

Manuel Traitement avec prescription d'héroïne

Directives, recommandations, informations

Impressum

Éditeur
Office fédéral de la santé publique

Composition et mise en page
Gerber Typo & Grafik Berne

Traduction et adaptation française
Jacqueline Lavoyer-Bünzli &changer Neuchâtel
Dr. Eric Fagard Bruxelles (chap. I-8 à I-10)
Collaboration scientifique et relecture de
Dr. Marie-Josèphe de Coulon PEPS Genève
Dr. Nelson Feldman PEPS Genève
Yves François UST Fribourg

© OFSP
Reproduction autorisée avec mention de la source

Renseignements
Office fédéral de la santé publique
Unité dépendances et sida
3003 Berne
Téléphone 031 323 88 22
Fax 031 323 87 89
Internet: www.admin.ch/bag/sucht/f/index.htm
Commande
GEWA
Büroservice
Tannholzstrasse 14
3052 Zollikofen
Téléphone 031 919 13 13

Prix de vente
Frs 39.90 TVA incluse

BAG FE S + A 9.00 200 f

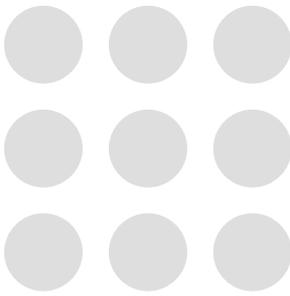


TABLE DES MATIÈRES

DIRECTIVES

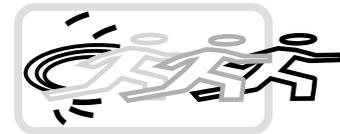
RECOMMANDA-
TIONS

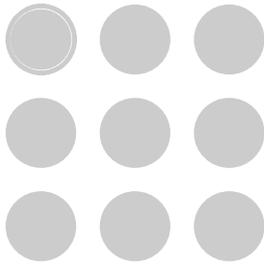
INFORMATIONS

Avant-propos
Historique: de «PROVE» à «HeGeBe»
Résultats scientifiques:
De l'efficacité du traitement avec prescription d'héroïne

Utilisation du manuel

- ❶ Traitement des patients
 - 1 Groupe cible
 - 2 Critères d'admission
 - 3 Procédure d'admission
 - 4 Buts du traitement
 - 5 Planification du traitement
 - 6 Offres thérapeutiques
 - 7 Documentation
 - 8 Pharmacologie et modes de prescription de la diacétylmorphine
 - 9 Prescription et remise au patient d'héroïne non injectable à emporter
 - 10 Consommation parallèle et polytoxicomanie
 - 11 Comorbidité psychiatrique
 - 12 Poursuite du traitement en cas d'hospitalisation ou de peine privative de liberté
 - 13 Structure du plan de traitement dans le temps
- ❷ Organisation des centres de traitement
 - 1 Concept d'exploitation et de traitement
 - 2 Exigences structurelles
 - 3 Exigences en matière de personnel
 - 4 Champs de compétences / répartition des fonctions
 - 5 Dispositif d'urgence
 - 6 Dispositif de sécurité
 - 7 Logistique de l'héroïne
 - 8 Contrôle des stupéfiants
 - 9 Protection des données
 - 10 Assurance responsabilité civile
 - 11 Sanctions
 - 12 Règles de vie
 - 13 Heures d'ouverture
 - 14 Déclaration d'événements spéciaux
 - 15 Promotion de la qualité (AQ) et transfert de connaissances
- ❸ Rôle et attributions de l'OFSP
 - 1 Mission et attributions de l'OFSP
 - 2 Tâches et organisation interne de l'OFSP
 - 3 Mandat et composition des organes HeGeBe
- ❹ Autorisations
 - 1 Autorisation délivrée à l'institution
 - 2 Autorisation délivrée au médecin
 - 3 Autorisation délivrée au patient
- ❺ Bases légales
- ❻ Formulaires modèles
- ❼ Portraits des centres de traitement
- ❽ Adresses
- ❾ Bibliographie





AVANT-PROPOS

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

—	1 Avant-propos	1
—	2 Historique: de «PROVE» à «HeGeBe»	3
—	3 Résultats scientifiques: De l'efficacité du traitement avec prescription d'héroïne	5
—	4 Utilisation du manuel	7



Note préliminaire

Soucieux d'éviter tout sexisme, y compris de nature linguistique, les rédacteurs et les rédactrices du texte original en allemand ont pris soin d'adopter systématiquement la double formulation masculin-féminin. Nous renonçons à en faire de même dans l'édition française, afin de préserver la lisibilité de ce texte déjà très dense en raison de son contenu. Sauf mention contraire explicite, toutes les données et les informations rassemblées dans le présent manuel s'appliquent aussi bien aux femmes qu'aux hommes.



Avant-propos

**«L'Office fédéral de la santé publique contribue de manière déterminante à assurer à la population un niveau de santé élevé. Il mesure les effets de son action à l'impact sur la santé.»
(Lignes directrices de l'OFSP 1992)**

Désormais, la prescription d'héroïne est entrée dans une nouvelle phase. En effet, ces traitements initialement autorisés dans le seul cadre de programmes de recherche scientifique constituent maintenant une thérapeutique reconnue, au même titre que les autres formes de traitement de la dépendance aux opiacés. Le moment est donc venu de rassembler les connaissances relatives à ce type de prise en charge des toxicomanes et de mettre l'ensemble de ces données à la disposition des centres de prescription existants ou en voie de création. Le présent ouvrage fait le tour des bases légales de la prescription d'héroïne ainsi que des directives et recommandations émises par l'OFSP en la matière. De plus, il contient un certain nombre d'informations indispensables à toute personne qui intervient dans un traitement avec prescription d'héroïne. Nous espérons que ce classeur deviendra l'ouvrage de référence pour tout ce qui touche à ce secteur thérapeutique et que toutes les personnes intéressées prendront l'habitude de le consulter.



Si l'intérêt du grand public et des spécialistes s'est fortement focalisé sur la prescription d'héroïne en raison de la nouveauté de cette approche, il convient toutefois de se souvenir que ce traitement ne vise aucunement à concurrencer ou même à remplacer les formes de traitement plus «traditionnelles» que sont, par exemple, les programmes de méthadone ou les thérapies résidentielles axées sur l'abstinence. En réalité, le traitement avec prescription d'héroïne ne fait que compléter la vaste palette thérapeutique existante. Pour s'en convaincre, il suffit de se pencher sur l'évolution historique des différentes thérapies et de se rappeler les raisons pour lesquelles chacune d'elle a été développée.

Malgré les efforts considérables réalisés jusque-là, l'on constata au début des années nonante qu'en dépit de sa diversité, l'offre globale de prise en charge des toxicomanes ne permettait toujours pas d'atteindre l'ensemble des quelque 30 000 personnes toxicodépendantes que comptait alors la Suisse. On prit conscience qu'il est particulièrement difficile de gagner à un traitement celles qui sont le plus fortement dépendantes, celles qui sont le moins bien insérées socialement, dont l'état de santé est le plus précaire et qui ont déjà connu plusieurs échecs thérapeutiques. Il apparaissait cependant, à la lumière des interventions visant à éviter la propagation du VIH/sida, que les consommateurs de drogue pouvaient être sensibilisés aux enjeux liés à leurs comportements en matière de santé, à condition que les offres d'aide soient modulées en fonction de leurs possibilités effectives.

Le traitement avec prescription d'héroïne est précisément une offre thérapeutique conçue pour répondre aux besoins, aux carences et aux ressources qui caractérisent la plupart des toxicomanes dits «graves», c'est-à-dire très marginalisés parce que fortement dépendants des drogues. Il leur permet de stabiliser leur situation sanitaire et sociale puis de progressivement l'améliorer. Parmi les patients qui bénéficient de cette forme de prise en charge, basée sur l'interdisciplinarité et sur une approche globale de leur situation de vie, nombreux sont ceux qui parviennent à se réinsérer pas à pas



Avant-propos

dans la société. Et cela d'autant plus sûrement qu'ils sentent très concrètement les effets positifs de la prescription d'héroïne: diminution sensible du stress que représentait auparavant la nécessité de se procurer la drogue illégalement, meilleure structuration des journées, amélioration des relations avec l'entourage, etc. Dans ces conditions, la motivation nécessaire pour entreprendre, une fois encore, une démarche visant l'abstinence peut refaire surface.

Que tous ceux qui ont participé à la rédaction de cet ouvrage soient ici chaleureusement remerciés! Sans l'étroite collaboration du personnel employé dans les policliniques, ce guide n'aurait jamais vu le jour. De même que, sans le dynamisme et l'engagement de tous ces intervenants, rencontrés lors d'échanges à la fois très animés et très fructueux, les traitements avec prescription d'héroïne ne seraient jamais venus s'inscrire dans la palette des possibilités thérapeutiques. Nous aimerions adresser nos vifs remerciements aux patients et aux patientes qui ont accepté de se soumettre aux contraintes des programmes expérimentaux et qui ont ainsi contribué de manière déterminante au développement de cette nouvelle forme de traitement. Nous espérons que le travail accompli jusqu'ici constitue un réel apport à une prise en charge des personnes gravement toxicodépendantes qui se distingue autant par son respect de l'être humain que par sa pertinence en termes de santé publique.

Puisse ce classeur devenir un instrument de planification et de développement dans le domaine combien passionnant, mais complexe des offres de soins destinés aux toxicomanes. Si, de plus, il féconde la collaboration entre l'OFSP et ses partenaires externes, tous nos vœux seront comblés.

Ueli Locher, Unité dépendances et sida
Sous-directeur de l'OFSP

Paul Dietschy, Unité agents thérapeutiques
Sous-directeur de l'OFSP





Historique: de «PROVE» à «HeGeBe»

En Suisse, la possibilité de traiter les toxicomanes en recourant à la prescription d'opiacés a été évoquée dès le début des années 80. C'est ainsi que les traitements de substitution et de maintenance sous contrôle médical étaient déjà mentionnés dans le train de mesures en vue de réduire les problèmes liés à la drogue, adopté le 20 février 1991, au chapitre consacré à la thérapie. Le Conseil fédéral fit ensuite élaborer un premier plan de recherches et adopta, en date du 21 octobre 1992, une «Ordonnance sur l'encouragement de la recherche scientifique d'accompagnement pour la prévention de la toxicomanie et l'amélioration des conditions de vie des toxicomanes». Cette ordonnance, entrée en vigueur le 15 novembre 1992, constitua la base légale sur laquelle se fondèrent les premiers essais scientifiques de prescription d'héroïne, dits «projets PROVE» (PROjekte zur ärztlichen Verschreibung von Heroin). Le plan de recherche détaillé de ces projets fut soumis à la Commission d'éthique de l'Académie suisse des sciences médicales et aux différentes commissions d'éthique cantonales, qui l'approuvèrent. De plus, les essais scientifiques se déroulèrent sous l'étroite surveillance de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS).

C'est donc sur ces bases qu'eurent lieu les essais scientifiques de prescription médicale d'héroïne, de morphine et de méthadone injectable réalisés entre 1994 et 1996. Au total, 1035 personnes gravement toxicodépendantes, qui ne pouvaient pas être atteintes par d'autres offres thérapeutiques, ont participé à ces essais menés dans 15 villes suisses. L'objectif de ce programme pilote était double. Il s'agissait à la fois de déterminer la faisabilité de cette forme de traitement et de rassembler les données nécessaires pour décider en toute connaissance de cause si de tels programmes constituaient ou non un complément pertinent aux offres thérapeutiques existantes. Ce type de traitement présentait-il des avantages, en particulier sur les programmes de méthadone orale, pour certaines catégories précises de patients et de patientes: telle était la question cruciale à laquelle il fallait pouvoir répondre. Dès le début, la prescription médicale de stupéfiants fut conçue comme une démarche de prise en charge globale, c'est-à-dire exploitant au maximum les multiples ressources du dispositif médical, psychiatrique et psychosocial.

Les résultats définitifs des essais scientifiques de prescription de stupéfiants ont été publiés le 10 juillet 1997¹. Ils montrent que le traitement avec prescription d'héroïne est faisable et qu'il est pertinent pour le groupe cible des toxicomanes remplissant les quatre principaux critères retenus, c'est-à-dire une dépendance chronique à l'héroïne, plusieurs échecs thérapeutiques, une santé déficiente et une forte désinsertion sociale. Dans leur rapport final, les auteurs recommandent donc de poursuivre les traitements avec prescription d'héroïne en maintenant les conditions cadre initiales (policliniques). Ils préconisent également d'en développer certaines dimensions moins explorées jusque-là.

Le programme pilote réalisé par la Suisse constitue une première mondiale, raison pour laquelle il a été suivi avec beaucoup d'attention, notamment à l'étranger. Amélioration sensible de l'état de santé et de l'intégration sociale des personnes prises en charge, baisse



¹ Uchtenhagen A., Gutzwiller F., Dobler-Mikola A.: Essais de prescription médicale de stupéfiants, Rapport final des mandataires de la recherche, Résumé du rapport de synthèse, ISF, Zurich



Historique: de «PROVE» à «HeGeBe»

significative du taux de délinquance constatée grâce à l'étroite collaboration avec les instances policières compétentes: les résultats de PROVE sont si prometteurs que plusieurs pays d'Europe (Allemagne, Pays-Bas, Espagne, ...) et d'ailleurs ont emboîté le pas à la Suisse. Certains en débattent au plan politique.

D'autres en sont déjà à la planification ou même à la mise en œuvre d'essais similaires. La Confédération helvétique, pour sa part, est prête à garder son rôle novateur en matière de politique de la drogue.

Au vu des résultats probants des essais PROVE et après le rejet massif de l'initiative «Jeunesse sans drogue» lors de la votation du 29 septembre 1997, le Conseil fédéral a décidé de réviser et de prolonger l'ordonnance sur la prescription médicale d'héroïne. Avec l'arrêté fédéral urgent du 9 octobre 1998, la Suisse dispose désormais de la base légale nécessaire pour introduire la prescription de stupéfiants comme traitement reconnu destiné aux personnes fortement toxicodépendantes. L'ordonnance d'exécution de cet arrêté, datée du 8 mars 1999, est entrée en vigueur le 1^{er} avril de la même année. Enfin, le 13 juin 1999, une majorité du peuple suisse a approuvé à son tour la teneur de cet arrêté fédéral, soumis à référendum.

Au plan linguistique, le passage de la phase expérimentale initiale à la situation actuelle, dans laquelle la prescription d'héroïne est reconnue comme thérapeutique à part entière, est marqué par l'abandon du sigle «PROVE», remplacé par l'acronyme «HeGeBe» (pour Heroin-Gestützte Behandlung/traitement avec prescription d'héroïne), pour lequel il n'existe pas d'équivalent français.





Résultats scientifiques: De l'efficacité du traitement avec prescription d'héroïne

Le traitement avec prescription d'héroïne, tel qu'il est pratiqué en Suisse dans des policliniques spécialisées depuis 1994, c'est-à-dire avec un degré très élevé de supervision et de structuration, a prouvé son efficacité dans plusieurs domaines¹.

■ Il est apparu que des patients qu'on ne parvenait pas à garder dans d'autres programmes thérapeutiques ou qui avaient déjà connu plusieurs échecs thérapeutiques pouvaient, malgré tout, être intégrés dans un cadre thérapeutique très structuré. A en croire les études sur le traitement de la dépendance menées jusqu'ici, ce simple constat peut déjà être considéré comme un succès en soi. D'autant plus que ces programmes s'adressent à une catégorie de toxicomanes particulièrement difficile à atteindre.

■ En outre, les patients en traitement avec prescription d'héroïne présentent un taux de maintien en traitement significativement plus élevé. Cette constatation est loin d'être négligeable en termes d'efficacité thérapeutique, car les chercheurs s'accordent pour dire qu'un taux élevé de rétention est un facteur décisif pour le succès de toute forme de prise en charge et de traitement de la dépendance. Dans les traitements avec prescription d'héroïne, le taux de rétention se situait à 89% après 6 mois et à 79% après 18 mois de participation au traitement. Parmi tous les traitements de la dépendance aux drogues illégales, la prescription d'héroïne est donc celui dont les taux de rétention atteignent, dans l'absolu, les chiffres les plus élevés.

■ Troisième élément significatif: l'évolution positive de différentes variables et des principaux indicateurs. Ainsi, la prescription d'héroïne s'avère un moyen efficace d'amener les toxicomanes à renoncer à toute consommation illégale d'héroïne et à diminuer sensiblement celle de cocaïne. Durant les essais scientifiques, la mesure d'évolution à 18 mois montre que l'état de santé des patients s'est beaucoup amélioré, tant au plan psychique que physique. De même, la capacité de travail et la situation matérielle (logement) ont progressé. Une partie des personnes qui suivaient ces programmes ont réussi à reprendre une certaine autonomie financière en suivant un plan de désendettement et en se libérant de l'assistance publique. L'aide sociale a donc été moins mise à contribution, puisque ses services n'avaient plus à assumer des personnes qui, auparavant, en étaient fortement dépendantes. Enfin, les contacts avec le milieu de la drogue ont fortement diminué. Toutefois, les efforts pour renouer un solide tissu relationnel hors de ce milieu n'ont pas donné les résultats souhaités.

■ Il va sans dire qu'en matière de santé publique, la prévention des maladies transmissibles revêt une importance cruciale. Les programmes de prescription d'héroïne constituent, à cet égard, un lieu privilégié d'intervention, en particulier pour les mesures de prévention du VIH/sida. Au début, l'information sur les hépatites et sur les vaccins qui permettent de s'en protéger a suscité des réactions plutôt mitigées. Pourtant, là encore, l'encadrement intensif des patients a porté ses fruits et les efforts de prévention se sont finalement traduits par un taux de vaccination tout à fait satisfaisant. De plus, les traitements avec prescription d'héroïne ont montré que la prise en charge médicale des toxicomanes séropositifs se trouve améliorée lorsqu'ils participent à un tel traitement.

■ À l'heure actuelle, il est encore trop tôt pour déterminer dans quelle mesure les centres de traitement avec prescription d'héroïne sont parvenus à motiver ces toxicomanes, sévèrement dépendants



¹ Uchtenhagen A., Gutzwiller F., Dobler-Mikola A.: Essais de prescription médicale de stupéfiants, Rapport final des mandataires de la recherche, Résumé du rapport de synthèse, ISF, Zurich



Résultats scientifiques: De l'efficacité du traitement avec prescription d'héroïne

rappelons-le, à se tourner vers un mode de vie exempt de toute drogue. On constate toutefois qu'après une période de 18 mois, deux tiers des personnes qui ont quitté les programmes expérimentaux se sont orientées vers d'autres traitements (programmes méthadone, thérapies de longue durée axées sur l'abstinence, sevrages).

■ Durant la période d'observation, il n'est intervenu aucun décès qui pourrait être mis en relation directe avec le traitement. En pourcentage, le nombre global de décès enregistrés dans cette cohorte correspond à la limite inférieure des taux de mortalité dans l'ensemble de la population toxicomane.

■ La fréquence des délits est l'un des paramètres dont le recul est le plus marquant. Après 18 mois, la proportion de ceux dont les revenus proviennent d'activités illégales avait passé de 70% à seulement 10%. Ces chiffres, fondés sur les informations données par les patients eux-mêmes, sont corroborés par ceux des statistiques de police et des condamnations pénales.

Les résultats obtenus dans ces différentes dimensions prouvent l'efficacité du traitement avec prescription d'héroïne tel qu'il est pratiqué en Suisse, c'est-à-dire lorsqu'il est fait l'objet d'un cadre thérapeutique clairement défini et d'une indication très précise.





Utilisation du manuel

Le présent manuel se fonde sur les rapports de synthèse rédigés par les différents groupes de travail qui avaient pour mission d'accompagner et d'approfondir certaines dimensions des traitements avec prescription médicale d'héroïne. Chacun de ces groupes était composé d'intervenants spécialisés travaillant dans les centres de traitement, de scientifiques participant aux projets de recherche menés dans ce domaine et de collaborateurs et collaboratrices de l'OFSP. Nous remercions encore une fois très chaleureusement toutes ces personnes pour leur précieuse collaboration.

Sont rassemblées dans ce manuel toutes les directives, les recommandations et les informations nécessaires pour planifier et implémenter les centres de traitement avec prescription d'héroïne et pour les gérer efficacement au quotidien, aussi bien en termes de résultats que de qualité des soins. De plus, ses auteurs font le tour des problèmes que ce type de traitement peut générer et des mesures qui restent à prendre à cet égard.



Buts de ce classeur

■ Donner aux centres de traitement existants une vue d'ensemble des directives et des recommandations auxquelles est soumise leur activité. Il incombe à l'OFSP de contrôler ces institutions et d'octroyer les autorisations requises, raison pour laquelle l'Office émet des recommandations et des directives qui visent, en particulier, à assurer la coordination et la qualité des programmes de traitement avec prescription d'héroïne.

■ Favoriser le transfert de savoir-faire (Know-how-Transfer), car la prescription médicale d'héroïne constitue un défi pour toutes les parties concernées. En effet, elle suppose une aptitude très prononcée à fonctionner en équipes pluridisciplinaires et à s'insérer dans l'ensemble du dispositif d'aide aux toxicomanes. C'est pourquoi l'OFSP a élaboré ce classeur en étroite collaboration avec les responsables des centres existants, dans l'idée de faciliter le travail de ceux et celles qui veulent ouvrir de nouveaux centres. Depuis 1994, date à laquelle ont démarré les différents programmes de prescription d'opiacés de PROVE, les premiers centres ont acquis une expérience non négligeable. Il s'agit maintenant de transmettre ce savoir-faire aux nouveaux collaborateurs et collaboratrices des centres actuels ainsi qu'aux personnes qui ont l'intention d'ouvrir un tel centre.

■ Faciliter la planification et la réalisation de nouveaux projets. Ce classeur constitue donc, en premier lieu, un outil pratique pour la mise sur pied de nouveaux centres de traitement. Il s'adresse à toutes les personnes intéressées (intervenants spécialisés, autorités, institutions d'aide aux toxicomanes), qui y trouveront la description schématique de la marche à suivre à chaque étape du projet jusqu'à sa réalisation concrète.

■ Promouvoir les contacts entre institutions concernées. Le présent manuel a également pour objectif de contribuer à la collaboration suprarégionale et interdisciplinaire et d'inciter les centres de traitement à fonctionner en réseau.

■ Développer la qualité. Outre la planification et l'organisation des structures de traitement, ce manuel porte sur le développement et l'assurance de la qualité des programmes de traitement avec prescription d'héroïne. Les standards de qualité, établis sur la base des valeurs d'expérience acquises jusqu'ici, et les



Utilisation du manuel

recommandations qui s'y rapportent font l'objet d'un chapitre spécifique, appelé à devenir une référence en la matière. Chacun des thèmes traités dans cet ouvrage est présenté en trois parties distinctes:

■ Directives

Il incombe à l'OFSP de contrôler la prescription d'héroïne et d'octroyer les autorisations auxquelles ce traitement est soumis. C'est pourquoi l'OFSP veille également à en unifier la pratique; il s'assure de la conformité aux bases légales et il garantit l'égalité de traitement vis-à-vis des patients. Les institutions sont tenues de se conformer aux directives contenues dans cet ouvrage, puisque celles-ci émanent de l'instance de contrôle et d'autorisation auxquelles elles sont subordonnées. Ces directives sont des règlements administratifs et n'ont donc pas valeur de dispositions légales. Les institutions qui y contreviennent sont cependant passibles d'une procédure disciplinaire (avertissements, autorisations soumises à conditions ou même retrait de l'autorisation octroyée antérieurement). En revanche, il n'en découle ni droits ni devoirs particuliers pour les patients et les patientes.

■ Recommandations

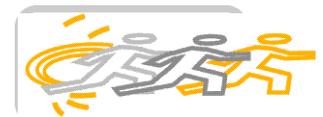
L'OFSP diffuse les expériences et les connaissances spécifiques dont il est le détenteur sous forme de recommandations aux centres de prescription d'héroïne. Toutefois, ni la direction générale de l'institution, ni l'OFSP ne sont habilités à intervenir dans les décisions du personnel qui dispense les traitements proprement dits (art. 10, al. 3 de l'Ordonnance). Si les recommandations de l'OFSP n'ont pas force de loi, il est néanmoins conseillé de les appliquer. En effet, elles renvoient au devoir de diligence auquel sont soumises les professions de la santé et à l'article 11 de la Loi sur les stupéfiants, qui stipule que les médecins sont tenus de n'employer, dispenser ou prescrire les stupéfiants que dans la mesure admise par la science. S'appuyant sur des données scientifiquement établies, elles précisent comment ces deux principes généraux trouvent leur application dans les traitements avec prescription d'héroïne.

■ Informations

Le troisième volet de chaque chapitre comprend des informations complémentaires, qui n'ont pas de caractère impératif pour la façon dont doit être dispensé le traitement avec prescription d'héroïne.

Le manuel sur la prescription médicale d'héroïne a été conçu de manière à ce que les trois sections dont se compose chaque chapitre soient aisément repérables. Cette présentation bien articulée en facilite une consultation ciblée. Qu'il ait l'intention d'étudier tout un chapitre ou simplement de prendre connaissance des principales directives de l'OFSP sur un point précis, le lecteur trouvera rapidement ce dont il a besoin. D'autant plus que, pour chaque thème, les niveaux possibles de lecture (directives, recommandations, informations) sont précisés dans la table des matières.

Les raisons qui nous ont amené à opter pour un classeur sont de deux ordres. D'une part, cette présentation permet d'en copier aisément certaines parties pour les remettre aux collaborateurs et aux collaboratrices de l'institution et s'assurer ainsi que toute l'équipe thérapeutique est au même niveau d'information (transfert de know-how). D'autre part, cette forme de publication correspond au caractère évolutif de ce type de traitements. En effet, les





Utilisation du manuel

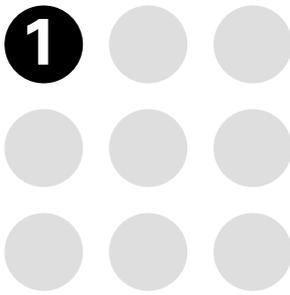
documents sur lesquels se base le contenu du présent manuel ne manqueront pas d'être réactualisés au fil du temps. Reflétant l'état actuel des connaissances, certains chapitres devront donc tôt ou tard être révisés, complétés ou adaptés. Il faudra notamment y insérer de nouvelles directives lorsque certains aspects du traitement auront été précisés. Par ailleurs, une révision de la Loi sur les stupéfiants est en préparation. Lorsqu'elle sera adoptée et qu'elle complètera la loi du 3 octobre 1951, le manuel subira bon nombre de modifications. L'inscription de la diacétylmorphine (héroïne) sur la liste des substances thérapeutiques modifiera, elle aussi, les conditions cadre du traitement avec prescription d'opiacés. Des travaux préparatoires sont d'ores et déjà en cours dans ce sens.

En résumé, le traitement avec prescription d'héroïne représente un développement récent dans le vaste champ de l'aide aux toxicomanes. Les leçons qui peuvent être tirées de cette nouvelle approche thérapeutique vont aller en se multipliant et la qualité de la prise en charge est d'ores et déjà en constante progression. Cette évolution profite surtout aux principaux intéressés, c'est-à-dire aux héroïnomanes gravement dépendants, dont les chances de survie et la qualité de vie s'en trouveront sensiblement améliorées.



Abréviations

AFU	Arrêté fédéral urgent
al.	Alinéa dans un texte de loi
art.	Article dans un texte de loi
CIM	Classification internationale des maladies (OMS)
DAM	Diacétylmorphine: désignation chimique exacte de l'héroïne
HeGeBe	Heroingestützte Behandlung (traitement avec prescription d'héroïne)
ISF	Institut für Suchtforschung, Zurich
let.	Lettre dans un texte de loi
LStup	Loi fédérale sur les stupéfiants (RS 812.121)
O	Ordonnance du 8 mars 1999 sur la prescription médicale d'héroïne
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
PROVE	PROjekte zur ärztlichen VErschreibung von Heroin (essais de prescription médicale d'héroïne)



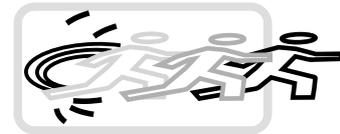
TRAITEMENT DES PATIENTS

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

■	■	1	Groupe cible	1
■		2	Critères d'admission	3
■	■	3	Procédure d'admission	4
■	■	4	Buts du traitement	8
■	■	5	Planification du traitement	12
■		6	Offres thérapeutiques	23
■	■	7	Documentation	29
■	■	8	Pharmacologie et modes de prescription de la diacétylmorphine	30
■	■	9	Prescription et remise au patient d'héroïne non injectable à emporter	49
■	■	10	Consommation parallèle et polytoxicomanie	53
■	■	11	Comorbidité psychiatrique	66
■		12	Poursuite du traitement en cas d'hospitalisation ou de peine privative de liberté	70
■	■	13	Structure du plan de traitement dans le temps	72



1 Groupe cible

Art. 1 O But

² Le traitement avec prescription d'héroïne complète la thérapie destinée aux personnes gravement dépendantes de l'héroïne chez lesquelles d'autres thérapies ont échoué ou dont l'état de santé ne permet pas d'autres types de traitement.

Art. 2 O Définitions

¹ Par traitement avec prescription d'héroïne on entend la prescription d'héroïne à des personnes gravement dépendantes, dans le cadre d'un traitement global et interdisciplinaire, dispensé dans une institution visée à l'art. 9.

² L'état de santé englobe l'état somatique et psychique ainsi que la situation sociale du patient.

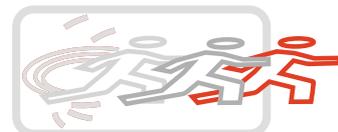
³ Par personne gravement dépendante on entend toute personne qui remplit les critères mentionnés aux chiffres 4 (syndrome de sevrage physique) et 5 (développement d'une tolérance) de la Classification internationale des maladies de l'OMS de décembre 1990 (International Classification of Diseases and Health-Related Classifications, ICD-10) pour un diagnostic de dépendance, ainsi qu'au moins deux autres critères.

Commentaire

On parle de dépendance à l'héroïne (au sens de la Classification internationale des maladies établie par l'OMS, ICD-10) si, au cours des trois années précédentes, plus de trois des manifestations suivantes ont persisté conjointement:

1. Désir puissant ou compulsif de consommer de l'héroïne.
2. Difficulté à contrôler l'utilisation de la substance (héroïne), caractérisée par des difficultés à s'abstenir initialement d'une substance et à interrompre sa consommation.
3. Utilisation de l'héroïne pour soulager ou éviter les symptômes de manque.
4. Syndrome de sevrage physiologique.
5. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de l'héroïne: le patient a besoin d'une quantité plus importante d'héroïne pour obtenir l'effet désiré. (Le patient peut consommer des doses quotidiennes qui mettraient gravement en danger la santé ou même la vie de personnes non-dépendantes.)
6. Comportement peu différencié face aux opiacés.
7. Abandon progressif d'autres sources de plaisirs ou d'intérêts importants au profit de l'utilisation d'héroïne.
8. Poursuite de la consommation d'héroïne malgré la survenue de conséquences manifestement nocives aux plans physique, psychique et/ou social.

Il est précisé dans l'Ordonnance sur la prescription d'héroïne que la personne concernée doit remplir au moins quatre de ces critères, dont les points 4 et 5.



¹ On peut consulter ce document à l'Office fédéral de la santé publique, 3003 Berne ou en obtenir, contre paiement, le texte imprimé de l'Organisation mondiale de la santé, Division of Publishing, Language, and Library Services, Headquarters, 1211 Genève 27.

1 Groupe cible

Le fait d'être gravement dépendant de l'héroïne se traduit par une diminution sensible du rendement professionnel, des activités sociales courantes et/ou des contacts avec l'entourage¹ ou par des signes manifestes de l'imminence de ces phénomènes. C'est donc à partir de cette problématique, tout à fait cruciale, du cumul des déficits qu'ont été définis les deux groupes cibles auxquels s'adresse le traitement avec prescription d'héroïne, soit

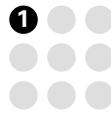
1. Les héroïnomanes que leur mode de vie et leurs comportements exposent à de graves dangers (criminalité d'acquisition, prostitution, désinsertion sociale, etc.), qui sont déjà fortement marginalisés ou menacés de l'être et qu'il n'a pas été possible d'intégrer dans d'autres formes de traitement (sevrage, thérapie axée sur l'abstinence, cure de méthadone).
2. Les héroïnomanes qui suivent un programme à la méthadone par voie orale, dans lequel ils n'ont pas pu se stabiliser (consommation parallèle d'autres substances, surtout d'héroïne), et/ou qui vont selon toute probabilité basculer dans la délinquance en raison de leur consommation illégale, si ce n'est déjà fait.

Le rapport final de PROVE, présenté par Uchtenhagen et al. en 1997, comporte des données détaillées sur les populations toxicomanes admises dans les essais de prescription médicale d'héroïne. A leur entrée dans le programme pilote, entre 1994 et 1995, les patients présentaient les caractéristiques générales suivantes: leur âge moyen était de 30.8 ans, il y avait 70% d'hommes pour 30% de femmes, la durée moyenne de dépendance à l'héroïne tournait autour de 10.5 ans, 49% de ces personnes étaient sans domicile fixe et une proportion importante d'entre elles n'avaient pas d'activité professionnelle stable (84% au total, en incluant celles qui bénéficiaient d'une rente ou qui tenaient un ménage). 39% de ces patients vivaient en étroite contact avec les milieux de la drogue et 68% d'entre eux tiraient leur revenu d'activités illicites ou semi-légales. De plus, 58% des toxicomanes participant à ce programme étaient lourdement endettés, 84% avaient déjà subi une condamnation ou une peine de prison, 60% n'étaient plus insérés dans un tissu social pouvant être considéré comme solide. En début du traitement, un certain nombre de patients consommaient quotidiennement d'autres drogues légales ou illégales, parallèlement à l'héroïne. De plus, ces personnes gardaient d'importantes séquelles de leur parcours dans la toxicomanie: en effet, 15% d'entre elles étaient séropositives, 18% étaient à l'Al pour maladie chronique, 41% souffraient de troubles psychiques. En résumé, on peut donc affirmer que le traitement avec prescription d'héroïne a permis de toucher une population d'héroïnomanes dont la dépendance durait depuis de longues années, dont les déficits physiques et sociaux étaient patents et dont les taux de délinquance et de morbidité se situaient au-dessus de la moyenne (Uchtenhagen et al. 1997).

Il est difficile d'évaluer avec précision à combien s'élève le nombre de personnes fortement dépendantes des drogues illégales et à quelle proportion de la population toxicomane totale connue en Suisse il correspond. De même qu'il est impossible de déterminer le nombre de personnes susceptibles de suivre un programme de prescription médicale d'héroïne, puisque l'admission dans un tel traitement se base uniquement sur des critères médicaux et sociaux. Toutefois, les expériences faites jusqu'ici laissent penser que seuls 3 à 4% des 30 000 consommateurs réguliers de drogues dites «dures» (estimation au plan suisse) entrent en ligne de compte pour ce type de traitement.

¹ Il serait faux d'établir un lien de causalité directe entre ces déficits et l'abus d'héroïne en soi. En effet, la dégradation s'explique aussi par le contexte plus général de la toxicodépendance (activités illégales et, par conséquent, criminalisation, marginalisation/désinsertion sociale, etc.) De plus, les difficultés relationnelles sont généralement antérieures à la dépendance, de tels déficits constituant précisément l'un des aspects caractéristiques des troubles de la personnalité qui conduisent à l'abus de substances.





2 Critères d'admission

Art. 8 al. 7 LStup

⁷ Le Conseil fédéral fixe les conditions régissant le traitement des personnes toxico-dépendantes au moyen de substances visées au 1^{er} alinéa, lettre b. Il veille en particulier à ce que ces substances ne soient administrées qu'à des personnes:

- a. âgées de 18 ans au moins;
- b. héroïnomanes depuis au moins deux ans;
- c. qui ont interrompu au moins deux essais de traitement ambulatoire ou hospitalier impliquant une autre méthode reconnue ou dont l'état de santé ne permet pas d'autres traitements; et
- d. qui présentent des déficiences d'ordre médical, psychologique ou social dues à la consommation de stupéfiants.

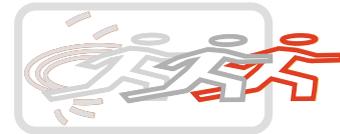
et

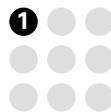
Art. 4 O Critères d'admission

¹ Pour être admis à suivre le traitement avec prescription d'héroïne, le patient doit:

- a. avoir 18 ans révolus;
- b. être gravement dépendant de l'héroïne depuis deux ans au moins;
- c. avoir fait au moins deux tentatives, sans succès ou interrompues, dans une autre thérapie ambulatoire ou résidentielle reconnue; et
- d. présenter des déficits de nature somatique, psychique ou sociale imputables à la consommation de drogue.

² Exceptionnellement, lorsque cela est justifié, notamment en cas de maladie physique ou psychique grave ne permettant pas un traitement basé sur d'autres méthodes, une personne qui ne remplit pas les conditions visées à l'al. 1, let. c, peut être admise à suivre le traitement avec prescription d'héroïne.





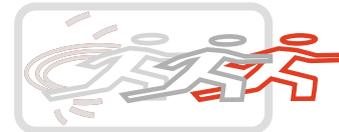
3 Procédure d'admission

Art. 5 O Indication

¹ Après avoir examiné de manière approfondie l'état de santé du patient, les personnes responsables des secteurs de traitement posent l'indication médicale et sociale.

² Elles décident ensemble d'admettre ou non le patient. En cas de divergences, l'organe indiqué dans le concept d'exploitation tranche.

³ Le responsable médical présente la demande d'autorisation pour patient visée à l'art. 20.



Commentaire

Tout traitement avec prescription d'héroïne est précédé d'un bilan détaillé de la situation médicale (somatique et psychiatrique) et de la situation sociale. Ces deux indications doivent être posées par des personnes différentes. De plus, c'est un groupe interdisciplinaire qui prend la décision d'admettre ou non le patient dans le traitement avec prescription d'héroïne. Cette décision repose donc sur un processus de prise de décision collective. En cas de divergences, il incombe à l'instance compétente, désignée à l'avance par l'institution concernée, de trancher. Lorsque l'indication médicale et l'indication sociale sont posées, le médecin chef passe par le médecin cantonal pour déposer sa demande d'autorisation auprès de l'OFSP (cf. chapitre 4.3), car l'héroïne ne peut être administrée qu'après avoir été dûment autorisée par cet office.

Art. 6 O Déclaration de consentement

¹ Lors de son admission, le patient confirme par écrit qu'il a été dûment informé du déroulement du traitement, de ses droits et devoirs, et des conséquences du non-respect de ces derniers.

² Le patient doit en particulier s'engager à renoncer à conduire un véhicule à moteur pendant la durée du traitement.

■ Les centres de traitement s'assurent que le devoir d'information envers le patient a été respecté, c'est-à-dire que celui-ci est en mesure de donner un «consentement éclairé».

■ Les droits et les devoirs inhérents à ce type de traitement (protection des données, motifs d'exclusion ou d'interruption du traitement, etc.) doivent être explicitement communiqués au patient.

■ Le consentement du patient implique aussi qu'il a été informé sur les autres possibilités thérapeutiques existantes et que l'on a soigneusement exclu l'éventualité qu'un autre traitement puisse être plus adéquat.

■ Le patient doit impérativement adhérer au règlement interne (voir chapitre 2.12).

■ Au moment de son admission, le patient prend l'engagement écrit de ne pas conduire de véhicule à moteur durant le traitement.

■ Les centres de traitement ont le devoir d'informer les patients sur les conséquences du non-respect de leurs engagements, en particulier sur les dispositions relatives à la conduite de véhicules à moteur sous l'influence de psychotropes contenues dans la Loi sur la circulation routière.

Exemple de déclaration
de consentement: voir chapitre 6

3 Procédure d'admission

Commentaire du schéma

Recommandations générales

Les deux principes fondamentaux suivants doivent prévaloir si l'on veut optimiser la procédure d'admission:

- Rien ne s'oppose à ce que l'on prescrive de la méthadone aux patients en attendant de les faire entrer dans la prescription d'héroïne.
- Il importe que le processus des admissions soit bien coordonné à l'intérieur du centre de traitement HeGeBe.

Demande d'admission

Les personnes intéressées téléphonent à l'institution ou se rendent directement dans le centre de traitement pour une première prise de contact. Coordonnées personnelles, critères d'admission et motifs de la demande de traitement sont alors soigneusement consignés.

Indication médicale

Le médecin chef rencontre le patient pour un entretien, au cours duquel il rassemblera toutes les données somatiques et psychiatriques nécessaires pour poser l'indication et pour déterminer les déficits du patient dans ces deux domaines. Le médecin procède également à une auscultation et il se fait remettre un échantillon d'urine.

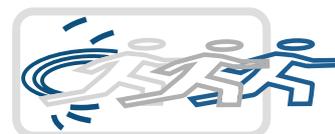
Indication sociale

Cet entretien sert à:

1. Rassembler les données personnelles, connaître la motivation du patient et déterminer quelles sont les autres institutions concernées
2. Passer en revue les critères d'admission (durée de la dépendance, âge, déficits psychiques et sociaux, tentatives de sevrage et/ou de traitement antérieures) avec la personne toxicodépendante
3. Faire une copie du certificat d'assurance maladie et de la carte d'identité du patient
4. Donner des explications sur le déroulement du traitement, le règlement interne et la déclaration de consentement; ces deux documents sont ensuite remis par écrit au patient (qui doit signer la déclaration de consentement avant le colloque de prise de décision)
5. Faire signer la procuration permettant d'obtenir les rapports sur les sevrages et les traitements de substitution antérieurs

Vérification des critères d'admission

■ Age	Pièce d'identité
■ Dépendance actuelle aux opiacés	Résultats du test d'urine
■ 2 ans ou plus de dépendance	Contact téléphonique avec le médecin traitant ou avec les services médico-sociaux impliqués; demande écrite de transmission des rapports
■ Déficiences sociales, psychologiques et médicales	Bilans internes et rapports des services externes
■ Échecs thérapeutiques antérieurs	Rapports écrits des institutions thérapeutiques (év. information par téléphone)



3 Procédure d'admission

Colloque de prise de décision

Cette séance réunit le chef de centre, le médecin chef et le référent ou l'assistant social du patient. Ce groupe décide si une demande doit être adressée à l'OFSP en vue d'une admission du patient ou non. De plus, le groupe désigne la personne qui fonctionnera comme référent du patient durant tout le traitement. S'il n'est pas possible de parvenir à un consensus, la décision finale revient à la personne ou à l'instance prévue à cet effet dans le concept institutionnel.

