

Prophylaxie et possibilités thérapeutiques ambulatoires des dépendants de drogue

Autor(en): **Burner, M. / Knaff, R.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie Suisse des Sciences Medicales = Bollettino dell' Accademia Svizzera delle Scienze Mediche**

Band (Jahr): **27 (1971)**

PDF erstellt am: **26.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-307863>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Prophylaxie et possibilités thérapeutiques ambulatoires des dépendants de drogue

M. BURNER et R. KNAFF

Ces deux journées consacrées à l'étude des problèmes posés par la dépendance vis-à-vis des drogues et des toxicomanies nous ont montré, si besoin en était, combien l'homme, quelle que soit la drogue en cause, cherche ainsi à fuir les difficultés et souvent lui-même, voulant échapper à sa vraie nature pour en explorer une différente. Parmi toutes les raisons mises en avant pour essayer d'expliquer pourquoi et comment un individu arrive à être dépendant d'une drogue, on en vient finalement toujours à cette même constatation: la faiblesse et la fragilité des individus en proie à une insatisfaction profonde. L'explosion démographique et l'expansion prodigieuse de l'humanité ont, semble-t-il, encore accentué le besoin impérieux d'échapper à l'ambiance quotidienne et la recherche de l'extase ou de l'ivresse, ou tout simplement de l'oubli, de la rêverie ou de la poésie.

Quoi d'étonnant à ce qu'on en vienne à la drogue aujourd'hui puisque depuis l'alcool, dont Noé vanta les mérites, en passant par le café, le thé, le tabac et les drogues classiques, voici qu'arrivent les sédatifs et les hypnotiques multiples qui ont succédé aux barbituriques, les psycho-stimulants et les psycho-dysléptiques et aussi toutes les drogues privatives de liberté, insoupçonnées mais innombrables, que recèle encore la pharmacopée. Nous sommes en effet de plus en plus frappés que tel médicament jusqu'alors bénin se transforme brusquement, par des moyens artisanaux, ou en combinaison avec d'autres produits, en une nouvelle drogue.

Bien sûr, il faut être prudent et nous rappeler, comme le soulignait KIELHOLZ, lors du symposium organisé par la fondation «le trait vert» à l'Institut Gottlieb Duttweiler en janvier 1970 à Rüschlikon: on confond encore trop les termes accoutumance, assuétude et dépendance. Il est certain que suivant le type de drogue, la dépendance est différente. Il y a lieu de rappeler les deux principaux, soit: 1. la dépendance physique, véritable asservissement à la drogue engendrant un état de besoin impérieux avec un syndrome d'abstinence douloureux, apparaissant rapidement. Cette dépendance physique est caractéristique des alcaloïdes de l'opium et de la morphine ainsi que de ses dérivés; 2. la dépendance psychique, état résultant de la consommation répétée d'une drogue, provoquant l'invincible désir de la renouveler

et amenant le sujet à continuer à l'absorber avec un besoin absolu de s'en procurer. Cependant, à ce stade-là, l'abstinence ne provoque pas de troubles dangereux.

Les possibilités thérapeutiques ambulatoires varient bien entendu en fonction de nombreux facteurs dont il faut retenir avant tout: a) l'intensité de l'intoxication; b) le mode de venue du malade: de lui-même, sur conseil de proches, obligé de se soumettre à notre traitement par suite d'une pression sociale ou professionnelle; c) la motivation du malade; d) la drogue utilisée.

Il est évident que très souvent nous avons affaire à des patients méfiants, réticents qui avouent difficilement leur toxicomanie. Il faut bien reconnaître que, devant l'absence d'éléments objectifs ou reconnus par le sujet, le diagnostic d'une pharmacodépendance est difficile.

A l'exception de l'héroïne et des morphiniques, parfois encore des amphétaminiques, la symptomatologie est essentiellement subjective. Souvent il est difficile de faire préciser la ou les drogues absorbées, les formes sous lesquelles elles ont été consommées, la fréquence de cette consommation et ce que le malade a progressivement ressenti tant physiquement que psychologiquement.

Chez l'adulte qui désire lui-même se faire désintoxiquer, l'investigation est plus facile que chez l'adolescent, et la cure de désintoxication ambulatoire est possible.

Lors d'un état d'intoxication aiguë, avec agitation, nous agissons en situation d'urgence souvent par une injection intramusculaire de neuroleptiques (Largactil, Halopéridol ou Sédalande) ou parfois de tranquillisants, tels le Valium, le Librium. Si des troubles respiratoires apparaissent, l'oxygénothérapie sera également appliquée, mais il faut rappeler qu'il est absolument exclu d'utiliser des réserpiniques ou des IMAO. Ceci nous permet l'attente de l'ambulance car l'hospitalisation reste la seule solution possible!

