est responsable de la Commission Assuétudes qui (entre-autres) élabore en principe la réflexion de la FAMGB et donc la position des MG par rapport à la problématique de l'addiction. Depuis les trois années de notre partenariat, il a été décidé que cette commission travaillerait de façon groupée avec la Commission Santé Mentale. En effet, en ce moment particulier de réorganisation des soins en santé mentale, il semble bien que ces deux problématiques, bien que cliniquement et socialement différentes, se présentent du point de vue de l'appui nécessaire pour le MG de façon suffisamment semblable que pour que nous y pensions ensemble.

La collaboration a été fructueuse puisque la Commission a pu publier deux opuscules qui ont fait l'objet d'un très grand intérêt. En 2018 est paru le « Livre Noir de la santé mentale » qui recense tous les problèmes rencontrés par les MG dans leur pratique. Il sera suivi en 2019 du Livre blanc qui décrira les conditions d'un bon soutien à la pratique des MG.

Dans le cadre de notre projet spécifique, cet accord de partenariat avec la FAMGB (et le RMLb) est un acquis immense dans la mesure où il fortifie notre crédibilité et garantit en quelque sorte notre solidité en terme de ressource clinique pour les MG.

PROJET SPECIFIQUE

RAT DU RAT

La préparation du déménagement (entre-autres) ayant beaucoup mobilisé l'équipe il y eut seulement deux éditions de nos Recherches et Articles Trimestriels du RAT cette année, une en Janvier et l'autre en Avril.

COORDINATION TOXICOMANIE ANDERLECHT

Au niveau de la commune d'Anderlecht, le RAT anime une coordination structurée entre des intervenants spécialisés et généralistes. Elle réunit des intervenants psycho-médico-sociaux actifs sur le terrain : le Projet Lama, le Centre de Santé Mentale, le CPAS, le SCAT, la Maison Médicale Horizons, des médecins généralistes du RAT.

L'objectif de la Coordination est d'améliorer la prise en charge des usagers de drogues à Anderlecht et de soutenir le travail de chacun. Elle permet de développer des collaborations adaptées à chaque patient. Elle améliore la connaissance des uns et des autres et permet des synergies propices à une prise en charge plus globale des usagers de drogues.

Chacun des services participants est engagé différemment dans son travail par rapport aux usagers de drogues.

Chacun s'appuie donc sur la Coordination en fonction de ses besoins.

Se connaître, c'est découvrir les spécificités du travail des uns et des autres et du coup améliorer les modes de collaboration entre les intervenants. Les relations tissées entre nous au fil du temps facilitent notre travail. La confiance établie, chacun connaît sa place et ses possibilités de travail autour du patient. Celui-ci peut donc être au centre du suivi et le travail peut se construire.

Ce tissage de lien se fait à travers nos réunions. Celles-ci nous permettent également de nous ouvrir sur ce qui se passe autour de nous. Le travail avec nos patients nous demande de ne pas rester centrés uniquement sur nous. Centres de jour, hôpitaux, services de première ligne, la commune d'Anderlecht est une commune active. Nous tentons de développer des liens avec le maximum d'intervenants que peuvent rencontrer nos patients dans leur parcours. Chacun dans son travail a ses propres collaborations. Pouvoir les partager aux autres permet d'ouvrir le travail de tous.

Le rôle du RAT dans cette Coordination, outre de soutenir techniquement les réunions, est de faire en sorte que le tissage de lien entre chacun puisse se réaliser. Tout un travail se fait en dehors des réunions : rencontres individuelles, mails communs, mises en lien, travail en commun, mouvements politiques dans le secteur et dans la commune, ... Permettre aux intervenants de faire du lien entre eux implique que le RAT soit lui-même engagé envers chacun.

Le groupe est coordonné par une travailleuse du RAT et un médecin membre. Afin de préparer les rencontres, celles-ci se sont réunies les 23 mars et 31 septembre.

La coordination s'est réunie une fois cette année : 5 octobre.

Rencontre avec le SCAT : 14 août.

Rencontre avec le Dr Guy Masson : 30 novembre.

PROJET SPECIFIQUE

LE COMITÉ CONSULTATIF

Après avoir enfin posé un cadre de travail clair et constitué un groupe de médecins engagés et disponibles, le comité a pu se lancer dans un travail mobilisant et ardu autour du projet de collaboration avec FEDASIL. Il s'est composé de Lou Richelle, Charlotte Pignon, Guillaume Lefebvre, Vincent Huberland, Michel Roland, Koen Vanherf, Céline Ledu, Roland Reygarts (invité).

GROUPE 2

La rencontre des maisons médicales s'est poursuivie. La maison 1040 a rejoint nos troupes. La convention est donc signée et plusieurs travailleurs de la maison médicale vont rejoindre un de nos groupes de supervision à la rentrée prochaine. Nous avons également rencontré la MM Cassiopé le 28/8 ainsi que la MM Perspective Santé le 23/11.

Organisation interne

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Cette année il y a eu deux AG :

- La première le 6 février 2018, s'est penchée sur la concrétisation de deux projets du RAT.

Le premier était le projet FEDASIL dont nous parlerons plus loin à la rubrique divers, mais dont on peut déjà dire ici qu'il a fortement engagé l'institution dans une réflexion qui a touché les fondamentaux.

Le second point était plus directement lié au fonctionnement interne du RAT et consistait en la mise en œuvre d'une "décision" qui remonte déjà à deux ans et qui a pris le temps d'être largement élaborée en groupe (le *groupe 1* de nos précédents bilans), à savoir la constitution d'un Comité Consultatif, dont l'objet est de représenter le mieux possible les questionnements, positions et avis des MG membres de l'AG autour du travail mené par l'équipe et des projets du réseau. L'idée est que l'équipe du RAT reste en contact avec la médecine générale (entre-autres sur des questions de fond, politiques et éthiques), et qu'il y ait une interaction bilatérale entre MG et équipe du RAT, par exemple à propos des thèmes de nos soirées, des diverses apparitions publiques du réseau, des contenus de notre RAT du RAT, etc. Au cours de l'année ce comité consultatif a été très actif, tout particulièrement dans le cadre du projet FEDASIL (voir plus loin).

- AG statutaire du 23 juin 2018.

Au cours de laquelle nous avons admis 4 nouveaux membres en personnes physiques et deux nouvelles maisons médicales.

Nous avons bien entendu aussi débattu largement des questions financières afin de peu à peu consolider la trésorerie du RAT et lui permettre une meilleure viabilité financière, quoique nous puissions constater que la situation s'améliore doucement avec trois bilans positifs consécutifs et la prise de nombreuses mesures permettant de limiter l'impact de la dette.

Nous avons par ailleurs élu un nouveau CA composé cette fois des Dr Michel Roland et Maytham Abdul Latif, qui ont été réélus, et du Dr Lou Richelle, nouvelle arrivée.

RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

La perspective du départ de la direction se précise et se rapproche, puisque le docteur Claire Remy a choisi de partir au cours de l'année 2019. De nombreuses questions, tant de fonctionnement que de précision et de transmission, sont à penser et à organiser. D'autre part, la recherche d'un(e) candidat(e) remplaçant doit être mise en place.

ORGANISATION INTERNE

Le CA s'est donc réuni plus régulièrement (les 26/1, 28/2, 29/03, 11/06, 6/07, 24/09, 18/12). Par ailleurs de nombreuses réunions avec l'un ou l'autre membre du CA ont eu lieu à propos du projet FEDASIL (voir plus loin) et des difficultés institutionnelles que celui-ci rencontrait.

Le CA a aussi eu à s'occuper du licenciement d'un travailleur (psychologue) et de son remplacement.

RENCONTRES CA-ÉQUIPE

Comme les autres années, le CA veille à rencontrer régulièrement les membres de l'équipe, tant par la participation d'un délégué de l'équipe (aux cotés de la direction) lors des réunions de CA (à l'exception des matières concernant les RH), que par l'organisation de rencontres CA-Equipe au cours desquelles sont discutés de nombreux points qui concernent le projet institutionnel. Cette année, dans la mesure où le départ de la direction se précise, c'est un travail commun autour de l'écriture d'un plan stratégique pour le RAT qui a été mis en place avec pour objectif d'être longuement discuté, afin que toute l'équipe puisse se réapproprier le projet commun au moment de l'arrivée de la nouvelle direction.

RÉUNIONS D'ÉQUIPE

1. CT

La réunion hebdomadaire, appelée Comité Technique, a lieu tous les mardis de 14 à 16 h et réunit tous les membres de l'équipe pour les tâches organisationnelles du service. C'est là que nous rencontrons les autorités (inspection CoCoF, DEQ, ...) et les éventuels partenaires avec lesquels nous pouvons nouer des liens (DUNE, Plateforme pour la santé mentale, Réseau ABC, asbl Tiers, etc.). Nous y mettons aussi en forme les projets du service et que nous contrôlons leur état d'avancement.

2. Clinique

Cette réunion a lieu un jeudi sur deux de 13h30 à 15h. Nous y échangeons à propos des questions cliniques qui habitent nos pratiques, et autour des patients. En fin d'année, cette réunion avait aussi pour objet spécifique de permettre l'intégration du nouveau psychologue dans la vision clinique du R.A.T.

3. Projets

Un jeudi sur deux, en alternance avec la réunion clinique. Nous y travaillons à la construction précise des projets plus spécifiques que nous mettons en chantier. C'est là que s'élaborent par exemple les réflexions spécifiques autour de la DEQ, ou les questions de recherche autour du travail clinique, des formations, du choix des thèmes pour nos soirées, etc.

Il est à noter que, nouvellement engagée au sein de l'équipe, la psychologue a participé à un maximum des réunions CT, projets et cliniques. En effet, comprendre l'articulation des diverses tâches et missions de l'asbl est primordial pour intégrer au mieux la fonction.

FORMATION DES TRAVAILLEURS

- En septembre, Alexandra Al Haffar s'est engagée dans la poursuite d'un Master 120 en Ingénierie et actions sociales à Louvain-la-Neuve.

“Le Master en Ingénierie et action sociales entend travailler l'ingénierie au service de l'action sociale. Les notions de progrès et d'innovation figurent au cœur des objectifs de cette formation. Résolument à contre-courant d'une vision utilitariste et instrumentale de l'action sociale, elle parie sur un profil de futurs diplômés acteurs du changement et de l'évolution des pratiques sociales et institutionnelles. L'enjeu est donc double : il concerne les pratiques professionnelles mais aussi institutionnelles. La formation prépare à de nouvelles figures de l'action sociale et à de nouvelles fonctions.” (www.mias-lln-namur.be)

Par ailleurs, elle a poursuivi les séances de supervision individuelle avec Marie-France Dispaux qui ont eu lieu les 18/1, 8/2, 20/2, 8/3, 20/3, 17/4, 3/5, 15/5, 31/5, et 12/6.

- Frédérique Cox a suivi sa supervision individuelle avec Mr Lorenzo Julian au rythme de deux séances par mois. De plus elle a participé aux événements suivants:

12 et 13/3 : « Ce qui fait et défait l'être humain », par la Ligue Francophone pour la Santé Mentale et la Coordination Exil et Santé Mentale.

18/9 : « Quand le regard trouve l'écran », par Hélène Blondeau, ARPP.

12/10 : « Clinique transférentielle des assuétudes adolescentes : une passion vide » par le Réseau Dépendance Bruxelles Est.

16/10 : « Voulez-vous jouer avec nous? De l'usage du Dixit dans nos différentes pratiques cliniques », par **Catherine Diricq** et **Natacha Cogan**, ARPP.

10/11 : « Mondes numériques, écritures et psychanalyses », troisième Colloque International de la Revue Belge de Psychanalyse.

3/12 : « Choisir la proximité comme cadre d'accompagnement : des chemins à explorer ensemble », à l'occasion des 30 ans de la Trace.