Demande d'autorisation

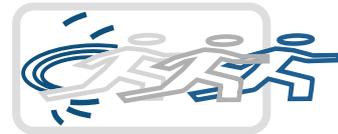
La demande d'autorisation suit une filière précise: médecin chef > médecin cantonal > OFSP, puis revient par: autorisations HeGeBe > médecin chef > patient.

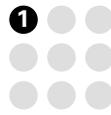
Tous ces services transmettent la demande par télécopie (voir procédure d'autorisation au chapitre 4.3).

Dépôt du permis de conduire

Lorsque le patient est en possession d'un permis de conduire valable, il est recommandé de le lui faire déposer au centre de traitement. Toutefois, ce dépôt n'étant pas un retrait de permis au sens légal, il ne peut être imposé. Si le patient conduit un véhicule motorisé après avoir remis son permis, cela n'a aucune suite directe, excepté une éventuelle amende pour conduite sans avoir le permis sur soi.

Au cas où le patient passerait outre les informations et les mises en garde qu'il a reçues et continuerait à circuler au volant de véhicules à moteur, le centre de traitement devrait en informer le service de la circulation routière compétent. L'art. 14 al. 4 de la Loi sur la circulation routière (LCR) stipule en effet que tout médecin peut signaler les personnes qui ne sont pas capables de conduire avec sûreté un véhicule automobile en raison de maladies ou d'infirmités physiques ou mentales ou pour cause de toxicomanie à l'autorité de surveillance des médecins ainsi qu'à l'autorité compétente pour délivrer ou retirer les permis de conduire. L'art. 17 al. 1^{bis} de la LCR régit le retrait du permis d'élève conducteur ou du permis de conduire. Selon cet article, le permis sera retiré pour une durée indéterminée si le conducteur n'est pas apte à conduire un véhicule automobile soit pour cause d'alcoolisme ou d'autres formes de toxicomanie, soit pour des raisons d'ordre caractériel, soit pour d'autres motifs. Ce retrait sera assorti d'un délai d'épreuve d'une année au moins. S'il est ordonné pour des raisons médicales, il ne sera pas fixé de délai d'épreuve. De plus, l'art. 19 al. 2 précise que les personnes qui n'en ont pas l'aptitude par suite de maladies ou d'infirmités physiques ou mentales, pour cause d'alcoolisme ou d'autres formes de toxicomanie, ou qui en sont incapables pour d'autres raisons, ne sont pas autorisées non plus à conduire des cycles. Au besoin, l'autorité leur interdiera de conduire un cycle en leur signalant qu'ils encourront, en cas de contravention, la peine prévue à l'art. 292 du Code pénal suisse.



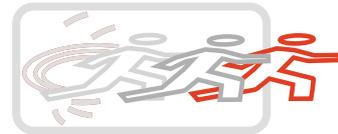


4 Buts du traitement

Art. 1 O But

¹ Le traitement avec prescription d'héroïne de personnes gravement dépendantes de cette substance vise:

- a. à établir avec elles un lien thérapeutique stable;
- b. à améliorer leur état de santé physique et/ou psychique;
- c. à améliorer leur intégration sociale (aptitude à travailler, distanciation par rapport à la scène de la drogue, réduction de la délinquance);
- d. à faire cesser durablement leur consommation d'opiacés.



4 Buts du traitement

La prescription médicale d'héroïne a pour objectif général d'inciter les personnes fortement dépendantes à se (ré)insérer dans le réseau sanitaire. Ce traitement vise donc surtout à améliorer l'état de santé somatique et/ou psychologique, à favoriser une meilleure intégration sociale (aptitude à travailler, distanciation du milieu de la drogue, réduction de la délinquance) et à sensibiliser à la responsabilité personnelle dans la prévention du VIH/sida et des hépatites. On (re)crée ainsi des conditions de vie susceptibles de mener, à plus long terme, vers une existence exempte de drogues.



Les objectifs thérapeutiques sont les suivants:

- Survie
- Amélioration de l'état psychique et/ou physique ainsi que la situation sociale
- Distanciation de la scène de la drogue et du trafic de l'héroïne
- Réduction de la consommation d'autres substances toxiques, légales ou illégales
- Diminution de la délinquance, de la prostitution et de la marginalisation liées à la toxicomanie
- (Ré)insertion progressive, en tenant compte des ressources individuelles et du contexte social
- Renforcement des compétences sociales et de l'autonomie
- Renoncement aux drogues légales et illégales

Il convient de hiérarchiser ces différents buts et de les moduler en fonction de chaque phase du traitement. Ainsi, il est préférable de différencier, autant que faire se peut, entre objectifs à court terme, à moyen terme et à long terme et cela pour chacun des domaines traités. Sur le terrain, cela nécessite un suivi personnalisé de chaque patient, c'est-à-dire une démarche adaptée à sa situation particulière, à ses ressources et à ses aptitudes. En même temps, toute la démarche thérapeutique obéit à un plan interdisciplinaire bien structuré (voir chapitre 1.5). Les objectifs énoncés ci-dessus ne visent donc qu'à donner l'orientation générale des traitements avec prescription d'héroïne; ils indiquent les différentes dimensions à prendre en considération et, éventuellement, à approfondir au cours du processus thérapeutique.

Tâches et buts généraux de l'institution

A court terme

- interventions de crise;
- établissement du lien (thérapeutique) avec les patients;
- insertion des patients dans le cadre thérapeutique;
- évaluation de la toxicodépendance (anamnèse);
- information sur les mesures de réduction des risques d'infection (à VIH ou hépatiques).

A moyen terme

- consolider la relation avec les patients;
- les soutenir et les informer dans tous les domaines de la vie courante (santé, alimentation, hygiène, contacts sociaux, etc.);
- les aider à renoncer à certains comportements autodestructeurs (par exemple, éviter de consommer dans les périodes de crise, adopter des comportements mieux tolérés socialement, etc.);
- les aider à sortir de la prostitution;
- prévenir la délinquance;
- informer les patients sur les possibilités offertes par le dispositif social global;

4 Buts du traitement

- les aider à définir des buts partiels mais concrets (orientés vers l'abstinence) et à recouvrer une image de soi et une appréciation du contexte plus réalistes;
- favoriser le processus de réinsertion;
- les aider à sortir de l'isolement et encourager l'auto-organisation;
- développer les compétences relationnelles et sociales et l'autonomie;
- maintenir les acquis et prévenir les rechutes (rupture avec la scène de la drogue, structuration des journées);
- leur donner la possibilité de confronter leurs valeurs et leurs normes à celles d'autres personnes et d'exercer de nouveaux comportements au sein d'un groupe ou face à des individus.

A long terme

- amener les patients à transposer les nouveaux savoirs et savoir-faire dans la vie quotidienne, indépendamment de tout accompagnement thérapeutique;
- les aider à atteindre les objectifs fixés;
- organiser la fin du traitement et, si nécessaire, la postcure ou la réinsertion sociale.

Tâches et objectifs médicaux

A court terme

- établir un bilan médical approfondi (anamnèse): status physique, substances consommées, détermination d'une éventuelle poly-toxicomanie;
- poser l'indication pour la prescription d'opiacés (tests d'urine);
- prescrire les autres médicaments dont le patient a besoin (vac-cins, antiépileptiques, etc.);
- prescrire et administrer l'héroïne et les médicaments;
- traiter les troubles somatiques existants;
- soigner les plaies (abcès, etc.);
- aider à s'injecter de façon adéquate;
- apprendre à soigner les veines;
- administrer les premiers soins ou prendre les mesures d'urgence nécessaires lorsqu'il y a risque de surdose ou réaction allergique (arrêt respiratoire, somnolence, choc histaminique, convulsions épileptiques, perte de connaissance avec hypotonie);
- informer et conseiller en matière de contraception;
- informer et conseiller à propos de tout ce qui relève des compor-tements à risques;
- établir un bilan psychiatrique approfondi (anamnèse, status psy-chiatrique);
- (faire) traiter les maladies psychiatriques existantes;
- prescrire les médicaments nécessaires à cela (antidépresseurs, éventuellement benzodiazépines, etc.)

A moyen terme

- ramener la dose d'héroïne à un niveau normal;
- assurer la prise en charge médicale globale;
- diagnostiquer et soigner efficacement les troubles psychiatriques qui se manifestent chez le patient;
- contrôler et adapter la médication;
- administrer le traitement en veillant à réduire au maximum les ris-ques;
- promouvoir la santé du patient, lui apprendre à mieux se gérer (hygiène générale, hygiène corporelle, informations sur l'alimenta-tion, l'exercice physique, éventuellement médecines parallèles et activités quotidiennes);



4 Buts du traitement

- négocier avec le patient pour ajuster la posologie;
- encourager le patient à évoluer au plan personnel (psychothérapie, etc.);
- procéder à un sevrage progressif des benzodiazépines (lorsque c'est nécessaire et pertinent);
- sevrer sélectivement des autres psychotropes.

A long terme

- mettre sur pied le traitement et la prise en charge médicale durable des patients chroniques ou invalides;
- orienter le patient vers un médecin traitant externe en cas d'interruption du traitement avec prescription d'héroïne ou après sa sortie régulière du programme HeGeBe;
- définir, organiser ou instaurer un traitement psychiatrique ou une psychothérapie (éventuellement par délégation).

Tâches et objectifs au plan social

A court terme

- établir un bilan social approfondi, basé sur les standards communément admis en travail social;
- assurer la couverture des besoins vitaux par des interventions appropriées (santé, logement, finances, travail, loisirs);
- orienter vers des services d'aide «à bas seuil» (réduction des risques, [ré]insertion sociale minimale);
- aider le patient à couper les ponts avec le milieu de la drogue;
- soutenir et accompagner les démarches administratives (contacts avec les autorités).

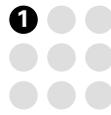
A moyen terme

- structurer le déroulement des journées;
- consolider et approfondir la relation d'aide;
- accompagner et soutenir la recherche d'un mode de vie moins (auto-)dévalorisant et plus autonome;
- aider à renouer les liens sociaux (en particulier avec la famille d'origine);
- rétablir la situation financière;
- informer sur les aspects légaux;
- orienter vers des consultations juridiques;
- améliorer l'insertion sociale (en particulier dans le domaine de la formation et du travail);
- mettre en contact avec les institutions compétentes (office du travail, centres de formation, etc.);
- traiter les questions pratiques (logement, travail, amendes, dettes, dépendance, etc.).

A long terme

- maintenir et consolider l'insertion sociale;
- soutenir le patient sur le plan social afin qu'il puisse mener une vie plus indépendante, favoriser l'autonomie;
- orienter vers des occupations ou des loisirs plus différenciés afin d'enrichir le déroulement des journées;
- donner accès aux ressources existantes (réinsertion sociale et professionnelle);
- intensifier les contacts et la collaboration avec les autres institutions;
- assurer la continuité en cas de passage dans un autre traitement.





5 Planification du traitement

Art. 8 al. 8 Lstup (AFU)

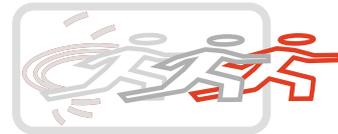
Le Conseil fédéral règle le contrôle périodique de l'application des thérapies, notamment en tenant compte de l'objectif de l'abstinence.

Art. 7 O Plan thérapeutique

¹ Les objectifs individuels du patient dans les différents secteurs de la prise en charge sont définis à partir d'un plan thérapeutique élaboré de manière interdisciplinaire.

² Le personnel soignant vérifie trimestriellement les objectifs et au besoin les réajuste.

³ Lors de la vérification, il évalue notamment les chances de succès du passage à un autre traitement, tel qu'un programme avec prescription de méthadone ou un traitement axé sur l'abstinence.



5 Planification du traitement

1 L'orientation fondamentale du traitement avec prescription d'héroïne

Instaurer une relation de confiance entre le patient et son thérapeute attiré (et les autres membres de l'équipe soignante) est à la fois le but essentiel que poursuit tout traitement et la condition sine qua non de son bon déroulement. Se pose alors la question cruciale de la juste distance. En effet, les personnes qui assurent le suivi du patient doivent faire preuve d'empathie, tout en se situant clairement comme des professionnels sachant mettre les limites nécessaires.

■ Le contenu et l'envergure de l'offre des centres de traitement
Avant d'établir les plans de traitement, il faut définir jusqu'où peuvent aller les offres de prise en charge et accepter le fait que les interventions sont forcément limitées. Le plan thérapeutique ne peut être élaboré que sur la base d'une définition précise des champs d'action respectifs.

■ Le réseau social et les intervenants externes
La plupart des patients bénéficient déjà de l'aide de différents autres acteurs sociaux. Ils sont entourés de professionnels et de bénévoles provenant de différents horizons et véhiculant divers systèmes de référence (aide sociale, prise en charge psychosociale ou psychothérapeutique, médecine somatique, psychiatrie, conseil juridique, soutien spirituel, etc.). Ces multiples formes d'aide, qui peuvent considérablement varier d'une région à l'autre, doivent être perçues comme complémentaires au traitement avec prescription d'héroïne.

Il est indispensable de collaborer avec les personnes qui composent ce réseau de soutien. Il faut donc commencer par recenser les offres d'aide existant au plan régional, puis connaître les liens que chaque patient entretient avec ces services et les autres personnes clés de son entourage pour, ensuite, clarifier les rôles respectifs et définir des objectifs communs.

■ Les buts du traitement (cf. chap. 1.4)
Une fois la déclaration de consentement signée et les rôles respectifs bien répartis entre le centre de traitement et les intervenants externes, on peut passer à la définition des buts opérationnels.

Lorsqu'on établit un plan thérapeutique, il faut se souvenir que le déroulement du traitement est tributaire

- des ressources personnelles du patient;
- des troubles physiques ou du mal-être qui sont à l'origine de la dépendance ou qui, à l'inverse, résultent des problèmes physiques et/ou psychiques causés par la toxicomanie;
- de l'environnement social;
- des ressources de l'institution.

Une multitude de facteurs peuvent entraver le processus thérapeutique, puisque celui-ci dépend des compétences personnelles du patient et de son état de santé physique et/ou psychique plus ou moins satisfaisant. On ne saurait donc retenir l'abstinence ou la fin régulière du traitement comme seuls critères de succès de la prescription d'héroïne.

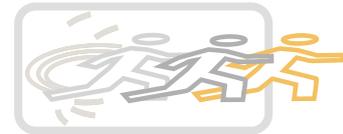
Il convient de hiérarchiser les buts thérapeutiques. En règle générale, l'amélioration de la santé physique (survie) s'impose comme objectif le plus immédiat, suivie de près par la stabilisation de la situation sociale du patient. Ce n'est qu'une fois ces bases posées que d'autres interventions, par exemple la psychothérapie, ont des chances de réussir.



5 Planification du traitement

■ La progression du traitement

Le traitement passe par des étapes successives, dont la durée varie selon les patients. Aider ceux-ci à se stabiliser à chaque nouveau palier franchi et consolider les acquis peut constituer un objectif intermédiaire tout à fait pertinent, dès lors que l'on se place dans une perspective à long terme. Il ne faut donc pas se donner d'avance un temps précis pour les différentes phases du traitement, mais en fixer la durée en fonction du patient et de son évolution, en les adaptant régulièrement à la situation effective. Les objectifs sont, eux aussi, à redéfinir à chaque étape du traitement et le plan thérapeutique doit être infléchi en conséquence.



2 Le plan individuel de traitement

Un plan individuel de traitement est défini pour chaque patient, ce qui permet de travailler en direction de buts spécifiques individualisés et de mesurer ensuite le succès thérapeutique en fonction de critères personnalisés.

2.1 Les bases du plan thérapeutique individuel

Le plan thérapeutique individuel se fonde sur :

- le bilan et l'indication interdisciplinaires posés par le centre de traitement;
- la collaboration avec le patient (motivation et buts, cf. ci-dessus);
- la collaboration avec le réseau thérapeutique externe;
- la prise en compte des caractéristiques de l'institution.

2.2 Le bilan initial

Avant de poser l'indication et de mettre en place le plan thérapeutique proprement dit, l'on procède à une évaluation approfondie de l'état de santé somatique et psychiatrique ainsi que de la situation sociale du patient. De plus, l'on détermine soigneusement les contours du réseau social dont bénéficie le patient, son cheminement personnel et les étapes de sa toxicomanie (anamnèse).

2.2.1 Les bilans par secteur de prise en charge

■ Le bilan somatique

Le bilan somatique obéit aux standards médicaux usuels. Compte tenu du taux élevé de comorbidité et des pathologies propres à cette catégorie de patients, il est conseillé d'y être particulièrement attentif (voir questionnaire d'entrée dans les programmes PROVE). De même, certains comportements doivent être observés avec une attention particulière.

■ Le bilan psychiatrique

Une grande partie des patients ayant une dépendance avérée souffrent également de sévères troubles psychiatriques. Toutefois, la consommation de drogue a aussi pour effet de masquer de nombreux symptômes psychiatriques. Une exploration psychiatrique approfondie, obéissant aux standards usuels dans ce domaine, s'impose donc.

Les diagnostics de troubles mentaux et de troubles du comportement sont posés et codifiés selon les systèmes de classification internationaux (CIM-10, DSM IV).

■ Le bilan social

L'évaluation de la situation sociale comprend le relevé de toutes les données sociales et personnelles pertinentes.

5 Planification du traitement

2.2.2 Les bilans inter-institutionnels

■ L'évaluation de l'insertion dans le dispositif social général

Un grand nombre de patients fréquentent plusieurs autres institutions sociales et ils sont donc pris en charge par divers intervenants de tous horizons. Ces interventions sont souvent mal coordonnées. Il importe donc de repérer comment le patient est inséré dans ce dispositif, de clarifier les rôles respectifs, de définir les flux et les canaux d'information réciproque et de fixer des procédures explicites par écrit. Cette démarche a pour but principal d'empêcher les patients de jouer sur le manque de coordination entre institutions.

■ Le relevé de la vie du patient

Beaucoup de patients ont connu une vie mouvementée, ponctuée de douloureux revers existentiels. Ces épreuves laissent des traces et peuvent provoquer de graves troubles de la personnalité. Il est important de connaître le parcours antérieur des patients, si l'on veut vraiment comprendre qui ils sont et comment ils vivent. Un entretien mené avec tact et sensibilité permet de relever les faits marquants de leur existence.

■ L'historique des différentes étapes de la dépendance et des tentatives de traitement

Aucun nouveau traitement ne saurait être proposé à une personne toxicomane sans une évaluation détaillée des tentatives précédentes, qu'elles aient été résidentielles ou ambulatoires. Nombre et durée des cures de sevrage, des traitements axés sur l'abstinence et des programmes de substitution doivent être soigneusement documentés à partir des informations fournies par le patient lui-même et par les institutions dans lesquelles ces traitements ont eu lieu.

2.3 Les objectifs du plan de traitement

Le plan thérapeutique individuel répond aux objectifs suivants:

- adapter le protocole thérapeutique général aux besoins et aux ressources du patient;
- définir des buts thérapeutiques réalistes et mesurables, autour desquels s'articule le traitement (contrat thérapeutique);
- s'attaquer aux problèmes en suspens selon des priorités clairement définies (degré d'urgence et importance);
- améliorer la compliance;
- clarifier les rôles de tous les intervenants internes ou externes, afin de bien délimiter le traitement individuel proprement dit.

2.4 La planification du traitement au niveau institutionnel

Chaque secteur du centre de traitement fonctionne selon des priorités et des objectifs qui lui sont propres. S'il est certes judicieux de formuler séparément chacun de ces groupes d'objectifs, il n'en demeure pas moins que tous les buts visés doivent finalement s'inscrire, pour chaque patient, dans un plan thérapeutique global établi par l'ensemble de l'équipe soignante (interdisciplinarité).

2.4.1 La remise de l'héroïne

Chaque patient vient plusieurs fois par jour en salle de remise, ce qui permet une observation régulière de son état général par le personnel qui administre la substance. C'est donc dans ce cadre que les troubles du comportement sont le plus aisément décelables. Les objectifs poursuivis dans ce lieu précis sont résumés dans un protocole spécifique, généralement axé sur les points suivants:

- apprendre à se comporter de manière adéquate durant la remise (sociabilité, relations avec les autres);



5 Planification du traitement

- avoir une bonne technique d'injection, c'est-à-dire prendre toutes les précautions nécessaires, en particulier du point de vue de l'hygiène;
- avoir davantage conscience des enjeux en termes de santé;
- adopter des comportements plus sains;
- savoir évaluer sa consommation parallèle d'autres substances.

2.4.2 La prise en charge psychosociale (variable selon l'organisation interne de chaque institution)

Les buts thérapeutiques poursuivis dans le secteur de prise en charge psychosociale varient selon les institutions et selon leur mode d'organisation. Si certaines tâches relevant de ce secteur sont assurées par des organismes externes, il faut savoir qui en est responsable et clarifier d'un commun accord les interventions et les rôles respectifs.

S'il y a collaboration avec d'autres institutions, le rôle du centre de prescription d'héroïne sera avant tout de démêler les problèmes et d'orienter les patients vers les services adéquats. Il s'agit donc de faire le point puis de traiter les aspects suivants:

- le logement;
- la situation professionnelle, qui dépend notamment du niveau de formation;
- la situation financière, c'est-à-dire la façon de gagner sa vie, les dettes, la couverture sociale, etc.
- la situation au plan juridique;
- les contacts sociaux et les relations personnelles, la relation avec le ou la partenaire, les amitiés, la sexualité;
- les éventuels conflits avec l'entourage personnel proche ou plus large;
- l'organisation des loisirs;
- les projets à plus long terme;
- la consommation d'autres substances psychotropes et la façon de la gérer.

2.4.3 Le traitement médical proprement dit

Au plan somatique

Après avoir établi un bilan somatique approfondi et avoir procédé à une évaluation des données ainsi recueillies, on passe à la planification du traitement et au choix des mesures appropriées. Le «contrat thérapeutique» passé avec le patient porte sur:

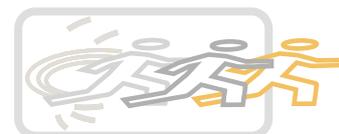
- la médication (prescription, dosage et mode d'administration);
- les différents traitements;
- les analyses périodiques (contrôles sanguins, tests d'urine, etc.);
- la coordination (contrôle et documentation) avec d'éventuels traitements somatiques suivis à l'extérieur de l'institution.

Ces contrats, fixés par écrit, font partie intégrante du plan individuel de traitement. On établit un dossier médical pour chaque patient et chaque acte thérapeutique est dûment documenté. En règle générale, les soins médicaux ont la priorité.

Au plan psychiatrique

Après avoir procédé à un relevé psychiatrique approfondi et à l'évaluation des données ainsi recueillies, on met en place le traitement psychiatrique adéquat. Les contrats thérapeutiques passés avec les patients portent sur:

- la médication (prescription, posologie et mode d'administration);
- les différents traitements;
- les analyses périodiques (contrôles sanguins, tests d'urine, etc.);
- la coordination (contrôle et documentation) avec d'éventuels traitements psychiatriques suivis à l'extérieur de l'institution.

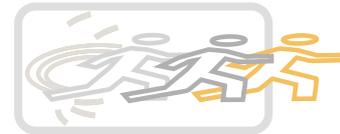


5 Planification du traitement

Ces accords font l'objet de notes écrites; ils entrent dans le plan thérapeutique global. On établit un dossier de suivi psychiatrique pour chaque patient et les actes thérapeutiques y sont dûment consignés. Les objectifs du traitement psychiatrique sont définis et documentés par le centre de prescription HeGeBe.

■ La prise en charge psychothérapeutique

Lorsque cela se révèle nécessaire et possible, l'on organise une psychothérapie. L'approche thérapeutique, l'intensité du traitement et les stratégies adoptées (méthodes et cadre thérapeutique ou setting) sont explicitement formulées et documentées. Chaque thérapeute négocie l'objectif de ce traitement avec le patient concerné. Ces contenus ne font pas partie du plan thérapeutique global.



2.5 La planification du traitement avec les autres intervenants ou personnes de référence du patient

Les patients évoluent plus favorablement lorsque tout le réseau d'aide qui les entoure est bien informé sur l'orientation générale du traitement, sur les moyens utilisés, etc. Pour parvenir à une définition consensuelle des buts à atteindre, il est indispensable d'entretenir des contacts réguliers avec les intervenants externes. L'enjeu de cet échange d'informations est de clarifier les compétences respectives et de fixer des objectifs communs. Il convient de régler aussi bien des questions de contenu que de forme (par exemple le rythme auquel vont se suivre certaines interventions). Les éventuels recoupements, le mode de collaboration et les buts doivent être redéfinis tout au long du traitement. L'instauration d'une «conférence des intervenants» ou de «réunions de réseau» a fait ses preuves à cet égard. Il est conseillé d'organiser une première rencontre inter-institutionnelle aussi rapidement que possible après l'admission du patient dans le traitement avec prescription d'héroïne, puis d'en tenir d'autres aussi fréquemment que l'exige son évolution. Attention toutefois à ne pas perdre de vue le secret médical dans ce contexte institutionnel très particulier et à ne pas négliger la question de la protection des données personnelles.

La collaboration avec les intervenants externes doit faire partie intégrante du plan thérapeutique.

2.6 La revue et l'adaptation du programme de traitement

Le plan de traitement doit être régulièrement réévalué et adapté à l'évolution du patient, d'entente avec celui-ci. Il est préférable que toutes les personnes du centre impliquées dans le processus thérapeutique participent à ces entretiens. On jugera, de cas en cas, s'il est pertinent d'y associer également les intervenants externes. Toute modification apportée au plan de traitement doit être documentée.

3 Quelques indicateurs possibles de l'évolution du traitement

L'évolution d'un patient peut se mesurer à de nombreux critères, c'est pourquoi il faut tenir compte aussi bien des données somatiques et psychiatriques dont on dispose, que des éléments d'appréciation liés à sa situation sociale. Le comportement du patient au moment où il reçoit sa substance, son attitude vis-à-vis des soignants et des autres patients, sa capacité de se développer au plan personnel et ses ressources sont également de bons indicateurs de la manière dont progresse le traitement. Si la typologie proposée ici n'est pas exhaustive, elle n'en constitue pas moins une grille d'analyse et d'évaluation assez complète.

5 Planification du traitement

La classification en quatre catégories distinctes (a, b, c et d) proposée dans le tableau ci-dessous est issue de la pratique. Comme toute typologie empirique, elle est sujette à caution, car les facteurs considérés comme les plus révélateurs d'un progrès thérapeutique varient à l'infini, au gré de l'optique personnelle ou du parcours professionnel des soignants qui s'y réfèrent.

Il importe de garder à l'esprit le fait que cette tentative de classification sert uniquement à situer le patient à un moment précis de son parcours thérapeutique. Celui-ci peut en permanence évoluer dans un sens ou dans un autre. Une typologie ne doit jamais conduire à une stigmatisation des patients ou susciter une sorte de « nihilisme thérapeutique ». L'élaboration du plan de traitement nécessite cependant une grille diagnostique assez précise, qui permettra par la suite de réévaluer la situation à intervalle régulier et de l'adapter en conséquence. De plus, le recours à une grille diagnostique claire facilite la définition de buts thérapeutiques qui restent réalistes; en ce sens, elle peut aider à redimensionner les attentes, parfois excessives, dont le personnel soignant et les patients concernés sont porteurs.

a. Stabilisation, progression, intégration sociale

Le patient adhère au traitement. Une fois la phase de stabilisation initiale passée, on observe une évolution positive. Un lien thérapeutique stable s'établit entre le patient et les soignants. Le patient se sert des différentes possibilités offertes par le centre de traitement, il accepte de participer aux entretiens et il ne remet pas en cause l'organisation institutionnelle. Il accepte d'aborder des questions de santé physique, tout comme il parle de ses difficultés psychiques. La personne fait son chemin, des buts précis sont fixés d'un commun accord, l'insertion sociale s'améliore sensiblement. Les contacts avec le milieu toxicomane ont été rompus et le comportement du patient vis-à-vis des produits psychotropes a changé. Certains patients entreprennent une psychothérapie, d'autres retrouvent leur autonomie financière grâce à une rente d'invalidité ou à une activité rémunérée.

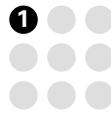
Objectifs thérapeutiques

- insertion sociale;
- abstinence;
- fin régulière du traitement avec prescription d'héroïne.

b. Stabilisation et bonnes compétences personnelles et sociales

Le patient adhère au traitement. Sa situation médicale, psychiatrique et sociale se stabilise. Il organise et gère sa vie sociale de façon pratiquement autonome. La consommation parallèle d'autres substances est très réduite ou ne reprend que dans les moments de grande tension. Il y a nette distanciation du milieu toxicomane. Toutefois, une sortie régulière du traitement n'est pas envisagée et l'on s'achemine vers une prescription d'héroïne de longue durée. Le patient est plutôt dépressif, avec inhibition de l'action. Il n'est pas disposé à entreprendre une psychothérapie, mais il a de bonnes ressources personnelles. Il est généralement au bénéfice d'une rente d'invalidité, parfois psychiatriquement compensé, éventuellement atteint du VIH/sida.





5 Planification du traitement

Objectifs thérapeutiques

- suppression du stress lié à l'acquisition de drogues illégales;
- stabilisation de l'état de santé et prévention des maladies associées;
- utilisation des ressources financières pour subvenir à ses besoins (et pas uniquement pour acheter des drogues)
- valorisation des ressources existantes;
- (re)structuration des journées;
- stimulation du potentiel de développement (existant ou à construire).

c. Évolution variable avec phases stables et phases instables

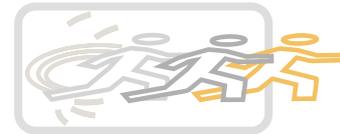
Le patient adhère au traitement. Il se stabilise d'abord au plan physique. Cependant, après une courte période de stabilisation psychique, le patient ne tarde pas à présenter à nouveau certains troubles du comportement. Il passe par des épisodes dépressifs et il fait plusieurs rechutes. C'est une personnalité difficile à encadrer et il n'est pas rare qu'il maintienne sa consommation parallèle d'autres psychotropes. Si son insertion dans le réseau sanitaire ne se heurte à aucun problème majeur, le patient refuse toutefois de se prendre vraiment en charge et il se repose beaucoup sur l'aide des services ou des personnes qui l'entourent. Un temps de stagnation succède à une première phase de développement personnel. Quitter le programme n'est pas envisageable ou les tentatives de le faire échouent les unes après les autres. Le patient a des attentes très élevées vis-à-vis de lui-même et des soignants; déceptions, auto-dépréciation, idéalisation et comportements inadéquats s'enchaînent. Parfois, il y a délinquance mineure. Le patient reste en contact avec le milieu toxicomane, c'est-à-dire la rue ou parfois même la scène ouverte de la drogue. En règle générale, ce sont des personnalités instables au plan émotionnel, présentant parfois de véritables troubles de la personnalité, des traits schizoïdes, des troubles du comportement alimentaire, des maladies physiques.

Objectifs thérapeutiques

- réduction du stress;
- responsabilisation au plan de la santé;
- insertion dans le dispositif médico-social;
- préservation d'un minimum de ressources personnelles;
- distanciation du milieu de la drogue.

d. Instabilité chronique

Les patients font preuve de réticence par rapport au traitement. Les uns gardent un mode de vie chaotique. On parvient à en motiver certains autres à faire des efforts en vue d'une meilleure insertion sociale, mais ce processus est constamment remis en question par des comportements destructurants. L'attachement au milieu toxicomane de ces patients reste très prononcé. Leur insertion dans le dispositif médico-social n'est possible que très ponctuellement, parce que des épisodes chaotiques viennent l'interrompre. Le patient ne tient pas ses engagements, il pose des problèmes de discipline, il a des comportements relationnels agressifs, etc. Suivre un plan thérapeutique clairement défini n'est pas de l'ordre du possible. Le patient arrive souvent intoxiqué et sa consommation de benzodiazépines est élevée. Comme il éprouve des difficultés relationnelles, il se montre asocial. Parfois, l'on observe chez lui des tendances suicidaires et/ou auto-mutilantes. L'on est en présence d'une humeur instable et de troubles prononcés de la personnalité. Il s'avère donc nécessaire de contrôler en permanence la pertinence même du traitement.



5 Planification du traitement

Objectifs thérapeutiques

- «fidélisation» du patient;
- responsabilisation au plan de la santé;
- établissement d'une relation (thérapeutique).

4 Marche à suivre pour établir le diagnostic psychiatrique

4.1 Anamnèse familiale

■ Situation psychosociale des grands-parents et/ou des parents
Age, profession, situation financière, dates et causes de leur décès

■ Fratrie

Nombre de frères et sœurs, âge, sexe, situation familiale, place du patient dans la fratrie

■ Climat familial

Profil psychologique et modes d'interaction des parents et des autres adultes de référence, attitude des parents vis-à-vis de la famille, de l'éducation, de la sexualité et d'autres questions importantes

Antécédents familiaux sur le plan médical et psychiatrique, pathologies psychiatriques et somatiques (héréditaires) et traitements administrés aux membres de la famille (1^{er} et 2^e degrés de parenté), suicides, tentatives de suicides, troubles dus à l'usage de psychotropes, délinquance et autres faits importants.

4.2 Biographie du patient

■ Période prénatale et naissance

Maladies ou particularités psychosociales de la mère durant la grossesse, âges du père et de la mère à la naissance de leur enfant, enfant légitime ou né hors mariage, lieu de la naissance, particularités (accouchement avant terme, retardé, forceps, césarienne)

■ Petite enfance

Développement de la motricité, du langage, du contrôle sphinctérien et anal, troubles précoces (énurésie, cauchemars, etc.), genre d'éducation et relation avec les parents, particularités affectives

■ Age préscolaire et scolaire

École enfantine, parcours scolaire et fin de scolarité obligatoire, apprentissages durant cette phase (changement d'école, années redoublées, préférences face aux branches scolaires, relations avec les autres élèves et les enseignants, etc.), facteurs extérieurs ayant influencé cette période (déménagements etc.)

■ Adolescence et jeunesse

Conflits liés au processus de détachement du foyer parental, développement de la sexualité (jeux à connotation sexuelle, masturbation, relations hétérosexuelles ou homosexuelles, pratiques déviantes, grossesses)

■ Parcours professionnel

Service militaire ou civil, motifs du choix de la formation et de la profession, formation et fin de la formation, circonstances des changements professionnels (métier ou place de travail), satisfaction professionnelle subjective



5 Planification du traitement

■ Relations de couple, mariage, famille, enfants
Durée des relations, âge, personnalité et statut socio-économique des partenaires, circonstances du mariage, nombre, âge et origine des enfants, attitude vis-à-vis des questions conjugales (éducation, mode de vie, sexualité)

■ Particularités socio-économiques
Logement ou cadre de vie, situation économique, appartenance à une communauté religieuse, à des sociétés ou des associations, à des organisations politiques, contacts sociaux en dehors de la famille

4.3 Anamnèse médicale

■ Maladies psychiatriques et somatiques antérieures et leur traitement

Types de maladies et symptômes, diagnostics

Moment, durée et évolution des maladies, traitements ambulatoires et hospitalisations, conséquences au plan psychosocial (congé maladie, chômage, rente, handicaps, etc.)

■ État de santé actuel

Chronologie des problèmes de santé et des symptômes

Vécu subjectif de la maladie, de ses manifestations

Constellation initiale, facteurs et conflits qui peuvent être à l'origine de la pathologie actuelle, se rattachant aux dimensions suivantes (classification s'inspirant de celle établie par Dührssen en 1981):

- relations personnelles, relations amoureuses, vie de famille;
- choix du partenaire et attachement ou comportement relationnel;
- capacité à nouer des liens personnels;
- tensions sexuelles dans la relation;
- émergence de rivalités, de prise de pouvoir, de besoins de valorisation dans une relation;
- conflits liés à la propriété;
- rapports à ses propres enfants;
- pertes relationnelles dues à des séparations (réelles ou imaginaires);
- pertes relationnelles dues à la mort;
- famille d'origine (par exemple, conflits au moment de la prise d'autonomie);
- problèmes professionnels, difficultés dans l'exercice de son métier ou d'apprentissage;
- valeur accordée au patrimoine et manière de le gérer;
- environnement socioculturel.

Genres de traitements suivis jusqu'ici et succès obtenu (psychothérapie, médication, thérapies alternatives, etc.)

Motivation et attentes face au traitement

Complications (automutilation, comportements délictueux, abus de psychotropes)

4.4 Structure de la personnalité

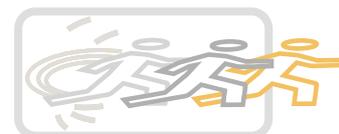
Dimension structurelle	Caractéristiques	
Perception de soi	dépendant	hystérique
Perception des autres	affectif	narcissique
Maîtrise de soi (self-control)	anankastique	paranoïde
Défense	asthénique	schizoïde
Compétences relationnelles		
Aptitude à communiquer	dyssocial (antisocial)	peu sûr de soi



5 Planification du traitement

4.5 Protocole d'évaluation psychiatrique (grille établie d'après le système AMDP¹ et le point 3 du plan de l'histoire de cas selon Lalonde et al.²: examen mental)

1. Allure générale	Tenue vestimentaire, hygiène générale, apparence physique, démarche, posture
2. Disposition et attitude durant la consultation	Degré de coopération (attitude coopérative, négative, évitante, opposition passive, dissimulation, etc.) Fiabilité (authenticité)
3. Langage	Non verbal: intonation, expression émotionnelle, mimique et gestuelle, regard et expression faciale, recherche ou fuite du contact visuel Verbal: flux, compréhensibilité (bégaiement, laconisme, aphasie, vocabulaire, discours obscur)
4. Etat de conscience	Intensité (vigilance réduite) Qualité (état de conscience altéré ou dissocié)
5. Orientation	Ancrage temporel et spatial, ancrage dans l'identité personnelle, reconnaissance des autres, situation pratique immédiate
6. Déficiences de l'attention et troubles de mémoire	Difficultés d'assimilation et de concentration Mémoire procédurale, mémoire de travail, mémoire à court et à long terme
7. Cours et forme de la pensée	Rythme (accélééré ou ralenti) Processus d'association de la pensée: incohérence, pensée circonstanciée ou digressive, pensée tangentielle, pensée hermétique, perplexité
8. Contenu de la pensée	Pensée non-déliirante: idées surinvesties, mythomanie, phobie, obsessions, idées dangereuses, Délire
9. Troubles de la perception	Illusions, hallucinations
10. Trouble du Moi	Idéation délirante, dépersonnalisation, désorientation autopsychique ou allopsychique
11. Affect et humeur	Sentiment d'impuissance, apathie, désinvestissement, trouble des instincts de vie, abattement, découragement, anxiété, euphorie, dysphorie, irritabilité, insatisfaction, morosité, amertume, sentiment d'insuffisance, exaltation, culpabilité, ambivalence, instabilité émotionnelle, débordements émotionnels, détachement
12. Niveau d'activité et troubles psychomoteurs	Inhibitions, ralentissement, hyperactivité, activité intempestive, catatonie, mimétisme, mutisme, logorrhée
13. Rythme circadien	Plutôt en forme le matin, le soir, etc.
14. Autres caractéristiques	Agressivité Automutilation Tendances suicidaires Vécu subjectif de la maladie, conscience de l'état de santé Sociophobie



¹ Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (Communauté de travail pour la méthodologie et la documentation en psychiatrie, n.d.l.t.)

² Lalonde, Aubut, Grunberg et collaborateurs, Psychiatrie clinique, une approche bio-psycho-sociale, Tome I: Introduction et syndromes cliniques, Gaëtan Morin, Editeur, Montréal/Paris, 1999

6 Offres thérapeutiques

Art. 3 O Interdisciplinarité

¹ **Le traitement avec prescription d'héroïne comprend une prise en charge somatique, psychiatrique et sociale.**

² **La direction de l'institution assure la coopération et la coordination avec et entre les personnes collaborant au traitement.**

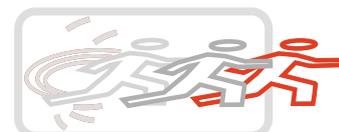
Commentaire

Les traitements avec prescription d'héroïne sont destinés à une frange de la population dépendante qui présente généralement une pathologie complexe et qui nécessite donc une approche thérapeutique multidimensionnelle et, par conséquent, interdisciplinaire. Cela implique une bonne coordination, tant à l'intérieur du centre de traitement qu'avec les autres institutions d'aide aux toxicomanes. Accompagnement psychosocial, traitement somatique et traitement psychiatrique doivent être combinés et modulés en fonction du tableau clinique et des ressources spécifiques de chaque patient. La situation des personnes fortement dépendantes ayant également des incidences sur la santé publique, l'assurance invalidité et les services sociaux généraux, la collaboration entre l'ensemble des secteurs concernés apparaît comme incontournable, si l'on veut y remédier efficacement.

La prise en charge somatique, psychiatrique et sociale en réseau implique:

- la mise en place et le maintien d'un cadre thérapeutique interdisciplinaire;
- des entretiens réguliers avec les personnes concernées (entretiens individuels ou de groupe);
- des entretiens réguliers avec le médecin traitant;
- des offres d'entretiens avec des tiers (famille, proches, etc.);
- des offres d'hébergement (émanant directement du centre de traitement ou d'autres institutions avec lesquelles celui-ci a d'ores et déjà établi une collaboration);
- des offres de structures de jour (émanant directement du centre de traitement ou de centres d'accueil avec lesquels celui-ci a d'ores et déjà établi une collaboration).

L'articulation avec le dispositif thérapeutique existant, c'est-à-dire la collaboration du centre de traitement avec les autres institutions impliquées dans la prise en charge du patient, doit être fixée par écrit.



6 Offres thérapeutiques

Art. 12 Délégation

¹ Exceptionnellement, dans des cas justifiés, certains secteurs du traitement et de la prise en charge peuvent être confiés à des personnes ou à des institutions extérieures qualifiées, à condition qu'une prise en charge interdisciplinaire et coordonnée soit garantie.

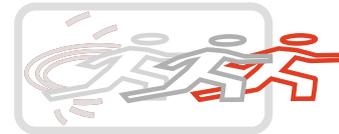
² La délégation doit être soumise à l'approbation de l'OFSP.

³ La remise et la prescription d'héroïne visées à l'art. 8 ne peuvent pas être déléguées.

Commentaire

Cet article permet aux petits centres de traitement ou à ceux qui sont bien insérés dans le dispositif médico-social environnant de profiter des synergies existantes et de les renforcer. Certaines parties du traitement global peuvent être confiées à des institutions externes, à condition que la remise d'héroïne soit assurée par des professionnels et que l'accompagnement psychosocial, tout comme l'aide matérielle, soient garantis. L'obligation de soumettre la délégation à l'approbation de l'OFSP a été adoptée pour éviter toute relativisation du principe d'interdisciplinarité et pour empêcher le démantèlement des standards thérapeutiques qui en découlerait.

