

La personne toxicomane

Cette publication est destinée à mieux faire comprendre les exigences d'une prise en charge cohérente, de l'accompagnement des personnes souffrant d'addiction vers moins de souffrance et plus de liberté.

Ärztliche Begleitung von Patienten mit Suchtproblemen sollte das Leiden mindern und ihre gesellschaftliche Ausgrenzung verringern.

Pierre-Alain Porchet

*Atelier no 10 avec le Dr Yves Collioud-Robert (modérateur)
du Congrès 2003 de la SSMG, à La Chaux-de-Fonds*

Ne devient pas toxicomane qui veut!

Une meilleure compréhension des tenants et aboutissants des addictions devrait permettre de continuer à faire évoluer leur image dans la cité et d'ainsi éviter l'exclusion. Le maintien du droit de citoyenneté demeure un des meilleurs garants des possibilités de «réinsertion».

Les phénomènes liés à la toxicomanie des jeunes ne se définissent pas par les produits utilisés, mais par les caractéristiques et la personnalité de celui qui les consomme.

Contrairement à ce que l'on pense, il n'est pas à la portée de tout le monde de devenir toxicomane, de présenter des dépendances pathologiques donc de souffrir d'addiction! Il est bon de rappeler que pour en être menacé, il faut présenter une vulnérabilité et une fragilité qui datent de bien avant la première consommation de produits psychotropes. Il s'agit souvent de perturbations de la personnalité et de l'affectivité qui émergent au moment de l'adolescence, période de la vie où le jeune doit justement «prendre son indépendance».

Si, en plus, ce moment de l'adolescence est rendu particulièrement difficile par des perturbations psychologiques, familiales ou sociales, alors, dans ce cas-là, la rencontre avec un produit psychotrope puissant, qui change la tête, offre de grands risques de générer une trajectoire vers les phénomènes de dépendance pathologique qu'on nomme addiction.

La distinction entre drogue douce et drogue dure est surannée

C'est dans ce contexte qu'il est important de comprendre que la disponibilité massive de «drogue», de produits psychotropes puissants, est importante: si elle ne rencontre pas «le produit», cette même personne exprimera son mal-être, son mal-vivre, sa pathologie, de manière très différente (comme avant les années 80, période où les produits psychotropes étaient rares sur le marché, si ce n'est l'alcool).

Nous savons qu'il est nécessaire de distinguer l'usage récréatif de produits psychotropes d'un usage problématique ou d'un usage abusif qui peut devenir compulsif et entraîner un dysfonctionnement de l'économie psychologique et du fonctionnement social de celui qui en sera victime.

Il est vraiment nécessaire de faire cette distinction sinon, comme pendant longtemps, les toxicomanies resteront décrites et caractérisées par le produit utilisé, ce qui a largement empêché la progression de la compréhension des phénomènes d'addiction. C'est également ce qui nous explique qu'un produit psychotrope peut être ou ne pas être dangereux en fonction de celui qui l'utilise et selon la manière dont il le fait. Cette compréhension rend caduque la distinction entre «drogues dures» et «drogues douces». On a souvent défini les «drogues dures» comme celles qui entraînent une dépendance physique (on doit augmenter les doses pour avoir le même effet et le fait de les cesser entraîne un état de manque physique et pas seulement psychologique). L'expérience nous a montré que la dépendance physique n'a que peu d'importance. Toute personne peut être sevrée de n'importe quel produit en quelques jours: aucun progrès ne sera réalisé, la personne présente toujours les mêmes difficultés et la même pathologie et la rechute est quasi immédiate.

Il y a eu souvent également confusion entre la «durété», donc la dangerosité, et le mode d'utilisation. Par exemple, les opiacés sont utilisés avec des indications médicales précises sans que cela pose problème. Pharmacologiquement l'héroïne et la morphine sont des produits, lorsqu'ils sont utilisés «lege artis», qui peuvent être pris souvent pendant des années, par des douloureux chroniques par exemple, sans que leur utilisation régulière n'entraîne des perturbations mais au contraire améliore considérablement la qualité de vie du patient.

Ce qui est dangereux avec ces produits décrits comme «durs», c'est la qualité du produit qui n'est en rien contrôlée: illégal, son dosage n'est pas connu, ni sa concentration, ni sa composition, et de plus ils se l'injectent dans des conditions le plus souvent extrêmement dommageables.