- Saskia Barbier est inscrite à l'ULB dans le but de l'obtention du Certificat Interuniversitaire en cliniques psychothérapeutiques - Orientation Psychanalyse :

« Clinique psychanalytique de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent

ORGANISATION INTERNE

L'une des principales spécificités de cette formation est son ancrage direct dans les pratiques en institution et son ouverture à la rencontre et au débat, non seulement entre les différents courants qui traversent l'approche psychanalytique, mais également avec d'autres disciplines impliquées dans les problématiques de santé mentale (le droit, la sociologie, la philosophie, les neurosciences, etc.).

Dans cette optique, se centrant directement sur la pratique, les enseignements proposés tout au long de la formation permettront une discussion critique des concepts et des outils élaborés dans les différentes orientations qui se sont développées au sein même de la psychanalyse. Cette formation se veut donc, dans son ensemble, essentiellement pratique, s'appuyant sur la clinique, sur l'expérience professionnelle des formateurs et sur l'expérience professionnelle ou de stage des participants (en tenant compte de la diversité des lieux de pratique, des contextes et des problématiques rencontrées), dans un processus de réflexion et d'élaboration critique des outils permettant de s'orienter dans l'accompagnement thérapeutique. Elle explore aussi bien la clinique de l'adulte que la pratique avec les enfants et les adolescents.

Par ailleurs, afin de répondre aux exigences de formation continue des professionnels de terrain, l'orientation psychanalytique propose aussi un ensemble de séminaires de formation ouverts aux praticiens de terrain indépendamment du cycle de 4 ans, ainsi qu'aux étudiants des autres orientations. »

Les nombreux séminaires et les supervisions auxquels elle participe dans le cadre de sa formation de type 3ème cycle, alimentent et enrichissent sa pratique clinique au sein du RAT.

- Marie-Claire Troisgros a suivi la formation de l'UCM sur Appipay le 12/12
- Bryce Vandystadt a réalisé un Executive Master en Ressources Humaines à l'ICHEC

MOUVEMENTS DES TRAVAILLEURS

2018 fut une année mouvementée : départ de deux travailleurs (psychologue et administratif), arrivée de nouveaux, remplacement pour permettre des projets,... Ci-dessous le texte de présentation de notre nouvelle psychologue.

Petit Rat de...

Il y a un peu plus de dix ans, au terme de mes études de psychologies à l'Université Catholique de Louvain, je suis partie travailler dans un orphelinat au Nicaragua. Lorsque j'ai été confrontée au regard des enfants, les yeux imprégnés de colle sniffée et les poches remplies de drogue à vendre, j'ai repensé à cette phrase du Professeur Lekeuche : « *La drogue est une prothèse* ».

ORGANISATION INTERNE

Mais à quel moment cette prothèse envahit-elle tout un être au point de se substituer à lui ? N'est-ce pas le cas de cette mère nicaraguayenne qui m'a dit qu'elle ne viendrait plus visiter sa fille à l'orphelinat parce que, je cite, « *Si avant, je me droguais pour vivre, aujourd'hui, je vis pour me droguer* » ?

Nous cherchons à être totalement libres et autonomes, mais n'est-ce pas impossible ? Ne sommes-nous pas tous dépendant de quelque chose, de quelqu'un ? Nous aspirons à trouver le moyen d'être rassurés, blottis au chaud dans une bulle imperméable à nos angoisses, à nos peurs et aux parts sombres de nous-mêmes.

Parfois, cette dépendance sert à s'abriter des autres, des contraintes sociales et des moules dans lesquelles l'on tente // nous tentons de nous fondre. Quand j'étais éducatrice en maison d'accueil, je me suis questionnée sur la place que les hébergés prenaient, les uns par rapport aux autres. Les résidents avec des problèmes de consommation d'alcool se présentaient comme les *bons*, en opposition aux *toxicos*, les *mauvais* résidents ; ceux qui ne sont pas fiables, ceux qui inquiètent, ceux qui sont responsables de leur propre sort et qu'il faut ramener à la lumière. Que justifie cette distinction ? L'éthique ? La culture ? La légalité du produit ? Ou est-ce en raison de l'acceptation sociale de l'alcool qui permet au plus grand nombre de s'y retrouver ? Mais alors, comment intégrer, dans cette *summa diviso*, les résidents dépendants aux médicaments que je distribuais en quantité astronomique matin midi et soir ? Et comment, dès lors, créer un lien de confiance avec les patients alors que leurs consommations devaient être tues comme condition *sine qua non* d'hébergement ?

Toutes ces questions, j'ai pu les approfondir en devenant responsable de projet et ensuite coordinatrice de l'asbl Modus Vivendi. J'ai investigué et élargi ma vision des notions d'interdit, de plaisir lié à la consommation, de risques, de plaisir lié aux risques...Tout en apprenant beaucoup sur les compositions des produits psychotropes. Mais surtout, j'ai appris qu'un usage de drogues ou d'alcool ne peut se penser qu'en fonction de l'individualité du consommateur et nécessairement à la lumière de son contexte social, culturel et politique.

Et ce constat a induit une nouvelle série de questions, qui me taraudent encore aujourd'hui : Comment penser la toxicomanie au regard du consumérisme, des exigences inhumaines de rapidité et de performances insignifiantes ? Quelle est le rôle des dépendances dans un monde où les valeurs capitalistes se sont imposées et dans une époque qui ne définit plus le projet de vie à suivre ? Quelle signification à la consommation abusive de produits psychotropes, de jeux vidéo, de réseaux sociaux dans une ère où il faut déployer toutes ses forces pour trouver un sens autour duquel nous construire et construire notre rapport au monde ?

C'est pourquoi, plutôt que d'aborder la problématique du patient en fonction du produit, ou en le réduisant au repérage d'un type de structure psychique, j'envisage plutôt un travail clinique, au cas par cas, laissant la place au temps, à l'émergence de la parole du patient, à son désir, à la reconstruction de sa particularité. Donner de l'espace à la complexité humaine et à ses paradoxes. Cette approche, j'ai pu la mettre en place et l'approfondir lorsque j'étais psychologue pour l'asbl Source, tout en apprenant à me positionner par rapport à l'urgence qui, de nos jours, nous est imposée de toutes parts.

ORGANISATION INTERNE

Freud sépare la psyché en trois composantes destinées à illustrer la complexité et la division des motivations de l'homme : le principe de réalité, le principe d'interdiction et le principe de plaisir. Il faut du temps, de la continuité, de la confiance pour faire un travail d'accompagnement psycho-médico-social de qualité.

Le travail de réseau m'a ouvert les portes d'une vision multiple. La coordination du réseau WaB (Wallonie - Bruxelles) m'a fait découvrir les pratiques de différents services avec leurs spécificités propres et leur manière de travailler distinctes, me permettant dès lors d'aborder les questions liées au secret professionnel, au travail d'équipe et de pluridisciplinarité.

Parce que, en définitive, il faut aller au-delà des missions présumées de certaines fonctions pour se mobiliser ensemble autour d'une personne. Il faut apprendre à distinguer, dans les subtilités des relations patients - professionnels, ce qui se partage et ce qui est de l'ordre de l'intime.

Rat du divan, pour le troisième cycle de formation en cliniques psychanalytiques à l'Université Libre de Bruxelles ;

Rat des champs, pour l'espace laissé au paradoxe et à la complexité de l'être ;

Rat des villes, pour le questionnement social et sociétal ;

Rat de laboratoire, pour l'étude approfondie des produits psychotropes ;

Rat de bibliothèque, pour la formation continue et la recherche permanente ;

Rat d'égout, pour refléter les parts sombres de nous-mêmes ;

Rat d'opéra, pour les années de danse classique et pour ne jamais oublier la lumière ;

Psychologue du Rat, pour lier le tout.

Par Saskia Barbier

INSERTION DANS LA VIE COLLECTIVE ET SCIENTIFIQUE

Insertion dans la vie collective et scientifique

FEDITO-FEIAT

Claire Remy poursuit activement d'assumer la représentation du RAT tant au sein du CA de la FEDITO que de la FEIAT.

APÉRORÉSEAUX

Les apéroréseaux sont organisés chaque fois dans un service actif en matière de toxicomanies pour et entre professionnels avec l'aide de notre fédération, la FEDITO. Ils permettent de s'informer dans un cadre convivial sur les activités du service accueillant et offrent la possibilité aux travailleurs de se rencontrer et d'échanger sur leurs pratiques. Durant ces rencontres, l'association présente ses activités et répond aux questions des invités. La soirée se clôture autour d'un verre. Le RAT a accueilli le secteur le jeudi 14 juin. Une dizaine de personnes et l'équipe étaient présentes à ce moment d'échanges.

ASSOSS

Le 6 mars s'est tenue l'assemblée générale constitutive d'ASSOSS asbl. Elle se compose au départ de 29 personnes physiques, toutes issues du secteur associatif social-santé, Bryce Vandystadt en fait partie. Cinq comités de projet vont se former lors de cette première AG, autour de thèmes sur lesquels nous allions axer nos efforts : l'informatique, l'immobilier, le RGPD, la gestion des ressources humaines, la gouvernance. Bryce a intégré celui sur la GRH, qui s'est réuni les 17/4, 4/7, 18/9, 20/11 et 18/12, et a présidé celui sur la gouvernance, qui s'est réuni les 18/4, 9/5 et 26/9.

Bilan DEQ

Thème

Le choix du thème de la DEQ en cours avait été quelque peu difficile au sein de notre équipe, le changement d'objectif demandant toujours un peu de souplesse à chacun.

A la lecture des thèmes proposés, il a nous avait semblé que celui qui s'adaptera le mieux aux questions qui nous préoccupent en ce moment, en lien justement avec le bilan de nouveaux partenariats que nous avons construits, est celui du travail en réseau. Il se pose pour nous, d'une manière différente de ce à quoi on peut s'attendre au sein d'autres structures, puisque nous sommes en quelque sorte "un réseau à nous tout seuls", et que notre fonction est bien justement de "créer du réseau" au sein et autour des structures avec lesquelles nous collaborons. Il s'agit donc pour nous non pas d'un "plus" à ajouter aux missions habituelles du service, mais bien d'une mission à part entière, même si le dernier décret nous a retiré officiellement la mission de liaison.

Depuis toujours l'identité et l'offre que propose le RAT est "d'accompagner et soutenir au quotidien la prise en charge des usagers de drogues illégales et/ou d'alcool, hors du réseau spécialisé, au sein même de la première ligne d'accueil et de soins (médecins généralistes, maisons médicales, maisons d'accueil et d'hébergement, services d'aide sociale, etc)".

De ceci il découle tout naturellement que la caractéristique de l'offre du RAT, est qu'elle ne s'adresse (sauf exceptions) au patient, que s'il fait le choix de demander un traitement à un/son médecin généraliste, au sein de la médecine de première ligne, et dès lors, elle pourra être qualifiée d'offre "à la carte", en fonction du cheminement, et des besoins du moment de chaque patient et de chaque intervenant, mais aussi et par les temps qui courent de limitation dans le temps de toutes sortes d'offre d'accompagnement en tous sens, ceci est d'une importance capitale ; il s'agit d'une offre qui s'inscrit dans la durée.

Notre offre, dans sa diversité, est celle de petits artisans, qui travaillent "sur commande", à la demande, et s'inscrit dans la durée, sur le modèle de la médecine de famille.

Mais pour pouvoir proposer cela il nous faut construire le réseau de soutien dont la première ligne a besoin pour aborder sereinement le travail avec les usagers de drogues. Le travail en réseau ne s'improvise pas, et ne se construit pas "par le haut", imposé de l'extérieur comme on veut nous le faire croire et agir. Il émerge des besoins rencontrés par chaque entité instituée, et de ses recherches de partenaires pour échanger et se compléter. Ceci demande de sa part une acceptation souvent difficile, celle de sa propre incomplétude.

Au plan théorique, les différents débats et lectures menées autour de la redéfinition nécessaire de l'organisation des soins, nous a amené à ce qu'aujourd'hui les notions de "lignes de soins" nous sont apparues bien mieux définies et de manière bien plus organisée.