Dans les états intermédiaires, nous prenons le risque de traiter le patient soit à domicile, soit en cure ambulatoire en le voyant chaque jour au début, puis de manière plus espacée. Bien entendu, il faut pour cela avoir l'accord du patient car nous ne pourrions agir efficacement avec un mandat impératif.

Notre action s'accompagne toujours d'une investigation poussée dans le but de déterminer la structure de personnalité en cause, l'influence diverse de la culture, la disponibilité envers la drogue, la contamination ainsi que déceler les problèmes sociaux, familiaux ou professionnels pouvant être à l'origine de l'absorption de drogue.

Il est en effet nécessaire de souligner que les contraintes toxicophiliques peuvent se développer chez n'importe quel individu, provenant aussi bien de conditions familiales, professionnelles ou encore sociales difficiles. Elles se développent souvent chez des personnes de caractère régressif et archaïque, manifestant une impossibilité de faire face aux ennuis quotidiens. Ces malades sont impatients et ne peuvent attendre, désirant immédiatement être soulagés en avalant le médicament.

Bien sûr, souvent l'intoxiqué ou le dépendant de drogue ne peut accepter l'entourage, car il ne s'accepte pas lui-même. Il essaie de fuir dans son phantasme et dans ce qu'il ressent à travers la drogue, voulant s'y incorporer. Prisonnier de ce monde intérieur nouveau, plein d'illusions, il ne peut nouer de vrais liens affectifs, d'où la nécessité que nous avons ressentie dès le début, qu'il s'agisse d'alcooliques ou de dépendants de drogues diverses, de les voir et les traiter en équipe. Cette prise en charge a déjà été développée dans des travaux antérieurs que nous avons publiés et je ne voudrais pas y revenir. Rappelons simplement que dans une prise en charge en équipe, chaque membre du team a un rôle important à jouer, tout en gardant une identité propre. Le fait d'être confronté à trois personnages différents et non à un seul (investi souvent comme juge), amène le patient à réagir par le besoin de se rapprocher et de s'identifier à l'un ou l'autre membre. Cette technique d'approche et de traitement, si elle se révèle efficace chez l'alcoolique, est encore à expérimenter plus à fond car sans aucun doute le dépendant de drogue manipule plus volontiers son entourage. Par ailleurs, nous avons également développé une thérapie de groupe sur laquelle nous reviendrons encore.

Auparavant, il nous faut insister sur le caractère différent de l'adolescent lorsque ce dernier fait appel à nous. Une première constatation importante est que nous voyons une proportion nettement plus grande de consommateurs de haschisch et peu d'usagers de drogues majeures. La désintoxication n'est donc pas l'aspect important du traitement car souvent elle n'est pas à faire et la prise en charge apparaît nécessaire en fonction des réactions du jeune.

Ce problème de l'adolescent est d'une brûlante actualité, car depuis quelques années l'extension des abus de drogue chez les jeunes tient compte de phénomènes psychologiques et sociaux où interviennent de nombreux facteurs qui ne manquent pas d'être inquiétants, tels le refus d'engagement devant les organisations de la civilisation occidentale moderne, avec la création de groupes et de sociétés marginales, en même temps que se manifeste la quête de moyens d'évasion et de satisfactions de toutes sortes.

La psychosociologie attribue aujourd'hui une grande importance à l'adolescence. Il nous suffit de rappeler ici que l'adolescent traverse une longue période de maturation et d'adaptation qui se fait en même temps qu'une poussée biologique n'ayant pas la brièveté qu'on lui attribue généralement dans la presse courante ou dans le public. Cette poussée a accentué les interdits sociaux dans notre société actuelle, interdits qui s'opposent aux besoins de l'adolescent. Ceci amène ce dernier à vivre cette période comme une crise qu'il a de la peine à assumer et qui entraîne ce refus d'engagement dans les structures de la société moderne avec répulsion à l'égard des images paternelles, des carrières ou des filières impliquant une prise de position. L'adolescent préfère alors une passivité ou un chômage volontaire.

La scolarité et l'apprentissage prolongé a toujours plus d'importance dans notre société productive et elle est suivie par des études ou des formations

d'une durée plus longue en raison des exigences de l'évolution des techniques des divers secteurs professionnels. Il est certain qu'il n'est pas facile actuellement pour l'adolescent de devenir un homme fait et indépendant. Il ressent souvent une solitude étrange au milieu du monde des adultes qu'il réfute. Les groupes hippies notamment, ainsi que d'autres, offrent alors à l'adolescent découragé la possibilité de court-circuiter d'un seul coup ses difficultés formatives pour accéder à l'euphorie d'une pseudo-réussite signée par la passivité et la complaisance dans ces nouveaux groupes sociaux.