Il est exclu de déléguer des tâches ayant directement trait à la prescription, à la remise et à l'administration de l'héroïne. Cette disposition ne s'applique donc pas à l'article 8 de l'Ordonnance.

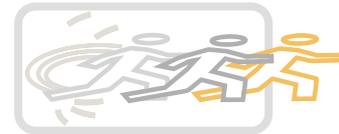


6 Offres thérapeutiques

Activités et thérapies de groupe

1 Situation de départ

L'offre d'assistance qui caractérise les traitements avec prescription médicale d'héroïne et les activités qu'elle englobe sont précisées au point 7.3 du plan global de recherche de l'OFSP et des conditions d'application du 11.1.1993. Parmi les offres d'assistance psychosociale requises figurent notamment les entretiens (individuels ou de groupes) avec les personnes de référence du toxicomane, ce qui a amené la plupart des centres de traitement à intégrer des activités de groupes dans leur concept thérapeutique. Toutefois, la nature de ces groupes est très diverse. Certaines activités sont basées sur une démarche thérapeutique rigoureuse et elles sont animées par des professionnels, alors que d'autres sont plutôt de type récréatif (loisirs, sports, excursions, etc.) De plus, les groupes diffèrent quant au déroulement concret des activités proposées. Ces conceptions disparates du travail de groupe résultent de la multiplicité des intervenants et de leur arrière-plan professionnel respectif, ainsi que des différentes approches qui sous-tendent le travail avec les personnes gravement toxicodépendantes. Les responsables des activités et des thérapies de groupes se sont retrouvés par deux fois pour des journées d'échanges qui se sont révélées très fructueuses, dont il ressort que les approches les plus diverses peuvent être adoptées en la matière et se révéler malgré tout très pertinentes. Tous les projets font toutefois état d'une difficulté récurrente dans ce type d'interventions: celle d'obtenir une participation régulière des patients. Dans ces conditions, il est souvent décourageant d'animer des groupes. Il importe donc de veiller à des échanges d'expériences réguliers et de miser sur un concept thérapeutique évolutif.



2 A quoi servent les thérapies de groupe?

Tous les patients, ou presque, ont beaucoup de peine à entrer en contact avec autrui et à cultiver une certaine intimité. Ils n'ont pas de schémas comportementaux pour interagir avec d'autres personnes ou, s'ils en sont, ces schémas sont très perturbés.

Un des enjeux thérapeutiques majeurs consiste dès lors à développer les compétences relationnelles des patients. La thérapie de groupe constitue, à cet égard, un instrument essentiel. En effet, dans un groupe, les patients reproduisent spontanément leur manière habituelle d'entrer (ou de ne pas entrer) en contact avec les autres. On a ainsi la possibilité de faire un travail sur les comportements effectifs des patients, en mettant en lumière les événements déclencheurs des séquences relationnelles, les réactions prévisibles et leurs effets réels tout en bénéficiant des retours d'information donnés par les autres participants. Une thérapie de groupe a l'avantage d'offrir un cadre dans lequel les patients peuvent exercer de nouveaux modes de relations en partant de leur vécu «ici et maintenant».

En thérapie individuelle, thérapeute et patient se trouvent, par définition, dans une relation duelle. Or, dans un groupe thérapeutique, il y a un enchevêtrement de relations et d'interactions possibles, ce qui en fait une réalité plus proche de la vie sociale telle que nous en faisons généralement l'expérience. L'on peut donc considérer le groupe thérapeutique comme un véritable «microcosme formateur».

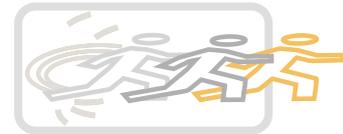
Mais le fait d'être en groupe génère inévitablement des conflits interpersonnels, qui sont à la fois des défis relationnels et sources de peurs. Cela est particulièrement vrai pour les personnes dont toute l'existence a été marquée par des difficultés relationnelles et qui ressentent donc une pression constante lorsqu'elles prennent part à une thérapie de groupe.

Le fait d'être en groupe ne vise pas seulement à favoriser l'établissement de liens plus profonds avec les autres, mais doit aussi conduire les participants à plus d'ouverture et d'authenticité dans ces relations. Une certaine tolérance à la frustration et à la critique est donc indispensable pour supporter ce type d'offre thérapeutique.

6 Offres thérapeutiques

4 Quelques considérations sur le cadre thérapeutique

Avant de constituer un groupe thérapeutique, il est indispensable de bien choisir les conditions cadre dans lesquelles il fonctionnera, car celles-ci sont déterminantes. Quel que soit le modèle théorique pour lequel on opte, il est important de réfléchir aux aspects schématiquement évoqués ci-dessous avant de lancer les activités de groupe. Il vaut la peine de formuler par écrit le concept général qui les régit, car tout ce qui a préalablement été établi et clarifié permet d'éviter certaines dérives dans la dynamique de groupe, tout en constituant une base solide pour l'extension de ce type d'offres. Une attention particulière doit être portée à l'articulation entre activités de groupes et plan thérapeutique global. Toute l'équipe soignante et thérapeutique doit être acquise à la philosophie qui sous-tend ce qui se fait dans les groupes.



1. Cadre extérieur	Où le groupe se réunit-il? Est-il suffisamment à l'écart des sources de dérangement? Est-il possible de former un cercle (autour d'une table ronde ou sans table)?
2. Participation	Qui? Obligatoire? Facultative? Groupe mixte ou sexospécifique?
3. Sanctions	Oui – non De certains comportements? Du manque de régularité dans la participation?
4. Groupe ouvert/fermé	Un groupe fermé n'accepte pas de nouveaux participants, une fois formé, et se rencontre généralement pour un nombre de séances défini d'avance. Un groupe ouvert garde un nombre fixe de membres, en remplaçant les personnes qui le quittent par de nouveaux participants.
5. Durée	Un temps minimal est nécessaire pour créer une «atmosphère de groupe» et pour aborder puis traiter les thèmes de la séance (environ 1 heure). Néanmoins, il faut veiller à ne pas tenir des réunions trop longues car elles risquent d'engendrer de la lassitude et des répétitions, ce qui nuit à l'efficacité du travail de groupe (limite supérieure conseillée: 90 minutes).
6. Fréquence	En règle générale, réunion hebdomadaire. Si le groupe se rencontre moins souvent, il devient difficile de rester attentif aux interactions entre ses membres.
7. Taille du groupe	Si l'on veut instaurer une dynamique de groupe, il faut réunir un nombre minimal de personnes. Selon la littérature existant dans ce domaine, le nombre idéal se situe autour de 7 ou 8 participants. Si les groupes sont trop grands, le temps dont dispose chaque personne pour travailler sur sa problématique propre devient toujours plus restreint. Toutefois, s'il s'agit de groupes ayant une vocation essentiellement formatrice ou conviviale (transmission d'informations ou partage de loisirs), ils peuvent naturellement être de plus grande taille.
8. Degré de structuration	Un encadrement trop rigide infantilise les participants. A l'inverse, un cadre trop peu directif peut les déstabiliser au point qu'ils se sentent dépassés.

6 Offres thérapeutiques

9. Animation	Combien d'animateurs et/ou d'animatrices? Intervenants externes ou non? Une personne responsable d'un groupe thérapeutique peut-elle mener parallèlement des thérapies individuelles? Est-il pertinent de «porter plusieurs casquettes thérapeutiques», c'est-à-dire d'animer un groupe, de procéder à la remise de la substance et de faire des accompagnements individuels au plan psychosocial et, par conséquent, de travailler à des aspects aussi divers que la pose de limites claires, la prise en charge psychologique et la structuration des journées des patients?
10. Supervision	Interne ou externe?
11. Orientation générale	Elle doit être réaliste, c'est-à-dire formulées en termes de buts précis et réalisables, sans quoi elle alimente les fantasmes de toute-puissance.
12. Mini-colloque avant et après la séance	Ces temps de mise en commun sont très importants. Le mieux est de prévoir ces échanges juste avant et immédiatement après la séance de groupe.
13. Documentation	Résumés des séances, tout de suite après le colloque: Faire un canevas de la rencontre (noter les 2 à 4 points les plus sensibles); Rappeler les articulations entre ces points; Noter les principales remarques de chaque participant concernant les questions traitées. Durant la rencontre ou juste après, l'on peut également mettre par écrit ses propres réflexions ou vécus.



5 Implications pour les centres de traitement

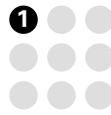
Comme cela a déjà été explicitement affirmé ci-dessus, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise approche en matière d'activités de groupe. Il importe cependant d'être conscient des différentes possibilités décrites aux points 1 à 4 et de leurs possibles répercussions, avant d'intégrer cette offre dans la palette thérapeutique du centre. Il est en effet indispensable que le modèle théorique sur la base duquel est instauré le groupe ait sa place dans le plan thérapeutique général de l'institution.

Rien ne s'oppose à ce qu'un centre HeGeBe offre plusieurs types de groupes. Cela peut même aller dans le sens d'une personnalisation accrue des plans thérapeutiques individuels, chaque patient pouvant ainsi être orienté vers le groupe le plus adapté à ses possibilités du moment. Dans ce cas, les indications peuvent être posées lors de colloques interdisciplinaires semestriels.

Les thérapies de groupe devraient être documentées sous forme de «livres de bord». L'évolution personnelle dans le groupe de chaque participant devrait être consignée tous les trois mois (fins de trimestre) dans son dossier médical.

Cette façon de procéder permet un suivi précis au plan institutionnel (self-controlling) et sert de légitimation vis-à-vis des bailleurs de fonds. De plus, elle fournit une base fiable pour d'éventuelles modifications du cadre thérapeutique initial, qui peut être redéfini à l'occasion des revues régulièrement tenues par l'équipe thérapeutique.

En conclusion, il faut insister sur le fait que les études sur l'efficacité des thérapies de groupe ont montré que leurs résultats étaient aussi concluants que ceux des thérapies individuelles. Utilisé à bon escient, cet outil thérapeutique s'avère donc très performant, notamment dans le contexte propre aux centres de traitement avec prescription d'héroïne.



7 Documentation

Art. 20 O Autorisation donnée au patient

² L'autorisation donnée au patient est valable deux ans. Dans les cas justifiés, elle peut être renouvelée, chaque fois pour une année.

³ Les demandes de renouvellement doivent être accompagnées d'un rapport sur l'évolution du traitement et préciser les nouveaux objectifs thérapeutiques.

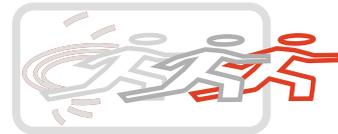
La demande de renouvellement de l'autorisation du patient se fait au moyen du formulaire OFSP prévu à cet effet (voir point 4.3: autorisation donnée au patient).

Commentaires

Le plan thérapeutique avec revue trimestrielle, tel qu'il est exigé à l'art. 7 de l'Ordonnance, constitue une bonne base pour remplir le formulaire OFSP (voir 1.5).

Le traitement avec prescription d'héroïne a ceci de particulier qu'il doit être clairement situé dans le temps (début et fin), afin d'éviter dans toute la mesure du possible d'induire un processus de chronicisation. Certes, l'on pourrait considérer la stabilisation de l'état de santé et le passage de la consommation de plusieurs psychotropes à la seule héroïne comme un succès thérapeutique en soi, compte tenu de la population visée par ces programmes. Il convient cependant de ne pas perdre de vue le but fondamental vers lequel tend toute démarche thérapeutique, qui est la réhabilitation, notamment sociale, des patients.

Le fait de devoir protocoler le traitement pour déposer une demande de renouvellement de l'autorisation permet à l'équipe soignante de vérifier si les objectifs de son action thérapeutique et sociale ont été atteints. De plus, cette obligation formelle donne au patient l'occasion de se situer dans le processus en cours. C'est par le jeu de ces réévaluations régulières et de l'adaptation du plan global aux besoins spécifiques de chaque patient qu'il devient possible d'optimiser les mesures thérapeutiques.



8 Pharmacologie et modes de prescription de la diacétylmorphine¹

1 Introduction

Les opiacés étaient utilisés dès l'Antiquité pour leurs propriétés analgésiques. Ceci n'est guère étonnant car les connaissances médicales étaient à l'époque relativement fort avancées. Des cas de dépendances aux opiacés, dont Marc Aurèle constitue un exemple fameux, étaient connus dès la Rome antique et leur usage abusif a perduré jusqu'à nos jours. La diacétylmorphine fut découverte en 1874. En 1898, la firme Bayer en réalisa pour la première fois la synthèse à partir d'opium brut et la mit sur le marché sous le nom d'héroïne. La diamorphine, l'acétomorphine et l'héroïne sont d'autres dénominations de la diacétylmorphine.

Les personnes dépendantes des opiacés consomment de l'héroïne pour diverses raisons. Certaines d'entre elles recherchent une expérience intense, aiguë («flash») – ce qui correspond à une saturation brutale des récepteurs aux opiacés – et s'administrent des quantités assez importantes à fréquence relativement faible pour stimuler ainsi artificiellement le système de récompense propre à l'organisme. D'autres, qui attendent un détachement émotionnel face à leurs problèmes psychiques et psychosociaux, s'administrent de plus faibles quantités à des fréquences plus élevées. La saturation des récepteurs aux opiacés est alors continue. Dans le milieu illégal de la drogue, on consomme l'héroïne selon trois voies principales d'administration. Les débutants ont le plus souvent recours à l'inhalation par voie nasale («sniff») ou fument l'héroïne qui se consume au moyen d'un feuillet enroulé en tubule («chasser le dragon»). Le passage ultérieur à la voie intraveineuse augmente la biodisponibilité et la vitesse d'apparition dans l'organisme à un point tel que l'effet recherché s'en trouve renforcé et que les coûts d'acquisition s'en trouvent réduits, du moins provisoirement. Une anamnèse approfondie permet de déterminer l'ancienneté de la dépendance aux opiacés, les modes et les fréquences d'administration antérieurs et actuels, l'effet recherché ainsi que l'association à d'autres substances et d'instaurer un traitement individuel adapté aux circonstances.

Les centres suisses de traitement avec prescription d'héroïne utilisent actuellement trois formes pharmaceutiques de diacétylmorphine (DAM): la solution injectable par voie intraveineuse (DAM i.v.), les comprimés à libération prolongée (DAM LP) et les comprimés à libération immédiate (DAM LI). Ces trois modes d'administration, associés ou non à la méthadone, permettent de proposer un traitement pharmacologique individualisé, adapté aux besoins de chaque patient. Les patients se présentent à la polyclinique une, deux ou trois fois par jour, voire davantage dans certains centres pour y recevoir leur traitement aux opiacés.

2 Pharmacocinétique de la diacétylmorphine

Il y a essentiellement trois voies d'administration de la morphine pour le traitement des douleurs postopératoires : la voie orale, la voie rectale et la voie injectable (i.v., s.c., i.m. et périurale). En raison de son hyperosmolarité (DAM HCl à 10 %) l'injection s.c. ou i.m. de DAM comporte le risque de nécrose tissulaire et devrait dès lors être évitée. Après résorption, le catabolisme de la substance est identique, quels que soient les modes d'administration. Les différences résident seulement dans la vitesse d'absorption et la biodisponibilité. Lors de l'administration orale, la DAM est métabolisée, du moins partiellement, Déjà pendant et avant la résorption.



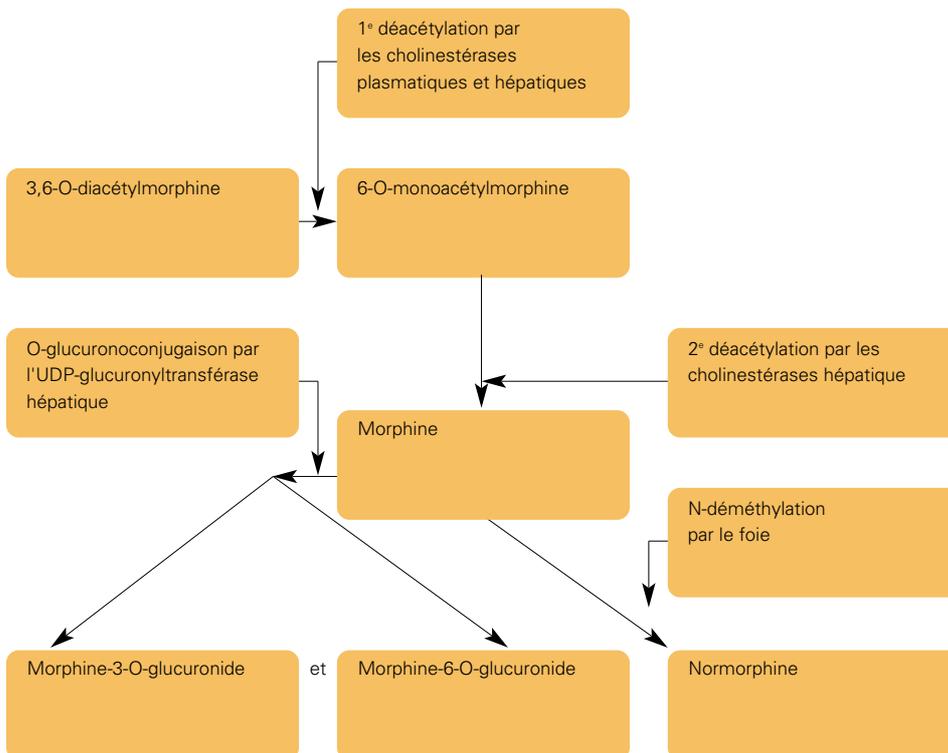
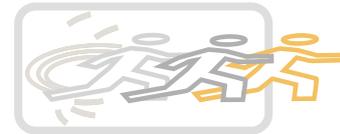
¹ Dr Andreas Moldovanyi, Directeur médical des Centres Lifeline et Crossline à Zurich

8 Pharmacologie et modes de prescription de la diacétylmorphine

Formes de DAM	Durée de l'absorption	Concentration plasmatique max. en opiacés (Tmax)	Action max.	Biodisponibilité (DAM)	Biodisponibilité (opiacés)
Compr. à libération Immédiate	3 h	1 h	30 min	0%	20-40%
Compr. à libération Prolongée	12 h	0,5-4 h	2-3 h	0%	20-40%
Solution i.v.	-	immédiate	10 min	100%	100%

Tableau comparatif des formes pharmaceutiques de DAM. Les différents chiffres sont fournis à titre indicatif et ne reposent pas sur des études pharmacocinétiques propres. Ils reposent sur l'expérience empirique ou sont repris du rapport du Prof. Brenneisen (1997) ainsi que des données concernant les différentes formes de morphine. Étant donné que la DAM traverse plus rapidement que la morphine la barrière hématoencéphalique, il est également probable que son absorption gastrointestinale soit plus rapide.

La DAM est très rapidement métabolisée après la prise. Ainsi, lors de l'administration par voie orale, l'essentiel de la DAM est métabolisé en morphine avant d'atteindre les récepteurs aux opiacés. D'un côté la DAM est instable et sujette à une hydrolyse spontanée, de l'autre côté, son absorption prend néanmoins quelques temps. La diacétylmorphine est nettement plus lipophile que la monoacétylmorphine et la morphine ; par conséquent elle traverse plus rapidement la barrière hématoencéphalique.



Métabolites actifs:



8 Pharmacologie et modes de prescription de la diacétylmorphine

Les cholinestérases plasmatiques et hépatiques déacétylent la DAM en quelques minutes (2 à 30) en 6-MAM (monoacétylmorphine) et en morphine. Après glucuroconjugaison hépatique, le métabolite est finalement éliminé, essentiellement par voie rénale (90 %) mais aussi par voie hépatique (10 %). Une petite partie de la fraction excrétée par le foie peut être hydrolysée dans l'intestin et réabsorbée sous forme de morphine via le cycle entérohépatique. La normorphine est un catabolite qui résulte de la déméthylation et n'existe qu'à l'état de traces. Le morphine-6-O-glucuronide s'est révélé être, en expérimentation animale, deux fois plus actif que la morphine du point de vue analgésique et même cent fois plus puissant lorsqu'il est administré dans les ventricules cérébraux.

La liaison de la DAM aux protéines plasmatiques atteint 40 %, le volume de distribution 25 à 40 litres et la clairance sanguine $30,8 \pm 2,1$ ml/kg/min.

La DAM et ses métabolites passent dans le lait maternel et traversent la barrière placentaire.

La plus grande partie de la diacétylmorphine trouvée dans l'urine est sous forme de morphine glucuroconjuguée, surtout du morphine-3-O-glucuronide. On y trouve aussi de la morphine et de la normorphine ainsi que de la monoacétylmorphine (seulement pendant un court laps de temps après une injection). Les métabolites sont décelables pendant 2 à 4 jours, mais une plus longue persistance a aussi été observée.

Mise en garde: Une accumulation de glucuronides actifs de la morphine peut se produire en cas d'insuffisance rénale.

Remarques: L'héroïne de la rue contient pratiquement toujours de l'acétylcodéine. De l'acétylcodéine et son métabolite actif, la codéine, sont par conséquent décelables dans l'urine. Cela n'est jamais le cas avec la DAM distribuée dans les policliniques. Avant de tirer de l'analyse des urines des conclusions erronées, il convient d'exclure l'administration sous prescription d'une préparation contenant de la codéine.

3 Formes pharmaceutiques

■ Comprimés LI de DAM HCl (libération immédiate)
Ces comprimés commencent déjà à se désagréger dans la bouche et se dissolvent complètement dans l'estomac. En raison de leur caractère fort amer, on ne peut qu'avaler les comprimés directement (cela réduit par ailleurs le risque de détournement). L'absorption est nettement plus rapide qu'avec les comprimés à libération prolongée. L'effet est maximum après 30 à 60 minutes. Bien que cette forme ne produise pas de " flash ", de nombreux patients décrivent comme bien perceptible l'afflux de la substance dans l'organisme. Les avantages des comprimés LI de DAM résident dans leur simplicité d'emploi et dans le peu de risques que comporte cette forme d'administration du point de vue des effets principaux et secondaires. Lorsque la prise a lieu en présence du thérapeute, le risque de trafic est plus faible qu'avec les comprimés LP. Si les comprimés sont, à chaque fois, donnés à emporter, le risque d'utilisation abusive est plus élevé. Les comprimés LI de DAM actuellement disponibles contiennent 200 mg ou 100 mg de substance active et sont l'un et l'autre sécables.



8 Pharmacologie et modes de prescription de la diacétylmorphine

■ Comprimés LP de DAM HCl (comprimé à libération prolongée, aussi dénommés «retard»). De par l'enrobage du comprimé, la libération de la DAM est étalée dans le temps, ce qui se traduit par une absorption plus lente et un effet plus long par rapport aux comprimés à libération immédiate. À une phase brève de libération rapide induite par le milieu acide de l'estomac succède une phase de libération prolongée, avec effet maximum 1 à 2 h après la prise. Le «flash» n'a pas lieu, la perception de l'afflux progressif de la substance le remplace. Il est possible, en théorie, d'obtenir une concentration sérique en opiacés relativement constante avec 2 prises par jour à cause de la réabsorption de la morphine via le cycle entérohépatique. Il s'agit certainement du mode d'administration présentant le moins de risques du point de vue des effets secondaires. La fabrication de ces comprimés revient actuellement assez cher en raison des faibles quantités produites. Les comprimés ne se dissolvent pas dans la bouche, ce qui peut favoriser le détournement de l'utilisation par rapport aux comprimés LI. Il est en principe possible d'en extraire la DAM en les dissolvant. La DAM pourrait ainsi être utilisée à d'autres fins (injection, inhalation de la fumée, sniff, en cocktail avec de la cocaïne, revente...).

■ Solution injectable de DAM

La solution injectable est la forme pharmaceutique de DAM la plus fréquemment utilisée dans les centres de traitement avec prescription d'héroïne. Il s'agit ici de DAM pure, contrairement à celle qu'on se procure dans la rue, et elle n'est donc ni allongée ni associée à de la codéine. La pharmacocinétique avec ce mode d'administration est celle qui a été la mieux étudiée et il s'agit d'une forme d'emploi bien maîtrisée. Son apparition extrêmement rapide dans le sang et sa biodisponibilité totale assurent une sensation vive et intense (flash) mais cela provoque aussi plus d'effets secondaires qu'avec la DAM par voie orale. Il existe un risque d'intoxication en cas de consommation des produits en dehors des centres. Tout comme les solutions de morphine, la solution de DAM peut en principe être administrée par voies intraveineuse, sous-cutanée et intramusculaire. Il s'agit toutefois ici d'une solution de DAM HCl à 10 % (alors que les solutions de morphine ou d'héroïne utilisées dans la prise en charge de la douleur sont des solutions à 1 %) qui, en raison de son hyperosmolarité, peut entraîner des nécroses tissulaires en cas d'injection sous-cutanée ou intramusculaire. Ces nécroses se manifestent cliniquement sous forme d'indurations cicatricielles. La solution injectable est par conséquent réservée à l'injection intraveineuse.

■ Autres formes pharmaceutiques

Les polycliniques faisaient usage, dans les premières années, de cigarettes à base d'aspérule odorante et contenant de l'héroïne (appelées « reefers » ou encore « sugarettes »). Ces cigarettes ont été retirées. Près de 90 % de la DAM était détruite par combustion ou s'échappait en fumée, ce qui en réduisait fortement l'efficacité et rendait nécessaire l'utilisation d'un grand nombre de cigarettes (consommées sur place ou emportées) avec tous les inconvénients que cela comportait.

Nous ne ferons que mentionner d'autres formes pharmaceutiques ou modes d'administration comme les aérosols contenant de la DAM en poudre ou en solution dont l'emploi est resté limité, les appareils adéquats n'ayant pas été mis au point. Quant aux suppositoires de DAM, ils ne présentaient aucun avantage par rapport aux comprimés.

Mentionnons encore, pour être complets, les modes d'administration dans la région de la moelle épinière : les administrations intraspinales et intrathécales ainsi que les canules à demeure permettant l'administration répétée de solution injectable ou encore l'administration en continu au moyen de pompes. Ces modes potentiels d'administration ont été employés exclusivement jusqu'ici dans le traitement des douleurs cancéreuses et chez les patients atteints d'un infarctus.



8 Pharmacologie et modes de prescription de la diacétylmorphine

4 Action et effets secondaires de la diacétylmorphine

Remarques préliminaires

Les frontières entre l'effet recherché par le patient (« flash »), celui recherché par les thérapeutes (absence de symptômes de manque) et les effets secondaires (particulièrement les effets toxiques) sont mouvantes. L'action et les effets dépendent de la dose et du degré de tolérance du patient.

On ne trouve, dans la littérature, que peu de données sur la fréquence des effets secondaires énumérés ci-dessous. Les effets secondaires les plus fréquemment rencontrés sont généralement bénins (constipation, sécheresse de la bouche, etc.) Certains des effets secondaires documentés, rarement observés, n'ont été décrits que dans le cadre d'une consommation illégale d'héroïne. Après plus de six ans d'observation clinique et de traitement de plus de 1.700 patients des deux sexes, la plupart des effets secondaires exposés ci-dessous n'ont pas été observés. Nous les détaillons dans le souci d'être complets et de sensibiliser médecins prescripteurs et personnel soignant à ces éventualités.

La fréquence et l'intensité de l'action et des effets secondaires sont inversement corrélés en partie au degré de tolérance. Ce phénomène est particulièrement prévisible en cas d'administration régulière à posologie constante, ce qui est le cas dans les centres de traitement. La consommation illégale d'héroïne, par contre, se caractérise par une alternance de périodes de privation et d'intoxication, ainsi que par la prise d'héroïne associées à différents produits (produits de coupage, acétylcodéine, autres substances psychotropes) susceptibles de favoriser l'apparition d'effets secondaires graves.

Action

La DAM est analgésique, anxiolytique, sédative et antitussive et euphorisante. A petites doses, la DAM peut être euphorisante. Elle possède des propriétés antipsychotiques aspécifiques. Elle prévient l'apparition des symptômes de sevrage en cas d'accoutumance.

Effets secondaires

Les effets secondaires les plus fréquemment observés sont les effets secondaires classiques des opiacés. Il s'agit en l'occurrence de constipation, de nausées et d'effets médiés par l'histamine ainsi que de la sédation, surtout en cas d'association avec des substances tranquillisantes. Des effets secondaires plus graves ont également été décrits : crises épileptiformes, thrombocytopenie, pertes de connaissance, arythmies et hypotension orthostatique. Dans le but d'en donner un relevé systématique, voici, indépendamment de leur fréquence, les effets secondaires observés:

Système nerveux central:

Sédation, nausées, vomissements, céphalées, vertiges, myosis (ce qui peut définitivement affecter la vue, en cas de glaucome), diminution de la libido, troubles de la concentration, détérioration des fonctions cognitives et des réflexes, perturbations de l'EEG, dépression respiratoire (avec diminution de la fréquence et des volumes respiratoires entraînant une hypoxie), modifications de l'appétit.

Système nerveux végétatif, système digestif et système urogénital : transpiration, constipation, hypertonie du cholédoque et de la vésicule biliaire, sécheresse de la bouche, rétention urinaire, perturbations de la fonction hépatique et de la fonction rénale, troubles des fonctions sexuelles.



8 Pharmacologie et modes de prescription de la diacétylmorphine

Effets secondaires relevant de l'histamine:

Prurit, urticaire, rubéfaction faciale, rougeurs locales (notamment faciales) ou généralisées, œdème des extrémités, œdème de la face (œdème de Quincke).

Système cardio-vasculaire et système respiratoire:

Bradycardie, extrasystoles, hypotension, syncopes, vasoconstriction périphérique, œdème pulmonaire, bronchoconstriction, asthme.

Autres effets secondaires:

Tolérance, dépendance psychique et physique, altération du système immunitaire, hypotonie musculaire, modifications de la température centrale (hypo ou hyperthermie), modifications de couleur de la langue, altérations endocriniennes diverses (axe hypothalamo-gonadique et hypothalamo-surrénal, ADH).

On décrit encore dans la littérature d'autres troubles associés à la consommation d'héroïne: leucoencéphalopathies, crises d'épilepsie, ischémie cérébrale, myélopathies, myoclonies, neuropathies affectant les troncs nerveux et les plexus, rhabdomyolyse atraumatique, cardiomyopathies, infarctus du myocarde, thrombocytopénie.

■ Surdosage et effets toxiques

Troubles de la conscience, coma, apnée, hypoxie sévère (ces effets indésirables peuvent en un deuxième temps entraîner une rhabdomyolyse traumatique, une parésie musculaire par compression de troncs nerveux, des lésions organiques par hypoxie), œdème pulmonaire, arrêt cardiaque, décès. Un myosis marqué et une vessie pleine et tendue sont des signes pathognomoniques de surdosage.

Chez les sujets non accoutumés aux opiacés, la dose de DAM potentiellement mortelle se situe aux alentours de 30 mg par voie intraveineuse et de 100 mg par voie orale.

■ Syndrome de sevrage

Le syndrome de sevrage est caractérisé par les symptômes suivants : bâillements, agitation, craving (besoin irrépressible de drogue), tremblements, frissons, sudations, rhinorrhée, crampes musculaires, syndromes douloureux (myalgies, arthralgies, etc.), nausées, vomissements, diarrhées, anxiété, hyperthermie, manque d'appétit, troubles du sommeil, tachycardie, hypertension artérielle. Les symptômes apparaissent 6 heures environ après la dernière prise et peuvent durer une semaine entière.

■ Interactions médicamenteuses

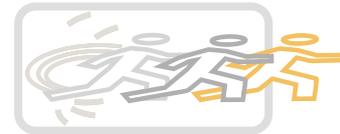
La DAM potentialise l'action des substances sédatives et myorelaxantes. La prise simultanée d'hypnotiques et de certains neuroleptiques peut fortement accentuer la sédation et la dépression respiratoire.

On connaît aussi quelques interactions avec des médicaments antirétroviraux (voir plus loin).

Limitations et précautions d'emploi

La prescription de la DAM est contre-indiquée en cas d'hypersensibilité à l'héroïne.

Des précautions d'emploi sont de rigueur en cas d'insuffisance rénale ou hépatique, de pathologies respiratoires, de pathologies cérébrales et donc de traumatisme cérébral. On ne dispose encore que de peu de données concernant son emploi chez la femme enceinte ou qui allaite, sa tératogénéicité générale ou encore les possibles conséquences à long terme pour les enfants exposés pendant la grossesse.



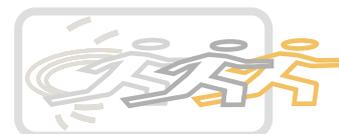
8 Pharmacologie et modes de prescription de la diacétylmorphine

Un traitement de substitution ne peut en aucun cas être associé à un traitement antidépresseur comportant des inhibiteurs de la MAO, comme le moclobémide par exemple.

La conduite de véhicules n'est pas autorisée en cas de traitement avec DAM. Les travaux à une certaine hauteur au-dessus du sol ainsi que l'utilisation d'outils dangereux devraient également être déconseillés.

En cas de pathologies sous-jacentes comme des troubles de la conduction cardiaque, l'épilepsie essentielle ou post-traumatique, l'hypothyroïdie, l'insuffisance surrénale et autres pathologies, il convient d'établir si les bénéfices du traitement surpassent les risques encourus.

En cas de consommation concomitante d'alcool, de benzodiazépines, de métaqualone, de barbituriques, de GHB et d'autres sédatifs du SNC, il convient d'opter pour les mesures de précaution appropriées à chaque cas.



5 Indications

L'indication principale de la diacétylmorphine est le traitement avec prescription d'héroïne chez les personnes dépendantes des opiacés. Quelques toxicomanes disent avoir commencé à consommer l'héroïne de la rue pour ses propriétés antalgiques. Leur dépendance est la conséquence de douleurs importantes présentes, par exemple, dans le décours d'une longue hospitalisation pour un polytraumatisme, après laquelle seule l'héroïne est parvenue à les soulager.

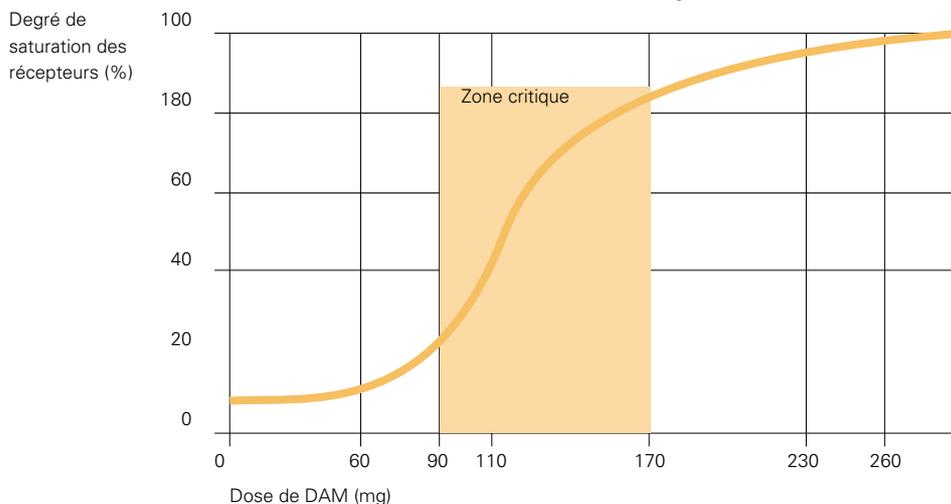
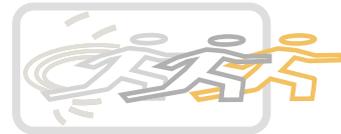
Le tableau ci-dessous reprend les indications des différentes formes pharmaceutiques actuellement disponibles.

Forme pharmaceutique	Mode d'administration	Indications	Indications secondaires
DAM solution	Voie intraveineuse	Patients consommant des opiacés par voie i.v.	
DAM comprimés LI	Voie orale	Patients qui fument ou sniffent, exclusivement ou en alternance avec le mode i.v. Patients recevant de l'héroïne i.v. pendant leur programme de traitement et qui souhaitent un mode d'administration comportant moins de risques Patients recevant de l'héroïne i.v. pendant leur traitement et pour lesquels les injections sont devenues médicalement contre-indiquées	
DAM comprimés LP	Voie orale	Obtention d'une concentration sérique stable en opiacés Symptômes de sevrage apparaissant dans l'intervalle des administrations Alternative à la méthadone pour les patients chez qui le catabolisme de la méthadone est accéléré	Traitement d'appoint des schizophrènes avec dépendance aux opiacés Traitement adjuvant des troubles du sommeil associés à une dépendance aux opiacés

8 Pharmacologie et modes de prescription de la diacétylmorphine

8 Posologie de la diacétylmorphine

Il n'existe pas de règles fixes permettant de déterminer la posologie de la DAM dans le traitement de substitution chez les toxicomanes. Au cours des années, les différentes polycliniques prescrivant de l'héroïne ont développé leurs propres schémas posologiques d'instauration de DAM et de traitement d'entretien ainsi que des tableaux d'équivalences entre DAM et méthadone. Lors de l'instauration du traitement, on commencera toujours avec de faibles doses. Le degré de saturation des récepteurs aux opiacés n'est pas en relation linéaire avec la dose de DAM (voir figure 1). Dans la zone moyenne de la courbe, de faibles modifications de doses entraînent de fortes variations du degré de saturation. C'est à ces doses limites que surviennent à la fois une action marquée (analgésie et flash) et des effets indésirables importants (sédation et dépression respiratoire). Les doses mentionnées sur la figure sont purement indicatives car la courbe peut se déplacer vers la gauche comme vers la droite en fonction de la sensibilité individuelle et du degré d'accoutumance.



Relation entre le pourcentage d'occupation des récepteurs aux opiacés et la dose de DAM. Le rectangle indique la zone critique où actions et effets indésirables se chevauchent. Les doses mentionnées sont purement indicatives. La courbe peut se déplacer vers la gauche comme vers la droite en raison des différences de constitution, des pathologies associées et d'interactions médicamenteuses. Le mode d'instauration de la posologie peut certes être établi à l'avance à condition qu'une concertation quotidienne ait lieu avec les patients afin d'évaluer les actions et les effets indésirables. Les patients ainsi que le personnel soignant peuvent (après avoir pris l'avis d'un médecin) ajuster les doses selon que l'action apparaît adéquate ou que se manifestent effets secondaires ou signes d'intoxication. Chez les nouveaux patients ou chez ceux qui ne sont plus venus depuis un certain temps, une posologie d'instauration prudente permet d'éviter, ou du moins de réduire, une sédation excessive ou encore les effets indésirables (tout particulièrement ceux médiés par l'histamine).

Un médecin doit être présent, au moins les premiers jours, pendant la phase d'instauration de la posologie et il est donc plus pratique de commencer le traitement en début de semaine. Lors des premières administrations, les patients doivent en outre rester en observation dans la polyclinique pendant 30 minutes au moins après la prise du traitement.

Les schémas d'instauration de la posologie figurant ci-dessous sont utilisés depuis des années dans les polycliniques Lifeline et Crossline et peuvent être pris comme modèles. D'autres modèles existent, ceux établis par Seidenberg par exemple.

8 Pharmacologie et modes de prescription de la diacétylmorphine

8.1 Posologie de la DAM – solution injectable

Instauration de la posologie chez les patients n'étant pas en traitement préalable à la méthadone

jour 1	30 (evtl. 15)–30–30 mg i.v.
jour 2	40–40–40 mg i.v.
jour 3	50–50–50 mg i.v.
jour 8	100–100–100 mg i.v.
jour 9	100–100–100 mg i.v. (période de statu quo posologique)
jour 10	110–110–110 mg i.v.
jour 14	150–150–150 mg i.v.
dès le jour 15	à déterminer cas par cas
	300–300–300 mg i.v. (posologie maximum)



Afin d'éviter les symptômes de sevrage et la consommation de drogue acquise clandestinement qui en résulte, de la méthadone peut être prescrite en plus pendant l'instauration du traitement à la dose initiale de 30 mg per os, à augmenter ensuite si nécessaire par paliers de 10 mg. Le même schéma s'applique quand les patients ne peuvent ou ne veulent venir que deux fois par jour à la policlinique. Une prescription complémentaire de méthadone est à recommander dans ces cas.

L'accroissement des doses peut (ou doit) être arrêté ou suspendu à tout moment en tenant compte de la demande du patient ou en cas d'intolérance ou d'apparition de troubles de la conscience.

■ Instauration de la posologie chez les patients préalablement sous méthadone

Le schéma est le même que pour les patients ne recevant aucun traitement de substitution préalable. Dans la mesure où la prise régulière de méthadone est bien établie, la même dose de méthadone peut être administrée le premier jour et répartie le cas échéant en deux prises, en tenant compte de la demande des patients. À partir du troisième jour, la dose de méthadone peut être réduite de 10 mg tous les trois jours. La réduction de la dose peut être suspendue à tout moment et il est raisonnable dans certains cas de prescrire une éventuelle dose d'appoint de 10 à 40 mg.

■ Posologie d'entretien:

La dose finale de la phase d'instauration du traitement peut être reprise comme posologie d'entretien. Il existe de multiples possibilités quant aux adaptations posologiques ultérieures. Les policliniques Lifeline et Crossline de la ville de Zurich ont opté pour la politique suivante : la posologie établie peut être modifiée chaque semaine à la demande des patients. Les souhaits des patients d'accroître les doses sont discutés lors des comptes rendus hebdomadaires en tenant compte de l'action et des effets secondaires observés par le personnel soignant, mais seul un médecin est autorisé à modifier la prescription. Par la suite, une posologie fixe mais dont l'administration est fractionnée différemment selon les jours.

Si la fréquence des passages au centre est modifiée (par exemple réduite de trois à deux fois par jour), on dispose de trois possibilités:

- suppression de la dose concernée, sans substitution;
- report progressif d'une partie de la dose non reçue en l'administrant aux autres moments ;
- prescription complémentaire d'opiacés à plus longue durée d'action (méthadone, comprimés LP de DAM).

8 Pharmacologie et modes de prescription de la diacéylmorphine

8.2 Posologie de la DAM – comprimés LI (libération immédiate)

■ Instauration rapide de la posologie

On peut appliquer le schéma posologique suivant aux patients qui sont déjà en traitement à la méthadone, avec prise régulière à dosage constant, et qui présentent par conséquent une tolérance aux opiacés.

jour 1	100-100-100 mg p.o.
jours 2 u. 3	200-200-200 mg p.o.
jour 4	300-300-300 mg p.o.
jours 5 u. 6	400-400-400 mg p.o.
jour 7	500-500-500 mg p.o.
jour 8 u. 9	600-600-600 mg p.o.
jour 10	700-700-700 mg p.o.
jour 11	800-800-800 mg p.o.