- bas seuil, qui va chercher les patients sur leur lieu de vie, appelée 0.5
- première ligne traditionnelle, formée des MG, maisons médicales etc... ligne 1
- la ligne 1.5, qui est constituée de toutes les structures d'appui à la première ligne, issues et en lien avec la seconde ligne spécialisée.

Qu'elles effectuent directement du travail clinique en lien avec le MG et le soutiennent via ce partage clinique (RAT, Soins palliatifs...), qu'elles soutiennent directement le seul praticien sans partage clinique direct (RMLb, SMES, ...) ou qu'elles servent avant tout de soutien au patient (Réseau Hépatite C...), toutes ces structures ambulatoires ont en commun qu'elles créent du lien au quotidien, et du lien solide construit pour traverser une vie entière. Du lien à la fois entre les intervenants qui partagent dès lors des pratiques et des connaissances réciproques, mais aussi du lien avec les patients, lien qui s'inscrit dans la durée, et qui permet au médecin de partager le "transfert" et donc d'améliorer le soutien à apporter à des patients particulièrement difficiles. En effet, nous l'aurons remarqué, on parle ici de patients en fin de vie (soins palliatifs), de patients gravement malades (hépatite C), ou de patients particulièrement difficiles et questionnants (UPDA). Toutes les voies proposées par ces équipes visent le partage du poids et l'amélioration de la compétence tant scientifique qu'affective des praticiens.

Ces structures sont issues et restent en lien avec la seconde ligne (ligne 2, spécialisée) mais n'interviennent qu'en lien avec des praticiens de première ligne. La position du RAT "mi-chèvre mi-chou", s'inscrit dans le secteur spécialisé "addictions", mais intervenant avant tout-pour maintenir l'accueil des UPDA en première ligne en est un exemple type.

Personne de contact

Docteur Claire Remy, responsable du service (remy.claire@gmail.com)

Objectifs du Projet

"Un réseau est une entité bien vivante, multiple et diverse comme la vie et qui comme elle, obéit aux lois de la sélection naturelle et risque l'élimination si, fond de dentelle à mailles géométriques, volatile par excellence, il ne se montre pas capable au quotidien de (re)tisser chaque jour de nouveaux liens. L'objectif est bien de ne pas laisser s'échapper les acquis sans se figer, ne pas devenir un "circuit", un ensemble de tuyauteries figées assurant l'écoulement d'un fluide, et dont l'efficacité est emportée par lui".

Nous écrivions cette phrase il y a longtemps dans un avant-propos de bilan pour définir l'objectif du RAT en termes de construction de réseau, nous n'avons pas changé.... C'est ce type de réseau là que nous souhaitons continuer à construire, et qui nous paraît un réel soutien à la première ligne.

Dans un cadre de pénurie médicale organisée, l'avenir impose que la "ligne 1.5" se développe au maximum, si on veut que se maintienne un niveau qualitatif suffisant dans les soins aux plus fragiles d'entre nous. Notre projet est d'en faire résolument partie, et même de contribuer à sa "conception".

Le travail en réseau ne s'impose pas via des injonctions, plus ou moins mal financées... Il se construit via le travail quotidien et les rencontres interpersonnelles.

Pour notre part, le travail que nous souhaitons développer et évaluer au cours de cette DEQ, concerne avant tout

- la recherche de nouvelles collaborations (en particulier avec les maisons médicales avec lesquelles nous avons déjà commencé à penser un travail de partenariat plus développé). Notre bilan de cette année est que deux nouvelles maisons médicales ont rejoint le RAT et que le travail de débat préalable à l'adhésion est en cours avec trois autres.

- la construction "à la carte" avec ces nouveaux partenaires du réseau, centrés avant tout sur chaque usager, et sur les besoins spécifiques du partenaire

- une réflexion sur l'accueil, l'orientation et l'accompagnement des demandes d'aide qui soit plus en lien avec le fonctionnement psychique des demandeurs: il ne s'agit pas de "répondre" à la demande telle quelle, par une solution qui à moyen terme, enferme, mais d'accompagner une évolution. Celle-ci implique souvent le passage d'un dispositif de soin à l'autre. Comment penser et accompagner ce passage? Un projet qui se met en place avec Modus Fiesta pourrait voir le jour, autour de la réinsertion des publics en difficultés de Modus Fiesta, lesquels ne se considèrent pas comme "toxicomanes" et donc ne souhaitent pas fréquenter les dispositifs spécialisés, mais par ailleurs ne connaissent pas de médecin généraliste et les considèrent souvent comme incompetents...

Comment aussi penser l'accueil, lorsque dans la salle d'attente tous les publics se côtoient? Cette question est souvent à l'ordre du jour dans le travail des "modules d'approfondissement" de nos formations, qui se composent souvent d'accueillant(e)s de maisons médicales et qui doivent gérer la diversité au sein même de la salle d'attente.

Ceci augure de partenariats plus organisés et plus stables. En effet nous rencontrons, en particulier dans le travail que nous menons en partenariat avec la FAMGB, les effets déjà dévastateurs

de la pénurie médicale organisée depuis un long moment déjà et en particulier la pénurie grave de médecins généralistes et de psychiatres.

Activités témoignant d'une dynamique collective au sein du service

C'est bien entendu le service tout entier qui réfléchit à la construction du réseau et à la recherche de partenaires. La construction qui est en cours demande à chacun d'avoir à l'esprit l'objectif au sein de toutes les interactions qu'il met en place. Et la réflexion est à chaque fois menée en équipe lorsqu'une opportunité apparaît.

Les effets de la DEQ sur la gestion du service

Comme dit précédemment, il nous semble évident que la démarche DEQ convient à notre service, et qu'elle soutient une forme de réflexivité sur le travail effectué, donc une forme d'évaluation qui est un « plus » indéniable. Jusqu'ici les DEQ se sont parfaitement inscrites au sein des projets du service et n'ont pas nécessité d'investissement particulier qui soit vécu sur un mode de « lourdeur ». Elles se sont révélées plutôt un soutien intéressant et productif, permettant de cadrer et surtout de réfléchir un bilan sur plusieurs années, ce qui pourrait manquer aux habituels bilans annuels.

Plus spécifiquement, cette DEQ-ci est en lien direct avec ce qu'on peut appeler le "core business" du service, et répond à ses anxiétés en termes de fragilité institutionnelle, ce qui mobilise l'équipe entière. La présence nouvelle de personnes morales que sont les MM au sein de l'AG, donne un autre poids aux débats et aux rencontres, comme une forme de "maturité" puisque les débats sont ramenés vers les équipes des MM où ils auront un écho.

Divers

FEDASIL

Nous décrivions l'année dernière avec enthousiasme le projet de collaboration que nous avons obtenu auprès de FEDASIL. En effet, l'idée de faire lien entre la première ligne et les réfugiés, et ainsi de travailler de notre manière à l'intégration des personnes déplacées nous paraissait un projet difficile mais particulièrement enthousiasmant. Trois missions constituent notre convention et nous prévoyons pour ce faire trois volets de travail, soit:

“1. d'organiser une rencontre rapide (dans un délai de 24h) avec un médecin habilité à Bruxelles afin de mettre au point un traitement de soutien qui permettra au demandeur d'arriver au centre d'accueil qui lui sera désigné dans un état de confort suffisant pour effectuer la procédure d'accueil.

2. d'organiser la formation et le soutien des équipes des centres à l'accueil et à la gestion des difficultés liées au fait qu'un demandeur serait usager de drogue.

3. de contribuer localement avec les équipes à tisser un réseau avec des médecins ou des structures (maisons médicales/réseaux locaux) qui peuvent accueillir le patient et assurer son suivi dans la continuité de la prestation effectuée au départ par le premier médecin accueillant.”

Hélas la réussite n'a pas été au rendez-vous. Très rapidement nous avons réalisé que les attentes réelles de FEDASIL n'étaient pas du tout celles qui nous avaient été annoncées, et en fonction desquelles nous avions bâti le projet. Il s'est avéré rapidement que le projet d'intégration que nous avons proposé ne répondait pas aux attentes de "traitement-minute"(de plus, largement hors des prescrits légaux et déontologiques minimaux) qui étaient celles de la direction de FEDASIL, et que les projets de formations et d'espaces de supervisions que nous avons pensés pour les équipes ne faisaient pas partie de la conception managériale de FEDASIL. En parallèle des visites de centres, nous rencontrons à plusieurs reprises le dispatching et nous lançons dans l'accueil des patients chez nos médecins généralistes. Nous ne recevons que des patients géorgiens. Des questions se soulèvent autour de cette spécificité de terrain. Rapidement nous nous apercevons que nous ne sommes plus dans une continuité des soins mais dans des dépannages d'urgences et avec quelques doutes, et quelques craintes surtout, quand à l'usage fait de nos prescriptions.

Il va donc en découler de grandes questions éthiques et médicales.

Pour poursuivre ce volet de la mission, le Comité Consultatif va se réunir plusieurs fois et réfléchir à cet accueil et comment le mettre en place à moindre risque. De là naîtra le Protocole (annexe).

Après moult réunions et discussions entre nous et avec les équipes de FEDASIL, pourtant elles-mêmes plutôt preneuses de nos propositions, après rencontres entre notre CA et la direction de FEDASIL, il a été mis fin à la convention avec la promesse que ce serait sans pertes financières pour notre service. Ceci est encore à vérifier, dans la mesure où le jour où ces lignes sont écrites la totalité des frais que nous avons engagés n'est pas encore complètement remboursée par FEDASIL.

Ce projet s'est révélé très chronophage, et pas moins de 10 réunions de deux à trois heures (sans compter les consultations chez l'avocat) ont été nécessaires pour boucler proprement cette convention.

SUPPORT DON'T PUNISH

Cette action internationale s'est tenue cette année le 23 juin au Kiosque du Parc Royal, avec le soutien de plus de trente associations du secteur (dont le RAT).

MODUS

En cette année 2018, nous avons reçu une demande de l'équipe du projet Modus Fiesta de pouvoir réfléchir avec eux à propos de la partie de leur public (jobistes et public de lieux festifs plus largement) qui serait en demande de suivi psycho-médico-social en première ligne, afin d'éventuellement mettre en place une collaboration sous forme de convention.

En effet, selon les dires des professionnels, ces consommateurs ne se retrouvent pas parmi les usagers des services spécialisés du secteur, et demeurent alors sans autre soutien institutionnel que celui de Modus et de leurs pairs dans une logique de R.d.R, avec ses limites en termes d'accompagnement individuel.

Profitant d'un travail de recherche exploratoire effectué dans le cadre d'une reprise d'études d'un travailleur du RAT, une assistante sociale a eu l'opportunité de passer du temps dans les permanences de Modus Fiesta au contact des usagers, et de tenter de décrypter la pertinence d'un partenariat entre les deux ASBL.

L'équipe du RAT a consacré de nombreuses réunions-projet à l'élaboration clinique autour de la recherche et de ce qu'elle pouvait proposer à l'équipe de Modus Fiesta en termes d'accompagnement de son public, mais également de collaboration en amont aux niveaux des professionnels et des jobistes.

Ce travail de recherche ainsi que l'élaboration en équipe se poursuivront durant la moitié de l'année 2019.

TIRE TON PLANT ASBL

Suite à notre colloque international autour de l'injonction à consommer omniprésente dans notre société, nous nous sommes penchés sur la question d'actualité qu'est la légalisation (ou du moins la dépénalisation) du chanvre récréatif. Ainsi, si la prohibition a démontré son inefficacité, ses dérives et ses conséquences néfastes, une « libéra(lisa)tion » totale de ce produit, qui le mettrait sur le marché aux côtés du tabac et de l'alcool, n'est pas souhaitable non plus. C'est par le biais de l'un de nos travailleurs que nous avons découvert qu'il existe une initiative d'alternative, œuvrant comme asbl, sous la forme d'un Club Social du Chanvre (CSC). Nous avons alors fait la rencontre de Tire Ton Plant asbl, un CSC bruxellois auquel nous apportons désormais notre soutien officiel.