Il ne nous appartient pas ici de mettre l'accent sur l'intensité des symptômes rencontrés, sur la réactivation des conflits en cause avec les difficultés de l'idéalisation du Moi, la confusion d'identité et la démission fréquente du père. Tous ces facteurs jouent, car nos adolescents se laissent aller d'abord au phantasme puis au véritable mouvement de nomadisme juvénile qui s'exerce principalement d'ouest en est vers les régions où l'on cultive le chanvre indien et le pavot, vers ces pays où le trafic de la drogue est la rançon presque obligée du voyage.

Lorsque nous recevons un adolescent qui vient seul ou qui est envoyé par un médecin auquel il a pu se confier, la motivation est bonne. Nous pouvons arriver à un résultat qui n'est pas uniquement une désintoxication mais aussi une prise en charge avec une psychothérapie allant souvent en profondeur.

Quand l'adolescent nous est amené par des proches ou encore par des parents, la situation est plus délicate, car une certaine contrainte se fait jour. Mais là encore, nous pouvons effectuer le travail avec ou sans collaboration de l'entourage. Ceci nous amène à une prise de position qui n'est pas acceptée par tout le monde.

En effet, en ce qui concerne la conduite à tenir dans une prise en charge ambulatoire d'un dépendant de drogue adolescent, nous estimons que le secret professionnel doit être à tout prix respecté. Bien que le jeune de 18 à 19 ans soit encore mineur au sens exact du terme, nous pensons qu'il n'est pas envisageable que le médecin puisse même prévenir les parents.

Nous ne sous-estimons pas ce problème des parents, certes capital, surtout lorsqu'il s'agit d'entreprendre une cure de désintoxication allant assez loin. Mais nous trouvons qu'il est souvent possible, du moins c'est le but qu'il faut poursuivre, de persuader l'adolescent, après plusieurs entretiens, de se confier à ses parents. Dans ce sens, nous avons plutôt obtenu satisfaction, et je crois qu'il n'est pas sans intérêt de relever avec d'autres auteurs qu'une grande majorité de jeunes drogués souhaite que leurs parents soient au courant, mais ne peuvent le faire d'emblée et ne supporteraient en aucune façon que le médecin le fasse à leur place.

Pour en venir aux possibilités thérapeutiques proprement dites, je crois que le mieux encore est de vous donner des exemples. N'étant pas encore à même de développer avec certitude l'action thérapeutique en équipe avec les toxicomanes, nous vous présentons deux cas dont seul le médecin a assumé la prise en charge.

Cas 1. — Il s'agit d'une infirmière de Suisse allemande, de 28 ans, qui nous a été adressée par un confrère de Zurich. Elle présentait une toxicomanie qui durait déjà depuis deux ans, ayant débuté après une plastie mammaire bilatérale à la suite de laquelle elle avait reçu des injections de morphine. Par la suite, elle subtilisait de la morphine dans les services où elle travaillait, s'injectant jusqu'à trois ampoules par jour. Sa toxicomanie fut découverte en août 1968 et un changement d'hôpital n'empêcha pas la rechute immédiate. Elle n'arriva cependant plus à se procurer régulièrement sa drogue, perdit connaissance à plusieurs reprises, manifestations correspondant certainement à un symptôme de sevrage. Les médecins de l'hôpital se rendirent compte de ce qui se passait et le contrôle devint plus sévère. A ce moment-là, la patiente utilisa pour elle les ampoules destinées aux malades, injectant à ceux-ci soit la moitié du produit, soit de l'eau distillée. En même temps s'installaient des troubles importants du sommeil. Lorsque nous avons vu la patiente, elle en était à une ampoule de morphine par jour et prenait encore 7 comprimés de Médomine. Le Cliradon, le Palfium ainsi que plusieurs somnifères faisaient également partie de sa panoplie. Par ailleurs elle encourait le risque, avec sa rechute, de se faire signaler aux autorités cantonales en vue d'une interdiction professionnelle. Lors de notre prise en charge, le médecin-chef de son hôpital ignorait la rechute. D'un autre côté, la patiente avait l'intention de se marier, et son fiancé mettait comme condition qu'elle arrête de s'intoxiquer.