Les «drogues douces», principalement représentées par les dérivés du cannabis, ne présentent certes pas de dépendance physique, ni d'overdose, on ne se les injecte pas: c'est en cela qu'elles sont décrites comme «douces».

Il faut aussi cependant que notre cerveau possède non seulement des récepteurs aux opiacés mais aussi au tétra-hydro-cannabinol, substance active du cannabis. Ces récepteurs sont en étroite interaction avec le système dopaminergique, système de la récompense et du plaisir mais également système qui «se dérègle» lors des psychoses! La stimulation de ces récepteurs peut, en fonction des doses, soit calmer, soit exciter ce système et ainsi favoriser l'émergence des psychoses, dont la schizophrénie, chez les personnes particulièrement vulnérables et prédestinées à cette pathologie.

Parler de «drogues dures» et «drogues douces» est donc un faux débat.

Automédication d'une souffrance générée par une pathologie sous-jacente

La dangerosité ne dépend pas du produit mais de sa qualité (qui varie s'il est légal et contrôlé ou illégal et non-contrôlé), du mode d'administration (l'injection est infiniment plus dangereuse que l'inhalation, le sniff, la fumée ou l'absorption par la bouche ...) et surtout, comme nous venons de le dire, elle est définie par les caractéristiques de la personne qui le consomme.

Selon les anciens critères, s'injecter des dérivés du cannabis transformerait ce produit toujours décrit comme «drogue douce» en «drogue dure»!

La toxicomanie, l'usage abusif et compulsif de produits psychotropes est en fait, souvent inconsciemment, la découverte d'une «auto-médication» contre une souffrance engendrée par une pathologie complexe ...

... faite souvent de troubles du développement psychologique et affectif exacerbés par les difficultés du moment. L'expérience du soulagement par cette «auto-médication», sa répétition possible renforcée par l'impression d'avoir découvert une solution et de maîtriser le produit, conduisent à la toxicomanie et à ses dérives.

Il s'agit là aussi d'une notion fondamentale, d'une des clefs principales de la compréhension des phénomènes d'addiction.

D'une manière certainement trop synthétique, nous répondons à une personne présentant des problèmes d'addiction qui nous interroge sur ses chances de «guérison»: «Vous pourrez sortir de la toxicomanie quand vous aurez compris comment et pourquoi vous y êtes entrée, quand nous aurons, ensemble, compris ce que vous tentez de soulager avec l'usage de drogues et que nous aurons trouvé, ensemble, comment vous soigner autrement».

Cette phrase est rarement totalement comprise au début de la prise en charge (quoique nous soyons parfois étonnés de voir à quel point elle met en écho [et organise] des pensées et des réflexions que le patient avait déjà partiellement élaborées) mais elle s'éclaire généralement progressivement tout au long de la prise en charge.

La toxicomanie n'est donc pas une maladie ordinaire ou du moins que ce n'est pas une maladie qui porte ce nom.

C'est le symptôme d'un mal-être et d'un mal-vivre avec le plus souvent une pathologie sous-jacente spécifique, psychiatrique, psychologique et/ou psychosociale. Il s'agit d'en faire le diagnostic afin d'élaborer des stratégies thérapeutiques adéquates.

La base du traitement de l'addiction est fondamentalement celle de la pathologie sous-jacente automédiquée par une drogue

La médecine parle des «co-morbidités» de la toxicomanie, c'est-à-dire des pathologies psychiatriques ou psychologiques qui accompagnent la toxicomanie. Nous pensons maintenant qu'en fait c'est la toxico-

manie qui est la «co-morbidité» d'une pathologie psychologique, psychiatrique ou psychosociale inconsciemment «soignée» par des produits psychotropes puissants: alcool, cannabis, héroïne, cocaïne ou autres drogues synthétiques.

Ceci nous démontre la nécessité de faire un diagnostic ou, pour le moins, une approche diagnostique. Il s'agit là d'une démarche dans la durée: il n'est pas question de mettre une fois pour toutes une «étiquette» qui pourrait générer pour le patient un «enfermement» supplémentaire.

Il s'agit bien plus d'une «interrogation ouverte» sur la pathologie que le patient «auto-médique», interrogation à long terme qui concerne non seulement le médecin de l'institution mais aussi le référent du patient et qui est permanente dans les divers colloques et présentations de cas ... et avec le patient lui-même! Dans certains cas un diagnostic assez clair peut être posé (par exemple au début d'une trajectoire de schizophrène dont «les angoisses de morcellement» ont été inconsciemment mais efficacement calmées à l'héroïne), dans d'autres, l'entité nosologique apparaît moins claire ou beaucoup plus complexe.