Grâce aux nouveaux comprimés sécables à 100 mg de DAM, il est possible d'encore affiner la posologie. Une pause de plusieurs jours dans l'accroissement des doses est fréquemment souhaitable.

■ Instauration lente de la posologie

On peut appliquer le schéma posologique suivant aux patients qui ne participent pas à un programme de traitement à la méthadone ou qui bien qu'y participant ne la prennent pas de manière régulière et certaine. Il s'agit donc de patients dont la tolérance aux opiacés n'est pas établie.

jours 1 u. 2	100-100-100 mg po
jours 3 u. 4	200-200-200 mg po
jours 5 u. 6	300-300-300 mg po
jours 7 u. 8	400-400-400 mg po
jours 9 u. 10	500-500-500 mg po
jours 11 u. 12	600-600-600 mg po
jours 13 u. 14	700-700-700 mg po
jours 15 u. 16	800-800-800 mg po

■ Posologie d'entretien

On peut reprendre comme posologie d'entretien la dose maximale atteinte en fin de phase d'instauration. Il est également possible, avec ce traitement, de répartir autrement la dose totale quotidienne ou de la faire varier selon les jours.

■ Association de DAM en solution injectable et de comprimés LP

Si les patients remplissent les conditions requises ou s'il existe une indication médicale impérative, on peut prescrire des comprimés LP à condition de réduire transitoirement l'administration de DAM en solution i.v. ou compr. LI.

Exemple d'instauration d'une association

DAM sol.: 140-160-150 mg i.v.
Phase de transition:
DAM sol.: 140-160-120 mg i.v.
DAM compr. LP: 0-0-100 mg p.o.
Posologie finale:
DAM sol.: 140-160-150 mg i.v.
DAM compr. LP: 0-0-100 mg p.o.



8 Pharmacologie et modes de prescription de la diacétylmorphine

Les données concernant la DAM par voie orale reposent sur les éléments suivants: biodisponibilité de la DAM per os (33 % de la DAM i.v.), fréquence d'administration de la DAM i.v. (3 fois par jour), fréquence d'administration de la DAM compr. LI (3 fois par jour) et fréquence d'administration de la DAM compr. LP (2 fois par jour).

Les chiffres concernant les comprimés de DAM valent aussi pour les comprimés de morphine.

	Dénominateur de calcul de l'EMJ	DAM i.v.	DAM p. o.	Methadon p.o.	Methadon i.v.
DAM i.v.	3		0,33	0,33	0,33
DAM p.o.	9	0,33		0,11	0, 11
Methadon p.o.	1	3	9		1
Methadon i.v.	1	3	9	1	

Tableau de conversion pour les doses quotidiennes (d'après Seidenberg et Honegger). Les données concernant la forme fumable de DAM et les préparations de morphine ont été supprimées et celles concernant la DAM par voie orale y ont été substituées.

La table de conversion de Seidenberg et Honegger comporte l'inconvénient de se fonder sur un rapport géométrique linéaire qui conduit fort rapidement à un surdosage en méthadone.

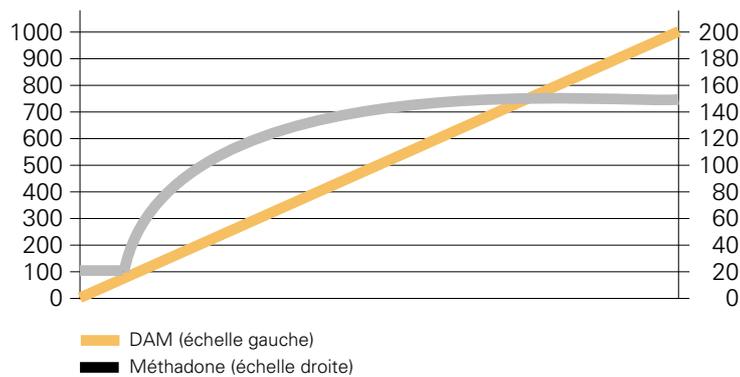
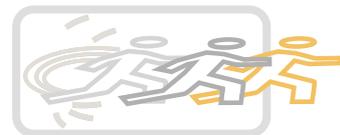
Tableau pratique de conversion DAM-Méthadone

En se basant sur le fait qu'à vitesse d'absorption et d'élimination normale 150 mg de méthadone entraînent une saturation quasi totale des récepteurs, on peut tabler sur une courbe ascendante qui s'horizontalise lorsque les doses sont plus élevées. Le graphique suivant repose sur cette supposition de conversion non linéaire. On peut déduire du tableau la dose équivalente de méthadone à partir de la dose totale biodisponible de DAM. La dose de méthadone, établie sur base du traitement préalable, peut être augmentée jusqu'à un maximum de 150 mg. En cas de traitement à doses élevées, il est préférable de passer à la méthadone quelques jours avant le départ du patient. On peut ainsi prescrire une dose légèrement supérieure que l'on réduit de 10 mg par jour, ce qui rassure bien souvent le patient.

Exemple pratique: Un patient part en vacances pour une semaine. Sa dose totale de DAM est de 1000 mg/j. La conversion donne une dose équivalente de 150 mg de méthadone par jour. Grâce au tableau suivant, on a la possibilité de changer de traitement trois jours avant le départ et de donner au patient, sous surveillance, une dose plus élevée de méthadone, par exemple 180 mg, que l'on réduit chaque jour de 10 mg.



8 Pharmacologie et modes de prescription de la diacétylmorphine



Conversion DAM-Méthadone: croissance non linéaire des doses équivalentes de méthadone

En se basant sur ces considérations et de longues années d'expériences, les policliniques Lifeline et Crossline ont élaboré une table de conversion qui a été affinée régulièrement et a donné des résultats probants. Elle est donnée ici à titre d'exemple. Une table de ce type facilite en outre les rapports avec les patients. D'autres policliniques utilisent la table de conversion de Seidenberg et Honegger.

Dose de DAM (par jour)	Dose de méthadone	Dose de DAM	Dose de méthadone	Dose de DAM	Dose de méthadone
20	20	341-360	100	681-700	135
21-40	20	361-380	105	701-720	140
41-60	20	381-400	105	721-740	140
61-80	25	401-420	110	741-760	140
81-100	30	421-440	110	761-780	145
101-120	35	441-460	110	781-800	145
121-140	40	461-480	115	801-820	150
141-160	50	481-500	115	821-840	150
161-180	60	501-520	120	841-860	150
181-200	65	521-540	120	861-880	150 (160)
201-220	70	541-560	120	881-900	150 (160)
221-240	75	561-580	125	901-920	150 (160)
241-260	80	581-600	125	921-940	150 (170)
261-280	80	601-620	130	941-960	150 (170)
281-300	85	621-640	130	961-980	150 (170)
301-320	90	641-660	130	981-1000	150 (180)
321-340	95	661-680	135	>1000	150 (180)

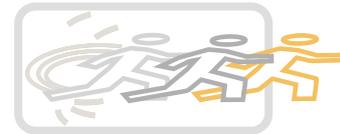
Tables de conversion DAM – méthadone. Pour les hautes doses, les valeurs hors parenthèses pour la méthadone correspondent à la dose définitive souhaitable et celles entre parenthèses à la dose d'instauration que l'on pourra ramener en 1 à 3 jours à 150 mg.

Pour éviter un surdosage en cas de passage progressif à la méthadone, il faut à chaque étape recalculer la dose de méthadone en se basant sur la dose initiale de DAM.

8 Pharmacologie et modes de prescription de la diacétylmorphine

Exemple n° 1: Cas d'un patient recevant 720 mg (dose biodisponible) de DAM qui désire réduire cette dose de 60 mg par jour et y substituer de la méthadone afin de ne prendre finalement que de la méthadone.

	DAM (dose totale)	Réduction par étape	Conversion basée sur la sommation des doses retran- chées individuelle- ment converties (sans dépasser 150)	Réduction totale	Conversion basée sur la réduction totale
Ausgangsdosierung	720				
Tag 1	660	60	20	60	20
Tag 2	600	60	40	120	35
Tag 3	540	60	60	180	60
Tag 4	480	60	80	240	75
Tag 5	420	60	100	300	85
Tag 6	360	60	120	360	100
Tag 7	300	60	140	420	110
Tag 8	240	60	150	480	115
Tag 9	180	60	150	540	120
Tag 10	120	60	150	600	125
Tag 11	60	60	150	660	130
Zieldosierung	0	60	150	720	140



Exemple n° 2: Conversion d'un traitement usuel aboutissant à une dose de méthadone < 150 mg

	Matin	Midi	Soir	Dose totale	Dose totale biodisponible	Méthadone
DAM sol. i.v.	170	150	170	490	490	
DAM compr. LI	0	0	0			
DAM compr. LP	0	0	100	100	30	
					DAM (sub- total) 520 ¹	120 ²
Méthadone p.o.	0	0	20			20
				Méthadone (théorique)		140
				Méthadone délivrée		140

¹ total de la dose biodisponible

² conversion d'après les tables

Exemple n° 3: Conversion d'un traitement usuel aboutissant par calcul à une dose de méthadone > 150 mg. On peut dans ce cas passer d'emblée à 150 mg de méthadone ou opter pour une dose transitoire supérieure que l'on réduit ensuite.

	Matin	Midi	Soir	Dose totale	Dose totale biodisponible	Méthadone
DAM-Lsg i.v.	270	270	270	810	810	
DAM-IR p.o.	0	0	0			
DAM-SR p.o.	100	0	200	300	90	
					DAM (sub- total) 900 ¹	150/160 ²
Methadon p.o.	0	0	20			0
				Méthadone (théorique)		150/160
				Méthadone délivrée		150

¹ total de la dose biodisponible

² conversion d'après les tables

8 Pharmacologie et modes de prescription de la diacétylmorphine

10 Referenzen

1. Brenneisen R et al: Analytik, Galenik, Pharmakodynamik und Pharmakokinetik von Diacetylmorphin. Bern, 1997.
2. Bundeli P: Die hochdosierte Heroin-Injektion: spezielle pharmakologische, klinisch-chemische, physiologische und analytisch-toxikologische Fragestellungen im Rahmen der Versuche zur ärztlich kontrollierten Verschreibung von Betäubungsmitteln. Diss. med. Bern, 1998
3. Elliot HW, Parker KD, Wright JA et al: Actions and metabolism of heroin administered by continuous intravenous infusion to man. Clin Pharmacol Ther 1971; 12: 806–814.
4. Fishmann AJ: Thrombocytopenia and heroin (letter). Ann Intern Med 1981; 94: 280–281.
5. Geistlich S: Bericht zu Schwangerschaftsverlauf und Entzugssymptomen Neugeborener in der diversifizierten Opiatabgabe. Diss. med. Zürich, 1997.
6. Gilman AG, Hardman JG, Limbird LE, Molinoff PB, Ruddon RW: Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics; Ninth Edition; McGraw-Hill, NY
7. Gyr E: Heroin-Retardtabletten, -Kapseln und -Suppositorien: In-vitro- und In-vivo-Studien. Diss. med. Bern, 1998.
8. Hug I: Epileptiforme Störungen bei opiatabhängigen Patienten unter intravenöser Substitutionstherapie mit Heroin, Morphin und Methadon. Diss. med. Basel, 1997.
9. Inturrisi CE, Max MB, Foley KM et al: The pharmacokinetics of heroin in patients with chronic pain. N Engl J Med 1984; 310: 1213–1217.
10. Inturrisi CE, Schultz M, Shin S et al: Evidence from opiate binding studies that heroin acts through its metabolites. Life Sci 1983; 33: 773.
11. Jasinski DR, Preston KL: Comparison of intravenously administered methadone, morphine, and heroin. Drug Alcohol Depend 1986; 17: 301–310.
12. Jayawardena B, Hill DJ: Myoclonic spasms after epidural diacetylmorphine infusion. Anaesthesia 1991; 46: 473–474.
13. Kaiko RF, Wallenstein SL, Rogers AG et al: Analgesic and mood effects of heroin and morphine in cancer patients with postoperative pain. N Engl J Med 1981; 304: 1501–1505.
14. Martin WR, Sloan JW: Neuropharmacology and neurochemistry of subjective effects, analgesia, tolerance, and dependence produced by narcotic analgesics. In Handbook of Experimental Pharmacology; Vol 45/1, Drug Addiction 1: Morphine, Sedative/Hypnotic and Alcohol Dependence. Springer-Verlag, Berlin, 1977, pp 43–158.
15. Lockridge O, Mottershaw-Jackson N, Eckerson HW et al: Hydrolysis of diacetylmorphine (heroin) by human serum cholinesterase. J Pharmacol Exp Ther 1980; 215: 1–8.
16. Osborne R, Joel S, Trew D, Slevin ML: The analgesic activity of morphine-6-glucuronide. Lancet 1988; 1: 828.



8 Pharmacologie et modes de prescription de la diacétylmorphine

17. Paul D, Standifer KM, Inturrisi CE, Pasternak GW: Pharmacological characterization of morphine-6b-glucuronide, a very potent morphine metabolite. *J Pharmacol Exp Ther* 1989; 251: 477-483.
18. Robinson SL, Rowbotham DJ, Smith G: Morphine compared with diamorphine. A comparison of dose requirements and side effects after hip surgery. *Anaesthesia* 1991; 46: 538-540.
19. Sawynok J: The therapeutic use of heroin: a review of the pharmacological literature. *Can J Physiol Pharmacol* 1986; 64: 1-6.
20. Seidenberg A, Honegger U: Methadon, Heroin und andere Opiode. Verlag Hans Huber, Bern 1998.
21. Staritz M: Pharmacology of the sphincter of Odi. *Endoscopy* 1988; 20 (suppl 1): 171-174.
22. Turner D: Diamorphine toxicity. *Anaesthesia* 1992; 47: 168 - 169.
23. Twycross RG: Choice of strong analgesic in terminal cancer: diamorphine or morphine? *Pain* 1977; 3: 93-104.
24. Twycross RG: Clinical experience with diamorphine in advanced malignant disease. *Int J Clin Pharmacol* 1974; 9: 184-198.
25. Twycross RG: Morphine and diamorphine in the terminally ill patient. *Acta Anaesth Scand* 1982; 74 (suppl): 128-134.
26. Wallenstein SW, Houde RW, Portenoy R et al: Clinical analgesic assay of repeated and single dose of heroin and hydromorphone. *Pain* 1990; 41: 5-13.
27. Williams FM: Clinical significance of esterases in man. *Clin Pharmacokinet* 1985; 10: 392-403.



9 Prescription et remise au patient d'héroïne non injectable à emporter

Art. 8 O Administration de l'héroïne

¹ En règle générale, l'héroïne est administrée à l'intérieur de l'institution visée à l'art. 9, sous contrôle visuel du personnel soignant.

² Des doses d'héroïne non injectable à emporter peuvent être remises à un patient si son état de santé est stabilisé, si son intégration sociale est avancée (notamment sur les plans du logement et du travail), s'il se tient éloigné de la scène de la drogue et au cas où l'administration de la totalité des doses à l'intérieur de l'institution aurait une influence négative notable sur la suite de sa réhabilitation sociale.

³ La remise aux patients de substances non injectables à emporter est soumise à une autorisation de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

⁴ Les doses à emporter peuvent être remises uniquement aux patients qui suivent un traitement avec prescription d'héroïne, en règle générale pour une durée de six mois sans interruption. Dans des cas exceptionnels justifiés l'OFSP peut réduire cette durée, mais pas à moins de trois mois.

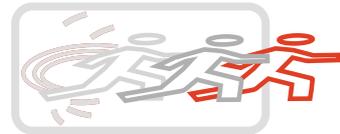
⁵ La quantité à emporter de substances non injectables ne doit pas dépasser la dose journalière. Si d'autres règles en matière de remise de doses à emporter sont décidées, elles devront faire l'objet d'un suivi scientifique.

⁶ L'OFSP établit des directives et des recommandations concernant la prescription et la remise de l'héroïne. Les dispositions cantonales relatives à la prescription et à la remise de morphine et de méthadone et des autres stupéfiants sont réservées. Sauf disposition contraire, elles sont applicables par analogie à l'héroïne.

Commentaires

La remise d'héroïne non injectable peut représenter une mesure thérapeutique indispensable qui permet de recouvrer progressivement une autonomie et d'adopter un rythme de vie propre. La remise d'héroïne n'est envisageable que si les risques de surdosage ou de revente au marché noir par les patients sont peu probables. Pour des raisons de sécurité et en raison de l'impossibilité d'exercer un contrôle suffisant, la remise aux patients d'héroïne sous forme injectable n'est pas envisageable.

La remise d'héroïne à emporter est soumise à autorisation et ne peut être sollicitée que lorsque le patient est en traitement depuis six mois au moins (exceptionnellement trois). La demande est établie par les médecins prescripteurs habilités et par les personnes chargées du suivi psychosocial. Elle doit être adressée, pour chaque patient individuellement, à l'OFSP, au moyen d'un formulaire spécifique, par l'intermédiaire du médecin cantonal qui doit le viser. La remise d'une dose supérieure à la dose quotidienne n'est pas autorisée.



9 Prescription et remise au patient d'héroïne non injectable à emporter

Les patients coopératifs et présentant une évolution satisfaisante (traitement de DAM stable ou en diminution, pas de consommation parallèle de benzodiazépines, ni de méthaqualone, pas de consommation excessive d'alcool, régularité dans les venues au centre pour le traitement et les entretiens) sont les moins susceptibles de se livrer à des abus.

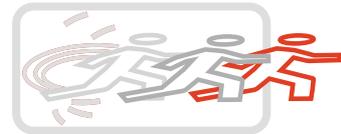
Si les conditions mentionnées ci-dessus ne sont plus remplies, le centre ne donne plus à emporter le traitement d'héroïne au patient (poursuite du traitement sur place) et en avertit l'OFSP. L'OFSP retire alors officiellement l'autorisation de remise au patient d'héroïne non injectable.

Les centres de traitement doivent établir une série de mesures pour sanctionner les entorses au règlement. Les patients en seront informés (voir aussi chapitre 2.11).

La satisfaction des critères autorisant la remise d'héroïne à emporter sera consignée dans le dossier du patient sous la rubrique du programme de traitement. Lors des inspections de l'OFSP dans les centres de traitement, le respect des critères et donc le bien-fondé de la remise d'héroïne doivent pouvoir être vérifiés.

Même en cas de maladie, la remise des comprimés aux patients n'est exclusivement autorisée qu'en mains propres.

L'OFSP peut retirer son autorisation ou la maintenir jusqu'à l'échéance prévue et limitée à deux ans par patient. En cas de demande de prolongation, une nouvelle requête en bonne et due forme doit être adressée par l'intermédiaire du médecin cantonal.



9 Prescription et remise au patient d'héroïne non injectable à emporter

Les comprimés de DAM, surtout les comprimés LP, sont susceptibles d'être détournés de leur indication pour être utilisés de manière frauduleuse¹. Il convient par conséquent d'en poser l'indication avec le plus grand soin et de prendre certaines mesures de précaution. Sauf nécessité absolue, il ne faut prescrire les comprimés LP de DAM qu'après un temps de traitement suffisamment long, afin de pouvoir évaluer si le risque d'emploi abusif est vraiment minime. Les mesures de précaution suivantes peuvent réduire de manière notable le risque d'utilisation inappropriée des comprimés de DAM:

Mesures à prendre à l'occasion de leur administration:

- observation par l'équipe soignante de l'attitude et de l'état clinique du patient;
- observation du patient et entretiens avec lui afin de s'assurer que le dosage est approprié;
- entretiens réguliers portant sur les conséquences (tant pour l'individu que pour l'avenir de cette forme de traitement) d'un usage détourné du traitement remis;
- surveillance directe et continue du patient quand on lui donne le ou les comprimé(s);
- maintien prolongé du patient dans la pièce où le traitement est administré;
- administration de la forme comprimé de manière occasionnelle ou en alternance avec la forme injectable;
- en cas d'administration mixte, ne pas donner les deux formes en même temps (donner le comprimé avant l'injection i.v.);
- verres à eau transparents;
- contrôle inopinée et aléatoire de la bouche;
- mise en évidence, lors des réunions générales, des conséquences individuelles et politiques d'une utilisation frauduleuse des comprimés reçus (contrôle social);
- information écrite sur les conséquences possibles (pour l'individu tout comme pour l'avenir de cette forme de traitement) d'un usage détourné.

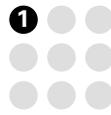
Mesures à prendre en cas de remise de comprimés à emporter:

- Chez les sujets recevant de l'héroïne par voie intraveineuse, il est recommandé, avant de leur confier des comprimés, de les leur administrer pendant deux mois sous surveillance directe en lieu et place des injections pour pouvoir estimer s'ils sont à même de renoncer à ces dernières.



¹ Raisons d'utilisation frauduleuse:

- valeur relativement élevée au marché noir;
- possibilité de troc contre de la cocaïne;
- constitution d'une réserve de secours;
- constitution d'un stock à fins suicidaires;
- autre mode d'administration que ceux prévus dans la policlinique;
- biodisponibilité augmentée en cas de consommation par voie parentérale;
- les comprimés de DAM sont faciles à dissoudre, ce qui signifie que la DAM peut être extraite des comprimés LP;



10 Consommation parallèle et polytoxicomanie

Attitude de principe face à la consommation parallèle

■ Il faut que toute l'équipe d'un centre de traitement prescrivant de l'héroïne soit mise au courant de la problématique spéciale que soulèvent la consommation parallèle et la polytoxicomanie et bénéficie régulièrement, à l'interne, d'une formation continue.

■ Il faut consigner par écrit des règles et des sanctions simples, claires, connues de tous et compréhensibles, prévoyant la procédure à suivre quand un patient se présente intoxiqué pour obtenir sa dose d'héroïne. Il faut également définir par écrit, à l'intérieur du centre de traitement, les compétences et les responsabilités en matière de réduction des doses et de toute autre mesure prise en raison de la consommation parallèle.

Diagnostic général

■ Il faut établir un diagnostic précis de la consommation de substances, fondé sur des informations objectives et subjectives, diagnostic servant de base au traitement des troubles liés à la consommation de substances dans le cadre de la procédure d'admission et tout au long du traitement.

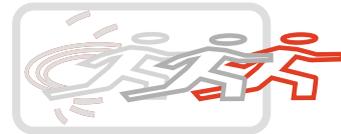
■ L'anamnèse englobe notamment la consommation passée et présente de substances ainsi que les conditions d'apparition et les facteurs qui la maintiennent.

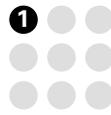
■ Il faut diagnostiquer les autres troubles psychiques, éventuellement à l'aide d'instruments de diagnostic standardisés et appropriés (p. ex. interview clinique structurée pour DSM-IV SKID, Beck Depression Inventory (BDI), Symptom check list SCL-90R avec évaluation spécifique, etc.).

■ Il faut également identifier et traiter les autres problèmes sanitaires et sociaux importants.

■ Avant leur admission, tous les patients doivent se soumettre à une analyse d'urine, destinée à déceler toute trace d'opiacés, de cocaïne et de benzodiazépines.

■ Il faut constituer une documentation systématique de la consommation parallèle actuelle, des intoxications éventuelles et des résultats d'examen, dans l'anamnèse, dans le cardex ou sous forme électronique et dans le programme informatique de remise de l'héroïne.





10 Consommation parallèle et polytoxicomanie

Stratégies et interventions générales face à la consommation parallèle

■ Il faut diagnostiquer et traiter les facteurs qui maintiennent la consommation parallèle (maladies psychiques, problèmes particuliers, stress social, etc.).

■ Il faut désigner clairement des personnes de référence, au sein de l'équipe pluridisciplinaire, chargées de traiter les répercussions psychiques, somatiques et sociales de la consommation de drogue, individuellement et en réseau.

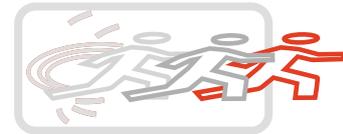
■ La consommation parallèle ne doit pas représenter un motif d'exclusion d'un traitement avec prescription d'héroïne. Mais il y a des limites, notamment en cas d'intoxication aiguë dans le cadre immédiat de la remise d'héroïne et ce, en raison des effets sédatifs additionnels des substances concernées. La priorité est accordée dans ce cas à la sécurité pharmacologique directe. Il s'agit si possible de déceler ces cas avant de remettre l'héroïne, et de réduire ou de refuser la dose.

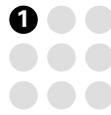
Attitude thérapeutique face à l'usage abusif de sédatifs

■ Il faut que le programme de traitement ou les directives du centre de traitement définissent clairement et justifient l'attitude que le centre doit adopter face à l'usage abusif de sédatifs (voir plus bas).

Etablissement de l'usage abusif d'alcool

■ Il faut pouvoir procéder à un alcootest individuel immédiatement avant la remise de l'héroïne, que ce soit en cas de soupçon clinique d'intoxication alcoolique ou d'une procédure de routine. Tous les centres de traitement doivent donc être équipés de l'appareil nécessaire. L'appareil doit être contrôlé et réglé périodiquement. Un protocole contraignant doit être consigné par écrit sur l'attitude à adopter en cas de résultat anormalement élevé.





10 Consommation parallèle et polytoxicomanie

■ La consommation parallèle n'est pas par principe un motif d'exclusion d'un traitement avec prescription d'héroïne (voir restriction plus haut). L'objectif est au contraire d'intégrer les héroïnomanes consommant parallèlement d'autres substances ou souffrant de polytoxicomanie dans un programme de traitement avec prescription d'héroïne ou de les y maintenir.

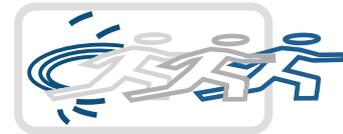
■ Il faut trouver, dans le processus de planification du traitement, une définition commune du problème, d'entente avec le patient, et établir un plan de traitement taillé « sur mesure » en fonction de sa situation personnelle, contenant également des informations sur le traitement de la consommation parallèle. Il faut en effet pouvoir adopter une attitude souple, à l'intérieur d'un cadre conceptuel clair, sur le déroulement thérapeutique des choses.

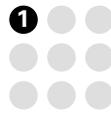
■ Il faut toujours prendre contact avec le médecin de famille prescripteur à des fins de coordination, ou de reprise du traitement.

■ Il faut toujours pouvoir offrir au patient la possibilité d'une cure de désintoxication des benzodiazépines en institution.

■ La pharmacothérapie ciblée dispensée pour soigner les symptômes et troubles psychiques parallèles revêt une grande importance. Les symptômes psychotiques et les troubles affectifs, notamment, doivent être traités indépendamment de leur origine dans les règles, par des neuroleptiques, des antidépresseurs et des « mood stabilizers ».

■ En cas de diagnostic de polytoxicomanie, parallèlement à la dépendance à l'héroïne, l'objectif primaire est d'établir un lien thérapeutique durable entre le patient et le centre HeGeBe, par une remise quotidienne et, ce faisant, par un contact quotidien avec le système d'assistance.





10 Consommation parallèle et polytoxicomanie¹

1. Introduction

Les patients bénéficiant d'un traitement avec prescription d'héroïne ont, lors de leur admission, une consommation de substances tendanciellement plus élevée et plus variée que les toxicomanes suivant d'autres traitements.

En effet, 85% consomment occasionnellement ou régulièrement de la cocaïne, généralement par voie intraveineuse, la proportion étant de 69% chez les patients commençant une thérapie en institution, et de 70% chez ceux qui suivent un traitement à la méthadone. Les patients HeGeBe consomment également des benzodiazépines dans 53% des cas, contre 24% chez les patients bénéficiant d'une thérapie en institution. 34% des patients HeGeBe consomment quotidiennement de l'alcool au moment de leur admission. La consommation de substances multiples fait donc partie intégrante de la toxicomanie de la plupart des patients bénéficiant d'un traitement à l'héroïne.

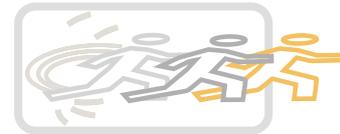
Il faut distinguer de la consommation de substances complémentaires par les patients HeGeBe les « troubles liés à l'utilisation de drogues multiples F19.xx », au sens de la CIM-10, c'est-à-dire la polytoxicomanie au sens strict du terme, qui ne doit être codée, en vertu des directives diagnostiques, que quand « ... le choix des substances se fait de manière chaotique et sans discrimination. » Dans le présent texte, la distinction entre consommation d'autres substances dommageables parallèlement à la consommation d'héroïne, d'une part, et polytoxicomanie au sens strict, de l'autre, est respectée.

La consommation parallèle de cannabis et de tabac n'a quasiment pas été évoquée par le personnel de traitement, dans le sondage mentionné plus bas, et n'a donc pas été considérée dans le présent texte.

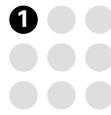
2. Matériel et méthodes

Pour obtenir une vue d'ensemble sur les traitements et les interventions pratiqués face à la consommation d'autres substances psychotropes, la Commission de la qualité HeGeBe, rattachée à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), a réalisé au mois d'août 2001 un sondage auprès de tous les centres de traitement HeGeBe existant en Suisse. 15 des 19 centres y ont participé. Dans 9 cas, c'est la direction médicale qui a répondu aux 20 questions ouvertes, dans 2 cas la direction non médicale et dans 4 cas les deux ensemble. Les connaissances tirées de ce sondage ont ensuite été présentées lors d'une réunion commune de « peer teaching » de la Commission de la qualité HeGeBe et de l'OFSP, en janvier 2002, et discutées par les médecins et les cadres dirigeant les centres de traitement. Dans la Commission de la qualité HeGeBe, les positions, hypothèses de traitement, méthodes et interventions ont ensuite été regroupées systématiquement et condensées dans le présent document, qui expose la pratique actuelle, compte tenu des points de vue des membres de la Commission de la qualité HeGeBe, avec des recommandations thérapeutiques et des directives (voir plus haut). Le contenu du texte se fonde sur la première version du chapitre correspondant du manuel HeGeBe (auteurs : André Seidenberg & groupe de travail médical du projet PROVE 1997).

Cette représentation de la pratique actuelle face à la consommation parallèle n'entre pas dans le détail des interventions, méthodes et procédés disponibles, vu leur multitude, notamment lorsqu'il s'agit d'éléments standards du traitement des toxicomanies, déjà décrits par ailleurs.



¹ Auteurs : Commission de la qualité HeGeBe, Christoph Bürki



10 Consommation parallèle et polytoxicomanie

3. Attitude de principe face à la consommation parallèle

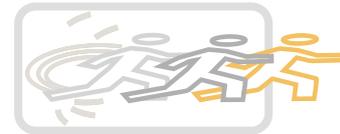
Les principes et les positions qui suivent ont été tirés du sondage mentionné plus haut sur le thème de la consommation parallèle dans le cadre du traitement avec prescription d'héroïne :

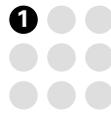
- Le traitement est centré sur le bien-être général du patient.
- La consommation parallèle n'est pas par principe un motif d'exclusion d'un traitement avec prescription d'héroïne (voir restriction plus haut). L'objectif est au contraire d'intégrer les héroïnomanes consommant parallèlement d'autres substances ou souffrant de polytoxicomanie dans un programme de traitement à l'héroïne ou de les y maintenir.
- La consommation parallèle a toujours un but dans l'expérience subjective du patient. Elle est donc toujours un signal, qu'il faut prendre au sérieux, de l'existence de troubles psychiques ou sociaux, qu'elle dissimule, et qui doivent être dépistés et traités. Les centres de traitement doivent pour ce faire disposer de compétences professionnelles (psychiatrie, travail social).
- Il faut que toute l'équipe d'un centre de traitement prescrivant de l'héroïne soit mise au courant de la problématique spécifique que soulèvent la consommation parallèle et la polytoxicomanie et bénéficie régulièrement, à l'interne, d'une formation continue.
- Dans la planification et l'exécution du traitement, il est essentiel que les différents groupes professionnels procèdent de manière interdisciplinaire, aient des échanges approfondis et adoptent une attitude commune.
- Les solutions qui motivent et renforcent sont efficaces et doivent être préférées aux sanctions.
- Il est conseillé que toutes les personnes directement impliquées au traitement soient formées à l'entretien motivationnel.
- Il faut consigner par écrit des règles et des sanctions simples, claires, connues de tous et compréhensibles, prévoyant la procédure à suivre quand un patient se présente intoxiqué pour obtenir sa dose d'héroïne. Il faut également définir par écrit, à l'intérieur du centre de traitement, les compétences et les responsabilités en matière de réduction des doses et de toute autre mesure prise en raison de la consommation parallèle.
- En ce qui concerne la consommation parallèle, il faut formuler des objectifs réalistes et viser des solutions individuelles, orientées sur les ressources existantes, dans le cadre donné. Mais il ne faut pas oublier, ce faisant, que le traitement de la consommation parallèle (comme celui de la dépendance aux opiacés) vise le long terme et que les premiers succès peuvent se faire attendre des années. C'est un moyen de limiter les frustrations des soignants, qui peuvent sinon prendre des proportions considérables et alimenter des phénomènes de « burn out ».

4. Remarques d'ordre général

4.1 Diagnostic général

- La base du traitement des troubles liés à la consommation parallèle de substances est constituée par un diagnostic minutieux, reposant sur des informations objectives et subjectives. Ce diagnostic est établi dans le cadre de la procédure d'admission et tout au long du traitement.
- L'anamnèse englobe notamment la consommation passée et présente de substances ainsi que les conditions d'apparition et les facteurs qui la maintiennent.





10 Consommation parallèle et polytoxicomanie

■ Il faut diagnostiquer les autres troubles psychiques, éventuellement à l'aide d'instruments de diagnostic standardisés et appropriés (p. ex. interview clinique structurée pour DSM-IV SKID, Beck Depression Inventory (BDI), Symptom check list SCL-90R avec évaluation spécifique, etc.).

■ Il faut également identifier et traiter les autres problèmes sanitaires et sociaux importants.

■ Avant leur admission, tous les patients doivent se soumettre à une analyse d'urine, destinée à déceler toute trace d'opiacés, de cocaïne et de benzodiazépines.

■ Il faut constituer une documentation systématique de la consommation parallèle actuelle, des intoxications éventuelles et des résultats d'examen, dans l'anamnèse, dans le cardex ou sous forme électronique et dans le programme informatique de remise de l'héroïne.

Un questionnaire standardisé dans lequel le patient déclare lui-même sa consommation, avant son admission et, régulièrement, au cours du traitement, peut être utile dans certaines circonstances.

4.2 Objectifs thérapeutiques face à la consommation parallèle

Dans la hiérarchie des objectifs possibles (4), le traitement et la prise en charge des toxicomanes s'orientent d'abord, dans HeGeBe aussi, selon le principe de la réduction des risques : les mesures et les interventions thérapeutiques doivent viser en priorité la réduction des risques et des dommages qu'engendre la consommation durable de substances.

Partant, il faut chercher à conserver et améliorer l'état de santé psychique, somatique et social des toxicomanes. En ce qui concerne la consommation parallèle, l'objectif ultérieur du traitement à l'héroïne doit être de mieux contrôler et de réduire la consommation parallèle. Pour certains, mais pas pour tous, l'objectif de l'abstinence est possible, en matière de consommation parallèle, et constitue donc un objectif de traitement réaliste.

Les objectifs intermédiaires concrets du traitement peuvent être les suivants :

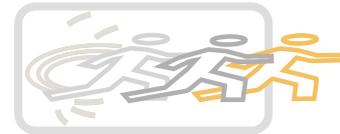
- Réduction du nombre des substances consommées et de la fréquence de leur consommation
- Passage à des modèles d'application à moindre risque
- Consommation contrôlée de substances (substitution)
- Désintoxication partielle en institution (en mode ambulatoire et/ou résidentiel).

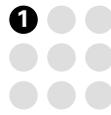
L'objectif de tout traitement de la dépendance est en principe d'obtenir la meilleure qualité de vie possible. Cet aspect est également important lorsque le contrôle de la consommation parallèle n'est pas un succès. A l'extrême, p. ex. en cas d'événement dramatique ou de lourde comorbidité, l'objectif suprême du traitement est donc palliatif.

4.3 Stratégies et interventions générales face à la consommation parallèle

■ Il faut diagnostiquer et traiter les facteurs qui maintiennent la consommation parallèle (maladies psychiques, problèmes particuliers, stress social, etc.).

■ Il faut désigner clairement des personnes de référence, au sein de l'équipe pluridisciplinaire, chargées de traiter les répercussions psychiques, somatiques et sociales de la consommation de drogue, individuellement et en réseau.





10 Consommation parallèle et polytoxicomanie

Il faut trouver, dans le processus de planification du traitement, une définition commune du problème, d'entente avec le patient, et établir un plan de traitement taillé « sur mesure » en fonction de sa situation personnelle, contenant également des informations sur le traitement de la consommation parallèle. Il faut en effet pouvoir adopter une attitude souple, à l'intérieur d'un cadre conceptuel clair, sur le déroulement thérapeutique des choses.

La consommation parallèle ne doit pas représenter un motif d'exclusion d'un traitement avec prescription d'héroïne. Mais il y a des limites, notamment en cas d'intoxication aiguë dans le cadre immédiat de la remise d'héroïne et ce, en raison des effets sédatifs additionnels des substances concernées. La priorité est accordée dans ce cas à la sécurité pharmacologique directe. Il s'agit si possible de déceler ces cas avant de remettre l'héroïne, et de réduire ou de refuser la dose.

Des entretiens motivationnels et l'encouragement de la motivation à changer, en fonction des différents stades du changement, sont des instruments centraux de l'attitude thérapeutique face à la consommation parallèle.

L'établissement d'un protocole de la consommation parallèle par le patient, p. ex. dans un journal, sous forme codée dans un agenda personnel ou dans un protocole spécifique, est un instrument thérapeutique tiré des thérapies comportementales cognitives qui a fait ses preuves (5). Il permet au patient d'améliorer sa perception de soi et son efficacité personnelle, d'observer le déroulement du traitement, mais aussi de dépister les modèles de comportement et, enfin, à changer de comportement.

Une option thérapeutique peut consister dans la désintoxication partielle, en institution, avec le maintien de la prescription d'opiacés (remplacement éventuel de la DAM par la méthadone pendant l'hospitalisation) ; elle doit donc pouvoir être proposée au patient.

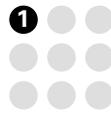
Quand le toxicomane représente une lourde menace pour lui-même, la poursuite de la prescription d'héroïne peut être dissociée de la désintoxication partielle pour des raisons de sécurité. Mais les expériences divergent en la matière.

Dans un des centres HeGeBe suisses, une occupation quotidienne structurée est exigée du toxicomane comme condition d'une admission.

Dans un autre centre HeGeBe, de bonnes expériences ont été faites avec un système de récompense : 3 analyses d'urine négatives de suite donnent droit à un bon de 10 francs.

Dans un troisième centre HeGeBe, les analyses d'urine négatives sont récompensées par un traitement de faveur dans la remise d'héroïne (heure et lieu privilégiés).





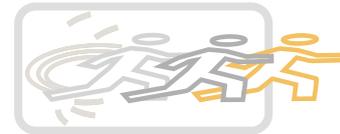
10 Consommation parallèle et polytoxicomanie

5. Sédatifs et hypnotiques

5.1 Propriétés et effets des benzodiazépines

Les récepteurs des benzodiazépines se répartissent sur tout le système nerveux central, mais surtout dans le cerveau frontal, l'hippocampe et le cervelet. Les effets des benzodiazépines sont les suivants :

- Anxiolyse
- Sédation (en cas de dosage élevé)
- Myorelaxation (relâchement de la musculature de posture ; dans les cas extrêmes, somnolence en position debout)
- Inhibition de la tendance épileptique (anticonvulsivant)
- Amnésie : inhibition du passage de la mémoire à court terme à la mémoire à long terme dans l'hippocampe
- Dépression respiratoire dans le tronc cérébral (en combinaison avec les opioïdes, l'alcool et les autres stupéfiants)



Les patients prennent des benzodiazépines pour pouvoir s'endormir et dormir, lutter contre les symptômes psychiques et physiques de l'anxiété, contre les tensions et l'anxiété. Quelques benzodiazépines, telles que diazépam et clonazépam, sont utilisées comme antiépileptiques contre toutes les formes d'épilepsie, mais surtout contre l'état de mal épileptique (par voie intraveineuse).

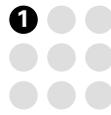
Même les fortes intoxications aux benzodiazépines peuvent passer quasiment inaperçues. Il arrive que les patients s'assoupissent, mais il en faut souvent si peu pour les réveiller que l'ampleur de l'effet calmant peut être sous-estimée (notamment du point de vue de la remise d'une dose d'opioïdes). Au réveil, certains patients sont désorientés, légèrement irritables voire agressifs.

Après une longue utilisation, une tolérance se forme et l'effet d'une dose identique s'atténue. En cas d'abandon, le manque se fait sentir par contrecoup, comme un effet de « rebound » : les symptômes ou inconvénients qui disparaissent avec la prise de benzodiazépines apparaissent de manière plus désagréable encore (nervosité, troubles du sommeil, anxiété). La tendance épileptique convulsive est encore accrue par le manque de benzodiazépines.

Nom générique	Marque	Dose thérapeutique habituelle	Demi-vie	Application
Diazépam	Valium® Stesolid® Paceum®	2-10mg	2 jours	Anxiolytique, sédatif, antiépileptique, relaxant musculaire
Flunitrazépam	Rohypnol®	1-2 mg	1 1/2 jour	Hypnotique
Triazolam	Halcion®	0.125-0.25 mg	2-5 heures	Hypnotique
Oxazépam	Seresta®	15-50 (200) mg	6-12 heures	Anxiolytique, sédatif
Clonazépam	Rivotril®	1-2 mg / Tag	4-10 jours	Antiépileptique
Flumazénil	Anexate®	0.3-1 mg i.v.	env. 1 heure!	Antidote, antagoniste

Les toxicomanes prennent des benzodiazépines pour les mêmes raisons que les autres. Mais leur propension à surmonter leurs humeurs par des moyens pharmacologiques est souvent accrue (6). D'autres raisons sont données par les effets secondaires désagréables de la consommation d'opioïdes et de cocaïne :

- Les effets provoqués par le manque d'opioïdes (nervosité, troubles du sommeil, angoisse) peuvent être réduits en partie par les benzodiazépines.
- La consommation « steady state » d'opioïdes (et surtout de méthadone prise par voie orale) entraîne particulièrement souvent des troubles du sommeil.
- Les effets désagréables de la consommation de cocaïne (nervosité, troubles du sommeil, paranoïa, épuisement dépressif anxieux) peuvent être atténués grâce aux benzodiazépines.
- L'effet amnésique et sédatif des benzodiazépines est utilisé comme « antidépresseur » : « Oublier est la seule chose qui soulage encore ».
- Les benzodiazépines sont utilisées pour tenter de potentialiser l'euphorie (« flash »).