Au point de vue de la personnalité, il s'agissait manifestement d'une structure abandonnique avec toute l'avidité orale que celle-ci entraîne. Le contact avec la patiente était bon; elle se mit immédiatement dans une situation où elle était extrêmement culpabilisée, s'attendant un peu à ce que le médecin traitant prenne une attitude surmoïque et interdictrice. Ce ne fut pas le cas et nous avons réussi en premier lieu à mettre cette patiente en confiance, tout en établissant un programme thérapeutique avec elle. Ce programme prévoyait quatre semaines de prise en charge ambulatoire, délai après lequel, si la désintoxication échouait, une hospitalisation serait décidée. La patiente venait voir son fiancé assez irrégulièrement à Lausanne, tout en continuant à travailler à Zurich, et c'est ainsi que malheureusement nous n'avons pu la voir que trois fois pendant le délai d'épreuve fixé. Au premier rendez-vous, elle nous raconta qu'elle continuait à s'injecter une ampoule de morphine tous les trois jours, et ceci en raison des symptômes d'abstinence qui devenaient insupportables. Elle souffrait surtout de nausées, de constipation ainsi que de graves troubles du sommeil. Nous avons entrepris un traitement neuroleptique et thymoleptique combiné, traitement qui s'est révélé insuffisant pour dominer les symptômes de sevrage. La deuxième fois que nous l'avons vue, la patiente nous a dit elle-même qu'elle allait très mal, tout en nous faisant des confidences sur son enfance. Sa régression était manifeste. Lors de la quatrième semaine elle nous indiqua qu'effectivement elle n'avait plus d'espoir d'arriver, avec notre seule aide, à s'arrêter et c'est alors que nous avons décidé ensemble de l'hospitaliser au service spécialisé de la clinique psychiatrique à Bâle. Dès sa sortie de clinique où elle fit un séjour de deux mois, elle reprit immédiatement contact avec son médecin traitant. Depuis il n'y a plus eu de rechute, la patiente venant voir le médecin traitant une fois par semaine. A noter peut-être qu'à une reprise la patiente a essayé de reprendre des somnifères à son gré, mais que nous avons pu endiguer cette petite rechute assez facilement. La relation avec elle reste bonne; le traitement consiste dans une psychothérapie de soutien, un traitement psychothérapique en profondeur ne nous semblant pas pouvoir être envisagé d'après les expériences que nous avons faites jusqu'ici, avant une année d'abstinence complète au moins.

A première vue, ce traitement pourrait paraître comme un échec d'un traitement ambulatoire d'une toxicomanie grave. Mais si on y regarde de plus près, nous avons réussi non seulement à préparer la patiente à une hospitalisation avec laquelle elle n'aurait certainement pas été d'accord dès la première entrevue, mais pu établir avec elle le contact nécessaire avant

son hospitalisation pour qu'elle nous revienne immédiatement après celle-ci en vue de la post-cure. Nous savons tous que le traitement d'une toxicomanie grave est de longue haleine. La prise en charge après la sortie de l'hôpital est extrêmement importante, étant donné que la patiente vient d'un milieu où elle est évidemment bien protégée. Par ailleurs, il faut relever l'étroite collaboration de la clinique psychiatrique et du service ambulatoire, collaboration nous paraissant indispensable pour le traitement efficace d'une toxicomanie. Il va de soi qu'après un an d'abstinence nous verrons avec l'intéressée quelle mesure psychothérapique visant à modifier la structure de sa personnalité pourra être entreprise, soit individuellement, soit en groupe.

Cas 2. — Il s'agit d'une patiente de 56 ans, qui nous a été adressée par le médecin cantonal. C'est une personne extrêmement différenciée, sensible, timide et plutôt forte. Actuellement artiste-peintre, elle a travaillé pendant quelque dizaine d'années en tant que psychothérapeute d'enfants, après avoir fait une psychanalyse dans le canton de Vaud. Le passé psychiatrique de cette patiente est assez chargé. Elle aurait fait vers 1940 une dépression, soignée dans un hôpital psychiatrique de Suisse alémanique. Le traitement aurait consisté en insuline, électrochocs et neuroleptiques. Elle mentionne une symptomatologie délirante particulière qui nous fait penser plutôt à une psychose émotionnelle ou symptomatique qu'à une schizophrénie. Déjà à cette époque elle prenait régulièrement des somnifères à fortes doses. Nous nous sommes demandés en même temps si cet épisode délirant n'était pas en relation avec une symptomatologie de sevrage. Depuis 1963, elle prend régulièrement une ampoule de Sédol par jour, mais prétend n'avoir jamais augmenté les doses jusqu'ici. Le médecin qui prescrivait la morphine était un ami de la famille. N'arrivant plus à résister aux exigences de la patiente, il lui faisait des ordonnances à volonté, mais finit par la signaler au médecin cantonal. En dehors de son ampoule journalière de Sédol, elle prenait 5 comprimés de Noludar, 5 comprimés de Doridène, 2 suppositoires de Largactil à 100 mg.