Il est fondamental que le patient comprenne la démarche et y participe pour progressivement découvrir que son bien-être ou mal-être ne se mesure pas à «j'ai assez de produit je vais bien, je manque de produit je vais mal».

Cette «auto-médication» par «la drogue» étant bien comprise par le patient, il s'agit alors, en fonction des éclaircissements diagnostics, d'entrer dans une démarche pédagogique où sont expliquées dans un langage qu'il peut comprendre les principales entités pathologiques qui sont «auto-médiquées»: la dépression, l'anxiété, les psychoses, les troubles de l'humeur, les troubles bipolaires etc. ...

La description «vulgarisée» de ces pathologies permet souvent au patient lui-même de faire des liens avec la manière dont il se sent et d'accepter des diagnostics, ce qui a principalement deux implications:

- l'amorce d'un changement identitaire
- l'ouverture à un traitement plus spécifique.

L'amorce d'un changement identitaire

De «toxico» avec une imagerie personnelle souvent plus sévère que celle du public, le patient commence à comprendre qu'il n'est peut-être pas que «coupable et mauvais» mais que, comme beaucoup d'autres, il présente une pathologie. Si cette compréhension peut être soulageante, elle peut également être difficile à assumer, surtout lorsqu'il s'agit d'une pathologie psychiatrique importante.

Ouverture au traitement

La démarche pédagogique permet également au patient de comprendre que «la drogue» n'est pas une «médication universelle» et que, de plus, si elle soulage momentanément, elle entretient la pathologie de base et la complique par les effets propres du produit.

La découverte qu'il existe une médication spécifique autre que «la drogue» pour des états sur lesquels on peut maintenant mettre un nom permet progressivement au patient d'accepter une médication spécifique: antidépresseurs, anxiolytiques, neuroleptiques, régulateurs de l'humeur.

Il est clair que cette démarche et les phénomènes de compréhension qui l'accompagnent ne peut pas s'effectuer une fois pour toutes mais doit souvent être répétée tout au long de la trajectoire de soins.

Nous savons que la notion du temps nécessaire au traitement est fondamentale: il s'agit de soigner une pathologie complexe par une autre «méthodologie» que l'auto-médication par la drogue, de restaurer pour la personne toxicomane une identité détruite et remplacée par celle qu'offre la toxicomanie qui sert alors de seule «colonne vertébrale».

Il s'agit là d'une des principales pierres d'achoppement du traitement.

Une des caractéristiques de l'addiction et de l'utilisation des produits psychotropes puissants utilisés comme «drogue» est qu'ils procurent un effet immédiat. Il n'en est largement pas de même pour le traitement!

Les proches, la famille et le patient lui-même aimeraient être débarrassés le plus vite possible de cette «tare» que représente pour eux l'addiction, alors que le traitement leur propose un chemin long et difficile, parsemé d'embûches. Ceci démontre également l'importance d'une bonne information à la famille et aux proches ainsi que l'incapacité de certains patients d'envisager d'emblée un traitement visant à s'abstenir de l'utilisation de produits.

Un bon exemple pour illustrer ce propos est la cure de substitution à la méthadone qui accompagne le traitement du patient héroïnomanie. La méthadone est un opiacé de synthèse qui permet de passer du stade de «toxicomane illégal» à «toxicomane légal» avec pour bénéfice de le mettre en contact avec le tissu sanitaire et social par le passage quotidien dans l'institution, de le protéger contre les overdoses et les maladies transmissibles, de lui permettre de ne plus avoir besoin de consommer de «drogues», et

surtout de lui donner du temps pour le «vrai» traitement.

Il s'agit pour le patient d'accepter d'être pour plusieurs mois, voire dans certains cas des années, méthadonomanes et ceci pour soutenir la démarche thérapeutique.

Cette démarche thérapeutique est complexe: Il s'agit tout d'abord de régler la situation médicale (HIV? hépatites? autres pathologies physiques?) et sociale du patient (gîte? couvert? ressources financières?) voire juridique. Par la suite la démarche diagnostique et pédagogique décrite plus haut qui débouche sur un traitement plus spécifique: psychothérapie de soutien pouvant, rarement il est vrai, déboucher plus tardivement sur une psychothérapie d'inspiration analytique, médication adéquate à la pathologie sous-jacente jusqu'à l'obtention d'une bonne stabilisation.