10 Consommation parallèle et polytoxicomanie

Au moment de prescrire des benzodiazépines aux toxicomanes, la prudence et la réserve sont particulièrement de rigueur, car l'association d'opioïdes et de benzodiazépines accentue la dépression respiratoire (7). Il n'y a pas de tolérance croisée. En cas de décès soudain, la cause ne réside souvent pas seulement dans le surdosage d'opioïdes, mais aussi de benzodiazépines (et d'alcool).

Les personnes dépendantes des opioïdes devraient continuer de prendre des benzodiazépines (p. ex. Rivotril®) comme antiépileptiques en cas d'épilepsie établie, contrôlée et traitée. Les éventuelles réductions de dose ne devraient pas être opérées de manière abrupte, mais par étape, notamment parce que le seuil des convulsions peut être abaissé par la consommation d'héroïne. Une réduction trop rapide peut provoquer des crises épileptiques. La dose peut éventuellement être réduite progressivement et remplacée par un autre antiépileptique.

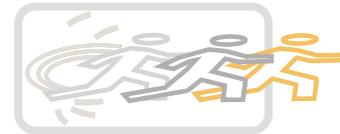
En cas de troubles du sommeil dus aux opioïdes, il faut toujours demander au patient s'il consomme de l'alcool, souvent coresponsable. L'adaptation des doses d'opioïdes peut occasionnellement atténuer les troubles du sommeil. En ce qui concerne les médicaments prescrits pour le sommeil, la plus grande réserve est recommandée à l'égard des patients qui prennent des opioïdes. La conséquence en est presque toujours une médication de longue durée. Il faut alors préférer aux benzodiazépines les antidépresseurs sédatifs et les neuroleptiques peu puissants.

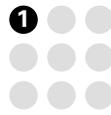
La plupart des benzodiazépines sont métabolisées dans le foie par déméthylation et hydroxylation. Mais ces métabolites (produits de synthèse) restent souvent elles-mêmes efficaces longtemps (p. ex. demi-vie du desmethyldiazepam : jusqu'à 3 jours !) avant d'être inactivées par glucoronisation et éliminées par les reins.

5.2 Propriétés et effets du Toquilone® comp.

Le Toquilone® compositum contient de la méthaqualone, comme substance active, et de la diphénhydramine, un antihistaminique sédatif. Le Toquilone® a été introduit en Suisse en 1965 en tant que somnifère. Dans la plupart des pays du monde, il est aujourd'hui interdit ou classé parmi les stupéfiants. Les degrés épidémiques de sa consommation concernent surtout l'Afrique du sud (8). Depuis quelques années, les toxicomanes absorbent de plus en plus de Toquilone®, en l'avalant ou en le fumant. Le produit est soumis à des règles d'autorisation aussi sévères que les benzodiazépines, sa prescription aux toxicomanes est donc soumise à autorisation (médecin cantonal). Mais bien des médecins de famille ne le savent pas et prescrivent le médicament aux toxicomanes en tant qu'hypnotique, en lieu et place des benzodiazépines. Depuis que l'obligation d'une autorisation a été introduite pour la remise de benzodiazépines aux toxicomanes, le Toquilone® est devenu un médicament très demandé au marché noir. Depuis 1994, le Centre d'informations toxicologiques enregistre ainsi un nombre croissant de cas d'intoxication au Toquilone® (9).

La méthaqualone est rapidement résorbée dans la région de l'estomac et des intestins. Elle subsiste dans le sang pendant 10 à 40 heures. La métabolisation se fait dans le foie, l'élimination par les reins et, dans une moindre mesure, par la vésicule biliaire. Dans certains cas, la prise de quelques pilules suffit à entraîner une perte de conscience. Les autres symptômes d'intoxication possibles sont les états (paradoxaux) d'excitation, avec hypermotricité et hyperréflexie, les vomissements (risque d'aspiration), les hallucinations, les altéra-





10 Consommation parallèle et polytoxicomanie

tions de la pression sanguine et les troubles ECG. La prise de fortes quantités peut également provoquer des crampes et des troubles respiratoires. On a déjà décrit des cas mortels avec arrêt cardiaque et respiratoire. La prise chronique de méthaqualone et le sevrage abrupt peuvent entraîner des symptômes graves de manque tels que delirium tremens et crises convulsives. Après des années d'application, on observe des symptômes polineuritiques (paresthésies) (10).

Les effets et la toxicité de l'inhalation de vapeurs de méthaqualone sont moins connus. Mais on peut supposer que l'empoisonnement est analogue à celui de l'absorption orale, ou encore que l'absorption via les poumons est accélérée et que les symptômes d'empoisonnement arrivent plus rapidement. Le danger que représente la substance n'en est que plus élevé (9).

5.3 Etablissement de l'usage abusif de sédatifs

Les analyses d'urine destinées à détecter la présence de benzodiazépines (et éventuellement de méthaqualone) sont exécutées dans le cadre de l'examen médical ou en cas d'indices cliniques. Dans certaines situations, il est indiqué de distinguer les benzodiazépines dans les analyses d'urine.

Le principal indice pour une consommation parallèle abusive de sédatifs résulte de l'interrogation directe, mais aussi de l'impression clinique (le toxicomane « pique du nez ») ainsi que du degré de tolérance par rapport à l'héroïne remise. Pour pouvoir évaluer et documenter les deux aspects avec fiabilité, on peut recourir au « score de vigilance », ou « score V » (11), facile à utiliser, qui repose sur l'observation de plusieurs caractéristiques cliniques et a fait ses preuves.

5.4 Attitude thérapeutique face à l'usage abusif de sédatifs

Il existe en gros deux attitudes, dans les centres de traitement HeGeBe, quant aux buts et voies possibles dans le traitement de la consommation de sédatifs :

L'attitude A est celle de la majorité des centres. L'objectif est de faire passer les toxicomanes d'une consommation illégale et incontrôlée à une consommation légale et contrôlée. Les sédatifs sont donc prescrits et remis, sous contrôle, de la même manière que les autres produits de substitution. Puis les doses sont progressivement réduites, mais il s'agit d'un processus qui peut prendre des mois, voire des années.

L'attitude B est adoptée par une minorité de centres. Selon eux, la prescription d'héroïne est en principe incompatible avec la consommation parallèle de sédatifs. Le seul objectif considéré comme réaliste du traitement est donc l'abstinence de sédatifs. Il est acceptable et praticable pour les patients, raison pour laquelle une cure de désintoxication partielle, avec ou sans hospitalisation, est exigée comme condition de la poursuite du traitement HeGeBe.

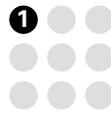
Le programme de traitement ou les directives du centre de traitement doivent indiquer et justifier clairement l'attitude adoptée par le centre face à la consommation de sédatifs.

5.5 Stratégies et interventions face à l'usage abusif de sédatifs

Il y a lieu de prendre contact avec le médecin prescripteur à des fins de coordination, ou de reprise du traitement.

Les patients doivent à tout moment pouvoir se voir proposer une cure de désintoxication des benzodiazépines, en institution.





10 Consommation parallèle et polytoxicomanie

Il faut toujours attacher la plus grande vigilance à l'usage abusif de sédatifs et le documenter, avant et après l'injection, p. ex. au moyen du « score de vigilance ». Le « score de vigilance » permet également d'associer d'autres interventions spécifiques, comme un entretien approfondi, une période d'observation plus longue, une réduction des doses, une nouvelle répartition des doses, etc.

La prescription et la remise contrôlée de benzodiazépines, avec une réduction progressive des doses, est une méthode reconnue de traitement de la dépendance aux benzodiazépines. Concrètement, les centres HeGeBe appliquent les méthodes suivantes :

A. Prescription de la substance originale dans le centre de traitement : la substance originale, p. ex. Rohypnol®, est remise sous contrôle dans un dosage suffisant (p. ex. aussi longtemps que le patient a une consommation parallèle illégale).

B. Prescription d'une substance analogue dans le centre de traitement (substitution) : les substances appropriées agissent lentement et durablement, elles sont peu connues sur le marché noir. Ainsi, le Rohypnol® peut être remplacé par le diazépam (p. ex. Paceum®) dans une proportion de 1 / 10 mg.

Dans les deux cas, env. 1/3 à 2/3 de la substance est remise comme hypnotique le soir. Le reste est donné sous contrôle, en plusieurs plages, dans le centre de traitement. La prise de benzodiazépines devrait avoir lieu après la dernière prise d'opiacés d'une plage. La réduction des doses de benzodiazépines se fait lentement, p. ex. par 0,5 mg de Rohypnol ou 2 à 5 mg de diazépam sur 2 à 4 semaines ou plus lentement encore.

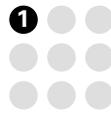
Il est également possible de faire un essai de variante B et d'opter pour la variante A en cas d'échec.

C. Pas de prescription : quelques centres HeGeBe sont d'avis que la prescription d'héroïne est incompatible avec celle de benzodiazépines, raison pour laquelle ils ne proposent pas celles-ci. En cas de persistance de la consommation de benzodiazépines, le patient peut être menacé d'exclusion puis exclu du programme HeGeBe.

La question de savoir si le Toquilone® compositum doit être remis sous contrôle en cas de polytoxicomanie n'est pas considérée de la même manière par tous les centres. La désintoxication à la méthamqualone comportant de gros risques potentiels pour la santé (delirium, crises convulsives), elle ne devrait avoir lieu que sous écran médicamenteux, si possible en institution.

Une solution importante, en cas d'usage abusif de benzodiazépines, consiste dans l'enseignement de techniques de relaxation, la myorelaxation progressive selon Jacobson (5), qui peut être apprise individuellement ou en groupe.





10 Consommation parallèle et polytoxicomanie

6. Alcool

6.1 Propriétés et effets de l'alcool

Les toxicomanes consomment de l'alcool pour ses effets anxiolytiques, sédatifs, antidépresseurs et amnésiques. Ils recherchent ces effets pour surmonter la phase de « crash », dysphorique et désagréable, qui par exemple suit la consommation de cocaïne. Ou pour surmonter le moment où ils sont en manque d'héroïne. L'alcool se consomme pour lutter à court terme contre les symptômes affectifs de troubles psychiatriques, et pas seulement par les toxicomanes. L'alcool est également beaucoup utilisé dans le contexte social, comme désinhibiteur. Enfin, l'alcool est recherché pour sa capacité à potentialiser l'euphorie (« flash »).

La consommation d'alcool renforce certains effets secondaires des opioïdes :

- Sédation
- Nausée et vomissements
- Selles aqueuses de type côlon irritable, dues à des troubles de la motilité colique
- Troubles du sommeil, et surtout de la persistance du sommeil, cauchemars

La consommation d'alcool peut également accélérer et renforcer les troubles du fonctionnement du foie en cas d'hépatite chronique. L'alcool est souvent une des causes de la mort soudaine d'opiomanes : il renforce la dépression respiratoire et les vomissements peuvent entraîner l'étouffement en cas de coma.

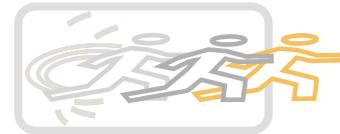
6.2 Etablissement de l'usage abusif d'alcool

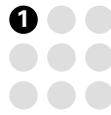
Le « screening », au moyen d'un questionnaire mis au point pour la pratique générale tel que le questionnaire AUDIT (12), peut être un complément utile à l'interrogation et à l'examen clinique.

Les paramètres de laboratoire spécifiques (Gamma-GT, LAP, CDT, MCV, morphologie sanguine des globules rouges), les signes et indications spécifiques de l'état somatique et l'anamnèse peuvent également fournir des indications.

Il faut pouvoir procéder à un alcootest individuel immédiatement avant la remise de Diaphine®, que ce soit en cas de soupçon clinique d'intoxication alcoolique ou dans le cadre d'une procédure de routine. Tous les centres de traitement doivent donc être équipés de l'appareil nécessaire. L'appareil doit être contrôlé et réglé périodiquement. Un protocole contraignant doit être consigné par écrit sur l'attitude à adopter en cas de résultat anormalement élevé.

Plusieurs des centres HeGeBe pratiquent une phase initiale de deux semaines pendant laquelle un alcootest est effectué tous les jours. Ensuite, le patient est placé dans un groupe à risques en fonction de l'étendue de la problématique de la consommation d'alcool.





10 Consommation parallèle et polytoxicomanie

6.3 Objectifs thérapeutiques face à l'usage abusif d'alcool

La consommation contrôlée d'alcool s'est établie comme un but possible du traitement dans le domaine de l'alcoologie (13).

Elle peut également être un but réaliste pour les patients bénéficiant d'un traitement avec prescription d'héroïne. Pour d'autres, l'abstinence est indiquée en raison de comorbidités somatiques marquées.

Diverses organisations proposent les limites de quantité suivantes pour qualifier un comportement responsable en matière de consommation d'alcool (US = unité standard, voir plus bas) :

■ L'Organisation mondiale de la santé (OMS) propose actuellement la quantité de 20 g d'alcool pur par jour (= 1 US) pour les femmes et de 30 à 40 g (= 1,5 - 2 US) pour les hommes comme limites supérieures d'une consommation (supposée) non dommageable d'alcool.

■ Le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) américain fixe la quantité d'alcool dommageable à un niveau nettement inférieur : env. 12 g (= 0,6 US) pour les femmes et les personnes de plus de 65 ans, env. 24 g (= 1,2 US) pour les hommes.

■ La British Medical Association (BMA, association des médecins britanniques) a édicté en 1995 des recommandations concernant les quantités hebdomadaires maximales d'alcool, les fixant à 112 g d'alcool pour les femmes (= 5,6 US) et 168g pour les hommes (= 8,4 US). Elle a également recommandé 1 à 2 jours d'abstinence par semaine, de sorte qu'on obtient une quantité maximale non nocive d'environ 20 g (= 1 US) par jour pour les femmes et de 30 g pour les hommes (= 1,5 US).

Une unité standard (US) contient 20 grammes d'alcool pur. C'est la quantité contenue dans 0,5 litre de bière (5% vol. d'alcool) ou 0,2 litre de vin (12,5%) ou env. 3 alcools (40%) de 2 cl chacun.

Les trois institutions s'entendent pour recommander aux personnes dont l'état de santé n'est pas bon, aux femmes enceintes et aux alcooliques « clean » l'abstinence totale. Les patients des centres HeGeBe souffrant d'hépatite B ou C chronique devraient donc s'efforcer de ne pas boire d'alcool du tout.

6.4 Stratégies et interventions face à l'usage abusif d'alcool

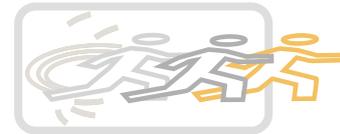
Les alcootests réguliers, y compris lorsqu'ils ne sont pas accompagnés de sanctions directes, se sont révélés être une intervention efficace pour réduire la consommation parallèle d'alcool dans les centres HeGeBe.

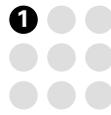
Par ailleurs, l'introduction de valeurs limites claires lors des alcootests a également fait ses preuves, aussi bien généralement, pour tous les patients d'un centre, qu'individuellement, pour chaque patient, dans le cadre de son plan de traitement.

Lorsqu'un patient dépasse la valeur limite, il est possible de lui refuser tout ou partie de sa dose d'héroïne, et de la remplacer par une quantité équivalente de méthadone, p. ex. selon le tableau des équivalences figurant au chapitre 1.8 du manuel. Autre solution : répartir la dose de Diaphine® en plusieurs doses plus petites (généralement deux), avec un écart de sécurité de 30 minutes par exemple.

Dans un centre de traitement, lorsque l'alcootest dépasse 0,8 ‰, la dose d'héroïne est supprimée et remplacée par une moitié de la dose équivalente de méthadone.

Dans un autre centre de traitement, la dose de Diaphine® est diminuée de moitié pour un résultat situé entre 0,8 ‰ et 1,2 ‰, et remplacée par son équivalent de méthadone. Les benzodiazépines sont elles aussi réduites de 50%. Entre 1,2 ‰ et 1,5 ‰, la dose de Dia-





10 Consommation parallèle et polytoxicomanie

phine® est totalement remplacée par de la méthadone, et si le résultat de l'alcootest dépasse 1,5 ‰, le patient ne reçoit rien du tout. Dans un autre centre de traitement encore, la dose de Diaphine® est remplacée par de la méthadone pour un résultat situé entre 0,8 ‰ et 1,2 ‰, aucune substance n'est donnée si le résultat dépasse 1,2 ‰. Les modèles, philosophies et valeurs limites sont aussi nombreux que variés. Il est important de noter que tous les modèles et limites appliqués aujourd'hui peuvent être qualifiés de sûrs. Pour traiter un alcoolisme comorbide, on dispose de toute une palette de possibilités issues de l'alcoologie (14 ; 15). Présenter ces possibilités dans le détail dépasserait le cadre du présent rapport.

Quelques aspects tirés de la pratique :

■ Pour maintenir l'abstinence, on peut recourir notamment à la médication avec l'acamprosate (Campral®, 300 mg, tablettes). L'acamprosate semble atténuer le besoin d'alcool par action sur le système GABAergique. Au bout de cinq jours d'abstinence, il est recommandé d'en ordonner 2 g par jour pendant 6 à 12 mois.

■ Le disulfiram (Antabus®) peut être utilisé chez les opiomanes au foie sain, alcooliques mais motivables. Avant de commencer le traitement ambulatoire à l'Antabus, il est nécessaire d'organiser une cure de désintoxication partielle en institution. Et il faut, si possible, commencer la remise de la première dose d'Antabus® à l'hôpital. L'Antabus® peut être pris quotidiennement sous contrôle dans le centre HeGeBe.

■ Il existe un programme en 10 étapes pour apprendre à boire de manière contrôlée, sous forme de manuel (14-16). Il peut également être suivi en groupe.

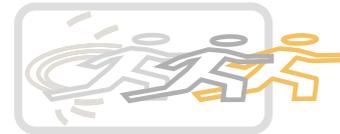
7. Cocaïne

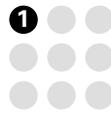
7.1 Propriétés et effets de la cocaïne

La cocaïne a des effets localement anesthésiques et abaisse le seuil d'excitation des membranes cellulaires réagissant à l'électricité situées dans le muscle cardiaque, mais également dans de nombreuses cellules nerveuses centrales et périphériques. La cocaïne libère la cathécholamine présynaptique en inhibant la recapture. Elle stimule les voies mésolimbiques dopaminergiques et provoque une augmentation de la dopamine dans le nucleus accumbens ; les effets de la cocaïne sont donc étroitement liés au système de récompense du cerveau (17). La cocaïne entraîne une surexcitation sympathique générale et renforce notamment l'effet de la noradrénaline. Après l'arrêt d'une consommation de cocaïne de plusieurs années, bien des adaptations neuronales et neurochimiques restent visibles longtemps, elles pourraient être coresponsables des rechutes (18).

Les effets de la cocaïne sur le système nerveux central comptent trois phases (19) :

1. Dans un premier temps, la cocaïne produit un sentiment euphorisant de force et de bonheur. La plupart des consommateurs de cocaïne voient et entendent mieux, et ils voient des choses et des liens entre elles qu'ils ne verraient sinon pas.
2. Cet effet peut se retourner dans un second temps ; ils se sentent opprimés, voire persécutés et ne savent pas où aller, ils ne peuvent se réfugier dans le sommeil. Dans les cas de consommation excessive de cocaïne, les effets désagréables de cette deuxième phase sont annihilés, pendant un laps de temps toujours plus court, par une nouvelle consommation.





10 Consommation parallèle et polytoxicomanie

3. Dans un troisième temps, l'humeur peut tomber dans une apathie désespérée. C'est dans cette phase de dépression, au plus tard, que bien des consommateurs reprennent une dose de cocaïne.

Les consommateurs de cocaïne par voie orale ne vivent jamais la deuxième et, surtout, la troisième phase, ceux qui la sniffent, rarement. Les formes de consommation à effet rapide – injection ou cigarette – engendrent plus fréquemment des problèmes psychiques et des pertes de contrôle.

En cas d'usage excessif et durable, il se produit toujours plus d'hallucinations, au contenu menaçant pour la plupart (20). Les excès de cocaïne aboutissent au plus tard à des états paranoïdes plus ou moins dangereux, plus ou moins psychotiques. La plupart des cocaïnomanes se sortent seuls de cette psychose ; mais il arrive que seules des interventions policières, une aide psychiatrique ou des maladies ou blessures physiques graves, voire la mort violente, mettent un terme à ces psychoses. La perception des persécutions, les contraintes du marché noir et la violence des délits renforcent les tendances agressives et paranoïaques (21).

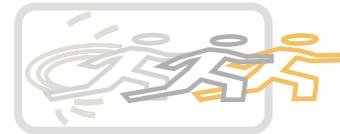
Bien des fumeurs de cocaïne et des consommateurs par voie intraveineuse sont obligés de mettre au point des stratégies de compensation plus ou moins dangereuses pour contrer la rapidité des effets. Certains cocaïnomanes atténuent les symptômes d'agitation et de dépression en recourant à l'alcool et aux benzodiazépines ou les inhibent avec de l'héroïne. Les consommateurs de cocaïne par voie intraveineuse sont nombreux à se préparer un « cocktail » à base de cocaïne et d'héroïne. Ils neutralisent ainsi bien des effets secondaires de la cocaïne et de l'héroïne (agitation/sédation ; excitation/dépression respiratoire ; etc.). Les effets euphoriques se cumulent. Les phases dépressives qui s'ensuivent sont résorbées par l'héroïne injectée, aux effets plus durables.

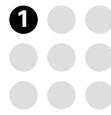
La rapidité d'action de la cocaïne injectée ou fumée sur l'organe effecteur est une condition importante des dommages physiques qu'elle provoque. C'est pourquoi le mode de consommation présente, dans le cas de la cocaïne également, une source de risque importante. La consommation par voie intraveineuse est, là aussi, la plus dangereuse.

Les spasmes artériels et l'hypertonie provoqués par la cocaïne injectée ou fumée sont supposés être à l'origine de bien des dommages physiques engendrés par la consommation de cocaïne (22-24). Les infarctus, les attaques et les troubles périphériques de la circulation ne sont toutefois pas très fréquents. L'action soudaine de la cocaïne injectée ou fumée peut entraîner des troubles du rythme cardiaque dangereux, voire des arrêts cardiaques. Les origines de la rhabdomyolyse (décomposition des cellules musculaires) causée par la cocaïne injectée ou fumée ne sont pas claires (25). Chez les patients qui consomment de la cocaïne par voie intraveineuse depuis de longues années (polytoxicomanes), on suppose l'existence d'un syndrome psychoorganique diffus, qui pourrait être dû à des micro-infarctements cérébraux multiples.

La cocaïne peut déclencher des crises épileptiques (26). Mais les crises observées sur la « scène de la drogue » ont souvent d'autres causes encore : manque d'opioïdes, d'alcool ou de benzodiazépines ou dommages cérébraux dus au sida.

La cocaïne favorise les démangeaisons. Après les injections, les cocaïnomanes grattent souvent la piqûre de manière totalement insensée. Il en résulte une irritation des tissus qui favorise la formation de foyers purulents, même sans infiltration paraveineuse. L'injec-





10 Consommation parallèle et polytoxicomanie

tion de cocaïne encourage la phobie des insectes, c'est-à-dire les hallucinations de cafards et de vers rampant hors de la peau par les piqûres qui démangent, c'est-à-dire par des afférences réelles. Les grattements constants et les véritables mutilations faites à coup d'aiguilles et de couteaux résultent de la recherche paranoïaque des abcès provoqués par les parasites vus dans les hallucinations et de leur infection par l'impetigo contagiosa. Les maladies septiques qui s'ensuivent peuvent être dangereuses et même, dans certaines conditions, mortelles.

La consommation de cocaïne par la femme enceinte pendant les trois premiers mois de la grossesse peut être à l'origine d'une embryopathie (27). Fausses couches, accouchements prématurés, fragilité et mortalité accrues des enfants sont généralement provoqués par la consommation de tabac et d'autres substances par la mère (28;29). Les infarctus du placenta entraînent une réduction de l'alimentation de l'enfant à naître pendant le dernier tiers de la grossesse. Par ailleurs, lors de la consommation de la mère, le rétrécissement des vaisseaux sanguins de l'enfant nuit à l'alimentation sanguine de son cerveau et les drogues agissent directement sur son système nerveux central. Une mauvaise alimentation et des infections sont les principaux risques et dégâts subis par les nouveau-nés de femmes qui consomment de la drogue. La cocaïne provoque donc des dégâts aussi bien en raison des effets mêmes de la substance que des conditions de la consommation et du mode de vie de la mère (30). Mais, comparée à la consommation de cocaïne de la mère, pendant sa grossesse, la consommation de nicotine, par exemple, comporte un risque au moins deux fois plus élevé (31).

7.2 Etablissement de l'usage abusif de cocaïne

L'anamnèse et l'état somatique fournissent souvent des indications très nettes sur l'usage de cocaïne.

Une observation minutieuse de l'évolution des choses, et notamment des changements dans l'apparence, dans la motricité, dans l'état général, etc. fournit des indications de poids pour le diagnostic de troubles dus à la consommation de cocaïne.

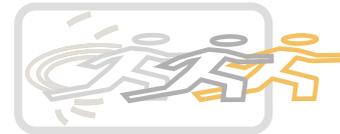
Tous les centres de traitement HeGeBe procèdent régulièrement à des analyses d'urine dans le cadre d'un examen médical général. Mais leur fréquence varie considérablement. Souvent, des analyses supplémentaires, annoncées ou non, sont ordonnées en cas de soupçon clinique spécifique d'une consommation parallèle. Les analyses d'urine fournissent des indications sur la consommation de cocaïne aussi bien des individus que de tous les patients d'un centre de traitement.

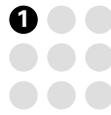
Mais les analyses d'urine coûtent cher, peuvent être manipulées et ne couvrent, en termes diagnostiques, qu'un laps de temps relativement court. Elles ne remplacent généralement pas l'exploration directe, lors d'un entretien, qui n'aboutit toutefois à des réponses honnêtes que si le patient n'a pas à craindre de conséquences négatives de sa franchise au sujet de sa consommation parallèle.

7.3 Objectifs thérapeutiques face à l'usage abusif de cocaïne

D'après les résultats des travaux de recherche parallèles au projet PROVE, la proportion des patients qui ne consomment pas de cocaïne a augmenté au cours des 18 premiers mois suivant le commencement de leur traitement avec prescription d'héroïne, passant de 15 à 41% (1).

Pour bien des patients, l'abstinence par rapport à la cocaïne est donc un objectif réaliste.





10 Consommation parallèle et polytoxicomanie

7.4 Stratégies et interventions face à l'usage abusif de cocaïne

Le seul fait de les admettre dans un programme de traitement avec prescription d'héroïne permet d'obtenir chez nombre de patients, dans les 18 premiers mois, une suspension ou une réduction sensible de la consommation de cocaïne (1). Pourquoi ? Il n'est pas possible de répondre à la question avec certitude. Les effets non spécifiques de l'admission dans un programme de traitement jouent certainement un rôle, les effets spécifiques de l'héroïne remise peut-être aussi. Etant donné que la très grande majorité des toxicomanes consomment aujourd'hui des « cocktails », c'est-à-dire un mélange d'héroïne et de cocaïne, avant d'entrer dans un centre HeGeBe, il est possible que la remise ciblée d'une substance (l'héroïne) permet tout simplement au patient de renoncer à l'autre (la cocaïne).

La pharmacothérapie ciblée dispensée pour soigner les symptômes et troubles psychiques parallèles revêt une grande importance : les symptômes psychotiques et les troubles affectifs, notamment, doivent être traités indépendamment de leur origine, dans les règles, par des neuroleptiques, des antidépresseurs et des « mood stabilizers ».

Un dosage suffisant d'opiacés contribue à endiguer l'envie de cocaïne.

Un centre de traitement fait état d'heures de remise et de traitement réservées aux cocaïnomanes, pendant lesquelles leurs problèmes de santé spécifiques sont abordés par le personnel soignant, et où l'équipe travaille au moyen d'entretiens motivationnels.

Plusieurs essais sont faits pour intégrer les cocaïnomanes dans des groupes spécifiques, qui soit travaillent de manière thématique, soit appliquent des thérapies de groupe spécifiques centrées sur le cognitif et le comportemental (sous forme de manuel) (5;32).

L'acupuncture auriculaire selon le protocole de la National Acupuncture Detoxification Association (NADA) est également utilisée aux Etats-Unis et, de plus en plus, en Europe, auprès des cocaïnomanes. Les succès évoqués dans les études de contrôle sont peu prometteurs (33). Dans les centres HeGeBe, l'acupuncture n'est introduite que ponctuellement et à l'essai.

8. Polytoxicomanie

8.1 Diagnostic de la polytoxicomanie

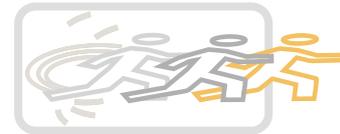
Il est important, au plan diagnostique, d'établir de manière différenciée quelles substances sont impliquées. On recourt pour ce faire au diagnostic anamnésique et clinique, à l'alcootest et à l'analyse d'urine. Souvent, c'est l'évolution des choses qui indique un modèle clair et le lien entre les différentes substances.

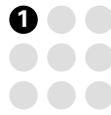
8.2 Objectifs thérapeutiques face à la polytoxicomanie

Lorsqu'une polytoxicomanie est diagnostiquée, parallèlement à la dépendance à l'héroïne, l'objectif premier consiste à établir un lien thérapeutique durable entre le patient et le centre HeGeBe, au moyen d'une remise quotidienne et de contacts quotidiens avec le système d'assistance.

C'est le seul moyen d'assurer un minimum d'assistance médicale et sociale. Et notamment de pouvoir intervenir rapidement en cas de crise ou d'urgence médicale.

Tout objectif plus ambitieux ne pourra bien souvent être atteint qu'à long terme, dans le meilleur des cas.





10 Consommation parallèle et polytoxicomanie

8.3 Stratégies et interventions face à la polytoxicomanie

Chez les héroïnomanes qui sont également des polytoxicomanes très atteints, instables, il y a souvent un conflit d'objectifs au sujet du dosage optimal de l'héroïne pharmaceutique prescrite : d'un côté, la dose devrait être suffisamment élevée pour que le patient ne développe pas des symptômes de manque d'opiacés et se mette à consommer encore davantage illégalement et de manière chaotique, de l'autre, le dosage doit être minutieux et plutôt faible pour que le risque d'une potentialisation dangereuse de l'effet sédatif et dépressif des substances impliquées, suivi par un surdosage, reste faible.

Une réduction ou une modification des doses d'héroïne prescrites est donc souvent nécessaire dans le cas d'une consommation parallèle chaotique, mais il s'agit de mesures délicates et non dénuées de danger dans le cas concret.

Souvent, les soignants doivent se limiter à un accompagnement à long terme, orienté sur des objectifs minimaux.

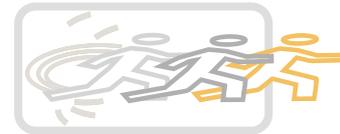
Une cure de désintoxication partielle, volontaire, en institution, suivie d'une réadmission dans le programme HeGeBe, peut s'avérer utile dans le cas concret. Parfois, une privation de liberté à des fins d'assistance, avec désintoxication partielle en institution, est la seule solution pour stopper une nouvelle escalade.

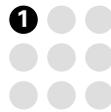
9. Limites des présentes recommandations

Comme le sondage réalisé en août 2001 auprès des centres de traitement l'a montré, les hypothèses et les philosophies qui se sont développées depuis 1994 ne sont pas uniformes dans bien des domaines selon les centres HeGeBe de Suisse. Comme il s'agit encore, à l'échelle du globe, d'un traitement exceptionnel, on ne dispose toujours pas de beaucoup de données scientifiques fondées, pouvant être concrétisées dans des recommandations solides selon les principes de « l'evidence based medicine ». Il est donc nécessaire d'urgence de consacrer plus de travaux de recherche aux questions pratiques du traitement de la consommation parallèle dans le traitement avec prescription d'héroïne.

Par ailleurs, l'infrastructure existante et le savoir-faire des centres varient considérablement. Certaines compétences spécifiques (p. ex. en psychiatrie, psychothérapie, thérapie des dépendances, entretien motivationnel, thérapie de groupe, etc.) manquent ou sont perdues à chaque changement de personnel et prennent des mois ou des années à être reconstituées.

C'est précisément la raison pour laquelle les méthodes exposées sous la forme d'un manuel, consignées par écrit, revêtent une si grande importance pour la pratique en tant que lignes directrices. Les présentes directives, recommandations et informations représentent un pas important dans cette direction.

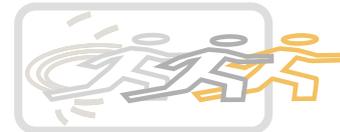


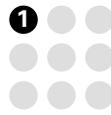


10 Consommation parallèle et polytoxicomanie

10. Références

- Alcoveb.** 2002. <http://www.alcoveb.com>
- Babor TF,** et al. AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test. World Health Organisation WHO; 1992.
- Bada HS,** Das A, Bauer CR, Shankaran S, Lester B, Wright LL et al. Gestational cocaine exposure and intrauterine growth: maternal life-style study. *Obstet.Gynecol.* 2002;100(5 Pt 1):916-24.
- Beck, Wright, Liese, Newman.** Kognitive Therapie der Sucht. Psychologie Verlags Union, Weinheim; 1997.
- Bhana A, Parry CD, Myers B, Pluddemann A, Morojele NK, Flisher AJ.** The South African Community Epidemiology Network on Drug Use (SACENDU) project, phases 1-8-cannabis and Mandrax. *S.Afr.Med.J* 2002;92(7):542-7.
- Bleich A, Gelkopf M, Schmidt V, Hayward R, Bodner G, Adelson M.** Correlates of benzodiazepine abuse in methadone maintenance treatment. A 1 year prospective study in an Israeli clinic. *Addiction* 1999;94(10):1533-40.
- Brady KT, Lydiard RB, Malcolm R, Ballenger JC.** Cocaine-induced psychosis. *J Clin.Psychiatry* 1991;52(12):509-12.
- Bürki Ch.** V-score, Version 2.01. 2002. zu beziehen beim Autor: <mailto:christoph.buerki@koda.ch>
- Caroll Kathleen M.** A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction. Rockville, Maryland; 1998. <http://www.drugabuse.gov/TXManuals/CBT/CBT1.html>
- Cotton P.** Smoking cigarettes may do developing fetus more harm than ingesting cocaine, some experts say. *JAMA* 1994;271(8):576-7.
- Feuerlein, Wilhelm, Küfner, Heinrich, Soyka, Michael.** Alkoholismus, Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung, Folgen, Therapie. 5., überarb. u. erw. Auflage. Stuttgart/New York; 1998.
- Forth W, Henschler D, Rummel W.** Allgemeine und spezielle Pharmakotherapie und Toxikologie, 5. Auflage. Mannheim/Wien/Zürich; 1987.
- Gawin FH, Kleber HD.** Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers. Clinical observations. *Arch.Gen.Psychiatry* 1986;43(2):107-13.
- Gieringer D.** How many crack babies? *The Drugs Policy Letter* 1990;11(2):4-6.
- Green RM, Kelly KM, Gabrielsen T, Levine SR, Vanderzant C.** Multiple intracerebral hemorrhages after smoking »crack« cocaine. *Stroke* 1990;21(6):957-62.
- Gutierrez-Cebollada J,** de la TR, Ortuno J, Garces JM, Cami J. Psychotropic drug consumption and other factors associated with heroin overdose. *Drug Alcohol Depend.* 1994;35(2):169-74.
- Herz A.** Opioid reward mechanisms: a key role in drug abuse? *Can.J Physiol Pharmacol.* 1998;76(3):252-8.
- Hume RF, Jr., Gingras JL, Martin LS, Hertzberg BS, O'Donnell K, Killam AP.** Ultrasound diagnosis of fetal anomalies associated with in utero cocaine exposure: further support for cocaine-induced vascular disruption teratogenesis. *Fetal Diagn.Ther.* 1994;9(4):239-45.
- Isner JM, Chokshi SK.** Cardiac complications of cocaine abuse. *Annu.Rev.Med.* 1991;42:133-8.
- Körkel J,** Projektgruppe kT. 10-Schritte-Programm zum selbstständigen Erlernen des kontrollierten Trinkens. GK Quest Akademie GmbH ; 2001. Zu beziehen bei: www.kontrolliertes-trinken.de
- Körkel J.** Welche Ziele sind in der Behandlung von i.v. Drogenabhängigen ethisch vertretbar? In: Bellmann GUJCh&WBH, editor. Mehr als abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin. Weinheim; 1999. p. 188-207.





10 Consommation parallèle et polytoxicomanie

Kruse G, Schmalz U, Körkel J. Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Mit literarischen Beispielen. 2. Auflage. Bonn; 2001.

Kuhar MJ, Pilotte NS. Neurochemical changes in cocaine withdrawal. Trends Pharmacol.Sci. 1996;17(7):260-4.

Margolin A, Kleber HD, Avants SK, Konefal J, Gawin F, Stark E et al. Acupuncture for the treatment of cocaine addiction: a randomized controlled trial. JAMA 2002;287(1):55-63.

Miller, William R., Rollnik, Stephen. Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg i. Breisgau; 1999.

Pascual-Leone A, Dhuna A, Altafullah I, Anderson DC. Cocaine-induced seizures. Neurology 1990;40(3 Pt 1):404-7.

Schaaf Susanne, et al. Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr, 2001 (Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik). Zürich; 2002.

Schweizerisches Toxikologisches Informationszentrum. Wussten Sie das? Toquilone®: Gefahr bei Missbrauch und Überdosierung. 2002. http://www.toxi.ch/ger/news_992602973_24780.html

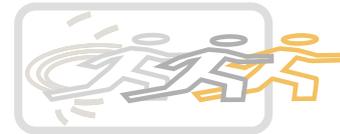
Sprauve ME, Lindsay MK, Herbert S, Graves W. Adverse perinatal outcome in parturients who use crack cocaine. Obstet.Gynecol. 1997;89(5 Pt 1):674-8.

Spunt BJ, Goldstein PJ, Bellucci PA, Miller T. Drug relationships in violence among methadone maintenance treatment clients. Adv.Alcohol Subst.Abuse 1990;9(3-4):81-99.

Uchtenhagen A., et al. Betäubungsmittelverschreibung an Heroinabhängige. Basel; 2000.

Weisshorn R, Wappler F, Fiege M, Gerbershagen M, Schulte Am EJ. [In-vitro-effects of cocaine in skeletal muscle specimens of patients susceptible to malignant hyperthermia]. Anesthesiol. Intensivmed.Notfallmed.Schmerzther. 2002;37(3):138-43.

Wojak JC, Flamm ES. Intracranial hemorrhage and cocaine use. Stroke 1987;18(4):712-5.



11 Comorbidité psychiatrique

■ La comorbidité psychiatrique est fréquemment observée dans la population toxicomane. Ces pathologies associées doivent être identifiées pour pouvoir instaurer le traitement adapté.

■ Leur identification requiert des médecins ayant des connaissances en psychiatrie et la collaboration avec des médecins spécialistes en psychiatrie doit être assurée.

■ Il faut bien connaître les causes de ces pathologies psychiatriques associées et les rapports qu'elles entretiennent avec le phénomène de dépendance.

■ La catégorisation précise de ces troubles est une condition préalable à l'établissement d'un diagnostic et d'un traitement adapté à chaque cas.

■ Chaque patient sera l'objet d'une évaluation reposant sur les critères psychiatriques en vigueur.

■ Le traitement de la comorbidité requiert absolument un encadrement interdisciplinaire et la collaboration de toutes les personnes impliquées. Cette équipe sera composée de cliniciens, de psychiatres, de psychologues et psychothérapeutes, d'assistants sociaux, d'éducateurs socio-professionnels, de personnes chargées des soins infirmiers.



11 Comorbidité psychiatrique

3 Mise au point, diagnostic et traitement pharmacologique

Une mise au point détaillée est fondamentale pour évaluer un cas, poser le diagnostic et établir un programme de traitement. Cette mise au point porte sur:

1. les symptômes présents;
2. la personnalité;
3. les éléments psychodynamiques;
4. l'état de santé physique;
5. la situation sociale;
6. la situation familiale;
7. le développement pendant l'adolescence;
8. les occupations personnelles et sociales.

Cette mise au point relève d'une approche interdisciplinaire et est à la base d'un diagnostic circonstancié.

Le diagnostic repose sur:

1. l'évaluation clinique et psychiatrique détaillée;
2. l'observation de l'évolution;
3. un relevé de la vie du patient (avec attention particulière pour les événements marquants, les traumatismes, ses occupations, etc.);
4. le déroulement de l'adolescence, les conditions de son développement, l'état de maturation psychique et donc la reconnaissance des potentialités dont le développement a été ébranlé;
5. la mise en œuvre d'instruments diagnostiques standardisés (questionnaires, etc.).

Les instruments de diagnostic standardisés suivants font l'objet de discussions et sont partiellement employés:

- Addiction Severity Index (ASI)
- CIM-10 Symptom Check-List (CIM-10 SCL)
- Beck Depression Inventory (BDI)
- Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI)
- Symptom Check-List-90-Revised (SCL-90-R)

Les questionnaires utilisables pour le diagnostic des troubles de la personnalité font tous encore l'objet de discussions. Les critères de la CIM-10 et du DSM-IV s'avèrent pour cela très judicieux.

4 Traitement

Le traitement des patients concernés par la comorbidité a sa place dans un cadre interdisciplinaire où entrent en jeu des psychiatres cliniciens, des psychologues, des psychothérapeutes, des assistants sociaux, des sociopédagogues, des médecins somaticiens et le personnel soignant. Les différents acteurs de ces disciplines doivent collaborer au traitement pour qu'il porte ses fruits. Une bonne coordination des personnes concernées est une condition première. Une collaboration interdisciplinaire permet d'instaurer un traitement réunissant toutes les possibilités thérapeutiques. Elle est à la base du rétablissement des patients concernés par la comorbidité.



12 Poursuite du traitement lors d'une hospitalisation ou de l'exécution d'une peine privative de liberté

Art. 18 O Autorisation donnée à l'institution
² Pour pouvoir poursuivre le traitement avec prescription d'héroïne lorsque le patient est hospitalisé ou qu'il purge une peine privative de liberté de 30 jours au maximum, l'hôpital ou le service médical de l'établissement pénitentiaire peut, dans des cas exceptionnels justifiés, se voir octroyer une autorisation valable pour la durée du séjour du patient, sans que les conditions visées par l'al. 1, let. b et d, soient remplies.