Il s'agit donc bien ici d'une toxicomanie majeure qui durait depuis près de 8 ans. Nous avons établi avec cette patiente un programme de désintoxication ambulatoire avec lequel elle s'est déclarée d'accord. Elle nous a remis plusieurs ordonnances du médecin traitant, ordonnance servant à se procurer le Sédol. Nous avons institué dans les moindres détails le programme de désintoxication progressive, commençant par réduire la morphine pendant quatre jours à une demi-ampoule pour l'arrêter ensuite complètement. Parallèlement, nous avons institué un traitement au Taractan 50 mg à raison d'un comprimé le matin et à midi, et deux le soir. Les jours suivants, nous avons également réussi à réduire les hypnotiques et pendant ces trois semaines nous avons vu la patiente tous les jours. Elle présenta à deux reprises un état anxieux très important, qui a néanmoins cédé à la médication ainsi qu'aux entretiens avec son médecin traitant. D'un autre côté, la transpiration était moyenne, les tremblements aux extrémités disparaissaient progressivement, mais les troubles du sommeil devenaient extrêmement graves, la patiente n'arrivant plus qu'à dormir 3 heures en début de traitement.

Il faut noter que la collaboration de cette patiente était parfaite, et actuellement nous continuons à la voir une fois tous les 15 jours. La médication consiste en un comprimé de Taractan 50 mg le soir. Le sommeil est maintenant de 7 heures par nuit, mais des céphalées se sont installées que nous considérons comme un symptôme de sevrage et contre lesquelles nous ne donnons pas de médication, ceci en accord avec la patiente. Il va de soi qu'au point de vue pronostic nous ne puissions pas nous prononcer, après avoir vu cette patiente fin mars 1970.

Néanmoins, nous pensons qu'il est intéressant de noter qu'on peut arriver, dans des cas rares, à désintoxiquer des toxicomanies majeures en service

ambulatoire, tout en étant conscients qu'à un moment donné le médecin traitant remplace le toxique. Il s'agit donc de posséder une formation psychothérapique approfondie, si le but du traitement n'est pas uniquement de désintoxiquer mais d'établir une relation interpersonnelle du type transfert - contretransfert.

Un troisième exemple peut être donné par une expérience que nous avons débutée mais que nous ne pouvons encore concrétiser par des résultats puisqu'elle est en cours. Il s'agit de la constitution d'un groupe d'alcooliques et de dépendants de drogues. En effet, à la Polyclinique psychiatrique universitaire de Lausanne nous développons depuis plus de 15 ans les techniques psychothérapiques de groupe et il était certain que nous devions tôt ou tard arriver à un essai de traitement en groupe en fonction justement des difficultés relationnelles présentées par les toxicopathes. Nous avons donc formé un groupe mixte en y admettant autant de femmes que d'hommes, estimant l'hétérogénéité comme une condition nécessaire à une véritable dynamique à l'intérieur du groupe. Ce groupe qui a d'abord été conçu comme un groupe de discussion à visées thérapeutiques, est devenu assez rapidement psychothérapique au sens étroit du terme : le traitement de la personnalité des malades dans son ensemble par la personnalité des thérapeutes à travers les relations interpersonnelles.

Tout d'abord, ce groupe que nous avons rapidement formé sur demande même des intéressés, après l'exclusion de deux patients qui ne sont plus revenus, est centré sur la libre association. Il fonctionne avec deux médecins. Au début, nous nous efforcions d'analyser les thèmes de discussion en intervenant le moins possible et en provoquant les catharsis qui nous renseignaient davantage sur les difficultés interpersonnelles de nos malades. Quel sera le résultat de ce groupe ? Nous ne le savons pas encore, mais nous en espérons à la fois une vertu curative et une fonction prophylactique. Nous avons déjà remarqué qu'à travers les échanges pouvait s'amorcer une meilleure compréhension des problèmes pour chaque patient. A certains moments, les malades découvraient dans le groupe un élément de soutien qu'ils souhaitent maintenant trouver à l'extérieur. Pour l'instant, nous sommes encore à la recherche d'une compréhension plus fouillée de la maladie alcoolique ou de la maladie toxicophilique des membres. Nous acceptons les récidives et les absents ne s'excusent que dans la séance suivante.

Nous ne voulons guère en dire plus mais désirions signaler cette méthode de traitement qui nous paraît d'un très gros intérêt pour les dépendants de drogue.