Il s'agit pour le patient tout d'abord de s'éloigner de l'utilisation de ses «drogues», de régler ses problèmes médicaux, d'obtenir une indépendance primaire (gîte, couvert, moyens financiers d'existence), d'avoir réussi à soigner ce qu'il «auto-médiquait» avec une médication spécifique et un soutien psychothérapeutique régulier pour progressivement tenter de retrouver l'estime de soi, une meilleure relation à l'autre, puis le ré-apprentissage du plaisir en dehors du produit.

A ce moment-là et à ce moment-là seulement on peut progressivement abandonner la béquille représentée par la substitution à la méthadone. Une interruption plus précoce de cette substitution est rapidement génératrice de rechutes. Par la suite, suivant la pathologie diagnostiquée, les médicaments pourront être progressivement arrêtés puis, en dernier lieu, la relation avec le référent.

Cette différence fondamentale entre les habitudes de la personne présentant des problèmes d'addiction et attendant d'obtenir de ses consommations un effet immédiat et la longueur du traitement est une des causes principales de la nécessité de devoir «remettre plusieurs fois l'ouvrage sur le métier»!

Pour les patients qui parviennent à cette compréhension le pronostic s'améliore considérablement et ils ont de bonnes chances de pouvoir maintenir une abstinence, mais une abstinence qui réponde à la définition ci-dessous.

En fonction de ce qui précède, nous savons donc que l'abstinence est une notion complexe. Ce n'est pas et ne doit pas être le retour à la situation précédant les conduites addictives: cette situation est caractérisée par la pathologie qui a conduit à la toxicomanie!

L'abstinence marque la possibilité de ne plus s'auto-médiquer avec des produits psychotropes puissants et de fonctionner avec «sa propre tête», avec une économie psychique restaurée.

L'abstinence est aussi un symptôme: celui que le traitement porte ses fruits, qu'une médication et une prise en charge adéquates ont pu être trouvées et se poursuivent pour déboucher sur la meilleure compensation possible. L'abstinence ne se prescrit pas elle se construit lentement.

Prendre en charge les personnes souffrant de dépendance quel que soit le stade de leur trajectoire

Nous savons aujourd'hui qu'il est important d'entrer en contact le plus tôt possible avec la population des personnes toxicomanes et de pouvoir s'en occuper, quel que soit le stade de leur trajectoire. Il y a une continuité naturelle entre l'aide à la survie, la limitation des dommages, la gestion de la consommation et le traitement qui peut déboucher sur l'abandon de «l'auto-médication».

Les conditions à remplir pour avoir une chance de pouvoir abandonner les comportements addictifs exigent une longue élaboration et un long traitement qui n'est manifestement pas d'emblée à la portée de tous les patients.

Pendant des années nous avons pensé que l'abstinence était le seul but à poursuivre, à tout prix. Ce prix a été lourdement payé par la population des personnes toxico-dépendantes qui a été ainsi rejetée avec tous les risques que cela implique pour leur santé physique et psychique et en augmentant bien sûr ainsi leur potentiel de délinquance.

Probablement plusieurs en sont décédées.

Il est non seulement possible mais nécessaire pour des raisons éthiques et également médico-sociales, voire financières, d'offrir une prise en charge à une personne présentant des problèmes d'addiction, quel que soit le stade de sa trajectoire.

Avec les prises en charge individualisées, sans seuil, que nous pratiquons depuis plusieurs années, nous avons maintenant l'expérience de patients au stade de «l'aide à la survie» sans exigence d'abstinence, sans autre but que de soulager, maintenir en vie ... et créer une relation.

Pour toute une catégorie de patients demandant une prise en charge plus intensive mais n'étant pas encore prêts à remplir les critères nécessaires pour tendre à l'abstinence, la notion «d'aide à gestion de la consommation» permet des prises en charge déjà

beaucoup plus élaborées malgré une consommation de produits qui, par ailleurs, devient de plus en plus épisodique.

La notion du temps nécessaire au traitement est fondamentale

La fréquentation d'un centre de soins ou d'une consultation médicale privée, quel que soit le niveau d'exigence (chez nous l'exigence minimale est «la cohérence entre ce qui se dit et ce qui se fait»), génère progressivement un apprivoisement, la création d'une relation, ce qui est déjà le début d'une thérapie.