Annexes

Flyer du Module de Sensibilisation 2017-2018.....	p.34
Programme du Colloque international 2018.....	p.35
Flyer Soirée à thème.....	p.37
Convention FAMGB-RAT.....	p.38
Protocole (Projet FEDASIL-RAT).....	p.40

FLYER DU MODULE DE SENSIBILISATION 2017-2018

MODULE DE SENSIBILISATION 2017-2018

L'accueil et le suivi des usagers de drogues et d'alcool

À qui s'adresse la formation ?

Intervenants sociaux de première ligne, C.P.A.S., Institutions d'accueil et d'hébergement, Services ambulatoires ou à domicile, Maisons médicales, A.M.O., etc.

La dépendance aux drogues est un problème que les intervenants de première ligne rencontrent fréquemment. Chacun peut avoir des idées sur les usagers de ces produits. Ces idées, souvent préconçues ou erronées, alimentent des controverses, influencent le travail avec ces personnes et rendent leur abord parfois difficile.

Quels sont les objectifs du module ?

Informers les participants sur les propriétés et les effets des drogues, y compris l'alcool et les médicaments.
Les doter d'outils pour élaborer des réponses aux multiples questions qu'ils se posent.
Favoriser une meilleure connaissance de la question des assuétudes en général.
Ouvrir à une meilleure compréhension du phénomène et des consommateurs.

Formateurs

Alexandra Al Haffar et Frédérique Cox, assistantes sociales et coordinatrices au Réseau d'Aide aux Toxicomanes. En plus des formatrices principales, des personnes ressources (médecins membres du Réseau, praticiens et experts choisis pour leurs compétences dans le domaine) seront invitées.

Contenu

- Les assuétudes et leurs aspects psychologiques, familiaux, sociaux et relationnels
- Les produits (alcool, médicaments, drogues illicites) et leurs effets
- Les modalités d'intervention, des traitements médicaux et psychologiques
- Les aspects légaux, sociaux et culturels de l'usage des produits "drogues"

Infos pratiques

DATES

21 sept. '17, 19 oct. '17, 16 nov. '17, 14 déc. '17, 18 janv. '18, 22 févr. '18, 22 mars '18, 19 avr. '18, 17 mai '18, 14 juin '18

HORAIRE

Le jeudi de 9h30 à 12h30

LIEU

R.A.T., 17 rue de la Victoire
1060 Bruxelles

TARIFS

150 €/participant

INSCRIPTIONS

par mail à ratformation@gmail.com
Attention, le nombre de places est limité

AMA  Francophonies 

PROGRAMME DU COLLOQUE INTERNATIONAL 2018

RAT.
Réseau d'Aide
aux Toxicomanes ASBL

laap
Laboratoire
de Recherche en
Addictologie et en
Psychiatrie

COLLOQUE INTERNATIONAL

Entre ombre & lumière : les addictions.
DROGUES, RELIGIONS, MONDES VIRTUELS

CONSOMMEZ !

VIVRE POUR CONSOMMER,
CONSOMMER POUR (SUR)VIVRE

26 et 27 janvier 2018
49 rue Emile Claus, 1050 Bxl
Maison de la SBP

rat.laap.lydie@gmail.com | www.rat-asbl.be
uclouvain.be/fr/instituts-recherche/la-cachos/laap
f/reseau.d.aid.ea.u.toxicomanes

Cet acte indispensable qu'est la consommation se transforme en action déconsidérée, voire réprouvée, dès qu'il s'agit de consommer des objets ou dispositifs majoritairement immatériels (religions, spiritualité, jeux en ligne, série TV, etc.), jugés de moindre valeur aux mesures du capitalisme ; ou des objets très rentables, mais en dehors de l'économie régulée par les institutions ou organisations légales (drogues), échappant en partie à la capacité d'emprise des acteurs dominants.

Pour sa 7^e édition, le Colloque RAT-LAAP ouvrira la discussion sur la contextualisation des consommations. Nous explorerons l'histoire de l'usage des psychotropes, des jeux, celle de la vague libérale et du consumérisme qui y est intimement associée. Nous explorerons la notion d'envie, considérée depuis la nuit des temps comme le sentiment le plus dangereux et immoral, pourtant omniprésente comme moteur de l'économie marchande.

Afin de quitter une fois pour toutes cette idée que l'addiction est une maladie qui s'installerait dans un psychisme défaillant, nous tenterons de comprendre par quels rouages les consommations en tous genres transforment notre regard, utilisent et contaminent nos affects.

F3 FÉDÉRATION
UNIVERSITAIRE
SOCIÉTALE

fnrs
LA LIBERTÉ DE LA RECHERCHE

Psychopharmas
Psychopharmas

UCL
Université
catholique
de Louvain

PROGRAMME

VENDREDI 26 JANVIER

9h-16h30

Vivre pour consommer

*Réguler dans une économie dérégulée:
le paradoxe de la consommation du plaisir*

9H00 | Accueil

MATINEE |

Alessandro STELLA

Historien, CNRS, EHESS (FR)

*Consommations de psychotropes
et addictions : assez de confusions !***Pierre KOPP**

Économiste, Univ. Paris 1 (FR)

*Coût social des drogues
et politiques publiques***Gluseppe MUTI**

Géographe, Univ. de Cassino (IT)

*Du Parrain à Gomorra: réseaux
mondiaux et réseaux locaux dans les
représentations du rapport entre drogue
et mafias italiennes.*

12H30 | Repas

Lunch médecins: exposé-débat
avec **Pascal SEMAILLE***Actualité médico sociologique chez les
«branchés»: le Chem sex pour les nuls*

APRÈS-MIDI | Table ronde

avec **des intervenants de terrain***(Projet LAMA, SPF Santé, Maison de
quartier Forest, etc.)*

16H30 | Fin de la journée

RENSEIGNEMENTS
& INSCRIPTION

Tél.: 02/534.87.41

Mail: rat.laap.lydle@gmail.com

Site Internet: www.rat-asbl.be

L'inscription est confirmée par le paiement!

SAMEDI 27 JANVIER

9h-16h30

Consommer pour (sur)vivre

*Exemples pratiques d'interactions entre
nécessité économique & usage de drogue*

9H00 | Accueil

MATINEE |

Vincent BERRY

Sociologue, Univ. Paris 13 (FR)

*Sociologie des pratiques
vidéoludiques: comment
devient-on joueur?***Florence BERGEAUD-
BLACKLER**

Anthropologue, CNRS, IREMAM (FR)

*Réflexions sur le Hatal
comme espace normatif***Renaud CRESPIN**

Sociologue, CNRS, SciencesPo (FR)

*Faire le problème pour mieux
l'ignorer? Retour sur la carrière
transatlantique d'une solution
technique: le dépistage des
drogues au travail.***+ Orateur à préciser, Psy***Désir, envie, espoir, déception,
les moteurs intimes du
consommérisme*

12H45 | Repas

APRÈS-MIDI | Ateliers

16H00 | Fin de la journée

P . A . F . (REPAS ET PAUSES INCLUS)

100 € / 2 jours – 60 € / jour

Étudiants, sans emploi: 50 € / 2 j. – 30 € / j.

Lunch médecins: 10 €

à verser sur le compte du R.A.T.:

BE82 0682 2135 8168 avec la communication:

Colloque Addictions 2018 + votre nom

Accréditation demandée (Éthique & Économie)

ANNEXES

FLYER SOIREE A THEME

**Le traitement des addictions avec les *psychotropes*:
AVANTAGES, INCONVÉNIENTS et DANGERS**

Accréditation demandée

QUAND?
19 Avril 2018
à 20h30

OÙ?
17 rue de la victoire
1060 Saint-Gilles

Conférence interactive
Questions/Réponses

Sandwiches & boissons offerts

Dr Benoît GILLAIN
Psychiatre - Chef de service
Clinique St Pierre d'Ottignies

P.A.F. : 10€/participant,
à verser sur le compte **BE82 0682 2135 8168**
avec la communication:
Soirée RAT 19-04-2018 + Votre Nom

Tél. : 02/534.87.41
E-mail : rat.secretariat@gmail.com

! Le paiement valide l'inscription !

RAT.
Francophonies

CONVENTION FAMGB-RAT



FAMGB ASBL

Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles
Avenue Léon Tombu, 4 - 1200 Bruxelles

Téléphone : 02/379.03.33

Fax : 02/374.08.27

Courriel : famgb@famgb.be

Site : www.famgb.be

Convention FAMGB-RAT

1. La Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles (FAMGB asbl), ayant son siège social à 1200 Bruxelles, Avenue Léon Tombu, 4, propose une convention de collaboration avec Le Réseau d'Aide aux Toxicomanes (LE RAT asbl), ayant son siège social à 1060 Bruxelles, Rue de la Victoire, 17.
2. La convention de collaboration est conclue pour une durée d'un an à compter de la signature de la présente convention, renouvelable par tacite reconduction pour des périodes successives d'un an, sauf s'il y a dénonciation d'une des parties au moins trois mois avant l'expiration de la convention.
3. Cette collaboration portera sur les problématiques d'assuétudes et de santé mentale :
 - 2.1 **En ce qui concerne les assuétudes :**
 - a. La FAMGB délègue au RAT la représentation des médecins généralistes de Bruxelles auprès des autorités. Par autorités, on entend les pouvoirs communaux, régionaux ou fédéraux.
 - b. La FAMGB délègue aussi sa représentation auprès des hôpitaux, universités, syndicats, autorités ordinales, et autres partenaires sollicitant la participation du Cercle.
 - c. Quand l'une ou l'autre partie le jugera nécessaire, les représentations se feront de manière commune, en présence d'un représentant du Cercle.
 - d. Le RAT s'engage à prendre en compte toute demande émanant de généraliste du territoire bruxellois. Si le problème est sensible, le RAT se référera à la FAMGB, qui décidera de la suite à donner.
 - e. Le RAT s'engage à faire des rapports des réunions et des actions qu'il engagera au nom de la FAMGB. Il communiquera ces documents au Cercle dans le mois suivant la date de la réunion.
 - 2.2 **En ce qui concerne la santé mentale :**

La FAMGB demandera au RAT le même type de collaboration que pour les assuétudes mais de manière subsidiaire, c'est-à-dire à propos de dossier pour lesquels la Commission de la Santé Mentale de la FAMGB a besoin d'aide ou qu'elle ne peut suivre par elle-même.
4. La FAMGB s'engage à honorer cette collaboration par un honoraire de mission sous forme d'un forfait bisannuel d'un montant de 1000 euros. Il est révisable annuellement. Ce forfait sera versé automatiquement au compte n° du RAT asbl.

5. En outre, un jeton de présence sera octroyé à l'expert délégué par le RAT pour toute réunion à laquelle il participe au nom de la FAMGB, moyennant les conditions suivantes :
 - 5.1. Etre porteur d'un mandat ou d'une mission de représentativité de la FAMGB. Les réunions entre un tiers et une association locale menées dans un but local ne sont pas couvertes par un jeton de présence.
 - 5.2. Sont exclus de JP tout participant invité à l'initiative du RAT, en ce compris les membres des associations elles-mêmes membres de la FAMGB, qui se recommandent de celle-ci sans avoir été mandatés expressément par elle.
 - 5.3. En cas de défaut de compte rendu de la réunion concernée, le jeton de présence ne sera pas accordé.
 - 5.4. Toute demande de JP doit rentrer à la FAMGB à l'aide du formulaire mis à disposition par la FAMGB.
 - 5.5. Chaque réunion doit faire l'objet d'un formulaire séparé.
 - 5.6. Un JP est attribué par réunion d'une durée inférieure à trois heures consécutives. Un double JP est accordé pour les réunions atteignant trois heures de durée et plus.
 - 5.7. Il appartient au bénéficiaire de vérifier l'exactitude de ses coordonnées bancaires (numéro de compte, nom de société) communiquées à la FAMGB et de signaler toute modification sur le formulaire mis à sa disposition. Les fiches fiscales ne pourront être modifiées une fois établies.
 - 5.8. Les JP doivent être rentrés à la FAMGB avant la fin du mois de janvier suivant l'année concernée. Ils sont proposés au paiement dans le courant du trimestre suivant. Les JP rentrés après la date d'échéance fixée sont rejetés. Les cas particuliers font systématiquement l'objet d'une délibération au C.A.
 - 5.9. Les jetons de présence constituent un revenu imposé et font l'objet d'une attestation fiscale établie par la FAMGB au nom du bénéficiaire.
 - 5.10. Le montant du jeton est fixé par l'A.G. de la FAMGB. Pour 2016, il est de 125 €.
6. La FAMGB propose une place d'invité à son Comité de Concertation sans droit de vote; toutefois sa participation n'est requise que si un point à l'ordre du jour l'impose. De son côté, Le RAT peut, si nécessaire, proposer l'inscription d'un point à l'ordre du jour du CC.
7. La FAMGB souhaite associer le RAT au travail du SISD-Bruxelles et du RML-B quand cela sera utile.