Quant à la *prophylaxie*, il est important de reprendre ce problème à l'époque justement où les journaux ont fait d'amples récits des exploits des drogués polonais, hollandais, français, anglais, allemands, etc. La presse exploite au maximum le thème de la drogue, et il nous a paru juste de retrouver un équilibre valable.

Prophylaxie, en fait, veut dire actions préventives et par là il faut distinguer les actions collectives et les actions individuelles.

Parmi les *actions collectives*, le but est d'informer. Cette information peut prendre l'aspect de communications de masse ou de méthodes d'information insistant sur ce qui ne doit pas être fait : je pense là surtout aux conseils à donner aux parents concernant les jeunes adolescents qui sont devenus dépendants de drogue. Le rôle des parents étant d'éduquer et d'informer, il nous appartient de les aider dans ce but.

Pour le jeune lui-même, comme pour l'adulte qui se drogue, l'information doit aussi bien mettre en évidence non seulement le risque de lésions irréver-

sibles ou d'altération durable de la personnalité, mais aussi le risque d'escalade par exemple du haschisch à l'héroïne. Peu de malades sont réellement conscients de ce danger. Le premier devoir de l'action préventive est de diffuser largement et objectivement la fréquence indiscutable du passage des hallucinogènes aux dérivés d'opium, de même que du danger de dépendance psychique, puis physique.

L'action préventive individuelle consiste à donner confiance au patient, à ne pas poser au moraliste ou au dénonciateur. Il faut veiller à ce dialogue très difficile et périlleux avec les dépendants de drogue qui sont souvent fermés aux tentatives d'explication cohérente d'un représentant d'une société qu'ils refusent ou rejettent.

Le médecin intéressé à ces problèmes a un rôle essentiel à remplir. Non seulement il peut expliquer des faits techniques, dissiper la curiosité née de l'ignorance, mais il doit annoncer qu'il veut aussi aider et guérir.

Il faudra donc dénoncer un double danger: a) le danger de la drogue elle-même comme facteur de morbidité; b) le danger social enfin dans la perspective d'une évolution des structures où la recherche de l'oubli, de l'évasion ou de l'euphorie se traduit souvent par une abolition de la volonté et une détérioration grave.

A propos de la prophylaxie également, la place des enseignants à tous les niveaux est extrêmement importante. Qu'il s'agisse de professeurs d'université, d'instituteurs, d'assistants sociaux et de conseillers à quel titre que ce soit, tous doivent se sentir capables de jouer un rôle important dans toutes les formes d'action prophylactique et préventive. Même si les médecins, les assistantes sociales, les infirmières, les enseignants sont contestés, vous aurez pu remarquer vous-même qu'ils restent quand-même pour les jeunes des interlocuteurs privilégiés auxquels on s'adresse instinctivement. Qu'il s'agisse de contester ou tout simplement de discuter, c'est au niveau des éducateurs et des médecins que doit porter l'effort d'information technique et éthique, fourni par des groupes de spécialistes comme ceux que nous avons réunis aujourd'hui à ce symposium.

Je laisse intentionnellement de côté tout l'aspect important de la recherche scientifique concernant les données épidémiologiques, socioculturelles et psychosociales pour ne pas allonger cet exposé et ne pas redire ce que d'autres ont déjà abordé ici.

J'aimerais conclure en soulignant que c'est en comparant les données de différentes disciplines qu'on peut s'orienter vers des actions appropriées de prophylaxie, de prévention et de sauvetage humain. L'action individuelle, d'individu à individu ou dans un petit groupe, acquiert une valeur nouvelle à l'époque où les informations de masse sont réfutées. Il s'agit donc pour nous d'offrir des réponses fermes et documentées à des jeunes ou à des adultes désorientés, favoriser les interventions relationnelles et fraternelles de la part d'anciens dépendants de drogue comme à l'égard d'anciens alcooliques.

Même si nous ne connaissons pas les limites de ces actions thérapeu-

tiques et prophylactiques, en raison même des aspects psychosociaux, philosophiques, politiques et moraux des problèmes envisagés, notre devoir n'en reste pas moins, me semble-t-il, de ne pas sous-estimer la valeur de ce que nous pouvons faire aussi bien isolément qu'ensemble.

Résumé

La prise en charge d'un patient toxicomane dépend de l'intensité de l'intoxication de celui-ci, du mode de venue, de la motivation, et en dernier lieu de la drogue utilisée.