Il est fréquent qu'un patient bénéficiant d'une aide du style «aide à la survie» voie sa situation s'améliorer et suive toute une trajectoire qui progressivement va lui permettre de réunir les conditions pour entrer dans un style de traitement plus ambitieux et qui tend à l'abstinence.

Il est intéressant de savoir, et cela est souvent mal compris, que les patients sous substitution à la méthadone qui visent à l'abstinence reçoivent des doses beaucoup plus fortes que ceux qui continuent leur consommation épisodique parce qu'ils sont à un stade de «gestion de consommation» ou «d'aide à la survie».

Cela tient au fait que pour viser à l'abstinence, il faut pouvoir abandonner l'utilisation du produit. La neurobiologie nous a appris à trouver les doses de méthadone qui permettent de saturer les récepteurs à opiacés du cerveau. La clinique et la mesure de la méthadone dans le sang nous permettent d'être très précis à ce sujet-là.

Un patient, dont les récepteurs à opiacés sont saturés, ne ressentira plus du tout les opiacés même s'il en consomme, ce qui lui permettra ainsi de définitivement renoncer à une consommation devenue inutile.

Un patient, dont la réalité du stade auquel il se situe dans sa trajectoire ne permet pas de viser à l'abstinence mais qui doit encore (momentanément) s'accrocher à son identité de personne dépendante, voudra continuer, même épisodiquement, à consommer et à ressentir son produit. Il recevra donc des doses de méthadone inférieures, qui ne satureront pas totalement ses récepteurs à opiacés et qui, tout en le protégeant contre les overdoses, lui permettent encore de «sentir» son produit.

On pourrait être tenté d'imposer des doses saturant les récepteurs à opiacés même aux patients qui ne sont pas prêts à viser à l'abstinence: gardons-en nous bien: ne pouvant plus ressentir l'effet de l'héroïne, ce patient qui n'est pas encore prêt à viser à l'abstinence

aura alors recours à des produits sur lesquels la méthadone n'a pas d'influence, par exemple la cocaïne ou les amphétamines.

Nous savons que les traitements doivent être individualisés, qu'il n'y a pas de traitement univoque valable pour toutes les personnes souffrant de conduites addictives mais que l'offre doit être diversifiée tout en obéissant à de sévères critères de qualité.

A problème complexe et multiple, réponse complexe et multiple!

Cette vérité s'est à tel point imposée que nous avons progressivement, comme nous l'avons décrit, débouché sur des véritables traitements «à la carte», sans seuil, les plus individualisés possibles.

Ceci se manifeste non seulement dans le cadre du traitement médico-psychosocial qui se passe au Drop-in mais aussi à travers tous les services «parallèles» dont le développement s'est imposé pour l'institution.

Une personne présentant des problèmes d'addiction ne bénéficie pas seulement dans notre institution de l'approche médico-psychosociale (dépistage, diagnostic des pathologies physiques, approche et diagnostic des pathologies psychiatriques, prise en charge sociale, mise au point d'un traitement spécifique avec ou sans substitution à la méthadone, etc. ...) mais également de la salle d'accueil où elle est reçue quotidiennement, où elle peut se poser un moment et déposer ses tensions et ses problèmes avec l'écoute bienveillante de l'équipe de distribution, qui se charge également de «maintenir la loi», faisant de cet espace en plus un espace sécurisant, «hors zone».

Elle peut bénéficier de l'antenne de proximité du «13 ouvert» avec son bistrot, ses repas quotidiens, ses petits boulots, sa buanderie, son infirmerie, sa bibliothèque, son service d'écrivain public, etc. ... (cf. chapitre «aide à la survie»), elle peut trouver des contrats d'insertion socioprofessionnelle (ISP), qui lui permettent de se mobiliser, de reprendre contact avec une activité gratifiante. Elle bénéficie également de tout le travail qui peut se faire au jardin potager social, d'une manière structurante et structurée, ainsi que du groupe d'entraide décrit dans ce rapport.

Ses parents et ses proches peuvent venir dans l'institution pour se renseigner, mieux comprendre la problématique des addictions afin d'être plus adéquats dans leur manière de réagir et d'agir. Des entretiens de famille abordent les aspects plus systémiques de la pathologie, des coachings sont organisés pour leur partenaire et leurs proches.