Fait à Bruxelles, le 26.1.16

Pour la FAMGB asbl,
Dr. Michel De Volder,
Président.


FAMGB ASBL
FED. ASSOC. MED. GEN. BXL
LEON TOMBU, 4
1200 BRUXELLES
02/379.03.33

Pour le RAT asbl,
Dr. Claire Remy,
Présidente.

PROTOCOLE (PROJET FEDASIL-RAT)

**Protocole d'aide à la prescription
rédigé par le comité consultatif du R.A.T.
dans le cadre du
Projet R.A.T asbl – Fedasil 2018**

Dr Guillaume Lefebvre
Dr Charlotte Pignon
Dr Lou Richelle



Table des matières	
1. Introduction	Page 3
2. Exemple de dossier médical axé dépendance	Page 3
3. Testing urinaire	Page 4
4. Traitements médicamenteux de la dépendance aux opiacés	Page 6
4.1. Méthadone	Page 6
4.1.1. Rappels théoriques	Page 6
4.1.2. Protocole de traitement par méthadone dans le cadre du projet	Page 8
4.2. Buprénorphine Haut Dosage BHD seule (Subutex®) ou en association (Suboxone®)	Page 10
4.2.1. Rappels théoriques concernant la BHD seule (Subutex®)	Page 10
4.2.2. Rappels théoriques concernant la BHD en association (Suboxone®)	Page 11
4.2.3. Protocole de traitement par (Subutex®) dans le cadre du projet Rat-Fedasil	Page 12
4.2.4. Protocole de traitement par (Suboxone®) dans le cadre du projet Rat-Fedasil	Page 14
5. Mésusage des benzodiazépines	Page 16
5.1. Rappels théoriques	Page 16
5.2. Effets cliniques et dose équivalente de Diazépam 10 mg DED _{1h}	Page 18
5.3. Protocole de traitement par Diazépam dans le cadre du projet Rat-Fedasil	Page 19
6. Mésusage des neuroleptiques	Page 21
7. Mésusage des antiépileptiques	Page 21
...	

1. INTRODUCTION

Le présent protocole a été rédigé par des membres du Comité Consultatif du Rat asbl afin d'aider ou de faciliter le travail des médecins recevant les patients dans le cadre du projet Rat-Fedasil initié début 2018. Il a été articulé pour répondre aux questions adressées par les médecins ayant reçus les premiers patients inclus dans le projet.

Ces questions concernaient principalement le volet pharmaceutique de la prise en charge : c'est la raison pour laquelle nous nous focalisons sur cet aspect seulement. Les aspects relationnels, psychologiques, sociaux et sanitaires (notamment les aspects de réductions des risques) ne sont pas abordés bien qu'ils soient primordiaux.

Ce protocole ne se veut pas exhaustif et n'est pas à suivre au pied de la lettre : la réflexion clinique prime. Toute situation clinique est singulière et doit être évaluée en tant que telle. Nous espérons néanmoins que ce protocole servira d'outil ; de pense-bête ; de rappel. Pour toute question ou réflexion sur son contenu, merci de contacter le Comité Consultatif du Rat et plus précisément les auteurs : comiteconsultatif-rat@googlegroups.com.

2. EXEMPLE DE DOSSIER MEDICAL AXE DEPENDANCE

NB : Bien rappeler au patient que nous sommes soumis et tenus au secret médical et que nous communiquerons à Fedasil uniquement les informations dans leur intérêt.

NOM	PRENOM	DATE de NAISSANCE
Nationalité	Date arrivée en Belgique	Langues (maternelle et autres)

Antécédents (y compris date et pays)			
Médicaux : Cardio-respiratoire ! Gastro-hépatique ! Dermatologique !	Chirurgicaux	Gynéco-Obstétricaux	Psychiatriques

Antécédents familiaux				
Médicaux	Chirurgicaux	Gynéco-Obstétricaux	Psychiatriques	Addictologiques

Antécédents addictologies (y compris tabac, alcool, cannabis)							
Substance(s)	Pays	Mode de consommation	Date début	Date arrêt + raisons	Date sevrage + raisons succès/échecs	Date + type traitement + raisons succès/échec	Effets secondaires éventuels

Traitements en cours	Allergies
Date et résultat dernier dépistage HIV – HBV- HCV – IST – TB	
Date vaccination Tétanos – HAV – HBV – Autres	

Trajet migratoire					
Pays traversés	Demande d'asile déposée ? Où ? Réponse ?	Objectif migratoire / projets	Violences subies sur le trajet	Statut des consommateurs dans pays origine	Appartenance communauté persécutée dans pays origine

Anamnèse familiale
Antécédents judiciaires / carcéraux

Examen physique (être attentif à : pupilles, état hépatique, état cutané : lésions d'injection (abcès, ulcères), signes de violence, signes de TV et/ou d'insuffisance veineuse ?, signes de fracture,...). Faire ECG si risque d'allongement du QT !
Diagnostics

Plan de prise en charge (bien noter les informations mentionnées sur l'ordonnance)
Schéma prescription traitement :

	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7
méthadone							
...							
...							

3. TESTING URINAIRE

Dans le cadre du projet et face à la difficulté voire l'impossibilité de se référer à un dossier médical antérieur, nous recommandons l'utilisation de tests urinaires rapides qui aideront à la réflexion clinique autour des traitements à délivrer et nous permettront de nous protéger au niveau médico-légal. Contactez le R.A.T si vous ne possédez pas de tels tests à votre cabinet, l'asbl pourra vous en fournir.

Testing urinaire
Explicatifs en fonction du test choisi

Traitements en cours	Allergies
Date et résultat dernier dépistage HIV – HBV- HCV – IST – TB	
Date vaccination Tétanos – HAV – HBV – Autres	

Trajet migratoire					
Pays traversés	Demande d'asile déposée ? Où ? Réponse ?	Objectif migratoire / projets	Violences subies sur le trajet	Statut des consommateurs dans pays origine	Appartenance communauté persécutée dans pays origine

Anamnèse familiale
Antécédents judiciaires / carcéraux

Examen physique (être attentif à : pupilles, état hépatique, état cutané : lésions d'injection (abcès, ulcères), signes de violence, signes de TV et/ou d'insuffisance veineuse ?, signes de fracture,...). Faire ECG si risque d'allongement du QT !
Diagnostics

Plan de prise en charge (bien noter les informations mentionnées sur l'ordonnance)
Schéma prescription traitement :

	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7
méthadone							
...							
...							

3. TESTING URINAIRE

Dans le cadre du projet et face à la difficulté voire l'impossibilité de se référer à un dossier médical antérieur, nous recommandons l'utilisation de tests urinaires rapides qui aideront à la réflexion clinique autour des traitements à délivrer et nous permettront de nous protéger au niveau médico-légal. Contactez le R.A.T si vous ne possédez pas de tels tests à votre cabinet, l'asbl pourra vous en fournir.

Testing urinaire
Explicatifs en fonction du test choisi

Pharmacocinétique :

- Temps de demi-vie ($T_{1/2}$) de 12 à 48 heures chez un usager habitué ($>< T_{1/2}$ héroïne = 3 à 6 heures)
- Bonne absorption orale : pic plasmatique après 2h30 en sirop, 3h en gélules
- Liposoluble et liées aux protéines plasmatiques (donc variable selon la masse grasseuse et l'état inflammatoire du patient)
- Pour une même dose absorbée, les concentrations plasmatiques sont très variables d'un individu à l'autre. Suivre la méthadonémie n'est pas recommandée en pratique, c'est la clinique qui guide les ajustements de dosages.

Métabolisme, accumulation et élimination :

- Métabolisme hépatique : cytochrome P450 via l'enzyme CYP 3A4 surtout
- Élimination biliaire et urinaire : précaution chez patient avec clearance de la créatine abaissée
- Clearance systémique lente : de 22 à 52h → prise une fois par jour
- Métabolisme et élimination très variables (« métaboliseurs » lents ou rapides) de 5h à 60h
- Accumulation : la dose quotidienne est absorbée alors que la dose résiduelle n'est pas encore éliminée. Equilibre (ou stabilité sérique) après 5 à 6 jours.
- Symptômes de manque 2 à 3 jours après la dernière prise. Attention à la grande variabilité !

Indications : Pour le présent projet, nous ne retenons que l'indication de substitution dans le cadre d'une **dépendance avérée aux opiacés** avec demande d'aide et volonté de prise d'un traitement de substitution

Contre-indications / précautions :

- Contre-indication absolue : personne non dépendante aux opiacés, dite « naïve » pour laquelle le risque léthal est présent
- Insuffisance respiratoire sévère
- La polyconsommation et la polydépendance ne sont pas des contre-indications : tenir compte des interactions et suivre la clinique
- L'insuffisance hépatique n'est pas une contre-indication : assurer le contrôle biologique adéquat et adapter les doses en fonction de la clinique et non des enzymes hépatiques
- L'insuffisance rénale n'est pas une contre-indication : assurer le contrôle biologique adéquat et adapter les doses en fonction de la clinique et non de la clearance ou du GRF
- La grossesse et l'allaitement ne sont pas des contre-indications
- (Précaution lors de la conduite et l'utilisation de machines)

La dose létale est variable selon les auteurs allant de 1 mg à 4 mg/ kg !

Interactions médicamenteuses : Médicaments et substances agissant sur le CYP 3A4 (P450) ; au niveau respiratoire, rénal ou hépatique ; allongeant l'espace QT ; autres opiacés

Effets secondaires :

- **Overdose par arrêt respiratoire** : le risque d'overdose est maximal à l'initiation du traitement ou à sa reprise si le traitement a été interrompu et en cas de polyconsommation. Chez une personne « naïve » et a fortiori chez les enfants, la dose létale est faible (risque au-delà de 30 mg).

- Dépendance (physique et psychique) et sevrage
- Allongement de l'espace QT si haut dosage (ECG requis si le patient présente d'autres facteurs de risques pour un allongement QT ou pour des torsades de pointe et si dosage supérieur à 100mg)
- Autres effets et ES des opiacés en général : antalgique (effet diminuant avec le temps) ; diminution du péristaltisme et constipation ; sudation ; intolérance à la chaleur ; influence sur la qualité du sommeil variable (cauchemars, agitation, réveil : prise matinale conseillée / effets anxiolytiques et hypnotiques : prise vespérale conseillée) ; hypotension orthostatique, troubles endocriniens : hypogonadisme hypogonadotrophique, insuffisance surrénalienne, hyperglycémie
- Des troubles de la libido, érectiles et de la fertilité peuvent être présents mais les TSO normalisent habituellement le système neuro-endocrinien (par exemple l'aménorrhée secondaire à la prise d'héroïne se résout généralement au cours du traitement)

4.1.2. Protocole de traitement par méthadone dans le cadre du projet Rat-Fedasil

Induction :

- L'induction débute par une dose relativement faible dit dosage de sécurité. Le patient doit être vu presque chaque jour afin d'évaluer cliniquement sa réponse et le cas échéant moduler le dosage.
- Il n'existe pas de table permettant de convertir la dose d'opiacés « de rue » en dose exacte de méthadone.