Commentaire

L'alinéa 2 de l'article 18 O s'applique aux cas exceptionnels, c'est-à-dire aux personnes en traitement avec prescription qui purgent une peine privative de liberté ou qui doivent être hospitalisées. S'il y a nécessité médicale clairement établie, la prescription d'héroïne peut alors être assurée par le service médical pénitentiaire ou par le médecin responsable du service hospitalier dans lequel le patient a été admis. On évite ainsi de mettre un terme brutal au traitement et, par conséquent, de perdre la compliance du patient acquise jusque-là.

Bases

En cas d'hospitalisation, il faut en principe passer à une prescription de méthadone. La prescription d'héroïne ne peut être maintenue que pour des raisons médicales majeures.

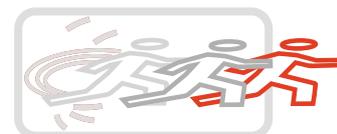
Dans ce cas, c'est au médecin responsable du centre de prescription d'héroïne qu'il incombe de requérir une nouvelle autorisation de prescription auprès de l'OFSP, d'entente avec son collègue de l'hôpital concerné. Les autorités cantonales doivent donner leur aval et contresigner la demande d'autorisation pour la prescription d'héroïne en milieu hospitalier (voir chapitre 4: «Autorisations»).

Cette autorisation spécifique a pour effet de transférer la responsabilité du traitement avec prescription d'héroïne au médecin qui assure le suivi médical durant l'hospitalisation, qui est alors habilité à administrer les doses d'héroïne nécessaires.

Information du personnel médical de l'hôpital

Au préalable, les intervenants spécialisés du centre de prescription informent le médecin de l'hôpital sur ce type de traitements, en particulier sur la posologie appliquée jusque-là et sur les éventuels effets secondaires et les interactions connues pour l'héroïne.

Le centre de prescription doit également former le personnel de l'hôpital à la gestion des ampoules et des comprimés d'héroïne (dosages, stockage, stabilité, sécurité). La remise d'un aide-mémoire écrit est très utile à cet égard.

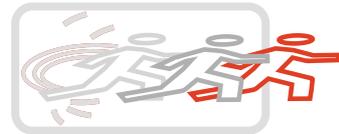


12 Poursuite du traitement lors d'une hospitalisation ou de l'exécution d'une peine privative de liberté

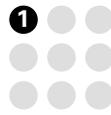
Logistique et contrôle de l'héroïne en cas d'hospitalisation

L'héroïne est prescrite par le médecin responsable du traitement hospitalier, puisque c'est lui qui détient l'autorisation. Les doses remises durant l'hospitalisation doivent faire l'objet d'un décompte précis. La responsabilité du stockage et du contrôle de l'héroïne doit être clairement attribuée. L'on décidera donc, au gré des particularités institutionnelles, si cette responsabilité revient à la pharmacie centrale de l'hôpital ou au service dans lequel est soignée la personne toxicomane. Ce sont toujours les centres spécialisés qui fournissent l'héroïne et reprennent ce qui n'a pas été utilisé dès que l'hospitalisation est terminée. Un bulletin de livraison est établi pour chacune de ces démarches. Ce bulletin doit être signé par l'hôpital à réception de la substance.

Durant les hospitalisations, toute la logistique relative à l'héroïne est assurée par les centres de traitement avec prescription d'héroïne. Ceux-ci en sont entièrement responsables et ce sont eux qui doivent tenir le décompte exact de la quantité totale utilisée durant cette période. Si cette héroïne n'est plus être utilisée à des fins thérapeutiques, elle doit être confiée aux autorités fédérales (OFSP) ou cantonales chargées de son élimination. Une formule spécifique doit être adressée à l'OFSP pour l'informer de cet état de fait.



Ces directives s'appliquent de manière analogue en cas de détention de longue durée. Toutefois, dans la pratique, ce cas ne s'est jamais présenté jusqu'ici.



13 Structure du plan de traitement dans le temps

Étapes du traitement

Partant de la subdivision du traitement dans le temps déjà esquissée dans plusieurs chapitres du manuel HeGeBe (cf. chapitre 1.4. Buts du traitement, chapitre 1.5. Planification du traitement et chapitre 1.7. Documentation), nous proposons trois étapes, qui se chevauchent en partie :

1^{ère} étape

Admission – max. six mois : passage à l'héroïne pharmaceutique, phase de maintien et d'examen/de diagnostic (priorité)

Le principal objectif de cette étape consiste à établir un lien thérapeutique avec le patient. Les patients HeGeBe sont – c'est un des critères d'admission – des personnes qui n'ont connu que des échecs dans le système médical et psychosocial traditionnel et qui présentent de sérieuses marques des effets des substances qu'elles consomment. Structurer clairement le quotidien, tirer les besoins au clair et établir un diagnostic complet jouent un rôle de premier plan dans leur réinsertion. C'est par ailleurs dans cette étape que les besoins sociaux fondamentaux (logement, etc.) doivent être satisfaits.

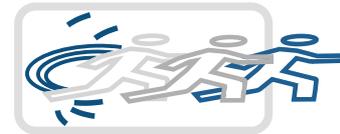
2^e étape

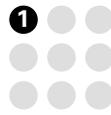
Six – 24 mois : traitement des troubles comorbides et amélioration des conditions sociales (priorité)

Dans cette étape, le travail est centré intensivement sur la comorbidité psychique et somatique ainsi que sur les problèmes sociaux. Il s'agit d'aborder les aspects suivants, selon les indications et les possibilités, par des interventions basées sur des preuves scientifiques (éventuellement des modules thérapeutiques) :

- Prévention/traitement du VIH, des infections hépatiques et autres.
- Thérapie adéquate de la comorbidité psychique.
- Interventions contre la consommation parallèle.
- Traitement intensif des problèmes sociaux permanents tels qu'endettement ou chômage.
- Traitement adéquat des maladies somatiques.

La prise en charge concrète s'oriente sur le plan de traitement qui doit être établi individuellement. Il est important, ce faisant, d'encourager de manière ciblée la motivation à participer ou le maintien dans les modules, au moyen de méthodes appropriées (p. ex. entretien motivationnel, voir plus bas). Chacune des interventions peut être soit organisée par le centre même soit en collaboration avec d'autres institutions locales. L'important est que soient appliquées des méthodes basées sur des preuves scientifiques, qui existent dans chacun des domaines mentionnés plus haut.





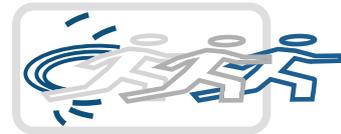
13 Structure du plan de traitement dans le temps

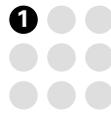
3^e étape

Au bout de 24 mois, puis dans des intervalles de 12 mois : bilan et établissement de nouveaux plans de traitement (y compris poursuite des priorités déjà mentionnées)

Au bout de 24 mois, il faut procéder à un nouvel examen intensif du statu quo par un diagnostic standardisé. Partant d'une conception de cas, il faut évoquer des interventions taillées « sur mesure » pour l'individu, visant le passage à un autre programme thérapeutique de substitution ou de désintoxication, ou permettant la poursuite fructueuse du programme HeGeBe. Il s'agit notamment de créer les conditions thérapeutiques adaptées à l'encouragement de la motivation pour le changement. Parmi les solutions disponibles, on trouve, notamment, les stratégies de l'entretien motivationnel et p. ex. l'établissement d'un lien avec les offres de proximité.

A partir des expériences cliniques qui ont été faites dans le traitement des toxicomanes avec prescription d'héroïne, en Suisse, on peut aujourd'hui définir un petit sous-groupe de patients qui méritent une attention toute particulière, dans le traitement concret, dans l'optique d'une durée de séjour qui ne devrait pas être « trop longue » (env. deux à trois ans). Ces patients ne souffrent d'aucun trouble psychiatrique ou somatique (comorbide) sérieux. Ils sont seulement dépendants des opiacés et ont une consommation structurée d'autres substances psychotropes. Ils ont des objectifs dans la vie, tant professionnelle que privée, qui les motivent et que leurs bonnes ressources personnelles permettent de réaliser. Ils sont plutôt jeunes (moins de 30 ans). Il se peut que ce sous-groupe compte précisément des patients susceptibles de bien s'adapter aux institutions de traitement. Il s'agit de leur accorder une attention accrue et, si nécessaire, de les inciter à mettre un terme à leur traitement HeGeBe.





13 Structure du plan de traitement dans le temps¹

Introduction

Les patients HeGeBe sont par définition un groupe de toxicomanes chroniques très marqués par leur vie passée. Ils ont déjà fait une multitude de tentatives thérapeutiques, sans succès, et souffrent déjà de déficits sanitaires et sociaux chroniques au moment de leur admission. La durée moyenne de leur dépendance est de plus de dix ans. Dans ces conditions, il serait irréaliste d'attendre du programme HeGeBe qu'il conduise ces personnes directement à l'abstinence, dans un laps de temps de quelques mois. Les objectifs thérapeutiques (partiels) ne peuvent souvent être atteints qu'au prix d'efforts considérables et de beaucoup de patience. HeGeBe exige de l'endurance, des soignants comme des soignés. Le présent texte expose les caractéristiques qui font d'un patient (selon l'expérience) un patient de longue durée, et il fait aux spécialistes des recommandations pour la structuration dans le temps du traitement. La Commission de la qualité HeGeBe s'est longuement penchée sur le sujet et elle a livré ses conclusions aux auteurs du texte.

Arrière-plan

Les recommandations se fondent sur les différentes expériences qui ont été faites au sein du groupe de travail ainsi que sur un sondage réalisé en 2002 auprès de tous les centres HeGeBe, sur le sujet, et l'exploitation de ses résultats (17 participations sur 21 ; 81%). Elles visent à donner des objectifs thérapeutiques par rapport à la subdivision dans le temps du programme HeGeBe (étapes du traitement). Pour ce faire, on a défini des critères de décision pour une indication différenciée.

Tout comme d'autres études, l'examen de l'évolution dans le traitement sur le long terme, pendant et après le traitement avec prescription d'héroïne, a montré que la durée de la thérapie peut être capitale pour son succès². Ainsi, les analyses qu'ont faites Schulte et al. (non publiées, citées par l'ISF 2001) établissent un lien positif entre la durée de la thérapie et la réalisation de ses objectifs. La comparaison entre des patients ayant fait une expérience thérapeutique positive et ceux dont l'expérience thérapeutique est négative (pour plus de précisions, consulter l'ouvrage cité) présente des différences significatives entre les deux groupes pour une durée de traitement de quatre à cinq ans. En d'autres termes, une grande motivation initiale ne suffit pas au succès du traitement. Il semble au contraire qu'un séjour « suffisamment long » dans un centre HeGeBe a tendance à être d'avantage, mais on ne dispose d'aucune indication scientifiquement fondée et précise.

Selon les estimations les plus récentes, la durée moyenne du traitement dans les centres HeGeBe est d'environ quatre ans (Gschwend et al., non publié, cité par l'ISF 2001). Ces estimations englobent aussi bien les patients qui sont encore en traitement que ceux qui l'ont terminé. Dans les traitements à la méthadone, il est aujourd'hui avéré que la plupart des patients nécessitent un traitement de longue haleine, qui peut assurément être offert³. Hser et al. (2001) concluent également, au terme d'une longue catamnèse des opiomanes, que ce trouble dû à la consommation de substances psychotropes, est pour bien des personnes concernées un état permanent avec ses conséquences sanitaires et sociales sérieuses⁴. Les auteurs (op. cit.) en concluent que les offres thérapeutiques proposées dans le cadre de traitements de substitution devraient tendre vers une amélioration des conditions de vie plutôt que vers l'abstinence à vie.

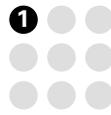


¹ Auteurs (membres du groupe de travail): Marcus Kuntze, Franz Moggi, Jürgen Rehm, Kurt Rufer, Ariane Schweizer

² Cité par Gschwend, Güttinger, Rehm: Forschungsbericht aus dem ISF (n° 132, 2001)

³ Bertschy G : Methadone maintenance treatment: An update. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 245:114-24, 1995

⁴ Hser YI et al.: A 33-year follow-up of narcotics addicts. Arch Gen Psychiatry 58(5):503-8, 2001



13 Structure du plan de traitement dans le temps

Description des étapes du traitement

Partant de la subdivision du traitement dans le temps déjà esquissée dans plusieurs chapitres du manuel HeGeBe (cf. chapitre 1.4. Buts du traitement, chapitre 1.5. Planification du traitement et chapitre 1.7. Documentation), nous proposons trois étapes, qui se chevauchent en partie. Elles sont provisoires et servent uniquement à des fins heuristiques. Elles doivent encore être évaluées et n'ont par conséquent aucune caractéristique contraignante. Forts des réponses données par les centres de traitement dans le sondage mentionné plus haut, nous distinguons les étapes de traitement suivantes :

1^{ère} étape

Admission – max. six mois : passage à l'héroïne pharmaceutique®, phase de maintien et d'examen/de diagnostic (priorité)

Le principal objectif de cette étape consiste à établir un lien thérapeutique avec le patient. Les patients HeGeBe sont – c'est un des critères d'admission – des personnes qui n'ont connu que des échecs dans le système médical et psychosocial traditionnel et qui présentent de sérieuses marques des effets des substances qu'elles consomment. Structurer clairement le quotidien, tirer les besoins au clair et établir un diagnostic complet jouent un rôle de premier plan dans leur réinsertion. C'est par ailleurs dans cette étape que les besoins sociaux fondamentaux (logement, etc.) doivent être satisfaits.

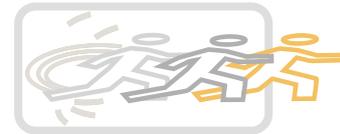
2^e étape

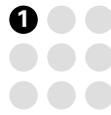
Six – 24 mois : traitement des troubles comorbides et amélioration des conditions sociales (priorité)

Dans cette étape, le travail est centré intensivement sur la comorbidité psychique et somatique ainsi que sur les problèmes sociaux. Il s'agit d'aborder les aspects suivants, selon les indications et les possibilités, par des interventions basées sur des preuves scientifiques (éventuellement des modules thérapeutiques) :

- Prévention/traitement du VIH, des infections hépatiques et autres.
- Thérapie adéquate de la comorbidité psychique.
- Interventions contre la consommation parallèle.
- Traitement intensif des problèmes sociaux permanents tels qu'endettement ou chômage.
- Traitement adéquat des maladies somatiques.

La prise en charge concrète s'oriente sur le plan de traitement qui doit être établi individuellement. Il est important, ce faisant, d'encourager de manière ciblée la motivation à participer ou le maintien dans les modules, au moyen de méthodes appropriées (p. ex. entretien motivationnel, voir plus bas). Chacune des interventions peut être soit organisée par le centre même soit en collaboration avec d'autres institutions locales. L'important est que soient appliquées des méthodes basées sur des preuves scientifiques, qui existent dans chacun des domaines mentionnés plus haut.



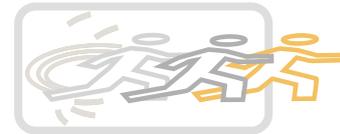


13 Structure du plan de traitement dans le temps

3^e étape

Au bout de 24 mois, puis dans des intervalles de 12 mois : bilan et établissement de nouveaux plans de traitement (y compris poursuite des priorités déjà mentionnées)

Au bout de 24 mois, il faut procéder à un nouvel examen intensif du statu quo par un diagnostic standardisé. Partant d'une conception de cas, il faut évoquer des interventions taillées « sur mesure » pour l'individu, visant le passage à un autre programme thérapeutique de substitution ou de désintoxication, ou permettant la poursuite fructueuse du programme HeGeBe. Il s'agit notamment de créer les conditions thérapeutiques adaptées à l'encouragement de la motivation pour le changement. Parmi les solutions disponibles, on trouve, notamment, les stratégies de l'entretien motivationnel (Miller, Rollnick 1999¹) et p. ex. l'établissement d'un lien avec les offres de proximité.



Explication des stades de motivation :

Par analogie avec le modèle transthéorique de changement de Prochaska et ses collaborateurs², on peut décrire cinq stades de motivation : dans le stade d'indétermination, le sujet n'a pas conscience du problème ni l'intention de modifier son comportement. Dans le stade de réflexion, le sujet a pris conscience du problème, il pèse les avantages et les inconvénients d'un changement de comportement. Mais il n'est pas encore prêt à décider de changer de comportement. Dans le stade de préparation, il prend la décision de changer de comportement et entreprend les premières démarches (p. ex. réduction de sa consommation de substances psychotropes). Dans le stade de l'action, le sujet investit du temps et de l'énergie pour modifier son environnement et son comportement, afin d'atteindre les buts qu'il vise. Dans le stade de maintien, il recourt à des méthodes de prévention des rechutes pour stabiliser son changement de comportement.

L'expérience montre que les programmes thérapeutiques qui ajustent leurs interventions aux stades de motivation (l'entretien motivationnel) enregistrent de meilleurs résultats que ceux qui n'en tiennent pas compte. Exemple : une méthode non confrontative, clarifiant le problème dans les deux premiers stades, mais pas dans les stades suivants, est fructueuse. Dans les stades suivants, il est indiqué de recourir à des interventions visant à résoudre le problème.

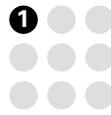
Types de déroulement du traitement

A la suite de bilans réguliers, on peut subdiviser les traitements entre quatre types de déroulement. Cette subdivision est elle aussi provisoire et ne sert qu'à des fins heuristiques. Elle doit encore être évaluée et ne revêt aucun caractère contraignant. Le type I décrit le déroulement souhaité par rapport au quatrième but du traitement³ (cesser durablement la consommation d'opiacés), dont l'expérience montre qu'il ne peut être atteint que par un tout petit segment des personnes concernées (env. 5 à 10%). Les deux types suivants correspondent aux patients pour lesquels on estime qu'un programme HeGeBe est nécessaire en tant que traitement à long terme (type II) ou s'est révélé nécessaire pendant l'exécution du programme (type III), cas de la majorité des patients HeGeBe. Le type IV décrit le déroulement insouhaitable du traitement.

¹ Miller, W.R., Rollnick, S.: Motivierende Gesprächsführung, Freiburg i. Brsg.: Lambertus, 1999

² Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C.: In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am Psychol, 47: 1102-1114, 1992.

³ Cf. ordonnance du 8 mars 1999 sur la prescription médicale d'héroïne



13 Structure du plan de traitement dans le temps

Type I : Le passage à un programme de traitement à la méthadone (ou un autre opiacé/opioïde) ou à un programme de désintoxication visant l'abstinence est préparé et réalisé. Les progrès psychosociaux et médicaux enregistrés sont maintenus et étendus.

Type II : Le passage à un autre programme thérapeutique est contre-indiqué, car la probabilité d'une nette dégradation est grande. Le patient reste dans le programme HeGeBe et fait régulièrement l'objet d'un examen diagnostique (tous les 12 mois).

Type III : Le passage à un programme de traitement à la méthadone (ou un autre opiacé/opioïde) ou à un programme de désintoxication visant l'abstinence échoue et le patient réintègre le programme HeGeBe (réadmission). Il fait régulièrement l'objet d'un examen diagnostique (tous les 12 mois).

Type IV : Le passage à un programme de traitement à la méthadone (ou un autre opiacé/opioïde) ou à un programme de désintoxication visant l'abstinence échoue ou s'avère impossible et le patient réintègre la « scène de la drogue ».

Résultats du sondage

Partant du sondage qui a été réalisé en 2002 auprès des centres HeGeBe, déjà évoqué plus haut, on peut définir les caractéristiques des patients qui nécessitent un traitement de longue durée.

Caractéristiques psychiques

Double diagnostic (troubles psychiques graves, y compris troubles de la personnalité), dépendance sévère et longue de plusieurs années, consommation de plusieurs substances (« polytoxicomanie », « consommation parallèle »), quasi aucun objectif dans la vie, faible motivation, peu de ressources personnelles (p. ex. faible résistance, déficits neuro-psychologiques)

Caractéristiques somatiques

Maladies physiques graves, infections chroniques (p. ex. sida)

Caractéristiques sociales

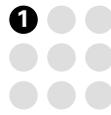
Âge moyen (entre le milieu de la trentaine et la fin de la quarantaine), logement stable, rente AI, structure insuffisante du quotidien, isolement, chômage de longue durée ou conditions de travail protégées, peu de ressources sociales (p. ex. pas de personne de référence)

Divers

Quelques-uns des centres ont en outre décrit le comportement particulier de certains patients : ces centres qualifient également de patients de longue durée ceux qui s'adaptent bien aux structures du centre et y restent longtemps alors qu'ils sont relativement « discrets » en termes psychique, somatique et social.

Dans les analyses statistiques des données des centres HegeBe disponibles à ce jour, l'âge joue un rôle décisif : plus le sujet est âgé, plus la probabilité est grande qu'il séjournera longtemps dans un centre HegeBe. Les autres facteurs d'influence (p. ex. la durée de la dépendance) sont souvent reliés à l'âge et il n'est pas possible d'interpréter une distinction statistique.





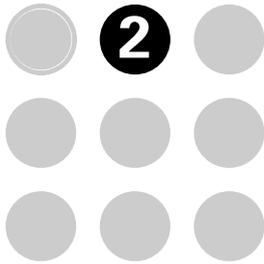
13 Structure du plan de traitement dans le temps

A partir des expériences cliniques qui ont été faites dans le traitement des toxicomanes avec prescription d'héroïne, en Suisse, on peut aujourd'hui définir un petit sous-groupe de patients qui méritent une attention toute particulière, dans le traitement concret, dans l'optique d'une durée de séjour qui ne devrait pas être « trop longue » (env. deux à trois ans). Ces patients ne souffrent d'aucun trouble psychiatrique ou somatique (comorbide) sérieux. Ils sont seulement dépendants des opiacés et ont une consommation structurée d'autres substances psychotropes. Ils ont des objectifs dans la vie, tant professionnelle que privée, qui les motivent et que leurs bonnes ressources personnelles permettent de réaliser. Ils sont plutôt jeunes (moins de 30 ans). Il se peut que ce sous-groupe compte précisément des patients susceptibles de bien s'adapter aux institutions de traitement. Il s'agit de leur accorder une attention accrue et, si nécessaire, de les inciter à mettre un terme à leur traitement HeGeBe.

Remarque finale

Ces caractéristiques de la subdivision dans le temps du traitement HeGeBe s'entendent comme une ligne directrice dans la maîtrise du défi que représente, dans chaque étape, l'obtention du meilleur résultat thérapeutique possible. Il s'agit de faire apprécier chaque patient individuellement. Pour ce faire, il faut mettre au point d'autres outils et méthodes auxiliaires de diagnostic afin d'optimiser les conséquences d'une telle appréciation.





ORGANISATION DES CENTRES DE TRAITEMENT

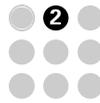
DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

■	1	Concept d'exploitation et de traitement	1
■ ■ ■	2	Exigences structurelles	2
■ ■ ■ ■	3	Exigences en matière de personnel	4
■ ■ ■ ■ ■	4	Champs de compétences / répartition des fonctions	6
■ ■ ■ ■ ■ ■	5	Dispositif d'urgence	12
■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	6	Dispositif de sécurité	14
■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	7	Logistique de l'héroïne	16
■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	8	Contrôle des stupéfiants	17
■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	9	Protection des données	22
■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	10	Assurance responsabilité civile	27
■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	11	Sanctions	28
■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	12	Règles de vie	32
■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	13	Heures d'ouverture	35
■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	14	Déclaration d'événements spéciaux	36
■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	15	Développement de la qualité (AQ) et transfert de connaissances	38





1 Concept d'exploitation et de traitement

Art. 8 al. 6 LStup

L'Office fédéral de la santé publique peut également octroyer des autorisations d'utiliser les substances selon le 1^{er} alinéa, lettre b. pour traiter les personnes toxicodépendantes, à titre d'exception et aux seules institutions spécialisées en la matière.

Art. 15 O Concept d'exploitation et de traitement

¹ L'institution établit un concept détaillé d'exploitation, comprenant notamment des indications sur l'autorité responsable, la direction de l'institution, les responsabilités, les ressources en personnel, les locaux, le nombre de places de traitement, la sécurité, la protection des données, le financement et la place de l'institution dans l'organisation du réseau régional des institutions d'aide aux toxicomanes.

² Un concept de traitement définit les principes de celui-ci, les responsabilités et le mode de collaboration des personnes participant au traitement et la formation continue qu'elles doivent suivre.

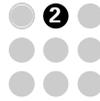
³ Toute modification essentielle apportée au concept d'exploitation et de traitement doit être annoncée sans délai à l'OFSP.

⁴ Les personnes intéressées sont autorisées à consulter le concept d'exploitation et de traitement dans la mesure où elles sont concernées.

Commentaire

Les différentes dimensions du concept de traitement proprement dit étant décrites de façon détaillée dans la première partie du manuel, seuls les contenus institutionnels qui devraient figurer dans le concept d'exploitation et dans le manuel d'organisation interne de chaque centre sont exposés dans les chapitres qui suivent.





2 Exigences structurelles

Art. 9 O Institution

Sont habilitées à dispenser le traitement avec prescription d'héroïne les institutions:

(...)

- d. qui disposent de locaux à un endroit approprié et d'une infrastructure appropriée et
- e. qui garantissent la sécurité des opérations liées à l'héroïne et un programme d'assurance qualité.

Commentaire

Est considérée comme appropriée une infrastructure qui garantit un fonctionnement adéquat, qui remplit les normes de sécurité requises, qui est accueillante et qui se différencie de la rue.

Bâtiments

- Portes d'entrée équipées d'un système de fermeture empêchant les personnes non-autorisées d'entrer
- Baies vitrées obscurcies ou protégées contre les regards extérieurs
- Toilettes en nombre suffisant (en fonction de la taille de l'institution) pour les patients comme pour le personnel

Stockage des stupéfiants

- Voir point 6: dispositif de sécurité

Local d'administration du traitement

- Protection des personnes (bouton d'alarme directement relié à un poste de police ou une centrale de sécurité)
- Trousse de première urgence à disposition

Salle d'attente/salle de séjour

- Disposition facilitant la vue d'ensemble (pour prévenir le trafic, repérer rapidement tout mouvement d'agressivité, etc.)

Salle d'injection

- 10 places au maximum
- Contrôle à vue par le personnel

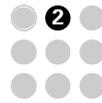
Salle de soins médicaux (1 au minimum)

Salle pour des entretiens individuels ou de groupe (1 au minimum)

Informatique/moyens de communication

- PC dans la salle d'administration du traitement
- Logiciel pour le contrôle des stupéfiants et la saisie des données relatives aux patients
- Fax installé dans un endroit inaccessible pour les personnes externes (indispensable pour la transmission des données personnelles confidentielles)





2 Exigences structurelles

Lorsqu'il s'agit de trouver ou d'installer des locaux appropriés, il est judicieux de prendre également en compte les critères suivants:

Bâtiments

- Locaux clairs, propres, accueillants et soignés (pour éviter toute similitude avec les conditions de vie caractérisant le milieu toxicomane)
- Tolérance et acceptation du voisinage (transparence de l'information avant l'ouverture du centre de traitement, journées portes ouvertes, organisation de tables rondes avec des politiciens dans les locaux mêmes du centre, etc.)

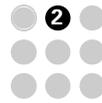
Salle de réunion

- La salle réservée aux entretiens individuels ou de groupe ne devrait pas être un lieu de passage ou d'archivage (discretion et confidentialité)

Equipement informatique

- Connexion Internet et courrier électronique, afin de faciliter les échanges d'information





3 Exigences en matière de personnel

Art. 3 O Interdisciplinarité

¹ Le traitement avec prescription d'héroïne comprend une prise en charge somatique, psychiatrique et sociale.

² La direction de l'institution assure la coopération et la coordination avec et entre les personnes collaborant au traitement.

(...)

Art. 11 O Personnel soignant

¹ Le personnel soignant est composé au moins:

- a. d'un médecin responsable de la direction médicale, titulaire de l'autorisation de prescrire de l'héroïne visée aux art. 9 et 10 de la loi;
- b. d'un professionnel responsable de la prise en charge psychosociale;
- c. de deux personnes responsables des soins aux patients et de la remise des stupéfiants et des médicaments prescrits.

² Un effectif suffisant de personnel qualifié doit être à disposition dans tous les secteurs du traitement et de la prise en charge.

³ Une personne qualifiée peut assumer la responsabilité de deux secteurs de prise en charge si elle possède la formation nécessaire et dispose des capacités de prise en charge suffisantes.

(...)

Art. 13 O Formation et perfectionnement

¹ La majorité du personnel qualifié doit justifier d'une expérience professionnelle suffisante dans le traitement et la prise en charge de personnes dépendantes de la drogue.

² Le personnel est tenu de se perfectionner régulièrement. L'OFSP l'informe des résultats significatifs de la recherche et des recommandations correspondantes en matière thérapeutique.

Il importe que toutes les personnes employées dans le centre de traitement soient qualifiées et prêtes à coopérer au sein d'une équipe pluridisciplinaire. De plus, la majorité d'entre elles doivent posséder un solide bagage professionnel dans le domaine de la toxicomanie.

Personnel soignant/administration du traitement

Lorsque le nombre de patients traités simultanément est inférieur ou égal à 5, deux personnes au moins, dont l'une de formation médicale, doivent obligatoirement être présentes dans le local d'injection à chaque plage de remise d'héroïne.

Si le nombre de patients est supérieur à 5 (jusqu'à un maximum de 10), la présence de trois soignants est requise pour chaque période de remise.

Personnel médical

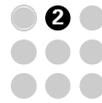
Les postes de médecin sont pourvus à raison de 1,7% par patient suivi dans le centre.

Le médecin-chef désigne son remplaçant.

Travailleurs sociaux

Ces postes sont également pourvus à raison de 1,7% par patient pris en charge par le centre de traitement.





3 Exigences en matière de personnel

L'institution doit, en outre, disposer d'un nombre suffisant de postes pour assurer la direction, l'organisation et la gestion des ressources humaines du centre.

Ces directives garantissent à la fois le respect des standards minimaux en matière de soins et une certaine flexibilité dans la répartition des tâches, selon les spécificités de chaque centre. Ainsi, dans certaines institutions, le personnel chargé d'administrer le traitement bénéficie d'une formation complémentaire qui lui permet d'assurer, de fait, une double fonction de soignant et d'accompagnant psychosocial. De tels centres ont dès lors toute marge de manœuvre pour renoncer à la création d'une partie des postes relevant du travail social proprement dit et pour engager moins de personnes exclusivement affectées à cette fonction.

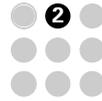
De même, les centres d'orientation psychiatrique emploieront probablement un nombre de médecins supérieur au quota préconisé, ce qui conduira par voie de conséquence à une diminution des postes de travailleurs sociaux, bon nombre de tâches inhérentes au suivi psychosocial étant assurées par psychiatres. A l'inverse, dans les centres principalement axés sur la médecine somatique, le personnel médical n'atteindra pas le quota recommandé, les travailleurs sociaux y étant généralement plus nombreux.

Si le principe d'interdisciplinarité doit être strictement maintenu, son application, c'est-à-dire la répartition des rôles et l'accent respectif mis sur les différentes dimensions de la prise en charge, peut être modulée selon les besoins des patients et les particularités de chaque institution.

L'OFSP organise régulièrement des cours de perfectionnement destinés aux responsables de centres et au personnel soignant. Les centres de traitement, leurs dirigeants ou leurs médecins ont aussi la possibilité de faire part de leurs besoins de formation à la commission de formation permanente. En outre, l'OFSP informe les centres sur les cours organisés par des tiers et présentant un intérêt pour leur champ d'activités.

La gestion de la formation continue et du perfectionnement du personnel fait partie intégrante des tâches de direction et incombe par conséquent aux responsables des centres.





4 Champs de compétence Répartition des fonctions

Les instances décisionnelles et les organes de concertation à l'intérieur de l'institution doivent être fixées par écrit. La grille de répartition des fonctions (voir l'exemple présenté ci-dessous) constitue un bon outil. Il convient toutefois de prendre en considération les éléments suivants:

■ Processus décisionnels

Il importe de veiller à ce que toute décision se fonde sur un consensus aussi large que possible. Dans les cas où l'on ne dispose pas des conditions cadre nécessaires (temps à disposition, contenu) ou lorsque cette façon de procéder se révèle inappropriée, la décision revient à l'instance dirigeante désignée à cet effet dans le concept institutionnel. Les processus décisionnels devraient être aussi transparents que possible et les prises de position auxquelles ils aboutissent clairement communiquées et accessibles pour consultation ultérieure.

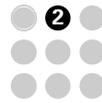
■ Flux d'information

Afin de garantir la transmission des informations et la participation effective des diverses instances définies dans la grille de répartition des fonctions, il est indispensable de mettre en place des procédures adéquates, tant du côté des patients que de l'organisation interne.

■ Nouveaux centres

Il est recommandé d'établir la grille de répartition des fonctions dès la phase de démarrage d'un nouveau projet de centre de traitement avec prescription d'héroïne. Cette grille sera définie d'un commun accord entre les responsables des trois secteurs de prise en charge et la direction de l'institution et systématiquement communiquée à chaque nouvel engagement de personnel.





4 Champs de compétences Répartition des fonctions

Les centres de traitement avec prescription d'héroïne varient passablement quant à leur organisation interne, ce qui influence grandement la répartition des tâches et des responsabilités entre les différents groupes professionnels. Si le concept de traitement et d'exploitation est défini par l'institution qui chapeaute le centre, l'organisation générale du centre et la responsabilité du travail des collaborateurs incombent à son directeur (cf. responsabilité organisationnelle, responsabilité civile de l'Etat suisse). Le médecin chargé de la direction médicale est désigné par l'institution à laquelle est rattaché le centre. Les cahiers des charges des autres collaborateurs varient au gré des modes d'organisation adoptés par les différents centres.



Principes de base en ce qui concerne la collaboration

Les patients auxquels est destiné le traitement avec prescription d'héroïne présentent souvent un tableau clinique extrêmement complexe, qui détermine fortement leur relation à leur réalité la plus immédiate, leur vie quotidienne et leurs rapports aux autres. Il importe donc, dans ce type de traitement pluridisciplinaire par excellence – davantage encore que dans tout autre – d'instaurer un cadre communicationnel des plus clairs et de tendre vers une véritable culture de concertation.

Un fonctionnement interdisciplinaire est largement facilitée par une répartition précise et explicite des fonctions et par une délimitation aussi exacte que possible des champs d'intervention respectifs et des compétences et responsabilités que cela implique, notamment sous forme d'une grille des fonctions telle que celle présentée ci-dessous.

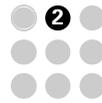
Comme il s'agit ici d'une collaboration pluridisciplinaire entre professionnels assurant la prise en charge globale de clients communs dont la pathologie se caractérise précisément par leur propension à «brouiller les pistes» entre les différents intervenants, il ne suffit pas de clarifier les rôles respectifs. Il faut également prendre en considération d'autres aspects, tout aussi fondamentaux:

- la nécessité d'une collaboration étroite et bien coordonnée, impliquant une communication intense selon des procédures bien définies
- le respect réciproque et une attitude de sereine confiance en cas d'avis divergents et de conflits
- le souci de la transparence
- la capacité à interpréter les conflits comme l'expression de la situation particulière ou de la structure de personnalité propre au patient
- l'estime réciproque
- la volonté de trouver des compromis et d'élaborer des solutions communes, auxquelles tout le monde peut adhérer.

La supervision de l'équipe thérapeutique par des personnes qualifiées facilite les processus d'intégration inhérents à toute démarche interdisciplinaire.

Responsabilité thérapeutique

Si dans le domaine des finances, de la gestion du personnel de l'institution, des relations publiques et des autres activités de ce type, la responsabilité est aisément attribuable à des personnes précises, il n'en va pas de même dans le domaine thérapeutique, puisque celui-ci est subdivisé en trois secteurs de prise en charge (somatique, psychiatrique et sociale) répartis entre divers intervenants. La direction stratégique du centre (comité et institution responsable) doit, par conséquent, assurer la coopération et la coordination avec et entre les spécialistes impliqués et désigner la personne qui tranchera en cas de divergence



4 Champs de compétences Répartition des fonctions

irréductible.

■ Répartition des fonctions

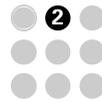
L'organisation structurelle et le rattachement institutionnel des centres de traitement étant très variables, leurs organigrammes ne sauraient être établis de façon uniforme.

Avant de mettre en place un tel organigramme, il convient d'examiner ce qui caractérise les tâches institutionnelles suivantes :

- exploitation
- finances
- personnel
- concept thérapeutique
- relations publiques

Les grilles proposées ci-dessous ne constituent que des schémas type, qu'il s'agit ensuite de moduler en fonction des particularités locales et des besoins spécifiques de chaque centre.





4 Champs de compétences Répartition des fonctions

Exemples de grilles des fonctions

Organisation

	Institution responsable	Direction d'exploitation	Direction médicale	Médecins assistants	Travailleurs sociaux	Personnel soignant/remise
Processus		Principes fondamentaux x Décision Planification Initiative	Principes fondamentaux x	Initiative Réalisation Participation	Initiative Réalisation Participation	Initiative Réalisation Participation
Infrastructure	Principes fondamentaux x	Initiative Planification Décision	Participation			
Logistique remise		Principes fondamentaux x Contrôle Décision		Initiative Participation		Initiative Planification Exécution Participation
Hygiène		Principes fondamentaux x	Principes fondamentaux x Décision	Initiative		Initiative Planification Exécution Participation
Règlement interne	Décision	Principes fondamentaux x Exécution	Principes fondamentaux x	Initiative Planification Exécution Participation	Initiative Planification Exécution Participation	Initiative Planification Exécution Participation
Contrôle de gestion (controlling)	Politique générale, Décision	Initiative Planification Exécution	Initiative Planification Exécution	Planification Exécution	Planification Exécution	Planification Exécution
Relations publiques	Politique générale	Décision Exécution Ordres	Exécution Participation Initiative	Initiative Exécution	Initiative Exécution	Initiative Exécution
Canaux d'information		Principes fondamentaux Planification	Principes fondamentaux x	Exécution Participation Initiative	Exécution Participation Initiative	Exécution Participation Initiative



Légendes

Initiative
Qui prend l'initiative?
Qui propose des nouveautés?

Planification
Qui planifie, établit l'analyse de situation et les bases décisionnelles?

Décision
Qui décide dans le cadre des règles existantes, qui choisit entre plusieurs options, approuve ou rejette?

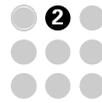
Politique générale/ principes fondamentaux
Qui résout les questions de fond et décide des principales directives, règlements et innovations?

Participation
Qui est habilité à donner son avis? Qui doit être entendu?

Ordres
Qui commande, met en œuvre et finalise?

Exécution
Qui mène à bien et réalise concrètement?

Contrôle
Qui contrôle la qualité, l'exécution, la tenue des délais et les résultats?



4 Champs de compétences Répartition des fonctions

Finances

	Institution responsable	Direction d'exploitation	Direction médicale	Médecins assistants	Travailleurs sociaux	Personnel soignant/remise
Etablir le budget	Principes fondamentaux	Initiative Planification Exécution				
Respecter le budget	Contrôle	Initiative Planification Exécution				
Planification financière	Principes fondamentaux Contrôle	Initiative Planification Exécution				
Ressources externes: c.-m., serv. soc. et particip. patients	Principes fondamentaux	Contrôle	Principes fondamentaux	Exécution	Exécution Planification	

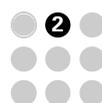


Personnel

	Institution responsable	Direction d'exploitation	Direction médicale	Médecins assistants	Travailleurs sociaux	Personnel soignant/remise
Engagement/licenciement médecins	Principes fondamentaux Décision	Participation	Principes fondamentaux			
Engagement/licenciement soignants	Principes fondamentaux	Décision	Décision	Participation		Participation
Engagement/licenciement travailleurs sociaux	Principes fondamentaux	Décision			Participation	
Engagement/licenciement secrétariat	Principes fondamentaux	Décision				
Descriptions de postes	Principes fondamentaux	Initiative Planification Exécution	Principes fondamentaux	Initiative Participation	Initiative Participation Exécution	Initiative Participation
Perfectionnement	Principes fondamentaux	Décision Planification Ärztliche	Décision Planification	Exécution Participation Initiative Planification	Participation Initiative Planification	Exécution Participation Initiative Planification

Légendes

- Initiative**
Qui prend l'initiative?
Qui propose des nouveautés?
- Planification**
Qui planifie, établit l'analyse de situation et les bases décisionnelles?
- Décision**
Qui décide dans le cadre des règles existantes, qui choisit entre plusieurs options, approuve ou rejette?
- Politique générale/principes fondamentaux**
Qui résout les questions de fond et décide des principales directives, règlements et innovations?
- Participation**
Qui est habilité à donner son avis? Qui doit être entendu?
- Ordres**
Qui commande, met en œuvre et finalise?
- Exécution**
Qui mène à bien et réalise concrètement?
- Contrôle**
Qui contrôle la qualité, l'exécution, la tenue des délais et les résultats?



4 Champs de compétences Répartition des fonctions

Prise en charge psychosociale/traitement

	Institution responsable	Direction d'exploitation	Direction médicale	Médecins assistants	Travailleurs sociaux	Personnel soignant/remise
Indications	Principes fondamentaux		Décision	Exécution Participation	Exécution Participation	Exécution Participation
Psychothérapie			Principes fondamentaux	Décision Exécution	Exécution Initiative	Exécution Initiative
Procédure d'autorisation donnée au patient			Ordres	Exécution		
Prescription d'héroïne et de médicaments			Principes fondamentaux	Décision Exécution		Participation
Comptabilité des stupéfiants			Principes fondamentaux Contrôle			Exécution Initiative Planification
Travail social		Principes fondamentaux	Principes fondamentaux	Initiative	Décision Exécution Initiative	Initiative
Planification du traitement		Principes fondamentaux	Principes fondamentaux	Exécution Initiative Décision	Exécution Initiative Participation	Exécution Initiative Participation
Interventions de crise			Principes fondamentaux	Décision Ordres Exécution	Initiative Planification Exécution	Initiative Planification Exécution
Prévention		Principes fondamentaux	Principes fondamentaux	Initiative Exécution Décision		Initiative Exécution Décision
Documentation relative aux patients			Principes fondamentaux	Contrôle Exécution Initiative Planification	Exécution Initiative Planification	Exécution Initiative Planification
Concept de prise en charge	Principes fondamentaux	Décision Planification Initiative	Principes fondamentaux	Initiative Planification Exécution Participation	Initiative Planification Exécution Participation	Initiative Planification Exécution Participation
Concept de remise de l'héroïne			Principes fondamentaux	Initiative		Exécution Participation Initiative Planification



Les tâches de secrétariat n'apparaissent pas dans ce tableau. En règle générale, le secrétariat exécute des ordres provenant de tous ces secteurs.