Le tout de manière coordonnée et dans l'esprit du traitement et de la prise en charge la plus globale possible et la plus cohérente.

Ces services sont possibles dans les institutions, plus difficilement dans les cabinets médicaux d'où l'utilité des collaborations et du travail en réseau.

S'il existe cette multiplicité des possibilités à l'intérieur d'une même institution, il est aisé de comprendre la nécessité de multiplier les offres de prises en charge différentes et différenciées dans le domaine des addictions.

La chaîne thérapeutique

Nous en arrivons ainsi à la notion de «chaîne thérapeutique», c'est-à-dire de coordination des diverses offres thérapeutiques, pouvant provenir d'institutions complètement différentes et de cabinets médicaux, collaborant à offrir des possibilités de soins et de prises en charge à une personne toxicomane tout au long de sa trajectoire, quel qu'en soit le stade.

Jusqu'à récemment, on opposait les prises en charge stationnaires et les prises en charge ambulatoires. Il pouvait s'agir d'une véritable opposition méthodologique, chacun vantant les avantages de l'un ou l'autre des systèmes.

Ce mode de pensée est heureusement maintenant largement dépassé. Les offres de traitements, la «chaîne thérapeutique», s'adaptent de mieux en mieux à la trajectoire d'une personne souffrant de problèmes d'addiction.

Cette trajectoire commençant, comme nous l'avons montré, avant la rencontre avec le produit met en valeur la nécessité de tous les efforts de prévention faits pour que ces personnalités fragiles puissent suivre d'autres voies que celle de l'addiction.

Par la suite les mesures d'aide à la survie puis de «gestion de la consommation» peuvent précéder les thérapies visant l'abstinence.

Cette trajectoire n'est largement pas linéaire, elle est souvent chaotique.

Dans le cadre de ce «cheminement thérapeutique» il peut être nécessaire d'extraire un moment le patient de son milieu et du traitement ambulatoire pour lui permettre de se «mettre au vert» temporairement dans une unité de soins stationnaires qui collabore étroitement avec l'ambulatoire, pour étaler une crise, pour compenser une situation.

Au cours de cette «trajectoire» et en fonction de ses nombreuses variations, les divers outils mis au point actuellement pour faire face à cette problématique doivent pouvoir être mis en œuvre selon les besoins, de manière coordonnée.

Nous y tendons et de riches collaborations se créent

entre l'institution de soins ambulatoires, les cabinets médicaux et l'institution de soins stationnaires créant un instrument beaucoup plus efficace pour accompagner le patient dans son cheminement thérapeutique d'une manière coordonnée, cohérente et beaucoup plus sécurisante.

A peu près tous les outils sont actuellement à disposition: médecins en pratique privée, institutions de soins ambulatoires, institutions de soins stationnaires, hôpitaux psychiatriques, toutes les techniques qu'elles soient médicamenteuses, psychothérapeutiques, ou basées sur les activités plus occupationnelles et pédagogiques. Il nous manque encore actuellement la possibilité d'utiliser une technique certes marginale et d'indication rare: la prescription et la distribution différenciée d'héroïne.

Il n'existe en effet actuellement que des programmes de prescription et de distribution d'héroïne à protocole extrêmement lourd et à haute exigence, donc à «haut seuil», surveillés par la Confédération et coûtant très cher.

Dans des situations très rares, une distribution très momentanée d'héroïne dans le cadre de la trajectoire thérapeutique d'une personne toxicomane en ambulatoire pourrait être utile: il s'agit de situations où le patient, en fonction de ses difficultés psychiques, retourne «à la rue» et s'adonne à des consommations compulsives et extrêmement dangereuses, situations brisant momentanément le lien thérapeutique et génératrices des pires nuisances: overdose, sida, hépatites et autres maladies infectieuses.

Il y aurait, dans le cadre de ces situations une fois de plus très rares et ne nécessitant pas la création d'un instrument de prescription et de distribution d'héroïne lourd et coûteux, l'indication à pouvoir ponctuellement permettre que cette phase ne rompe pas le lien thérapeutique en se passant sous surveillance et en maintenant le contact dans le cadre habituel des soins.

L'indication, la prescription et la distribution devraient bien sûr se faire avec toute la rigueur qu'implique cette méthodologie marginale.

Nous savons aussi qu'une personne toxicomane prise en charge voit sa situation sanitaire et sociale s'améliorer considérablement, son recours aux pratiques illégales, voire à la criminalité, fortement baisser et que les coûts engendrés par la toxicomanie s'abaissent également drastiquement. Le nombre de décès par overdose diminue dans les mêmes proportions.