1ere consultation :

Protocole d'initiation du traitement par méthadone pour un patient sans traitement préalable ou si interruption de traitement de plus de 10 jours

1. Anamnèse fouillée, examen physique et constitution du dossier* médical
2. Préciser la dernière consommation : date, heure, produit, mode de consommation, quantité, effets ressentis, heure d'apparition des symptômes de manque, type de symptômes
3. Présomption clinique corroborant une dépendance aux opiacés → testing* urinaire
4. Testing concordant → décision d'initier un TSO → choix* de la molécule → méthadone
5. Initiation du traitement par une dose entre 20 et 30 mg
6. Explication du dosage de sécurité et négociation avec le patient sont primordiales
7. Ordonnance* pour 1 jour de traitement à réévaluer le lendemain
8. Prise de contact avec le pharmacien qui délivrera la méthadone et avec le personnel du centre d'accueil où séjourne le patient
9. Remise au patient d'un compte-rendu de consultation où la posologie est indiquée ainsi que la prescription datée
10. Revoir le patient dans les 24 heures

NB : si le patient était sous méthadone à plus haute dose mais que son traitement a été interrompu pendant plus de 10 jours, il convient de repartir d'une dose de sécurité (voir partie pharmacocinétique).

* Explications détaillées ci-avant ou plus loin

1ere consultation :

Protocole pour continuation d'un traitement par méthadone préalablement instauré ou si interruption de moins de 10 jours ou demande de prescription d'emblée supérieure à 30mg

1. Anamnèse fouillée, examen physique et constitution du dossier* médical
2. Préciser la dernière consommation : date, heure, produit, mode de consommation, quantité, effets ressentis, heure d'apparition des symptômes de manque, type de symptômes
3. Présomption clinique corroborant une dépendance aux opiacés → testing* urinaire → testing concordant
4. Confirmation de l'ancien traitement : par dossier médical, contact avec un médecin, un pharmacien, un autre soignant
5. Si interruption de moins de 10 jours ET selon appréciation clinique : prescription possible d'une dose entre 30 et 80 mg à réévaluer le lendemain (CAS EXCEPTIONNEL)
- 5.a Si demande de prescription est d'emblée supérieure à 30 mg, commencer par 30 mg pour démarrer à un dosage de sécurité
6. Prise de contact avec le pharmacien qui délivrera la méthadone et avec le personnel du centre d'accueil où séjourne le patient
7. Remise au patient d'un compte-rendu de consultation où la posologie est indiquée ainsi que la prescription datée
8. Revoir le patient dans les 24 heures

NB : dans le cadre du projet, il sera compliqué de confirmer un ancien dosage. Le médecin sera probablement seul pour prendre la décision de suivre le patient dans sa demande de dosage supérieur au dosage de sécurité. Dans le doute, nous recommandons d'être prudent !

2eme consultation :

Suite du protocole d'initiation de traitement par méthadone

1. Revoir le patient dans les 24 h de la première consultation
2. Interrogatoire sur comment s'est déroulé l'acquisition de la méthadone, la prise de celle-ci, sur comment se sent le patient, éventuels symptômes de manque/de surdosage, etc
3. Consommation supplémentaire d'autres produits ? Si oui lesquels, dose, mode de consommation, raison (pallier au manque d'opiacé ?)
4. a) Si *besoin d'ajustement de la dose* : augmentation ou diminution par pallier de 10 mg maximum → prescription minimum pour 2 jours à ce dosage ! **Essayer qu'il revoie le médecin dans le centre rapidement**, si ce n'est pas possible et si vous avez l'impression qu'il faudra encore augmenter, faites déjà des prescriptions anticipées de 10 mg en plus pour le J4 et le J6.

Exemple : J1 (30 mg) - J2 (**40 mg**) - J3 (40 mg) - **J4 (50 mg)** - J5 (50 mg) - **J6 (60 mg)** - J7 (70 mg)

Avec ce schéma nous restons prudents en limitant le risque de létalité au 3^e jour par le phénomène d'accumulation (taux résiduel dose 1 + taux résiduel dose 2 + 3^e dose)

Notez bien les dates de délivrance des prescriptions !

- b) Si la *dose paraît adaptée* → prescription de la même dose pour 6 jours jusqu'à consulter le médecin dans le centre : J2-J7 (30 mg)
5. Essayer si possible de prendre contact avec le médecin ou avec autre travailleur le cas échéant du centre où séjourne/séjournera le patient pour faire le point sur la situation
6. Faxez les prescriptions de J3 à J7 au centre en étant très clair sur votre schéma de délivrance
6. Remise au patient d'un compte-rendu de consultation (+dossier médical axé dépendance sous enveloppe à remettre au médecin) avec schéma de traitement bien rempli

Prescription de méthadone type

En Belgique la méthadone n'est disponible qu'en prescription magistrale. Elle est rendue non injectable (bien que des usages détournés se fassent quand même). Dans le cadre de ce projet, nous privilégierons de la prescrire sous forme de GELULES.

Exemple de prescription :

Gélules : R/ Méthadone HCL trente milligrammes (30 mg)

Pf une gélule non injectable

DT N° deux gélules (2)

S/ 1 gélule/jour

à délivrer en 1 x le .../2018 à la pharmacie

Ajustement du dosage :

- Nous jonglerons ici entre confort pour le patient et prudence juridique, n'hésitez donc pas à prendre contact avec un autre membre du RAT pour avoir un 2^e avis
- Le but est d'arriver à la dose qui permet au patient un confort sur plusieurs jours sans symptôme ni de manque ni de surdosage. Dès lors commence la phase dite de maintenance ou d'entretien.
- Pour rappel :
 - o Signe de manque (sous-dosage) : consommation d'opiacés de rue ou augmentation d'une autre consommation, sensation de froid, rhinorrhée, douleurs, nausées, agitation, insomnie, palpitations, mydriase, etc
 - o Signe de surdosage : euphorie, sudation, somnolence, myosis, etc

Bon à savoir au sujet de la maintenance du traitement:

- La dose recommandée se situe entre 60 et 100 mg, toujours selon la clinique, la négociation avec le patient etc. Des doses supérieures peuvent être nécessaires
- Il faut être prudent avec des doses inférieures à 60 mg qui sont considérées comme insuffisantes dans la littérature. Evaluer si le patient ne consomme pas autre chose pour compenser un sous dosage (alcool, autres psychotropes prescrits, opiacés ou autre drogue « de rue »).
- Pour information, il existe une échelle de symptômes de sevrage aux opioïdes : COWS ou clinical opiate withdrawal scale
- Si un sevrage ou une dégressive est mise en place, elle doit se faire à la demande du patient et uniquement dans des conditions adéquates (stabilisation du contexte de vie de patient tout autant que de son état clinique et psychologique). Cette partie n'est pas abordée dans le cadre du projet.

4.2. La buprénorphine haut dosage BHD seule (Subutex®) ou en association (Suboxone®)

4.2.1. Rappels théoriques concernant la BHD

Mécanisme d'action de la BHD :

- Agoniste partiel des récepteurs morphiniques avec grande affinité pour les récepteurs μ : déplace les autres opiacés de ces récepteurs
- Cet effet peut provoquer un manque brutal si le patient est encore sous opiacés : la première prise de BHD doit se faire alors que le patient ressent des symptômes de manque. Malgré cette précaution la 1^e prise peut augmenter le manque.
- Action au niveau du système nerveux, cardiovasculaire, respiratoire, sur les fibres musculaires lisses et au niveau hypothalamo-hypophysaire

Pharmacocinétique :

- Temps de demi-vie ($T_{1/2}$) assez court (2 à 5 heures)
- Dissociation des récepteurs μ lente : prise une fois par jour ou moins
- Effet plafond : au-delà d'une certaine dose, pas d'augmentation d'effet

Métabolisme, accumulation et élimination :

- Absorption orale inappropriée (dégradée par le foie et l'intestin grêle), prise sublinguale uniquement
- Métabolisme hépatique : cytochrome P450 via l'enzyme CYP 3A4 surtout
- En absorption sublinguale, pic plasmatique après 90 minutes
- Élimination par excrétion biliaire et urinaire

Indications : Pour le présent projet, nous ne retenons que l'indication de substitution dans le cadre d'une **dépendance avérée aux opiacés** avec demande d'aide et volonté de prise d'un traitement de substitution

Contre-indications

- Hypersensibilité et/ou effets indésirables graves lors d'une exposition précédente
- Grossesse & Allaitement
- Insuffisance respiratoire sévère
- Insuffisance hépatique sévère
- Insuffisance rénale sévère
- Intoxication alcoolique aiguë
- Syndrome douloureux abdominal d'étiologie inconnue
- Traumatisme crânien / Hypertension intracrânienne

Précautions : Poly consommation

Interactions médicamenteuses : Médicaments et substances agissant sur le CYP 3A4 (P450) ; au niveau respiratoire, rénal ou hépatique ; autres opiacés

Effets secondaires : idem que la méthadone

- Concernant l'**overdose par arrêt respiratoire** : le risque est moindre qu'avec la méthadone et les opiacés « de rue » grâce à son effet plafond. Il est néanmoins présent lors de l'initiation

ou à la reprise d'un traitement après interruption ; en cas de polyconsommation et en cas de prise par une personne « naïve ».

- Précipitation du syndrome de sevrage aux opiacés lors de l'induction du traitement

4.2.2. Rappels théoriques concernant l'association BHD-naloxone (Suboxone®)

Tout ce qui concerne la BHD est décrit dans le chapitre précédent. Ne sont précisées ici que les spécificités liées à l'association de la BHD avec la naloxone.

Mécanisme d'action : Association à la BHD de la naloxone : antagoniste des récepteurs morphiniques μ

Pharmacocinétique, métabolisme, accumulation et élimination : idem BHD seule (Subutex®)

Indications : Pour le présent projet, nous ne retenons que l'indication de substitution dans le cadre d'une **dépendance avérée aux opiacés** avec demande d'aide et volonté de prise d'un traitement de substitution

Contre-indications / précautions : idem BHD seule (Subutex®)

Interactions médicamenteuses : idem BHD seule (Subutex®)

Effets secondaires : idem BHD seule (Subutex®)

4.2.3. Protocole de traitement par Subutex® dans le cadre du projet RAT-Fedasil

Induction :

- L'induction doit se faire en présence de symptôme de manque. On compte généralement 6 à 12 heures après la dernière prise d'héroïne et 2 à 4 jours après la dernière prise de méthadone. Même en prenant cette précaution, il faut expliquer au patient (sans dramatiser) qu'il risque de ressentir un manque précipité et que la prise de la 1^{re} dose peut ne pas être confortable.
- L'induction débute par une dose relativement faible dit dosage de sécurité. Le patient doit être vu presque chaque jour afin d'évaluer cliniquement sa réponse et le cas échéant moduler le dosage.
- Il n'existe pas de table permettant de convertir la dose d'opiacés « de rue » en dose exacte de Subutex®.

1^{ere} consultation :

Protocole d'initiation du traitement par Subutex® pour un patient sans traitement préalable ou si interruption de traitement de plus de 10 jours

1. Anamnèse fouillée, examen physique et constitution du dossier* médical
2. Préciser la dernière consommation : date, heure, produit, mode de consommation, quantité, effets ressentis, heure d'apparition des symptômes de manque, type de symptômes
3. Présomption clinique corroborant une dépendance aux opiacés → testing* urinaire
4. Testing concordant → décision d'initier un TSO → choix* de la molécule → Subutex®

5. Initiation du traitement par une dose entre 2 et 10 mg le premier jour (augmentation par palier de 2-4 mg si insuffisant)
6. Explication sur quand et comment prendre le Subutex® ; du dosage de sécurité et négociation avec le patient primordiales
7. Ordonnance pour 2 jours vu prise plus d'une prise/ jour
8. Prise de contact avec le pharmacien qui délivrera le traitement et avec le personnel du centre d'accueil où séjourne le patient
9. Remise au patient d'un compte-rendu de consultation où la posologie est indiquée ainsi que la prescription datée
10. Revoir le patient dans les 24 heures

NB : si le patient était sous Subutex® mais que son traitement a été interrompu pendant plus de 10 jours, il convient de repartir d'une dose de sécurité

NB : nécessité de bien expliquer au patient comment doit se faire pratiquement la prise de Subutex® :

- Attendre les symptômes de manque pour prendre le premier comprimé : héroïne 6 à 12 heures ; méthadone 2 à 4 jours
- Possibilité que la première prise augmente ces symptômes
- Prise sublinguale : comprimé placé sous la langue et maintenu jusqu'à dissolution complète (5 à 10 minutes). Eviter de mâcher ou d'avaler quoi que ce soit avant dissolution complète.