En ce qui concerne les cas aigus, l'hospitalisation s'avère la plupart du temps indispensable. Dans les cas chroniques un traitement soit à domicile, soit ambulatoire est possible. Par cet engagement thérapeutique, en dehors des structures de la personnalité orale de ces patients, entrent en considération les problèmes sociaux, familiaux et professionnels. Quant à la prise en charge elle-même, nous ignorons à l'heure actuelle si celle-ci doit être faite en équipe, c'est-à-dire d'emblée à trois, ou individuellement. En ce moment, nous réalisons une expérience nouvelle sous la forme d'un traitement de groupe. Ce groupe est composé d'un nombre égal d'hommes et de femmes et comprend aussi bien des alcooliques que des toxicomanes.

Quant aux adolescents, il faut tenir compte des problèmes spécifiques des jeunes en fonction de leur évolution aussi bien individuelle que sociale, et il est extrêmement important que le secret médical soit gardé dans ces cas particuliers.

Nous donnons deux exemples illustrant nos possibilités thérapeutiques. Dans un premier cas, la collaboration étroite avec l'hôpital psychiatrique s'est avérée nécessaire et extrêmement fructueuse. Le second cas démontre bien l'efficacité d'une désintoxication ambulatoire qui reste une indication médico-sociale de choix lorsqu'elle est applicable en fonction des critères indiqués.

En ce qui concerne la prophylaxie, il est extrêmement important d'informer le public d'une façon saine et honnête. Les professeurs, les instituteurs et les pédagogues de tout ordre devront tendre à ce but de même que les médecins, les auxiliaires médicaux et paramédicaux et les parents.

Zusammenfassung

Die ambulante Behandlung eines toxikomanen Patienten hängt von folgenden Faktoren ab: der Intensität seiner Toxikomanie, der Art und Weise, wie er zu uns kommt, dem Grund, aus dem er zu uns kommt, und von der Droge selbst, die er gebraucht.

Bei akuten Fällen ist die Hospitalisation unumgänglich. Bei chronischen Fällen ist eine ambulante Behandlung entweder zu Hause oder in der Sprechstunde möglich. In einer solchen Behandlung ist die orale Persönlichkeitsstruktur von Wichtigkeit, aber auch die sozialen, familiären und beruf-

lichen Probleme sind von Bedeutung. Zur Behandlung an sich wissen wir zurzeit noch nicht, ob wir den Patienten in einem «Team» zu dritt oder allein sehen sollen. Zurzeit behandeln wir eine gleiche Anzahl von Männern und Frauen, Alkoholiker und Toxikomane, gruppenpsychotherapeutisch.

Was die Jugend anbetrifft, ist es wichtig, sowohl auf ihre spezifischen Probleme zu achten als auch ihre soziale und individuelle Entwicklung im Auge zu behalten. Wichtig ist hier, das Arztgeheimnis zu bewahren.

Wir geben zwei Beispiele, die unsere therapeutischen Möglichkeiten veranschaulichen. In einem ersten Fall war die enge Zusammenarbeit mit einer psychiatrischen Klinik notwendig und fruchtbar. Der zweite Fall verbildlicht eine ambulante Desintoxikationskur, die eine ausgezeichnete Behandlung sein kann, wenn die Indikation richtig gestellt wird.

Zur Prophylaxe ist zu sagen, dass es äusserst wichtig ist, die Öffentlichkeit zu informieren, und dies auf eine gesunde und ehrliche Art und Weise. Hier können sowohl die Professoren, die Lehrer, die Pädagogen wie auch die Ärzte, das medizinische Pflege- und Hilfspersonal und die Eltern teilnehmen.

Riassunto

L'assistenza di un paziente tossicomane dipende dall'intensità dell'intossicazione, dal modo in cui è insorta, dalla motivazione e da ultimo dalla droga utilizzata.

Per quanto riguarda i casi acuti, nella maggior parte dei casi l'ospitalizzazione è indispensabile. Per i casi cronici è possibile un trattamento a domicilio o ambulatorio. Oltre che della personalità morale di questi pazienti, la terapia deve tener conto dei problemi sociali, famigliari e professionali. Attualmente non è ancora chiaro se l'assistenza stessa sia da praticarsi per gruppi, vale a dire fin dall'inizio con tre pazienti, o individualmente. Momentaneamente stiamo facendo una nuova esperienza in forma di una terapia per gruppo. Questo gruppo è composto di un numero uguale di uomini e di donne e si compone di alcoolici e di tossicomani.

Nel caso degli adolescenti bisogna tener conto dei problemi specifici dei giovani in funzione della loro evoluzione individuale e sociale. In questi casi particolari la salvaguardia del segreto medico è di un'importanza capitale.