Cette assertion est maintenant largement démontrée: les personnes présentant des problèmes d'addiction inscrites dans un programme thérapeutique, quel que soit son niveau, consomment beaucoup moins de produits et surtout beaucoup moins dangereusement et ainsi consomment également beaucoup moins de médecine (avec les coûts extrêmement lourds engendrés par les pathologies liées aux addictions: traitements du sida par trithérapies, traitements des hépatites par interféron, soins intensifs pour overdose, cardiopathies sur atteintes valvulaires, etc. ...).

La délinquance et sa pénalisation sont également beaucoup moins importantes chez un patient pris en charge et le recours à l'aide sociale, comme d'ailleurs le démontrent clairement les statistiques neuchâtoises, tend, contrairement à toutes les autres populations, à très nettement diminuer ces dernières années.

Dr Pierre-Alain Porchet
Médecine générale FMH
Médecin-directeur Drop-in de Neuchâtel
Fausses-Brayes 5
CH-2000 Neuchâtel

Impressum

SSMG
SGAM**Herausgeber / Editeurs**

SGAM Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin
SSMG Société Suisse de Médecine Générale
SSMG Società Svizzera di Medicina Generale
KHM Kollegium für Hausarztmedizin
CMPR Collège de médecine de premier recours
CMB Collegio di medicina di base
CPCM College of Primary Care Medicine

Gastgesellschaften / Sociétés invitées

SGIM Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin
SSMI Société Suisse de Médecine Interne
SGPPM Schweizerische Gesellschaft für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin
SSMPP Société Suisse de Médecine Psychosomatique et Psychosociale
APPM Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin

Redaktion / Rédaction

Dr. Heinz Bhend, Dr. Jacques de Haller,
Dr. Bruno Kissling (Chefredaktor), Dr. Pierre Klausner,
Dr. Franz Marty, Dr. Natalie Marty (Managing editor),
Dr. François Mottu, Dr. Marc Müller, Dr. Edy Riesen,
Dr. Bernhard Rindlisbacher, Dr. Daniel Widmer

Guest editor SGIM: Dr. Franz Rohrer-Portmann

Guest editor SGPPM: Dr. Alex Ammann

Redaktionsadresse / Adresse de la rédaction

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsbürgerstrasse 8, CH-4132 Muttentz
Tel. 061 467 85 54
Fax 061 467 85 56
E-Mail: primary-care@emh.ch
Internet: <http://www.primary-care.ch>

Redaktionssekretariat: Louise Bigler

ISSN 1424-3776

Erscheint wöchentlich / Paraît chaque semaine

Verlag / Editions

EMH Editores Medicorum Helveticorum
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
EMH Editions médicales suisses SA
EMH Edizioni mediche svizzere SA
EMH Swiss Medical Publishers Ltd.
Postfach, CH-4010 Basel
Website <http://www.emh.ch>

Herstellung / Production

Schwabe AG, Farnsbürgerstrasse 8, CH-4132 Muttentz
Tel. 061 467 85 85, Fax 061 467 85 86,
E-Mail: druckerei@emh.ch

Marketing EMH / Marketing EMH

Natacha Gerber, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsbürgerstrasse 8, CH-4132 Muttentz, Tel. 061 467 85 49
Fax 061 467 85 56, E-Mail: ngerber@emh.ch

Pharma-Inserate / Annonces pharmaceutiques

Kurt Hess, pharma media promotion, Lättichstrasse 6
CH-6542 Baar 2, Tel. 041 760 23 23, Fax 041 760 23 27
E-Mail: info@pharma-media-promotion.ch

Andere Inserate / Annonces non pharmaceutiques

Chantal Schneeberger, Frankfurtstrasse 14, Postfach 340
CH-4008 Basel, Tel. 061 333 11 07, Fax 061 333 11 06
E-Mail: c.schneeberger@schwabe.ch

Abonnemente / Abonnements

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Abonnemente
Farnsbürgerstrasse 8, CH-4132 Muttentz, Tel. 061 467 85 75
Fax 061 467 85 76, E-Mail: abo@emh.ch

Jahresabonnement / Abonnement annuel

CHF 100.– (zuzüglich Porto / port en plus)

© 2004 by EMH

Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or be traduced without prior permission, in writing, of the EMH.