1ere consultation :

Protocole pour continuation d'un traitement par Subutex® préalablement instauré ou si interruption de moins de 10 jours

1. Anamnèse fouillée, examen physique et constitution du dossier* médical
2. Préciser la dernière consommation : date, heure, produit, mode de consommation, quantité, effets ressentis, heure d'apparition des symptômes de manque, type de symptômes
3. Présomption clinique corroborant une dépendance aux opiacés → testing* urinaire → testing concordant
4. Confirmation de l'ancien traitement : par dossier médical, contact avec un médecin, un pharmacien, un autre soignant
5. Si interruption de moins de 10 jours ET selon appréciation clinique : prescription possible d'une dose entre 8 et 16 mg
6. Prise de contact avec le pharmacien qui délivrera le traitement et avec le personnel du centre d'accueil où séjourne le patient
7. Remise au patient d'un compte-rendu de consultation où la posologie est indiquée ainsi que les dates couvertes par la prescription
8. Revoir le patient dans les 24 heures

NB : dans le cadre du projet, il sera compliqué de confirmer un éventuel ancien dosage. Le médecin sera probablement seul pour prendre la décision de suivre le patient dans sa demande de dosage supérieur au dosage de sécurité. Dans le doute, nous recommandons d'être prudent et de négocier le démarrage par un dosage de sécurité.

2eme consultation :

Suite du protocole d'initiation de traitement par Subutex® (nouveau traitement ou nouvelle prise en charge dans le cadre d'une poursuite de traitement)

1. Revoir le patient dans les 24 h de la première consultation
2. Interrogatoire sur comment s'est déroulé l'acquisition du traitement, la prise de celui-ci, sur comment se sent le patient, éventuels symptômes de manque/de surdosage, etc
3. Consommation supplémentaire d'autres produits ? Si oui lesquels, dose, mode de consommation, raison (pallier au manque d'opiacé ?)
4. Si le patient ressent des symptômes de manque :
5. . a) *Si besoin d'ajustement de la dose* : ajout de 1 comprimé de 2 mg plusieurs fois par jour en fonction de la clinique, en respectant un délai de 2 heures minimum entre 2 comprimés (max 12 mg au J2)! **Essayer qu'il revoie le médecin dans le centre rapidement**, si ce n'est pas possible et si vous avez l'impression qu'il faudra encore augmenter, faites déjà des prescriptions anticipées, vous pouvez aller jusqu'à 16 mg au J3 et jusqu'à 24 au J4. Essayez de ne pas dépasser ce dosage
Notez bien les dates de délivrance des prescriptions !
- b) *Si la dose paraît adaptée* → prescription de la même dose pour 6 jours jusqu'à consulter le médecin dans le centre
6. Prise de contact avec le pharmacien qui délivrera le traitement et avec le personnel du centre d'accueil où séjourne/ra le patient pour faire le point sur la situation
7. Remise au patient d'un compte-rendu de consultation (+dossier médical axé dépendance sous enveloppe à remettre au médecin) avec schéma de traitement bien rempli. *Le patient devra remettre sa boîte de subutex au centre après récupération chez le pharmacien.*

Attention : Essayer de limiter un maximum les boîtes que le patient aura en sa possession en faxant les ordonnances pour les boîtes suivantes au futur centre d'accueil

Prescription de Subutex® type

Le Subutex® est disponible en boîte de 7 comprimés sublinguaux à 2 mg ou 8 mg.

Le pharmacien comptera une boîte délivrée à la première ordonnance mais selon le mode de délivrance précisé sur la prescription, il pourra garder la boîte et ne délivrer que les comprimés précisés, il remettra ensuite la boîte ou les boîtes nécessaires au patient après la 2^e consultation, ce dernier devra la remettre au centre.

Exemple pour une prescription d'initiation :

R/ Buprénorphine haut dosage (Subutex ®) 2 ou 8 mg

DT N° 1 boîte de 7 comprimés

S/ x comprimés par jour à laisser fondre sous la langue

À délivrer le .../.../2018 à la pharmacie

Ajustement du dosage :

- Dans les premiers jours de l'initiation du traitement, les augmentations de dosages se font par prise d'un comprimé de 2 mg lorsque le patient ressent des symptômes de manque, en respectant un délai minimal de 2 heures entre 2 comprimés. Ces augmentations sont donc transitoires et doivent être rapportées au médecin : une fois la dose qui permet un confort pour 24 heures atteinte, c'est cette dose qui sera prescrite quotidiennement.

- Le but est d'arriver à la dose qui permet au patient un confort sur plusieurs jours sans symptôme ni de manque ni de surdosage. Dès lors commence la phase dite de maintenance ou d'entretien.
- Signe de manque (sous-dosage) : consommation d'opiacés de rue ou augmentation d'une autre consommation ; sensation de froid, rhinorrhée, douleurs, nausées, agitation, insomnie, palpitations, mydriase, etc
- Signe de surdosage : euphorie, sudation, somnolence, myosis, etc

Bon à savoir sur la dose de maintenance :

- La dose recommandée se situe entre 8 et 16 mg par jour ou par 3 jours, toujours selon la clinique, la négociation avec le patient etc. Des doses supérieures peuvent être nécessaires
- Si une dégressive est mise en place, elle doit se faire à la demande du patient et uniquement dans des conditions adéquates (stabilisation du contexte de vie de patient tout autant que de son état clinique et psychologique). Cette partie n'est pas abordée dans le cadre du projet.

4.2.4. Protocole de traitement par Suboxone® dans le cadre du projet Rat-Fedasil

Induction :

- L'induction débute par une dose relativement faible dit dosage de sécurité. Le patient doit être vu presque chaque jour afin d'évaluer cliniquement sa réponse et le cas échéant moduler le dosage.
- Il n'existe pas de table permettant de convertir la dose d'opiacés « de rue » en dose exacte de Suboxone®.

1ere consultation :

Protocole d'initiation du traitement par Suboxone® pour un patient sans traitement préalable ou si interruption de traitement de plus de 10 jours

1. Anamnèse fouillée, examen physique et constitution du dossier* médical
2. Préciser la dernière consommation : date, heure, produit, mode de consommation, quantité, effets ressentis, heure d'apparition des symptômes de manque, type de symptômes
3. Présomption clinique corroborant une dépendance aux opiacés → testing* urinaire
4. Testing concordant → décision d'initier un TSO → choix* de la molécule → Suboxone®
5. Initiation du traitement par une dose entre 2 mg/0,5 mg et 8 mg/2 mg le premier jour
6. Explication sur quand et comment prendre le Suboxone® ; le dosage de sécurité et négociation avec le patient primordiales
7. Ordonnance pour un ou deux jours vu prises plus fréquentes
8. Prise de contact avec le pharmacien qui délivrera le traitement et avec le personnel du centre d'accueil où séjourne le patient
9. Remise au patient d'un compte-rendu de consultation (dossier médical axé dépendance) où la posologie est indiquée
10. Revoir le patient dans les 24 heures

NB : si le patient était sous Suboxone® mais que son traitement a été interrompu pendant plus de 10 jours, il convient de repartir d'une dose de sécurité

NB : nécessité de bien expliquer au patient comment doit se faire pratiquement la prise de Suboxone® :

- Attendre les symptômes de manque pour prendre le premier comprimé : héroïne 6 à 12 heures ; méthadone 2 à 4 jours.
- Possibilité que la première prise augmente ces symptômes.

Prise sublinguale : comprimé placé sous la langue et maintenu jusqu'à dissolution complète (5 à 10 minutes). Eviter de mâcher ou d'avaler quoi que ce soit avant dissolution complète.

1ere consultation :

Protocole pour continuation d'un traitement par Suboxone® préalablement instauré ou si interruption de moins de 10 jours

1. Anamnèse fouillée, examen physique et constitution du dossier* médical
2. Préciser la dernière consommation : date, heure, produit, mode de consommation, quantité, effets ressentis, heure d'apparition des symptômes de manque, type de symptômes
3. Présomption clinique corroborant une dépendance aux opiacés → testing* urinaire → testing concordant
4. Confirmation de l'ancien traitement : par dossier médical, contact avec un médecin, un pharmacien, un autre soignant
5. Si interruption de moins de 10 jours ET selon appréciation clinique : prescription possible d'une dose entre 8 mg/2 mg et 16 mg/4 mg
6. Prise de contact avec le pharmacien qui délivrera le traitement et avec le personnel du centre d'accueil où séjourne le patient
7. Remise au patient d'un compte-rendu de consultation où la posologie est indiquée ainsi que les dates couvertes par la prescription
8. Revoir le patient dans les 24 heures

NB : dans le cadre du projet, il sera compliqué de confirmer un éventuel ancien dosage. Le médecin sera probablement seul pour prendre la décision de suivre le patient dans sa demande de dosage supérieur au dosage de sécurité. Dans le doute, nous recommandons d'être prudent et de négocier le démarrage par un dosage de sécurité.

2eme consultation :

Suite du protocole d'initiation de traitement par Suboxone® (nouveau traitement ou nouvelle prise en charge dans le cadre d'une poursuite de traitement)

1. Revoir le patient dans les 24 h de la première consultation
2. Interrogatoire sur comment s'est déroulé l'acquisition du traitement, la prise de celui-ci, sur comment se sent le patient, éventuel symptôme de manque/de surdosage, etc
3. Consommation supplémentaire d'autres produits ? Si oui lesquels, dose, mode de consommation, raison (pallier au manque d'opiacé ?)
4. Si le patient ressent des symptômes de manque : ajout de 1 comprimé de 2 mg/0,5 mg plusieurs fois par jour en fonction de la clinique, en respectant un délai de 2 heures minimum entre 2 comprimés
5. Cf protocole subutex
6. 7. Remise au patient d'un compte-rendu de consultation (+dossier médical axé dépendance sous enveloppe à remettre au médecin) avec schéma de traitement bien rempli. *Le patient devra remettre sa boîte de subutex au centre après récupération chez le pharmacien.*

Prescription de Suboxone® type

La Suboxone® est disponible en boîtes de 7 ou de 28 comprimés sublinguaux. Il existe 2 dosages :

- BHD 2mg + naloxone 0,5mg
- BHD 8mg + naloxone 2mg

Le pharmacien comptera une boîte délivrée à la première ordonnance mais selon le mode de délivrance précisé sur la prescription, il pourra garder la boîte et ne délivrer que les comprimés précisés, il faudra toutefois qu'il remette la boîte au patient au J2 qui devra la remettre à son centre.

Exemple pour une prescription d'initiation :

R/ Buprénorphine haut dosage + naloxone (Suboxone®) 2 mg/0,5 mg ou 8 mg/2 mg

DT N° 1 boîte de 7 comprimés

S/ x comprimés par jour à laisser fondre sous la langue

A délivrer le .../.../2018 à la pharmacie....

Ajustement du dosage et maintenance : voir BHD seule (Subutex®)

5. MESUSAGE DES BENZODIAZEPINES

Dans le cadre du projet, en cas de demande de prescription de benzodiazépines nous recommandons de ne prescrire que du Diazépam. Le choix de cette molécule est expliqué ci-dessous.