Légendes

Initiative
Qui prend l'initiative?
Qui propose des nouveautés?

Planification
Qui planifie, établit l'analyse de situation et les bases décisionnelles?

Décision
Qui décide dans le cadre des règles existantes, qui choisit entre plusieurs options, approuve ou rejette?

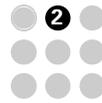
Politique générale/principes fondamentaux
Qui résout les questions de fond et décide des principales directives, règlements et innovations?

Participation
Qui est habilité à donner son avis? Qui doit être entendu?

Ordres
Qui commande, met en œuvre et finalise?

Exécution
Qui mène à bien et réalise concrètement?

Contrôle
Qui contrôle la qualité, l'exécution, la tenue des délais et les résultats?



5 Dispositif d'urgence

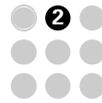
Toutes les dispositions nécessaires doivent être prises aux plans organisationnel, personnel et matériel pour garantir une gestion adéquate des urgences médicales:

■ Le personnel qui administre les traitements doit être formé aux urgences médicales. Les cours de formation à la réanimation doivent être régulièrement répétés, afin d'actualiser ces connaissances.

■ Il existe une procédure d'urgence écrite, dans laquelle le comportement que doit adopter le personnel est précisément décrit.

Le matériel indispensable pour intervenir en réanimation (trousse de secours, antagonistes des opiacés tels que le Narcan, etc.) est stocké à un endroit en tout temps accessible à l'ensemble du personnel soignant (mais pas aux patients). Ce matériel doit être complet et immédiatement utilisable, raison pour laquelle il est régulièrement contrôlé.

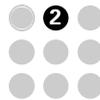




5 Dispositif d'urgence

Il est rare que des situations médicales critiques (perte de connaissance, arrêt respiratoire, etc.) se produisent après l'injection d'héroïne en salle de remise. Toutefois l'éventualité de tels accidents n'est pas à exclure, surtout si le patient a consommé au préalable d'autres substances, comme de l'alcool, des benzodiazépines ou de l'héroïne obtenue par des voies illégales. Il convient donc de prendre toutes les précautions qui s'imposent pour éviter de telles urgences médicales. Des entretiens réguliers sur les dangers des consommations parallèles et des contrôles périodiques d'urine permettent de déceler les patients à risque. En cas de consommation conjointe d'autres substances, il convient de prendre des mesures thérapeutiques susceptibles de la faire diminuer ou, mieux, de l'arrêter (voir chap. 1.11). Toujours dans l'optique de réduire au maximum les risques médicaux, il est en outre conseillé de faire systématiquement passer un alcootest aux personnes présentant des signes d'alcoolisation. La dose d'héroïne administrée aux patients alcoolisés sera diminuée en conséquence, voire supprimée.





6 Dispositif de sécurité

Art. 14 O Sécurité

¹ Les stupéfiants doivent être conservés à l'écart de toute marchandise dans un coffre-fort placé dans un local qui aura été dûment autorisé à cette fin. Si des problèmes de sécurité se posent, les cantons peuvent prescrire des mesures supplémentaires.

² L'institution élabore, avec le concours des autorités de la police locale, un dispositif de sécurité pour les patients et le personnel soignant.

■ Le dispositif de sécurité est mis en place en étroite collaboration avec les services de police locaux.

■ Lorsque les mesures définies d'un commun accord ont été réalisées, le dispositif doit être vérifié sur place par la police.

■ Le dispositif de sécurité doit être régulièrement vérifié quant à son fonctionnement. Au besoin, il est modifié pour plus d'efficacité.

■ Conformément à l'art. 9 LStup, chaque centre de traitement avec prescription d'héroïne est tenu de désigner le spécialiste (médecin ou pharmacologue) à qui incombe l'entière responsabilité de gérer les stupéfiants.

■ L'héroïne est une substance interdite et sa gestion nécessite donc une autorisation exceptionnelle de l'OFSP, dans laquelle est spécifié qui en est le détenteur (voir chapitre 4: Autorisations). La personne au bénéfice de cette autorisation est responsable du dispositif de sécurité vis-à-vis de l'OFSP.

■ Les personnes à qui incombe cette responsabilité établissent, par écrit, les procédures nécessaires pour la bonne exécution des tâches de gestion des stupéfiants (par exemple: organisation de la remise, accès au coffre-fort, personnes habilitées à le faire, etc).

La délégation des tâches et des compétences liées à la gestion des stupéfiants est soumise à la forme écrite. La personne qui délègue garde la responsabilité principale des activités déléguées.

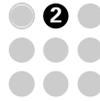
■ Les documents se rapportant à la délégation doivent être signés par la personne responsable à titre principal et par la personne à qui sont confiées ces tâches. Ces pièces écrites font partie intégrante du dispositif de sécurité.

■ Les stupéfiants doivent être conservés dans un coffre-fort et tout à fait séparément d'autres substances.

■ Le local dans lequel se trouve le coffre-fort doit être équipé d'un système d'alarme. En cas d'effraction, le système d'alarme doit s'activer automatiquement pour donner l'alarme à la police.

■ La procédure d'urgence indiquant comment se comporter en cas de vol à main armée doit être fixée par écrit.





6 Dispositif de sécurité

Il est recommandé de prendre contact avec d'autres centres de traitement avec prescription d'héroïne, afin de tirer parti de leurs expériences en matière de sécurité.

Afin d'en faciliter le contrôle, les stupéfiants devraient tous être stockés au même endroit.

■ Localisation du coffre-fort

- Le coffre-fort contenant les stupéfiants doit être situé dans un local auquel les patients n'ont pas accès. Les patients ne devraient même pas avoir l'occasion de le voir. Mieux: ils devraient tout ignorer de l'endroit où sont gardés les stupéfiants et du dispositif de sécurité qui les entoure.
- Les stupéfiants que l'on sort du coffre-fort en vue de leur remise aux patients ne devraient, si possible, pas être acheminés par des couloirs ou des locaux utilisés par ceux-ci. Dans le cas contraire, l'on veillera à sortir les stupéfiants et à les remettre en place à des moments où ces lieux ne sont pas ouverts aux patients.
- Le local contenant le coffre-fort doit être suffisamment spacieux.

■ Accès au coffre-fort

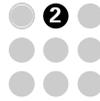
- La solution optimale consiste à se procurer un coffre-fort sécurisé par un système de codes permettant d'identifier les personnes qui en commandent l'ouverture. A l'achat, les équipements permettant l'enregistrement des dernières manipulations effectuées et de l'identité des personnes y ayant procédé ne sont pas beaucoup plus coûteux que les équipements n'offrant pas ces possibilités.
- Seules les personnes dont le cahier des charges comprend expressément la manipulation des stupéfiants doivent avoir accès au coffre-fort.
- En dehors des brefs moments au cours desquels il est nécessaire de l'ouvrir pour y prendre ou y remettre les stupéfiants, le coffre-fort doit rester constamment fermé.

■ Assurance de qualité

La mise en œuvre des mesures de sécurité et les contrôles régulièrement effectués à cet égard doivent faire l'objet de procès-verbaux indiquant:

- ce qui a été fait ou contrôlé;
- quand;
- par qui;
- et les problèmes ou manques constatés. Il faut, de plus, définir les dispositions exactes à prendre pour y remédier et fixer un délai maximal pour leur réalisation.





7 Logistique de l'héroïne

Art. 8 al. 6 LStup

L'Office fédéral de la santé publique peut en outre octroyer à titre d'exception des autorisations de cultiver, d'importer, de fabriquer et de mettre en circulation des substances visées au 1^{er} alinéa, lettre b. Il peut également octroyer des autorisations d'utiliser ces mêmes substances pour traiter les personnes toxicodépendantes, à titre d'exception et aux seules institutions spécialisées en la matière.

Art. 16 Al. 1 let. b O

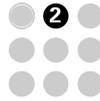
¹ L'OFSP:

*

b. octroie les autorisations d'acquisition, de préparation et de mise en circulation de l'héroïne nécessaire au traitement.

Pour toute question relative à l'acquisition de la diacétylmorphine (héroïne) nécessaire au traitement, les centres ont l'obligation de s'adresser directement à l'OFSP. Pour des raisons de sécurité, il n'existe pas de documentation écrite à ce sujet.





8 Contrôle des stupéfiants

Art. 14 O Sécurité

³ Le responsable du contrôle des stupéfiants doit pouvoir en tout temps présenter à l'autorité ayant délivré l'autorisation les pièces justificatives concernant l'acquisition et l'utilisation des stupéfiants prescrits.

Art. 16 O Attributions de l'OFSP

¹ L'OFSP:

*

- c. exerce la surveillance sur les institutions par des contrôle réguliers, en étroite collaboration avec l'autorité cantonale compétente;
- d. adresse des recommandations aux institutions et établit des directives notamment aux fins de coordonner le traitement avec prescription d'héroïne et d'assurer sa qualité.

Ordonnance sur les stupéfiants et les substances psychotropes (OStup) du 29 mai 1996

Art. 67 Conservation des documents et supports de données

¹ Les documents et données concernant le commerce des stupéfiants doivent être conservés dix ans.

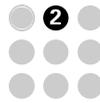
Art. 71 Saisie, utilisation, élimination

*

² L'autorité cantonale compétente élimine de façon appropriée les stupéfiants altérés ou dégradés.

³ L'élimination de stupéfiants doit avoir lieu sous la surveillance de deux personnes désignées par l'office ou par l'autorité cantonale compétente. La date d'élimination des stupéfiants, leur désignation exacte, leur provenance et leur quantité doivent figurer dans le procès-verbal d'élimination, qui est signé par les personnes ayant participé à l'élimination. Le propriétaire des stupéfiants éliminés reçoit à titre de décharge une attestation de la destruction.





8 Contrôle des stupéfiants

Marche à suivre pour le contrôle des stupéfiants

Toute médication comprenant un stupéfiant donne lieu à un document dans lequel est inscrite chacune des transactions effectuées (forme galénique, dosage, substance). Ce document peut être tenu sous forme écrite ou informatique.

Il doit comporter les informations suivantes:

- a. acquisition (entrées): désignation exacte des fournisseurs, dates de livraison et quantités acquises
- b. remise (sorties): nom du patient, dates et quantités administrées
- c. pertes éventuelles, renvois et élimination

Directives concernant la marche à suivre et le devoir d'information en cas de pertes, de retour au fabricant ou d'élimination:

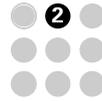
■ Les stupéfiants dont la date d'utilisation est périmée ou dont l'usage n'est plus possible pour d'autres raisons (par exemple, dégradation du produit) doivent être remis aux autorités compétentes (pharmacien cantonal ou OFSP) pour leur élimination. Les centres de traitement avec prescription d'héroïne ne sont pas habilités à procéder à l'élimination de stupéfiants.

■ L'OFSP doit être averti de chaque envoi de cette nature, au moyen du formulaire officiel qui peut être obtenu auprès du pharmacien cantonal.

Les centres de traitement sont tenus d'envoyer à l'OFSP (Unité pharmacie, section Contrôle et autorisations) un relevé mensuel exact de l'héroïne utilisée.

L'OFSP, Unité Pharmacie, section Contrôle et autorisations, doit également recevoir un extrait mensuel des mouvements de l'héroïne utilisée dans chaque centre.



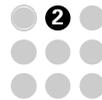


8 Contrôle des stupéfiants

Principes de base du contrôle des stupéfiants: marche à suivre

1. S'informer sur la forme et le contenu de l'organisation interne du contrôle des stupéfiants, sur l'infrastructure informatique et les logiciels utilisés, etc. (auprès de l'OFSP, Unité Pharmacie, section Contrôle et autorisations, et auprès des centres de traitement ayant déjà acquis de l'expérience dans ce domaine).
2. Planifier les activités * relatives et désigner les personnes responsables: établir l'organigramme et fixer par écrit la façon dont le contrôle sera organisé et effectué.
3. Déléguer. A certaines conditions, la personne à qui l'OFSP a délivré une autorisation pour l'acquisition, l'entreposage et la prescription médicalement contrôlée d'héroïne peut déléguer ces tâches. Elle reste cependant responsable à titre principal des transactions effectuées dans ce cadre (cf. chapitre 2.6: Dispositif de sécurité).
4. S'équiper d'un système informatique adéquat pour la gestion des données relatives au mouvement des stupéfiants.
5. Procéder à des inventaires, c'est-à-dire des contrôles internes, réguliers (une fois par semaine, au minimum): comparaison des quantités effectives à disposition (contrôle des stocks) avec le solde des entrées et sorties de stupéfiants consignées par écrit.
6. Vérifier que les consignes des personnes responsables soient respectées: les détenteurs des autorisations doivent procéder à des pointages non annoncés et rédiger, pour chaque pointage, un bref procès-verbal mentionnant la date du contrôle, son objet et ses résultats.





8 Contrôle des stupéfiants

Les informations relatives aux mouvements de stupéfiants (entrées et sorties) peuvent être enregistrées à la manière d'écritures comptables. Les deux exemples qui suivent en sont une illustration concrète:

Exemple 1: héroïne – comprimés à effet retard – dosage 200 mg

Héroïne-cr-200 mg

Date	Enoncé de la transaction	Entrée (pièces)	Sortie (pièces)	Solde (pièces)
11 janv. 1999	Acquisition auprès de l'entreprise ABC	200	200	
12 janv. 1999	M. Exemple		2	198
12 janv. 1999	Mme Y		1	197
12 janv. 1999	Mme Z		2	195
12 janv. 1999	M. Exemple		1	194
12 janv. 1999	M. X		1	193
13 janv. 1999	Acquisition auprès de ABC	100		293
13 janv. 1999	Retour à l'entreprise ABC		50	243
13 janv. 1999	Mme Y		1	242
13 janv. 1999	Mme Z		2	240
13 janv. 1999	M. Exemple		2	238
13 janv. 1999	Perte		1	237
13 janv. 1999	M. Exemple		2	235
etc.				

Si l'héroïne est administrée sous forme de comprimés, il faut enregistrer ses mouvements par pièce.

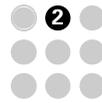
Exemple 2: héroïne injectable

Héroïne injectable

Date	Enoncé de la transaction	Entrée (mg)	Sortie (mg)	Solde (mg)
11 janv. 1999	Acquisition auprès de l'entreprise XYZ	300 000		300 000
12 janv. 1999	M. Omega		250	299 750
12 janv. 1999	Mme Alpha		330	299 420
12 janv. 1999	Mme Gamma		350	299 070
12 janv. 1999	M. Exemple		150	298 920
12 janv. 1999	M. Delta		400	298 520
13 janv. 1999	M. Exemple		150	298 370
13 janv. 1999	Retour au pharmacien cantonal pour élimination (lots dégradés)		10 000	288 370
13 janv. 1999	Mme Alpha		330	288 040
13 janv. 1999	M. Delta		400	287 640
13 janv. 1999	Mme Gamma		350	287 290
13 janv. 1999	Perte (renversé)		800	286 490
13 janv. 1999	M. Omega		250	286 240
etc.				

Si l'héroïne est administrée par voie injectable, les mouvements doivent être enregistrés en milligrammes.





8 Contrôle des stupéfiants

Contrôle des centres de traitement avec prescription d'héroïne par les autorités compétentes:

Selon l'art. 16 al. 1 lettre c de l'Ordonnance sur la prescription médicale d'héroïne du 8 mars 1999, l'OFSP exerce son contrôle en étroite collaboration avec les autorités cantonales.

■ L'OFSP (unité Pharmacie, section contrôle et autorisations) est l'autorité compétente pour le contrôle de l'héroïne.

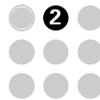
■ Les cantons (pharmaciens cantonaux) sont compétents pour le contrôle des autres stupéfiants.



Voici un exemple de présentation possible des informations à transmettre mensuellement à l'OFSP:

Centre A, mois X		Nombre total de journées-patients: 1830					
	Contenu du safe au début du mois (en mg)	Acquisition durant le mois (en mg)	Pertes, retours, éliminations (en mg)	Somme des substances remises durant le mois	Solde à la fin du mois (en mg)	Contenu du safe à la fin du mois (en mg)	Différence entre solde et stock effectif (en mg)
Héroïne injectable	320 000	600 000	11 700	468 000	440 300	440 100	200
Comprimés d'héroïne à 100 mg	12 000	10 000	0	9000	13 000	13 000	0
Comprimés d'héroïne à 200 mg	42 000	240 000	0	189 000	93 000	93 000	0
Forme galénique XYZ							

Les bilans mensuels doivent être établis en mg.



9 Protection des données

Art. 23 O

¹ L'institution communique à l'OFSP par l'intermédiaire de l'autorité cantonale compétente les données personnelles (nom, adresse, date de naissance, lieu d'origine et données relatives aux critères d'admission) nécessaires à l'octroi de l'autorisation.

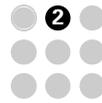
² Aux fins de contrôler la qualité du traitement au sens de l'art. 16, al. 1, let. c et d, l'OFSP consulte les dossiers médicaux et les plans thérapeutiques des patients ou mandate des tiers à cet effet, qui ont alors l'obligation de garder le secret.

³ Toute exploitation de données personnelles à des fins de recherche et d'évaluation est soumise à la loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données et doit être effectuée dans des conditions garantissant l'anonymat.

Commentaire

Les dispositions légales sur la protection des données personnelles doivent être strictement observées par toutes les personnes impliquées dans le traitement. Sont déterminantes à cet égard les dispositions contenues dans la Loi fédérale sur la protection des données, l'art. 8a de la Loi fédérale sur les stupéfiants (LStup) ainsi que l'art. 23 O mentionné ci-dessus. Lorsque les centres de traitement avec prescription d'héroïne dépendent directement du canton, ils sont également soumis aux dispositions cantonales en matière de protection des données.





9 Protection des données

Les paragraphes qui suivent traitent de la protection des données dans les centres avec prescription d'héroïne. Fondamentalement, ces centres sont soumis aux dispositions qui régissent toute institution médicale, telles qu'elles ont été définies par le préposé fédéral à la protection des données. Les commentaires ci-dessous doivent donc être compris comme un simple complément au manuel édité par ledit préposé (Guide relatif aux traitements des données personnelles dans le domaine médical, 1997)¹. La structure de l'exposé juridique ci-dessous est calquée sur celle du guide et met l'accent sur les directives dont l'application est spécifique ou particulièrement délicate dans le domaine de la prescription médicale d'héroïne, avec renvois aux chapitres correspondants.



1 Introduction

Les dossiers médicaux en général et, plus particulièrement encore, ceux qui contiennent des informations relatives au traitement avec prescription d'héroïne constituent des données très sensibles, puisqu'ils ont directement trait à l'état de santé de la personne concernée. Il convient donc de les protéger avec beaucoup de vigilance. Eu égard au risque de stigmatisation sociale auquel sont exposées les personnes toxicodépendantes, une grande attention a été accordée à cette question, ce qui s'est manifesté par la création de solides bases juridiques dans le domaine de la prescription d'héroïne.

1.1 Quelles dispositions relatives à la protection des données s'appliquent-elles aux centres de traitement avec prescription d'héroïne?

(Guide, Partie I, Chapitre 3)

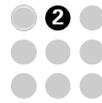
Outre les dispositions contenues dans la loi fédérale sur la protection des données (LPD; RS 2351), sont applicables, pour la prescription médicale d'héroïne, l'art. 8a LStup mentionné dans l'Arrêté fédéral et l'art. 23 de l'Ordonnance sur la prescription d'héroïne (RS 812.121.6).

Selon l'article 3, lettre d, LPD, sont réputés organes fédéraux, les autorités ou les services fédéraux ainsi que les personnes (physiques ou morales) en tant qu'elles sont chargées d'une tâche de la Confédération. Par contre, les autorités des cantons et des communes ne sont pas considérées comme des organes fédéraux, même si elles accomplissent des tâches de la Confédération². Or, les centres de traitement avec prescription d'héroïne peuvent être rattachés aussi bien à des structures cantonales que communales ou encore à des organismes privés (art. 10, al. 1 O). Lorsqu'elles dépendent des autorités cantonales (par exemple en tant qu'unité d'un hôpital cantonal), les institutions dans lesquelles sont dispensés les traitements avec prescription d'héroïne sont donc automatiquement soumises à la législation cantonale sur la protection des données.

Selon l'Arrêté fédéral sur la prescription d'héroïne, la Confédération a pour tâches d'octroyer les autorisations nécessaires pour ce traitement et de contrôler si l'héroïne est bien remise à des personnes remplissant les critères d'admission dans un tel traitement (art. 8, al. 6-8 LStup; art. 16 O). Les données nécessaires pour remplir ces attributions sont, par conséquent, soumises aux dispositions de la LPD sur le traitement de données personnelles par des organes fédéraux (articles 16-25 LPD). Les institutions

¹ Ce manuel peut être commandé auprès du Préposé fédéral de la protection des données, Feldeggweg 1, 3001 Berne.

² FF 1988 II 453



9 Protection des données

privées sont assimilées à des organes fédéraux pour toutes les données personnelles qu'elles gèrent dans le cadre de ce mandat de la Confédération.

1.2 Quels sont les devoirs de discrétion auxquels sont soumis les collaborateurs de l'OFSP? (Guide, 4b)

Outre le secret professionnel défini dans l'article 35 LPD, les collaborateurs de l'OFSP sont astreints au secret par l'article 18 alinéa 2 LStup et l'article 28 du Règlement des employés (RS 172.221.104).

Le secret exigé à l'article 18 LStup doit être compris au sens de l'article 320 du Code civil suisse et n'est pas limité dans le temps.



2 La relation médecin-patients

2.1 Quelles données doivent être gérées par l'institution? (Guide, Partie II, Chapitres 1 et 5)

a) Données personnelles

Les institutions ont le devoir de constituer et de tenir pour chaque patient un dossier comportant les documents suivants:

1. Données nécessaires pour l'obtention de l'autorisation pour patient: Doivent y figurer les nom, adresse, date de naissance et lieu d'origine ainsi que les informations concernant les critères d'admission remplis, c'est-à-dire l'indication et, éventuellement, la raison pour laquelle on a fait exception à la règle des deux échecs thérapeutiques antérieurs. Ces données sont transmises à l'OFSP.

2. Plan de traitement:

Le plan de traitement englobe le catalogue des objectifs visés et a valeur d'engagement réciproque aussi bien pour les soignants que pour le patient. Les buts thérapeutiques sont définis de façon précise et régulièrement réévalués, toujours avec le patient. On peut ainsi estimer, pour chaque personne, les améliorations obtenues et la durée prévisible du traitement. Le plan de traitement sert également de base pour le contrôle de gestion (controlling) interne et l'assurance de qualité de l'institution.

L'OFSP peut demander à voir les plans de traitement, afin d'en contrôler le déroulement.

3. Dossier médical:

L'OFSP peut demander à prendre connaissance des dossiers médicaux, afin de vérifier la qualité des soins dispensés (article 32 alinéa 2 O) et le déroulement du traitement avec prescription d'héroïne.

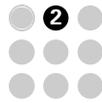
b) Données relatives au contrôle des stupéfiants:

Conformément à l'article 14 O, les médecins prescripteurs d'héroïne doivent être en mesure de rendre compte, en tout temps, de l'acquisition et de l'usage des substances délivrées aux autorités compétentes (héroïne: OFSP; méthadone, morphine, etc.: autorités cantonales).

Ces données n'étant pas personnelles, elles ne sont pas soumises aux dispositions de la LPD.

2.2 Quelles données sont gérées par l'OFSP?

C'est l'OFSP qui octroie l'autorisation de suivre un traitement avec prescription d'héroïne dans une institution agréée, pour autant que le patient remplisse les critères d'admission, que la direction



9 Protection des données

médicale ait proposé son admission au traitement et que l'autorité cantonale compétente ou la direction de l'institution n'oppose aucune objection (art. 20 O).

Pour obtenir cette autorisation, la direction médicale de l'institution transmet donc toutes les informations requises à l'OFSP, en passant par l'autorité cantonale compétente (généralement le médecin cantonal). Au retour, ces données suivent la même filière, de l'OFSP jusque dans l'institution.

Au passage, l'autorité cantonale compétente vérifie si le patient en question n'est pas déjà dans un autre programme de substitution. En effet, le contrôle des stupéfiants et la prescription de certaines substances (méthadone ou morphine, notamment) incombant aux cantons, l'OFSP ne peut pas y procéder.

L'OFSP établit, à l'attention du Conseil fédéral, un rapport annuel comportant les données suivantes:

- le nombre de patients en traitement, les entrées en thérapie et les sorties régulières, les passages dans d'autres programmes thérapeutiques et les abandons de traitement;
- l'évolution des patients sur le long terme;
- la forme et les modalités de la prescription d'héroïne (quantités administrées, formes galéniques);
- les événements particuliers (effets secondaires, cambriolages, produits illégaux, etc.).

2.3 La déclaration de consentement du patient (Guide, Partie II, chapitre 2.a)

Pour ce qui est de la communication à des tiers d'informations relatives à sa santé, le patient doit donner son accord explicite (d'où la forme écrite) et volontaire. Au préalable, la personne concernée doit être informée de ses droits, du contenu et des buts de la gestion de ces données et des conséquences qui peuvent en résulter. Elle doit également savoir qui gère ces informations et à quelles fins. De la sorte, le principe de transparence et de prévisibilité est garanti.

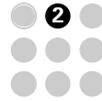
La déclaration du patient prouve que les principes généraux s'appliquant au devoir d'information des patients (consentement éclairé) ont été respectés et que les droits et devoirs plus spécifiques inhérents au traitement avec prescription d'héroïne ont été clairement établis et communiqués. La gestion et l'utilisation des données personnelles par l'institution et par les autorités compétentes, ainsi que la levée du secret professionnel et médical des soignants, actuels ou passés, font partie intégrante de cette information. Si d'autres données personnelles sont nécessaires ou doivent être transmises à des tiers, il est nécessaire d'obtenir une nouvelle fois l'autorisation du patient.

2.4 Sécurité des données (Guide, Partie II, chapitre 6)

La protection des données, au sens large, comprend aussi la sécurisation du traitement de l'information, c'est-à-dire la mise en place des mesures techniques et organisationnelles garantissant que l'accès aux données personnelles n'est possible qu'aux personnes habilitées à les traiter et excluant l'intervention de tiers non-autorisés.

Les informations liées aux autorisations sont transmises par fax, de l'autorité cantonale directement au service compétent de l'OFSP.





9 Protection des données

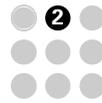
Aucune personne externe à ce service n'a accès au fax. Cette façon de procéder a l'avantage d'être rapide mais, du point de vue de la protection des données, elle n'est pas idéale (cf. Guide, p. 30: contrôle de communication).

Pour ce qui a trait aux dispositions garantissant la confidentialité des dossiers médicaux et des protocoles de traitement, le lecteur est prié de se reporter au chapitre 6 de la partie II du Guide relatif au traitement de données personnelles dans le domaine médical. Si les institutions concernées sont cantonales, ce sont également les dispositions cantonales sur la protection des données qui s'appliqueront.

2.5 Traitement de données médicales dans le cadre de la recherche et de l'évaluation (Guide, Partie V)

Les centres de traitement peuvent également être amenés à fournir des données destinées à la recherche et à l'évaluation en matière de prescription d'héroïne. Les informations transmises aux responsables des projets de recherche sont généralement codées de telle façon qu'il est possible de collecter et de dépouiller les données individuelles selon des méthodes scientifiquement établies, tout en garantissant l'anonymat des patients dont l'étude en question suit l'évolution.





10 Assurance responsabilité civile

Comme dans tout autre policlinique, chaque centre de traitement avec prescription d'héroïne est tenu de s'assurer en responsabilité civile professionnelle pour son exploitation et pour les médecins qu'il emploie et de veiller à ce que ces couvertures d'assurance soient suffisantes.

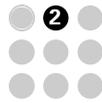
Parallèlement, l'OFSP conclut encore actuellement une assurance «participant à des essais cliniques» (Probandenversicherung) pour chaque patient en traitement avec prescription d'héroïne. Tous les patients bénéficient ainsi d'une protection contre les risques médicaux, c'est-à-dire corporels, qui pourraient résulter de ce type de traitement, en particulier contre ceux liés aux médicaments utilisés, au caractère encore expérimental de cette thérapie ou aux mesures susceptibles de laisser des séquelles physiques. L'assurance couvre également les dommages corporels et matériels qui pourraient résulter du comportement d'un patient durant le traitement ou la remise de la substance.

Sont exclus de l'assurance:

- Les dommages corporels et les détériorations de l'état de santé dont il est avéré qu'ils seraient apparus ou auraient persisté en dehors du traitement avec prescription d'héroïne
- Les atteintes génétiques
- Les atteintes à la santé qui résultent de comportements du patient allant à l'encontre des consignes qui lui ont expressément été données par le personnel chargé du traitement avec prescription d'héroïne
- Les prétentions à l'égard du preneur d'assurances (OFSP) qui dépasseraient le montant mentionné ci-dessus

Au cas où se produirait un sinistre qui pourrait relever de l'assurance «patients participant à des essais cliniques», le centre de traitement est tenu d'en informer immédiatement le collaborateur de l'OFSP responsable de l'accompagnement des programmes HeGeBe, afin de déterminer s'il convient de le déclarer à l'assurance RC ou non.





11 Sanctions

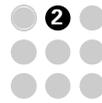
Art. 22 O Retrait de l'autorisation donnée au patient
L'OFSP peut retirer au patient l'autorisation de participer au traitement avec prescription d'héroïne:

- a. s'il consomme des stupéfiants illégaux à l'intérieur de l'institution;
- b. s'il remet à des tiers ou vend des stupéfiants qui lui ont été remis;
- c. s'il exerce des menaces ou commet des actes de violence envers des membres du personnel soignant ou d'autres personnes à l'intérieur de l'institution;
- d. s'il refuse par principe ou de façon répétée le traitement ou la prise en charge accompagnant le traitement avec prescription d'héroïne;
- e. si les conditions convenues dans la déclaration de consentement ne sont plus remplies.



Commentaire

Le retrait de l'autorisation donnée au patient est une sanction administrative qui ne s'applique qu'en cas de grave transgression des règles fixées par l'institution thérapeutique. Il a pour conséquence l'exclusion du patient du traitement avec prescription d'héroïne. C'est à l'institution que revient la responsabilité de relever les motifs d'exclusion, en particulier lorsqu'elle est directement concernée, c'est-à-dire dans les cas c, d et e. La décision d'exclure définitivement le patient de ce type de traitement appartient toutefois à l'instance qui octroie les autorisations (OFSP), seule habilitée à vérifier si ses droits constitutionnels, notamment celui d'être entendu et celui de la proportionnalité de la sanction, ont été respectés. L'exclusion constitue en principe l'ultime mesure à prendre. Elle peut toutefois trouver une application immédiate, indépendamment des poursuites pénales prévues dans la LStup, s'il y a eu usage abusif des substances remises. A leur admission dans le programme, tous les patients sont dûment informés de leurs droits et des conséquences de la non-observation des règles thérapeutiques et signent une déclaration de consentement (voir article 6 de l'Ordonnance et chap. 1.3 du manuel).



11 Sanctions

■ Règles de vie et règlement disciplinaire

Les règles disciplinaires qui régissent l'institution doivent être clairement communiquées à toutes les personnes concernées. Chacun doit savoir qui prendra quelle sanction à quel moment. Les procédures et les instances décisionnelles doivent être connues aussi bien des patients que des soignants. C'est pourquoi l'établissement d'un règlement de maison et d'un règlement disciplinaire est une obligation légale, tout comme l'est leur mention dans la déclaration de consentement.

Sont à considérer comme graves et à examiner en vue d'une éventuelle exclusion les comportements suivants:

- Actes de violence à l'égard d'autres patients ou du personnel soignant
- Menaces
- Déprédations
- Trafic de drogue ou de substances analogues dans l'institution
- Vol, contrebande et vente de stupéfiants

Ces fautes doivent immédiatement donner lieu à une mesure disciplinaire (par exemple une suspension de la remise d'héroïne¹), en attendant la prise de position de l'instance désignée pour les sanctionner.

Le centre de traitement est autorisé à prononcer, à titre de mesure disciplinaire, une exclusion de durée déterminée, pour autant que celle-ci n'excède pas 3 mois. Parce qu'elles peuvent être assimilées, de fait, à une exclusion définitive du programme thérapeutique, les interruptions de traitement de plus longue durée nécessitent un retrait de l'autorisation donnée au patient, c'est-à-dire une décision de l'OFSP².

■ Sanctions en cas de vol, de trafic et de vente des stupéfiants

En cas de contrebande avérée, de vol ou de vente de stupéfiants dans le centre de traitement, il faut immédiatement procéder à une suspension de la remise d'héroïne. En cas de récidive, le patient doit être exclu du traitement pour 3 mois au moins mais informé du fait qu'au terme de cette période il pourra introduire une demande de réadmission. Par ces mêmes actes, le patient se rend aussi passible de poursuites pénales selon l'article 19 LStup. S'il est dénoncé, il encourt donc, outre les sanctions administratives, des suites pénales.

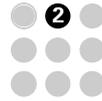
■ Comportement suspect et présomption de trafic de stupéfiants

Si l'on observe des comportements laissant à penser qu'il y a trafic de stupéfiants, un avertissement est immédiatement donné et un entretien a lieu avec le patient concerné, à qui il est clairement signifié que le trafic peut conduire à une suspension de la remise d'héroïne voire à une exclusion du traitement. Les patients en traitement avec prescription d'héroïne par voie orale doivent être informés que les comprimés ne leur seront plus remis s'il y a suspicion de trafic.



¹ Le retrait d'héroïne est une mesure disciplinaire consistant à remplacer partiellement ou totalement l'héroïne par de la méthadone, pour une période déterminée. Cette sanction ne doit pas être confondue avec le fait de diminuer, de substituer ou d'arrêter la prescription d'héroïne pour des raisons médicales (par exemple en cas de forte consommation parallèle).

² Article 22 O.



11 Sanctions

En pratique, les centres existants appliquent les mesures disciplinaires de manière très différenciée. Leur mode de faire reflète leur visée prioritaire, qui peut être de:

- Préserver le bon fonctionnement institutionnel et rester acceptable pour l'environnement
- Veiller à l'accomplissement du contrat thérapeutique
- Eduquer
- Eviter l'émergence de situations de crise

Il est rare que les limites entre sanction, mesure éducative et «simple» mesure de protection des patients et du personnel soignant soient explicites et clairement perçues. Les patients ont donc tendance à interpréter toutes les mesures comme des sanctions.

Pourtant, les sanctions proprement dites se différencient nettement entre elles en ce qui concerne leur portée, la gravité des «délits» punis, leur forme et les instances décisionnelles impliquées. Certains centres se sont dotés d'un système disciplinaire assez élaboré, fonctionnant par degrés successifs ou par points, alors que d'autres se contentent d'intégrer ces mesures dans leurs règles de vie du centre. La suspension de la remise d'héroïne, son arrêt définitif et le remplacement partiel par de la méthadone sont autant de mesures disciplinaires auxquelles recourent les centres de traitement, depuis l'avertissement, c'est-à-dire la menace d'y procéder, jusqu'à l'exclusion définitive du programme.



1 Considérations générales

Les sanctions sont des mesures coercitives. Ce sont donc toujours des instruments de prise de pouvoir. Il convient donc de réfléchir soigneusement au bien-fondé des sanctions envisagées. Les sanctions doivent uniquement servir à maintenir les normes et les valeurs sans lesquelles une collectivité ne saurait fonctionner ni exister durablement. Dès lors qu'elles sont utilisées à des fins moins claires, il y a risque permanent de glisser dans l'abus de pouvoir.

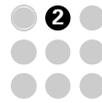
Plus les mesures disciplinaires sont orientées vers la satisfaction de besoins fondamentaux, plus elles sont efficaces. Il est caractéristique, à cet égard, que la seule menace d'y recourir suffit * souvent à en déployer les effets. Il se pose donc en permanence la question de savoir avec quelle rigueur une sanction doit effectivement être appliquée (principe de proportionnalité).

Les directives et les recommandations qui régissent les sanctions prises dans le cadre d'un traitement médical doivent obéir à des exigences éthiques spécifiques, garantissant ainsi aux patients et au personnel soignant une bonne protection contre de possibles abus de pouvoir et contre les décisions arbitraires. Enfin, ces systèmes disciplinaires ne doivent en aucun cas devenir pour les centres de traitement un moyen détourné d'assurer leur compétitivité sur un marché des prestations médicales tendant à devenir de plus en plus concurrentielle.

2 Conditions cadre pour sanctionner

Il convient de distinguer, fondamentalement, trois types de situations nécessitant des sanctions:

1. celles dans lesquelles il est indispensable qu'un certain comportement soit immédiatement suivi d'une réaction manifeste;



11 Sanctions

2. celles dans lesquelles le comportement ne demande pas une réaction immédiate;
3. celles que l'on peut qualifier d'intermédiaires (par exemple, dans le cas de la suspension d'héroïne, appliquée sur-le-champ mais suivie d'une évaluation de la durée appropriée, que l'on communique au patient plus tard).

Il importe, dans le premier cas d'espèce, que les conséquences des comportements indésirables, c'est-à-dire la sanction qui leur sera automatiquement appliquée, soient connues d'avance. Patients et soignants doivent savoir avec précision comment de tels événements sont gérés dans l'institution.

Il est souhaitable d'examiner sans précipitation inutile tous les manquements ou les situations problématiques qui ne demandent pas de réaction immédiate et, au besoin, de les sanctionner plus tard.

Dans un cas comme dans l'autre, il est indispensable de veiller à la transparence de la procédure afin d'éviter, dans toute la mesure du possible, de glisser dans l'arbitraire ou de réagir de façon démesurée sous la pression des tensions du moment.

2.1 Instances disciplinaires et instances décisionnelles

Il est absolument indispensable que le membre de l'équipe thérapeutique directement impliqué sache avec précision comment se comporter dans le premier et le troisième types de situations décrits ci-dessus. C'est pourquoi il doit également être habilité à prendre, seul et sans tarder, toutes les mesures disciplinaires connues de tous.

Il en va autrement dans le deuxième cas d'espèce, où il s'agit surtout de régler des conflits dans lesquels l'appréciation de chacune des personnes concernées peut être différente. Là, c'est à une instance connue de tous (par exemple l'équipe thérapeutique dans son ensemble) qu'il revient d'examiner les faits, avec un certain recul et dans un délai clairement établi, et de décider des sanctions adéquates.

2.2 Cas particulier de la consommation parallèle

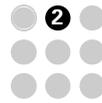
Répondre à la consommation parallèle en appliquant des sanctions, notamment la suspension d'héroïne, est pour le moins discutable. En effet, il n'est guère défendable, au plan éthique, de faire dépendre la prescription d'héroïne de l'absence de consommation parallèle d'autres substances et, par voie de conséquence, de juger du comportement de la personne dépendante d'après ce seul critère.

2.3 Propositions d'autres sanctions

D'autres mesures disciplinaires peuvent être envisagées dans le cadre thérapeutique spécifique de la prescription médicale d'héroïne:

- Rétrogradation (dans les programmes organisés par paliers successifs)
- Prise de position écrite
- Modification des plages de remise de la substance (plus courtes ou déplacées à d'autres moments)

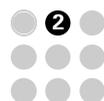




12 Règles de vie

Il est obligatoire d'établir un règlement de vie par écrit. Celui-ci fait partie intégrante de l'information au patient qui est fournie à toute personne intéressée avant son entrée dans le traitement. Le règlement de maison doit, en outre, préciser les sanctions appliquées en cas de non-observation des règles de vie de l'institution (cf. chapitre 2.11).



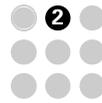


12 Règles de vie¹

Règle	Sanction en cas de non-observation	Instance décisionn.
Il est interdit d'user de violence à l'égard du personnel.	Minimale: réprimande Maximale: exclusion Réadmission, au plus tôt, après 3 mois, avec l'accord de toutes les personnes concernées et après évaluation de la situation personnelle	A C
Il est interdit d'emporter des stupéfiants injectables remis par le centre de traitement.	1 ^{ère} fois: suspension d'une semaine min. Récidive: exclusion	B C
La consommation de psychotropes (drogues illégales, alcool, médicaments) est interdite dans les locaux de KODA-1 et peut mener à l'exclusion.	Produits injectables: 1 ^{ère} fois: suspension jusqu'à 1 semaine 2 ^{ème} fois: suspension jusqu'à 2 semaines (Récidives: exceptionnellement jusqu'à l'exclusion) Médicaments et alcool: 1 ^{ère} fois: suspension jusqu'à 3 jours 2 ^{ème} fois: suspension jusqu'à 1 semaine	B B
Les vols avec ou sans effractions dans les locaux de KODA-1 entraînent l'exclusion.	Effraction: exclusion Vol: dénonciation à la police avec év. suspension de la remise d'héroïne	C B
Pas de menaces verbales à l'encontre du personnel	Les sanctions peuvent aller de la réprimande à l'exclusion, en passant par la suspension de la remise d'héroïne	A – C
Pas de violences entre patients	Suspension d'héroïne de 24 h au moins	A/B
Respect des consignes du personnel	Les sanctions peuvent aller de la réprimande à l'exclusion, en passant par la suspension de la remise d'héroïne	A/B/C
Pas de déprédations	Le matériel endommagé doit être remplacé Remise d'héroïne suspendue pour une période variant selon la gravité des dégâts	B A/B
Pas de trafic de psychotropes (cannabis, médicaments, alcool) dans l'institution	1 jour de suspension au minimum En cas de récidive, remise d'héroïne suspendue durant une semaine au minimum Suspicion de trafic: fouille et confiscation de toutes les substances trouvées (drogues, médicaments, alcool)	A/B B A
Interdiction d'apporter des drogues, de l'alcool et des médicaments dans les locaux de KODA-1	Confiscation des substances	A
Pas de recel ni de commerce	Les marchandises sont confisquées. En cas de récidive: suspension d'héroïne	A/B
Pas d'armes	Les armes sont confisquées. En cas de récidive: suspension d'héroïne	A/B
Seul les patients en traitement à KODA-1 sont autorisés à séjourner dans les locaux du centre KODA-1. Exceptions à négocier.	Les personnes non-autorisées sont priées de s'en aller	Tous
Le café doit être consommé uniquement dans les deux salles de séjour (interdiction de l'emporter dans le couloir ou de le boire dehors)	Réagir, faire une remarque	Tous
Interdiction d'utiliser l'ascenseur dans KODA-1	Sanction: remise d'héroïne susp. durant 30 min.	A



¹ Exemple de Règlement de maison



12 Règles de vie

Règle	Sanction en cas de non-observation	Instance décisionn.
Les bicyclettes doivent être garées sur le parc à vélos de la Mattenstrasse, vis-à-vis de KODA-1. Pas de vélos sur le parking attenant ou appuyés contre la façade.	Réagir, faire une remarque	Tous
La consommation de drogues, d'alcool et de médicaments ainsi que le trafic de drogues ou de médicaments devant le bâtiment ou à proximité immédiate sont interdits et punis.	Suspension de la remise durant 1 jour min. En cas de récidive: suspension de la remise d'héroïne durant une semaine min.	A/B B
Interdiction d'amener des chiens dans le centre KODA-1! Il est interdit d'attacher les chiens à l'entrée du bâtiment ou à proximité immédiate.	Sanction: suspension de 30 minutes	A
Il n'est pas permis de se faire déposer dans la zone avec interdiction de s'arrêter (en voiture) devant le bâtiment.	Réagir, faire une remarque	Tous
L'accès à KODA-1 se fait par la voie publique. Pas de raccourci par la cour des magasins	Réagir, faire une remarque Sanction: remise suspendue pour 30 min	Tous A
Il est obligatoire de quitter KODA-1 sans s'y attarder. Interdiction de s'asseoir ou de rester debout à proximité du centre. Pas de temps d'attente devant le centre, avant l'heure de remise du traitement. Il est possible d'attendre 15 min dans les salles de séjour avant les plages de remise, fixées à 6h45, 11h30 et 16h30 les jours de semaine, 8h45 et 16h45 le week-end.	Sanction: remise suspendue pour 30 min	A
Pas de bruit excessif dans et autour du bâtiment	Réagir, faire une remarque	Tous



Compétences en matière de sanctions:

Sanctions légères

- A Suspension jusqu'à 1 jour ou jusqu'au prochain colloque journalier
Décision prise par le personnel chargé de la remise d'héroïne

Sanctions de moyenne gravité

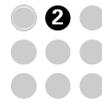
- B Suspension de plus d'un jour ou jusqu'au prochain colloque journalier (week-end)
Fixation de la sanction lors du colloque journalier, si possible par les référents du patient

Sanctions lourdes

- C Exclusion du traitement
Décision par le responsable du secteur de prise en charge et/ou le médecin-chef

Principe de base

Le délai de prescription pour tous les actes punissables commis dans l'institution est de 6 mois, ce qui signifie que l'on considère qu'il y a récidive seulement si le même acte est à nouveau commis avant écoulement de cette période.