Cerchiamo di illustrare le nostre possibilità terapeutiche con due esempi. In un primo caso, la collaborazione intensa con l'ospedale psichiatrico si dimostrò necessaria e estremamente fruttuosa. Il secondo caso dimostra bene l'efficacità di una disintossicazione ambulatoria che rimane pertanto un'indicazione medico-sociale scelta, quando è applicata in funzione dei criteri indicati.

Per quanto concerne la profilassi, è molto importante di informare il pubblico in maniera sana e onesta. I professori e gli insegnanti di ogni genere, i medici, gli ausiliari medici e paramedici come pure i parenti devono sforzarsi di raggiungere questo obbiettivo.

Summary

The taking in charge of a toxicomaniac patient depends on the intensity of intoxication, the stage reached, the motivation, and finally the drug used.

As concerns the acute case, hospitalisation is usually indispensable. In the case of chronic cases, treatment may be possible at home or ambulant. For therapy, apart from structures of the oral personality of these patients, consideration must be taken of the social, familial and professional problems involved. As to the taking in charge itself, we do not know at present whether it should be made in a team, that is to say at first in threes, or individually. At present we are doing a new experiment in the form of group treatment. This group is composed of an equal number of men and women and includes both alcoholics and toxicomanics.

As to the adolescents, one must take count of the specific problems of the young as a function of their development, both individual and social, and it is extremely important that medical secrecy is kept in this particular case.

Two examples are given to illustrate our therapeutic possibilities. In the first case, skillful collaboration with the psychiatric clinic proved necessary and extremely fruitful. The second case shows clearly the efficacy of an ambulatory detoxication, which remains a medicosocial indication of choice where it is applicable on the grounds of the indications.

Concerning prophylaxis, it is extremely important to inform the public in a healthy and honest manner. Teachers, instructors and pedagogues of all kinds should aim for this goal, just as doctors, medical and paramedical helpers, and parents.

BLOCH H. et NIEDERHOFFER A.: *Les bandes d'adolescents*. Traductions E. Grin. Payot, Paris 1963.

BURNER M.: Des effets habituels de l'alcoolisation aiguë avec manifestations psychiatriques de l'intoxication aiguë. Tolérance et intolérance à l'alcool et influence de certains médicaments. *Rev. Alcool.* 13, 259-282 (1967).

BURNER M.: L'approche psychosociale de l'alcoolique. Le rôle du service social. *Rev. Alcool.* 13, 103-117 (1967).

BURNER M.: L'équipe psychosociale dans la prise en charge ambulatoire de l'alcoolique. *Méd. et Hyg. (Genève)* 25, 763 (1967).

BURNER M., DAGHIGHIAN I., DEMIERRE V., PERRAUDIN M., LOREN J., RUEDIN M. et GIRARD R.: L'approche du malade en équipe dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie. *Cah. méd.-soc.* 3, 51-75 (1968).

BURNER M.: Dangers de la drogue et santé mentale. *Pro Juventute* 50, 235-238 (1969).

BURNER M.: La personnalité et les motivations de l'alcoolique. *Alcool, alcoolique et médecin.* *Rev. méd. Suisse rom.* 89, 1075-1090 (1969).

BURNER M.: Die soziokulturellen Aspekte des Alkoholismus und die Persönlichkeit des Alkoholikers. *Sandorama* 3, 19-22 (1970).

BURNER M.: La drogue, l'alcool et la jeunesse. De l'ivresse psychédélique à la toxicomanie. *Archives du Bon Secours* 1970.

DENIKER P.: Drogues hallucinogènes et toxicomanies modernes. *Rev. Prat.* 18, 2747-2756 (1968).

- FOUQUET P.: Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme. *Evol. psychiat.* 16, 231-251 (1958).
- JEANNERET O.: Les adolescents face à l'éducation pour la santé. *Rev. Méd. prév.* 15, 283-288 (1970).
- KEELER M., REIFLER C. et LIPTZIN M.: La marihuana. *J. Amer. med. Ass.* 204, 1187-1188 (1968).
- KIELHOLZ P.: Enquête suisse sur la fréquence des abus de médicaments. *Schweiz. Ärztsztg. (Bull. Méd. suisses)* 45, 1229-1248 (1968).
- LASAGNA L. et collab.: *Narcotics*. McGraw-Hill, New-York 1965.
- Organisation Mondiale de la Santé: Rapport technique No 363, Genève 1967. - Rapport technique No 407, Genève 1969.
- SOLMS H.: Alcoolisme et pharmaco-dépendance. *Cah. méd.-soc.* 12, 92-130 (1968).
- SOLMS H.: La drogue et les jeunes. *Rev. int. Enfant* 1, 33-39 (1969).

Adresse de l'auteur: Dr Marcel Burner, PD, St-Pierre 1, CH-1003 Lausanne.