5.1. Rappels théoriques

Mécanisme d'action et effets cliniques :

- Groupe de molécules à action de dépression du système nerveux central (potentialisent les récepteurs GABA)
- Propriétés : anxiolytiques (aux niveaux physique et psychique), hypno-sédatives, myorelaxantes et antiépileptiques
- Effets cliniques : variables en fonction de leurs propriétés pharmacologiques individuelles (voir modèle « en étoile »)

Pharmacocinétique :

- Divisées en groupes selon :
 - o temps de demi-vie ($T_{1/2}$) : durée d'action courte, moyenne ou longue (voir tableau)
 - o début d'action après prise orale : rapide (avec effet « flash ») ou lent
 - o puissance ou affinité au récepteur GABA (corrélé au risque de dépendance)

Métabolisme, accumulation et élimination :

- Métabolisme hépatique : séparation en métabolites inactifs ou actifs (ex : Diazépam) dont les temps de demi-vie sont différents
- Le diazépam est un substrat du cytochrome CYP2C19

Indications : Les indications de base sont le traitement de courte durée des insomnies et de l'anxiété ; le traitement de la spasticité, des dystonies et des myoclonies ; l'épilepsie ; le début du

sevrage alcoolique. Dans le cadre du projet, les médecins rencontreront surtout des mésusages dans le cadre d'anxiété ; de troubles du sommeil ; de dépendance.

Contre-indications / précautions :

- Précaution face à un patient avec pathologie, traitement ou consommation pouvant causer une détresse respiratoire
- La polyconsommation et la polydépendance ne sont pas des contre-indications : tenir compte des interactions et suivre la clinique
- Précaution en cas d'insuffisance hépatique pour certaines BZD (par présence de métabolites hépatiques actifs). Suivre les enzymes hépatiques et la clinique. En cas d'insuffisance hépatique sévère, il peut être judicieux de prescrire de l'Oxazépam (30 à 90 mg par jour en 3 prises ; temps de demi-vie plus courte) ou de référer à un spécialiste.
- (Précaution lors de la conduite et l'utilisation de machines)
- (Précaution chez les personnes âgées)
- Déconseillées en cas de grossesse et l'allaitement : en cas de demande d'une patiente enceinte ou allaitante, il est recommandé de référer la patiente à un spécialiste

Interactions médicamenteuses : Médicaments et substances agissant au niveau respiratoire ou sur le CYP2C19 pour le Diazépam

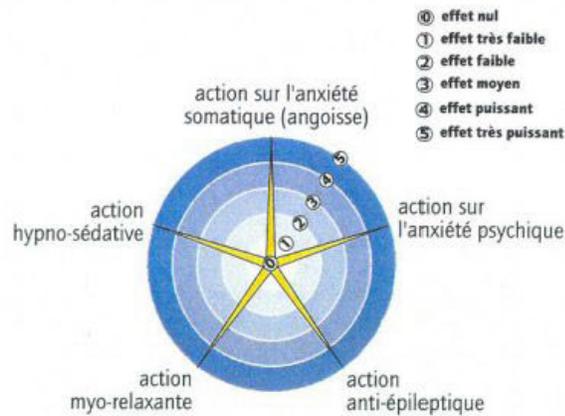
Effets secondaires :

- **Dépression respiratoire pouvant conduire à l'arrêt respiratoire** : surtout lors de polyconsommation (BZD + alcool ; BZD + méthadone ; BZD + BHD) → risque d'**overdose**
- Dépendance (physique et psychique dès +- 15 jours de traitement, plus rapide si fortes doses)
- Tolérance
- Sevrage : agitation, anxiété, nervosité, insomnie, cauchemars, irritabilité, céphalées, tachycardie, troubles de la concentration, inappétence, vertiges, nausées, vomissements, troubles de la coordination, hypotension, délire, confusion
- Effet résiduel avec sédation, somnolence
- Troubles de la mémoire et de la concentration
- Confusion
- Réaction paradoxale : aggravation des troubles du sommeil ; de l'anxiété
- Risque de chute et traumatisme, majoré chez personnes âgées
- Si prise au long terme : effet secondaire de trouble dépressif avec risque de suicide

5.2. Effets cliniques et dose équivalente de Diazépam 10 mg DED₁₀

Nous reprenons ici les BDZ les plus communément utilisées en Belgique. Leurs effets cliniques sont aisément comparables grâce au modèle « en étoile » :

ANNEXES



© Pr. Marc Anseau, Service de Psychiatrie, Université de Liège

Nom DCI	Nom commercial (Belgique)	Dose équivalente de Diazépam 10 mg (DED ₁₀)	Temps de Demi-vie (T _{1/2})	Effets cliniques
Alprazolam	Xanax [®]	0,5 - 1 mg	6 à 12 heures	
Bromazépam	Lexotan [®]	4,5 - 9 mg	10 à 20 heures	
Clonazépam	Rivotril [®]	1 - 4 mg	18 à 50 heures	
Diazépam	Valium [®]		20 à 100 heures	
Flunitrazépam	Rohypnol [®]	0,5 - 2 mg	18 à 26 heures	

Lorazépam	Temesta®	2 - 8 mg	10 à 20 heures	
Lormétazépam	Loramet®	1 - 2 mg	10 à 12 heures	
Oxazépam	Seresta®	4 - 15 mg	20 heures	
Prazépam	Lysanxia®	30 - 60 mg	36 à 200 heures	
Zolpidem	Stilnoct®	20 mg	2 heures	
Zopiclone	Imovane®	15 mg	5 à 6 heures	

5.3. Protocole de traitement par Diazépam dans le cadre du projet R.A.T-Fedasil

Dans le cadre du projet, nous recommandons de ne prescrire que du Diazépam dont la durée d'action longue permet la prise plus espacée et évite les effets immédiats (« flash »). Son élimination lente permet que la concentration plasmatique diminue doucement. Il est relativement aisé de convertir les doses d'autres BZD en Diazépam. C'est en outre la molécule de choix en cas de sevrage par dégressive.

Le Diazépam est idéalement prescrit 2 à 4 fois par jour : pas plus souvent pour éviter le recours au médicament afin de contrer des symptômes immédiats ou de ressentir un « flash ». Si ce traitement continue par une dégressive, les doses de milieu de journées seront diminuées en premier pour aller vers une prise 1 à 2 fois par jour.

Il existe de nombreux protocoles de dégressive pour aller vers un sevrage. Ceci n'est pas discuté dans le cadre du projet.

Inutile de vous rappeler les risques encourus lors de poly consommations. Le risque de dépression respiratoire d'origine centrale est particulièrement accru avec un usage concomitant de bruprénorphine

1ere consultation :

Protocole de traitement par benzodiazépines

1. Anamnèse fouillée, examen physique et constitution du dossier* médical
2. Préciser le type de BZD consommées, à quel dosage, depuis combien de temps, dans quel but (effets espérés et effets avérés), effets secondaires éventuels, symptômes de manque après combien de temps, type de symptômes
3. Présomption clinique corroborant un mésusage voire une dépendance aux BZD → testing* urinaire
4. Testing concordant → décision d'initier/repandre/continuer un traitement par Diazépam
5. Table de conversion : calculer la dose quotidienne de Diazépam correspondant à la dose d'autre BZD consommée avec un maximum de 60 mg de Diazépam par jour
6. Scinder cette dose journalière en 2 à 4 prises
7. Explication du switch vers Diazépam, de la nécessité de prise en 2 à 4 fois (et pas plus), du dosage de sécurité et négociation avec le patient primordiales
8. Ordonnance pour 2 jours vu plusieurs prises par jour
9. Prise de contact avec le pharmacien qui délivrera le Diazépam et avec le personnel du centre d'accueil où séjourne le patient
10. Remise au patient d'un compte-rendu de consultation où la posologie est indiquée ainsi que les dates couvertes par la prescription
11. Revoir le patient dans les 24 heures

NB : dans le cadre du projet, il sera compliqué de confirmer un éventuel ancien dosage, c'est pourquoi nous recommandons de limiter la première prescription à 60 mg par jour.

2eme consultation :

Suite du protocole de traitement par benzodiazépines

1. Revoir le patient dans les 24 h de la première consultation
2. Interrogatoire sur comment s'est déroulé l'acquisition du traitement, sa prise, sur comment se sent le patient, éventuels symptômes de manque/de surdosage, etc
3. Consommation supplémentaire d'autres produits ? Si oui lesquels, dose, mode de consommation, raison (pallier au manque de BZD ?)
4. a) Si besoin d'ajustement de la dose : augmentation ou diminution de maximum 5mg par prise → prescription pour 2 à 3 jours. NE PAS ALLER AU-DELA DE 60 mg/jour
b) Si la dose paraît adaptée → prescription de la même dose pour 2 à 3 jours
5. Prise de contact avec le médecin qui fera la suite du suivi : le patient doit être revu dans la semaine
6. Remise au patient d'un compte-rendu de consultation où la posologie est indiquée ainsi que les dates couvertes par la prescription

6. MESUSAGE DES NEUROLEPTIQUES

7. MESUSAGE DES ANTIEPILEPTIQUES

Selected adverse effects of antipsychotic medications for schizophrenia

	Weight gain/diabetes mellitus	Hyper-cholesterolemia	EPS/TD	Prolactin elevation	Sedation	Anticholinergic side effects	Orthostatic hypotension	QTc prolongation
First generation agents								
Chlorpromazine	+++	+++	+	++	+++	+++	+++	+
Fluphenazine	+	+	+++	+++	+	-/+	-	ND
Haloperidol	+	+	+++	+++	++	-/+	-	+
Loxapine	++	ND	++	++	++	+	+	+
Perphenazine	++	ND	++	++	++	+	-	ND
Pimozide	+	ND	+++	++	+	+	+	++
Thioridazine*	++	ND	+	+++	+++	++++	++++	+++
Thiothixene	++	ND	+++	++	+	+	+	+
Trifluoperazine	++	ND	+++	++	+	+	+	ND
Second generation agents								
Aripiprazole	+	-	+	-	+	-	-	-/+
Asenapine	++	-	++	++	++	-	+	+
Brexipiprazole [¶]	+	+	+	-/+	+	-/+	-/+	-/+
Cariprazine [¶]	+	-/+	++	-/+	+	-/+	-/+	-/+
Clozapine ^Δ	++++	++++	-/+	-/+	+++	+++	+++	+
Iloperidone	++	++	-/+	-/+	+	+	+++	++
Lurasidone	-/+	-/+	++	-/+	++	-	+	-/+
Olanzapine	++++	++++	+	+	++	++	+	+
Paliperidone	+++	+	+++	+++	+	-	++	+
Pimavanserin	+	-	-/+	-	+	+	++	+
Quetiapine	+++	+++	-/+	-/+	++	++	++	+
Risperidone	+++	+	+++	+++	+	+	+	+
Ziprasidone	-/+	-/+	+	+	+	-	+	++

Adverse effects may be dose dependent.

EPS: extrapyramidal symptoms; TD: tardive dyskinesia; ND: no data.

* Thioridazine is also associated with dose-dependent retinitis pigmentosa. Refer to text.

¶ Based upon limited experience.

Δ Clozapine also causes granulocytopenia or agranulocytosis in approximately 1 percent of patients requiring regular blood cell count monitoring. Clozapine has been associated with excess risk of myocarditis and venous thromboembolic events including fatal pulmonary embolism. These issues are addressed in the UpToDate topic review of guidelines for prescribing clozapine section on adverse effects.

References:

1. Lexicomp Online. Copyright © 1978-2017 Lexicomp, Inc. All Rights Reserved.
2. The Medical Letter on Drugs and Therapeutics (April 2016); Some Relative Adverse Effects of Second-Generation Antipsychotics (table 3); Vol. 58 (1493):52. www.medicalletter.com.
3. Rummel-Kluge C, et al. Head-to-head comparisons of metabolic side effects of second generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2010; 123:225.
4. Durán CE, Azermal M, Vander Stichele RH. Systematic review of anticholinergic risk scales in older adults. *Eur J Clin Pharmacol* 2013; 69:1485.