13 Heures d'ouverture

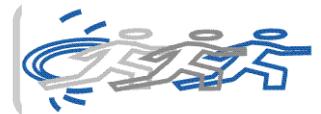
La durée d'action de l'héroïne étant relativement courte, comparée à celle de la méthadone, il convient de donner aux patients la possibilité d'en recevoir trois fois par jour, du moins en début de traitement. Les heures d'ouverture doivent être fixées de façon à ce que ceux d'entre eux qui ont une activité professionnelle puissent venir au centre avant et après leur travail.

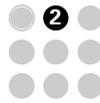
La remise d'héroïne doit être également assurée en fin de semaine et les jours fériés.

Les heures d'ouverture doivent être suffisamment longues pour éviter toute précipitation dans la remise tout en restant assez courtes pour prévenir la formation de petites scènes temporaires aux alentours du centre.

Si cela s'avère pertinent en cours de traitement et pour les patients stabilisés uniquement, il y a possibilité de remplacer la remise d'héroïne de midi par des comprimés de DAM à emporter ou par de la méthadone.

Il est préférable de fixer les consultations médicales ou psychosociales et les psychothérapies en dehors des plages de remise.





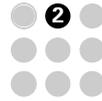
14 Déclaration d'événements spéciaux

La prescription médicale d'héroïne est une thérapeutique récente. Si l'on veut garantir la sécurité des patients en toute circonstance, il convient donc de documenter soigneusement les effets secondaires de ce traitement, ainsi que tous les autres événements particuliers auxquels il donne lieu. Le médecin-chef du centre de traitement est, par conséquent, tenu de signaler à la Centrale de déclaration HeGeBe toute manifestation non-souhaitable ou effet inhabituel des substances utilisées. Cette déclaration est faite au moyen d'un formulaire-type (à retirer auprès de l'IFS, voir adresse ci-dessous), lequel doit être envoyé par fax, puis par courrier postal. L'information est transmise avec mention du numéro attribué au patient, mais sans indication de nom.

Les événements suivants sont à signaler sans délai à la Centrale de déclaration HeGeBe (Begleitevaluation HeGeBe, Konradstrasse 32, 8005 Zurich, tél. 01 273 40 24, fax 01 273 40 64; voir aussi l'aide-mémoire rédigé par ce centre):

- Maladies graves
- Séroconversions (hépatite virale et VIH)
- Grossesses et avortements
- Décès
- Intoxications aiguës (par exemple, lorsqu'il a été nécessaire de réanimer ou de faire hospitaliser le patient)
- Crises épileptiques
- Hospitalisations pour cause de maladie ou d'accident
- Toute situation susceptible de mettre une vie en danger
- Tout événement susceptible de laisser des séquelles durables (par ex. blessure perforante)
- Effets des médicaments: incidents ou états demandant des soins (variations brusques de la pression, chocs anaphylactiques, etc.)
- Problèmes spécifiques relatifs à la substance:
 - solubilité (par ex. formation de cristaux)
 - coloration suspecte
 - défaut d'emballage





14 Déclaration d'événements spéciaux

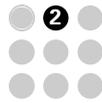
L'IFS (Institut für Suchtforschung) administre, sur mandat de l'OFSP, une centrale de déclaration («Centrale HeGeBe») où sont collectées toutes les informations sur les effets secondaires et les autres événements particuliers survenant dans le cadre de la prescription médicale d'héroïne.

La Centrale HeGeBe enregistre et passe en revue toutes les déclarations concernant ces effets ou ces événements inhabituels. Le cas échéant, elle procède à des investigations complémentaires. Tous les 3 mois, elle informe par écrit l'Office fédéral de la santé publique et le Safety Assurance Group HeGeBe de l'ensemble des incidents problématiques survenus dans l'intervalle. En cas d'événements inattendus et graves, d'autres instances sont également averties. Les centres de traitement avec prescription d'héroïne reçoivent tous les 6 mois un relevé des déclarations parvenues à la centrale.

Dès réception, les informations sont enregistrées sous le numéro de dossier du patient et versées dans la banque de données. Le responsable de la Centrale HeGeBe vérifie et évalue quotidiennement les annonces reçues et demande des renseignements complémentaires (formulaire spécifique) si besoin est. Il contrôle également la pertinence des informations traitées dans la banque de données.

Le centre dont provient la déclaration reçoit confirmation de sa réception sous forme d'un avis standard envoyé dans les deux jours ouvrables qui suivent.





ORGANISATION
DES CENTRES DE
TRAITEMENTS

DIRECTIVES

RECOMMANDA-
TIONS

INFORMATIONS

15 Développement de la qualité et transfert de connaissances

Art. 16 O Attributions de l'OFSP

¹ L'OFSP:

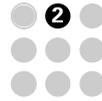
*

d. adresse des recommandations aux institutions et établit des directives notamment aux fins de coordonner le traitement avec prescription d'héroïne et d'assurer sa qualité.

Commentaire

Il existe, dans le domaine de la prescription médicale d'héroïne, une obligation légale de prendre des mesures d'assurance et de développement de la qualité. Coordination et élaboration de recommandations ou de directives permettent de réaliser concrètement ces mesures.





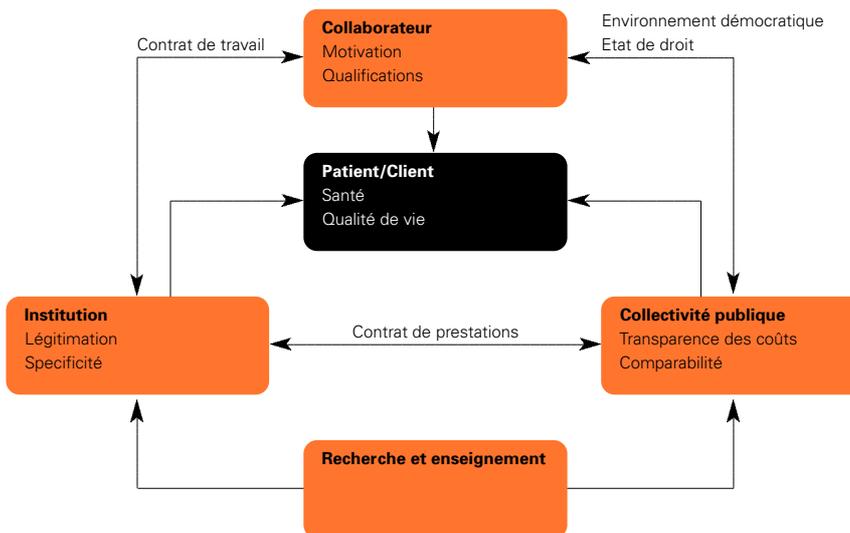
15 Développement de la qualité et transfert de connaissances

Développement et assurance de la qualité: un axe opérationnel en plein essor

Les questions de qualité des prestations étant à l'ordre du jour, depuis plusieurs années déjà, dans le domaine de la santé en général, l'aide aux toxicomanes ne saurait y échapper. En effet, les mesures visant à assurer la qualité de ces interventions sont aussi indispensables à l'auto-évaluation interne qu'à la légitimation face à l'extérieur. Toutefois, comme la mise en place progressive des mesures de développement et d'assurance de la qualité obéit simultanément à plusieurs objectifs, ces mesures vont, elles aussi, toucher différents aspects institutionnels. Pour être crédibles, l'assurance qualité (AQ) et le développement de la qualité (DQ) doivent en effet mener à des améliorations aux quatre niveaux suivants:



1. le client / le patient;
2. les collaborateurs des institutions d'aide aux toxicomanes;
3. le centre de traitement avec prescription d'héroïne;
4. les collectivités publiques pourvoyeuses de fonds.

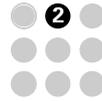


Objectifs en matière de qualité

1. Améliorer les prestations destinées au patient

Le traitement avec prescription d'héroïne, tel qu'il est pratiqué en Suisse, est une approche thérapeutique récente. Malgré ses résultats probants, cette forme de thérapie peut et doit encore être perfectionnée. Au terme des six premières années d'expérience pratique, une évidence se fait jour: les toxicomanes bénéficiant de ce traitement sont loin de composer un groupe homogène. Ils se répartissent, au contraire, en plusieurs sous-groupes aux contours bien différenciables. Les résultats * rassemblés jusqu'ici dans le cadre de la recherche d'accompagnement montrent, par exemple, qu'une partie non-négligeable de ces patients souffrent de troubles psychiatriques¹. Pour cette population spécifique de patients, l'amélioration du traitement passera donc par le développement de nouveaux outils diagnostiques et par l'adaptation des instruments existants à leur situation particulière. Il s'agira en outre de développer, de tester et d'ancrer dans la pratique des stratégies thérapeutiques répondant aux besoins des patients présentant une co-morbidité psychiatrique. Toutefois, le diagnostic ne doit pas se limiter à la seule composante psychiatrique, mais comporter également un relevé approfondi des ressources du patient, afin que le centre soit à même de lui offrir un traitement

¹ Cf. Uchtenhagen, A. et al., Prescription of Narcotics for Heroin Addicts. Main Results of the Swiss National Cohort Study, Bâle, Karger, 1999, p. 46



15 Développement de la qualité et transfert de connaissances

personnalisé qui respecte son rythme tout en ne le maintenant pas dans le programme plus longuement qu'il n'est nécessaire. En procédant de la sorte, l'on distingue, selon des critères objectifs, et l'on soigne de façon différenciée les sous-groupes dont se compose, de fait, l'ensemble des personnes dont le profil général répond aux exigences fixées pour l'admission dans un traitement avec prescription d'héroïne.

2. Prévenir le burn-out chez le personnel de l'institution

Le personnel qui exerce un métier d'aide, en particulier dans la prise en charge de personnes dépendantes, présente un risque accru de souffrir de burn-out, c'est-à-dire d'épuisement émotionnel. Grâce à l'AQ¹ et au DQ, il devient plus aisé de replacer le contenu du travail dans un contexte rationnel, ce qui permet de l'évaluer objectivement et de réduire ainsi les risques «d'usure professionnelle». Les mesures de développement et d'assurance de la qualité ont en outre pour objectif d'optimiser la planification du personnel, notamment en favorisant sa formation continue. La motivation et la résistance des intervenants spécialisés en toxicomanie peuvent ainsi être maintenues voire renforcées.

3. Mieux gérer l'institution

AQ et DQ englobent généralement le relevé systématique de variables qualitatives ayant trait aux résultats, à la structure et aux processus. Les directions des centres de traitement avec prescription d'héroïne disposent ainsi d'outils leur permettant de diriger, encore mieux, leur institution.

4. Etablir des bases pour les discussions entre spécialistes et pour la légitimation

La question de la légitimité du traitement avec prescription d'héroïne revêt une importance croissante dans le contexte général des coupures budgétaires touchant le domaine médico-social, notamment parce qu'il entre dans la catégorie des thérapies de longue durée. Des relevés systématiques, effectués en suivant une démarche méthodologique rigoureuse et conforme à des critères largement reconnus, représentent donc autant d'arguments solides que les institutions peuvent faire valoir auprès des décideurs politiques et des bailleurs de fonds, assurant ainsi leur pérennité.

5. Standards de qualité dans le domaine de l'aide aux toxicomanes

En matière d'aide aux toxicomanes, la nécessité d'établir de standards de qualité est devenu une réalité incontournable (cf. ci-dessus), car sans ces références communes il ne peut y avoir de véritables échanges de connaissances et d'expériences entre institutions. Si, aujourd'hui encore, de nombreuses discussions autour des questions de qualité n'aboutissent pas, cela tient aux conceptions très différentes que les personnes concernées ont de cette notion. Etablir des standards communément admis permet d'échapper à cette constante redéfinition des positions respectives.

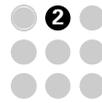
6. Comparer les standards thérapeutiques suisses avec les standards internationaux

A la fois prise en charge psychosociale intensive très personnalisée et programme de substitution à l'héroïne, le traitement avec prescription d'héroïne reste, sous sa forme actuelle, une thérapie unique au monde (jusqu'à présent)². Toutefois, quelques autres pays européens (Pays-Bas, Allemagne) ont mis en place des programmes expérimentaux. Outre le fait qu'il ne cessera d'évoluer, ce traitement présente certaines caractéristiques communes avec les autres



¹ cf. Missel, Peter; Braukmann, Walter (Hrsg.): «Burn-Out in der Suchtherapie». Göttingen 1995, (S. 12ff)

² Relevons cependant que différentes tentatives de prescrire de l'héroïne aux héroïnomanes ont déjà été entreprises dans le passé. L'une d'elles a été menée, par exemple, à New York au début du XX^e siècle. La «New York Heroin Clinic» a toutefois été contrainte de fermer ses portes en 1920, lorsque la politique de prohibition a pris le dessus (cf. Musto, David F., 1987, pp. 156-163). En Grande-Bretagne, où cette possibilité existe depuis longtemps, la prescription d'héroïne n'est plus très répandue (cf. Department of Health, 1999, pp. 55-57). Les grands projets d'antan sont désormais axés sur la remise d'héroïne en soi et ils ont donc tendance à ne traiter l'aspect psycho-social qu'en deuxième priorité.



15 Développement de la qualité et transfert de connaissances

traitements substitutifs, d'une part, et avec les offres ambulatoires de prise en charge psychosociale et psychiatrique, d'autre part. Le soumettre à des relevés systématiques selon des standards internationaux garantit donc sa comparabilité, facilitant ainsi les débats entre spécialistes, y compris au plan international. Vue sous cet angle, la collaboration avec QuaTheDA (voir plus bas) prend également tout son sens, puisqu'elle assure la comparabilité des données au plan suisse.



Axes de travail

1. Manuel

Le manuel, publié en version originale allemande au printemps 2000 et en français en automne 2001, présente l'état actuel des connaissances en matière de traitement avec prescription d'héroïne. Il contient des directives obligatoires ainsi que des recommandations et des informations. Il est structuré de manière à rester évolutif et peut, au besoin, facilement être complété. Tous les processus importants du programme national de prescription d'héroïne y sont précisément définis.

2. Schéma de réflexion QuaTheDA¹

Ce schéma sert à garantir la coordination entre le développement de la qualité dans le domaine HeGeBe et le système de gestion de la qualité dans le domaine des dépendances (QuaTheDA) actuellement mis en place par l'OFSP, prioritairement axé sur la définition de processus.

3. Transfert de connaissances: apprendre les uns des autres

Il convient de sensibiliser les responsables de centre à la problématique générale de la qualité et de promouvoir chez eux un esprit d'ouverture et de dialogue face ces questions. Il s'agit, pour les centres, de s'évaluer par comparaison avec les autres et d'apprendre par l'échange mutuel échange avec les pairs en vue de parvenir à la définition de standards et d'objectifs communs.

4. Retour d'information/feed-back

Afin de faciliter la gestion des centres de traitement avec prescription d'héroïne, tout comme celle des traitements eux-mêmes, l'Office fédéral de la santé publique s'emploie également à diffuser aussi rapidement que possible toute information pertinente issue de la recherche scientifique ou de la gestion générale du programme.

Application pratique

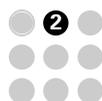
1. Instrument de saisie

L'outil statistique élaboré, testé puis mis en œuvre pour documenter et * évaluer la qualité du traitement doit être maniable, durable et axé sur la pratique. Il doit, en outre, garantir la comparabilité entre toutes les formes d'intervention existantes dans le domaine des dépendances, aussi bien au plan national qu'international. Une collaboration est prévue dans le cadre de la future statistique nationale des dépendances «act-info».

2. Echange avec les pairs

Lors des journées de rencontres auxquelles ils sont conviés, responsables de centres et personnel soignant doivent être sensibilisés aux questions de qualité. Ces réunions ont également pour but d'intensifier et de maintenir les échanges de savoirs entre

¹ L'objectif fondamental poursuivi par QuaTheDA (Qualité Thérapies Drogue Alcool) consiste à établir un système de gestion de la qualité spécifiquement destiné aux institutions résidentielles. Cependant, les principes sur lesquels se fonde ce programme doivent également être applicables dans les autres secteurs thérapeutiques (notamment les thérapies ambulatoires avec prescription d'héroïne ou de méthadone) et pouvoir s'insérer dans un cadre conceptuel plus large, englobant l'ensemble des interventions dans le champ des dépendances. Le processus de développement de la qualité HeGeBe représente une partie de ce tout, même s'il tend moins à instaurer un système de gestion de la qualité en tant que tel qu'à promouvoir et à maintenir la qualité d'une forme de traitement particulière au travers de mesures précises.



15 Développement de la qualité et transfert de connaissances

centres.

3. Lettre d'information (Newsletter)

L'OFSP publie régulièrement une lettre d'information (sous forme imprimée ou en version électronique), dans laquelle les centres trouvent, notamment, des informations concernant la gestion de la qualité.

4. Dépouillement des rapports annuels des centres HeGeBe

La direction du centre de traitement ou l'organisme dont il est rattaché, remet chaque année un rapport d'activités à l'OFSP. Sont décrits dans ce document, rédigé selon un canevas commun établi par l'Office, toutes les expériences marquantes et les principaux développements qu'a connus le centre durant l'année écoulée. L'analyse systématique de ces rapports annuels sert essentiellement au transfert de connaissances.

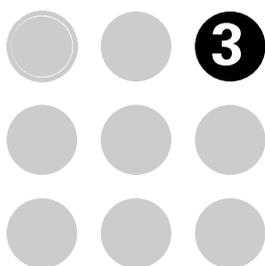
5. Coordination

Il est indispensable de coordonner les mesures de développement de la qualité HeGeBe avec les projets que mènent cantons et villes dans ce secteur (implantation des centres de traitement). En outre, il faut aussi veiller à coordonner et à bien insérer ces mesures dans l'ensemble des efforts d'assurance qualité entrepris par l'OFSP dans le domaine des dépendances (QuaTheDA). Enfin, il s'agit d'assurer la compatibilité de ces données avec celles des autres institutions d'aide aux toxicomanes, en Suisse et en Europe, en participant à la future statistique nationale des dépendances «act-info».

6. Commission de la qualité

Les mesures de développement de la qualité dans le traitement avec prescription d'héroïne (HeGeBe) sont pilotées par une Commission de la qualité. Cette commission comprend des représentants des centres de traitement, des milieux scientifiques et de l'OFSP ainsi que des responsables qualités des villes et des cantons. Elle est chargée d'élaborer puis de développer des outils de saisie de données standardisés et de coordonner le futur réseau d'échange avec les pairs.





RÔLE ET ATTRIBUTIONS DE L'OFSP

DIRECTIVES

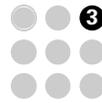
RECOMMANDA-
TIONS

INFORMATIONS

-  1 Mission et attributions de l'OFSP
-  2 Tâches et organisation interne de l'OFSP
-  3 Mandat et composition des organes HeGeBe

1
4
5





1 Mission et attribution de l'OFSP

L'actuelle Loi sur les stupéfiants stipule que c'est aux cantons qu'incombe la tâche de prendre en charge et de soigner les personnes toxicodépendantes, la Confédération ayant pour rôle de les soutenir dans l'accomplissement de cette tâche. Toutefois, du fait que l'héroïne (diacétylmorphine, DAM) reste une substance interdite, c'est la Confédération qui garde la pleine et entière responsabilité de ce traitement spécifique. Par conséquent, le droit de recourir à l'héroïne pour soigner des toxicomanes est expressément attribué à l'OFSP, aussi bien dans l'Arrêté fédéral urgent sur la prescription médicale d'héroïne et que dans l'ordonnance d'application qui l'accompagne. L'OFSP est également chargé de garantir la sécurité logistique de l'héroïne, en vérifiant que les mesures prises à cet égard sont suffisantes. Par ailleurs, les instances compétentes de l'OFSP doivent s'assurer que les critères d'admission soient respectés, que les directives en matière de qualité soient appliquées et que les centres de traitement remplissent les critères institutionnels requis, ce qui revient à garantir les conditions cadre auxquelles est soumis le traitement avec prescription d'héroïne.



La supervision et le contrôle de ce traitement incombant à la Confédération, plus précisément à l'OFSP, il s'en suit, entre autres, que les institutions qui prescrivent de l'héroïne sont tenues de déposer chaque année un rapport d'activités auprès de l'instance fédérale compétente, c'est-à-dire de cet office.

Les attributions de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) sont donc les suivantes:

- octroi des autorisations respectivement données aux institutions (exploitation), aux médecins et aux patients (en collaboration avec les autorités cantonales concernées et les médecins cantonaux);
- logistique de l'héroïne: octroi des autorisations pour l'acquisition, la préparation et la mise en circulation de l'héroïne (diacétylmorphine, DAM) utilisée dans le traitement avec prescription médicale d'héroïne;
- promulgation de recommandations et de directives obligatoires concernant le déroulement des traitements, la coordination de l'offre thérapeutique et l'assurance de la qualité du traitement avec prescription d'héroïne;
- vérification de l'application effective de ces directives par des contrôles réguliers dans les institutions;
- promotion et soutien des mesures de formation continue pour le personnel spécialisé;
- attribution de mandats et soutien des projets de recherche portant sur le traitement avec prescription d'héroïne;
- rédaction d'un rapport annuel à l'attention du Conseil fédéral;
- collaboration internationale.

Les tâches suivantes sont assurées par les cantons:

- mise sur pied et développement de projets de prescription médicale d'héroïne et coordination avec l'offre thérapeutique globale existant dans le canton;
- octroi des autorisations cantonales selon les art. 14 al. 1 et 15a al. 5 de la Loi fédérale sur les stupéfiants et l'art. 18 de l'Ordonnance sur la prescription médicale d'héroïne.

■ Assurance et promotion de la qualité

Le traitement avec prescription d'héroïne doit répondre à des critères de qualité précis et contraignants pour tous les acteurs impliqués. En collaboration avec le personnel des centres HeGeBe,

1 Mission et attribution de l'OFSP

L'OFSP a d'ores et déjà élaboré plusieurs directives et des recommandations portant sur différentes dimensions de l'AQ; d'autres sont en préparation. Il s'agit, au travers de ces directives, de parvenir à des standards thérapeutiques communs afin de promouvoir et d'assurer la qualité du traitement. Parallèlement, il est aussi procédé en permanence à l'enregistrement et à l'évaluation des résultats thérapeutiques, d'où une adaptation constante des directives aux connaissances scientifiques les plus récentes. Ce processus global est encore renforcé par le rigoureux contrôle de gestion (controlling) exercé par l'OFSP dans ce domaine.

Formation et formation continue

La promotion et l'encouragement des mesures de formation continue et de perfectionnement professionnel particulièrement destinées aux personnes travaillant dans le domaine de la prescription médicale d'héroïne sont l'une des tâches essentielles que remplit la Confédération. Dans ce but, l'OFSP organise chaque année un séminaire de formation continue de deux jours taillé sur mesure pour répondre aux exigences professionnelles inhérentes à ce type de traitement et au travail interdisciplinaire qu'il implique. De plus, l'OFSP prend en charge les frais de supervision des centres. Les superviseurs s'engagent à remplir un bref questionnaire sur le contenu de leur travail dans les centres. Ces questionnaires servent à repérer les principales difficultés rencontrées par les institutions et les éventuels besoins de formation qui y sont attachés.

Les offres de formation continue financées par l'OFSP ont pour but d'aider le personnel des centres de traitement avec prescription d'héroïne à améliorer ses compétences professionnelles, notamment celles qui lui permettent de soutenir les processus de changement perceptibles chez les patients. Il s'agit, concrètement, d'appuyer le cheminement individuel des patients en encourageant chaque petit pas qu'ils décident de faire en direction de l'abstinence ou de la stabilisation de leur situation actuelle et pour lequel ils mobilisent leurs propres ressources. Les cours de formation continue sont aussi un moyen d'améliorer la qualité au plan institutionnel.

La commission «formation continue» se réunit deux fois par année sous la direction du responsable OFSP pour ce secteur. Elle est composée de représentants des centres de traitement, d'un représentant par profession (médecins, travailleurs sociaux, soignants et psychologues), d'un responsable de centre et du collaborateur de l'OFSP chargé de l'accompagnement des centres HeGeBe. Toutes personnes fixent, d'un commun accord, les contenus de formation à aborder en priorité durant l'année.

Au-delà des formations très spécifiques organisées dans le domaine de la prescription médicale d'héroïne, l'OFSP veut également promouvoir la formation et la formation continue dans l'ensemble de l'aide aux personnes dépendantes, raison pour laquelle l'office finance des modules de formation s'adressant aux différentes professions concernées dans le cadre de son «programme de formation continue dans le domaine des dépendances». Des projets allant dans ce sens peuvent lui être soumis aussi bien par des institutions privées que publiques, pour autant celles-ci les réalisent ensuite en collaboration avec les partenaires indiqués. Jusqu'à présent, ces propositions émanent surtout de différentes hautes écoles spécialisées, de départements ou cliniques universitaires et de l'Institut de recherche sur les dépendances (I) de Zurich. Les collaborateurs des centres de traitement avec prescription d'héroïne peuvent suivre ces différents

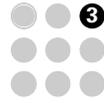
DIRECTIVES

RECOMMANDA-
TIONS

INFORMATIONS

1 Mission et attribution de l'OFSP





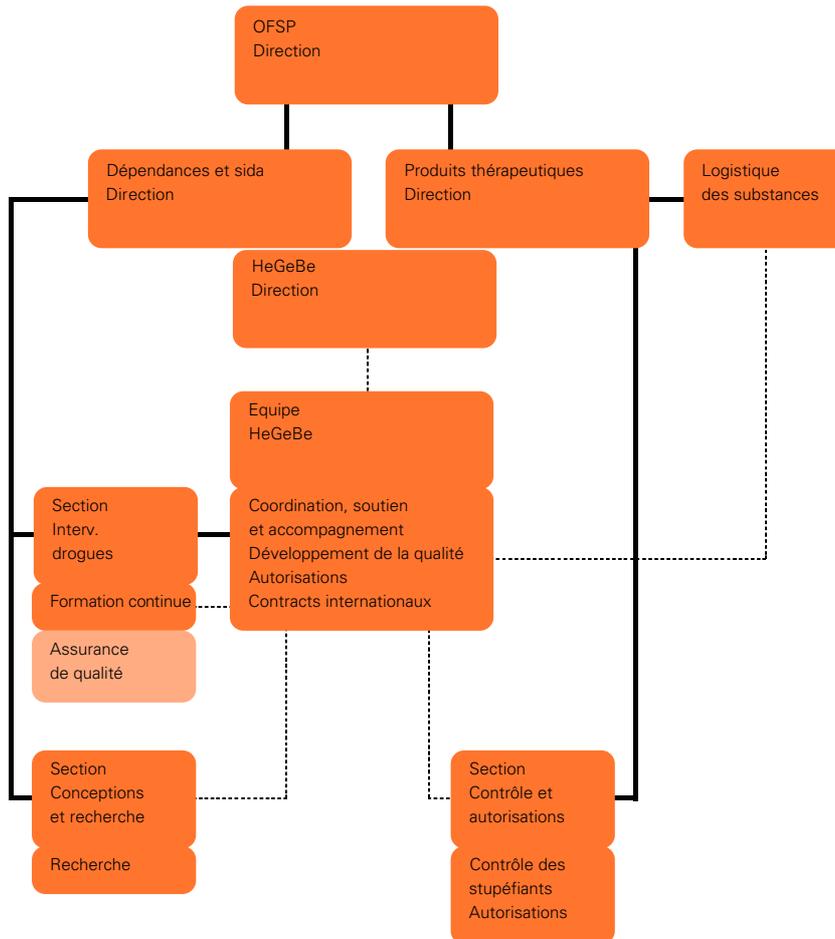
RÔLE ET ATTRIBUTIONS DE L'OFSP

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

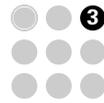
INFORMATIONS

2 Tâches et organisation interne de l'OFSP



— Liens hiérarchiques
..... Collaboration, échanges d'information, comptes-rendus

Adresses et fonctions des collaborateurs de l'OFSP se trouvent au chapitre 8



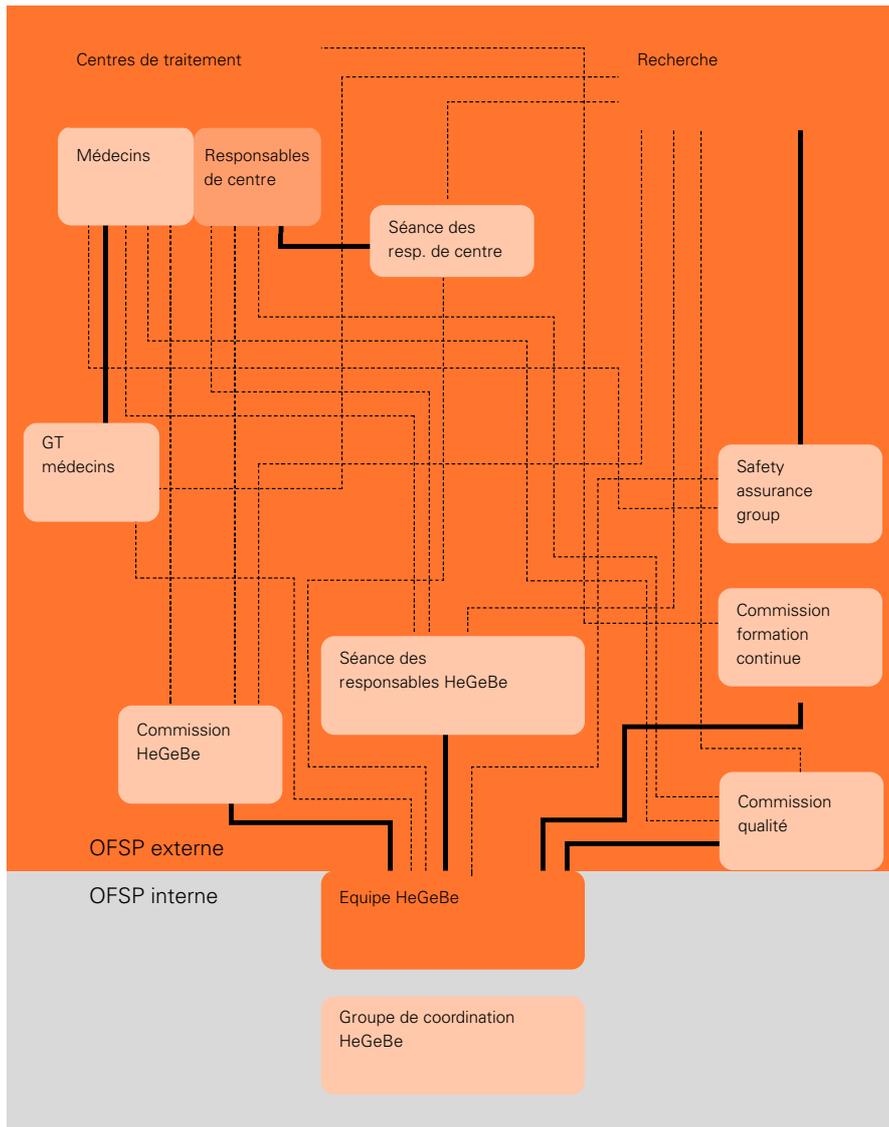
RÔLE ET ATTRIBUTIONS DE L'OFSP

DIRECTIVES

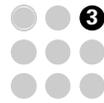
RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

3 Mandat et composition des organes HeGeBe



— Présidence
- - - - - Siège



3 Mandat et composition des organes HeGeBe

1 Groupe de coordination HeGeBe de l'OFSP

Composition:

Collaborateurs de l'OFSP participant au pilotage des traitements avec prescription d'héroïne

Présidence: Section interventions drogues, coordination HeGeBe

Section interventions drogues, secteur formation permanente

Section conceptions et recherche

Section contrôle et autorisation (contrôle des stupéfiants)

Les responsables de la logistique des substances

Buts

Assurer les échanges d'information et garantir une collaboration optimale entre HeGeBe et les autres services de l'OFSP impliqués dans le pilotage de ces programmes

Assurer des prises de décision efficaces en y associant toutes les instances participant au pilotage

Rassembler les savoir-faire (know-how) pour optimiser le fonctionnement de HeGeBe

Connaître le contenu et participer aux tâches de surveillance qui incombent à l'OFSP

Tâches

Echanges d'informations et discussion

Clarification et vérification des rôles respectifs des services chargés du pilotage de HeGeBe

Coordination et planification des tâches courantes

Définition de procédures spécifiques

Préparation des bases décisionnelles à l'intention de la direction

Discussion des recommandations adressées aux centres de traitement

Prise de connaissance et valorisation des résultats de contrôle exercé par l'OFSP

Bilan périodique (état des lieux)

Fréquence: le groupe de coordination se réunit 6 fois par année; davantage si nécessaire.

2 Séance des responsables HeGeBe

Composition

Présidence: OFSP, Section interventions drogues, secteur HeGeBe

Autres spécialistes de l'OFSP

1 à 2 représentants de chaque projet (généralement le responsable de centre et la direction médicale)

Les instituts de recherche mandatés par l'OFSP

Les responsables de la logistique des substances

Buts

Optimiser la collaboration, l'échange d'informations et la coordination entre les institutions et l'OFSP

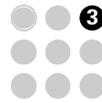
Discerner les besoins des centres de traitement en* ce qui concerne la collaboration avec l'OFSP et la recherche, mettre en place les procédures et la formation continue du personnel

Repérer les dispositions à prendre au plan fédéral

Assurer des processus décisionnels consensuels et efficaces en y associant toute les personnes concernées

Rassembler les savoir-faire (know-how) pour résoudre le mieux possible les problèmes courants.





3 Mandat et composition des organes HeGeBe

Tâches

- Echanges d'informations
- Coordination du travail commun
- Discussion des questions professionnelles
- Recherche de solutions
- Constitution de groupes de travail
- Définition des besoins des centres de traitement
- Mise en consultation des directives et des textes ayant valeur de bases légales
- Discussion et coordination des contenus de la formation continue

Fréquence: 4 à 5 fois par an

3 Commission HeGeBe

Composition

Présidence: OFSP, Section interventions drogues, secteur HeGeBe
Représentants de l'OFSP (selon le thème de la séance)
Représentants de la recherche (selon le thème de la séance)
2 responsables de centre
2 médecins-chefs

Buts

- Assurer une coordination et un flux d'informations optimaux entre l'OFSP, les milieux scientifiques et les centres de traitement
- Rassembler les savoir-faire (know-how) pour optimiser le fonctionnement et les processus décisionnels

Tâches

- Echange d'informations
- Coordination et discussion des tâches courantes
- Soutien à l'OFSP pour les questions spécialisées et de processus
- Bilan périodique (état des lieux) et choix stratégiques
- Constitution de groupes de travail «ad hoc» sur des sujets précis
- Information sur les activités de l'OFSP («groupe-miroir»)

Fréquence

La commission HeGeBe se réunit 5 fois par année, de préférence 15 jours avant chaque séance des responsables HeGeBe

4 Séance des responsables de centre

Composition

Tous les responsables des centres de traitement
Représentants de l'OFSP (selon nécessité)
Représentants des* milieux de la recherche (selon nécessité)

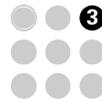
Mandat

- Discussion des questions de direction et de gestion
- Echanges d'expériences
- Développements du traitement avec prescription d'héroïne
- Elaboration de prises de position à l'attention de l'OFSP ou des scientifiques
- Préparation des séances des responsables HeGeBe

Fréquence

Cet organe se réunit 4 à 5 fois par ans, avant les séances de responsables HeGeBe





3 Mandat et composition des organes HeGeBe

5 Groupe de travail «médecins»

Composition

Le médecin-chef de chaque centre de traitement
Représentants des milieux de la recherche (selon nécessité)
Représentants des milieux de la recherche (selon nécessité)

Mandat

- Discussion de questions médicales et thérapeutiques
- Elaboration de solutions
- Organisation d'offres de formation continue
- Développement de la prescription médicale d'héroïne en tant qu'outil thérapeutique
- Elaboration de prises de position à l'attention des scientifiques et de l'OFSP
- Préparation des séances de responsables HeGeBe

Fréquence

Cet organe se réunit 4 à 5 fois par ans, avant les séances de responsables HeGeBe.

6 Groupes de travail interdisciplinaires

Ces groupes, chargés d'élaborer des prises de position et des directives portant sur certains aspects globaux mais fondamentaux du traitement avec prescription d'héroïne, sont formés «ad hoc».

7 Commission «qualité»

Composition

- OFSP (présidence)
- ISF
- Représentants des collectivités publiques finançant ces traitements (cantons/villes)
- Responsables et médecins représentant les centres de traitement
- Conseillers en développement de la qualité

10 membres au maximum

Buts

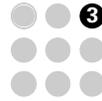
- Optimiser le traitement
- Développer une politique de la qualité et la documenter
- Ancrer les standards de qualité aussi largement que possible à tous les niveaux du traitement
- Optimiser la coordination avec les autres offres thérapeutiques dans le domaine des dépendances et renforcer le travail en réseau
- Rassembler et diffuser les savoir-faire (know-how)

Tâches

- Discussion et évaluation du succès thérapeutique (Outcome Research)
- Planification et pilotage des mesures de développement de la qualité dans le domaine HeGeBe

Fréquence: la commission «qualité» se réunit selon besoins, mais au minimum 4 fois par an.





3 Mandat et composition des organes HeGeBe

8 Safety Assurance Group

Composition

- Scientifiques du domaine des dépendances et des substances à préciser *
- Médecins représentant les centres de traitement
- Représentants de l'OFSP, Section conceptions recherche et Service HeGeBe

Au total, ce groupe est composé de 10 à 12 personnes.

But

- Assurer la sécurité thérapeutique des patients en traitement avec prescription d'héroïne

Tâche

- Conseiller l'OFSP en matière de risques existants ou potentiels pour les patients HeGeBe

Fréquence: ce groupe se réunit 3 fois par an, davantage si nécessaire.

9 Commission «formation continue»

Composition

- Présidence: responsable de la formation continue, Section interventions drogues, OFSP
- Représentants de l'équipe OFSP chargée de l'accompagnement de HeGeBe
- Un représentant des responsables de centre et un représentant par secteur thérapeutique (remise/soins, médecine somatique, travail social et psychothérapie) venant de différents centres HeGeBe

Au total, cette commission compte 6 à 7 membres.

But

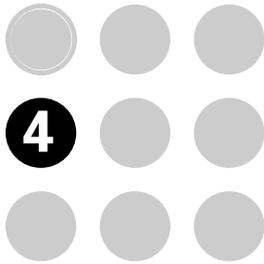
- Organiser des parcours de formation continue correspondant le mieux possible aux besoins du personnel des centres de traitement

Tâches

- Définition des besoins de formation et des mesures à mettre en place pour y répondre
- Etablissement d'un programme de formation continue
- Informations lors des séances de responsables HeGeBe
- Organisation et réalisation du programme définitif

Fréquence: cette commission se réunit 2 fois par année.





AUTORISATIONS

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

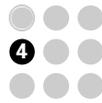
INFORMATIONS



- 1 Autorisation délivrée à l'institution
- 2 Autorisation délivrée au médecin
- 3 Autorisation délivrée au patient

- 1
- 3
- 5





1 Autorisation délivrée à l'institution

Art. 6 al. 6 LStup (AFU)

L'Office fédéral de la santé publique peut également octroyer des autorisations d'utiliser les substances visées au 1^{er} alinéa, lettre b pour traiter les personnes toxicodépendantes, à titre d'exception et aux seules institutions spécialisées en la matière.

Art. 18 O Autorisation donnée à l'institution

¹ L'OFSP peut octroyer une autorisation à une institution pour le traitement avec prescription d'héroïne:

- a. si l'autorisation cantonale visée à l'art. 14, al. 1, de la loi lui a été octroyée;
- b. si son concept d'exploitation et de traitement (art. 15) a été approuvé par le canton où elle est établie;
- c. si un médecin au moins est titulaire de l'autorisation visée à l'art. 19;
- d. si les autres conditions liées au traitement avec prescription d'héroïne et les exigences fixées par la présente ordonnance, auxquelles doivent satisfaire le personnel traitant et l'institution, sont remplies.

³ L'autorisation destinée à l'institution est valable deux ans. Elle est renouvelée pour autant que les conditions de son octroi soient remplies.

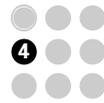
L'OFSP ne délivre son autorisation que si l'institution a reçu, au préalable, l'autorisation cantonale selon art. 14 al. 1 LStup et si son concept thérapeutique a, lui aussi, été agréé par le canton. En effet, le traitement avec prescription d'héroïne ne peut être pratiqué sur le territoire d'un canton ne l'ayant pas dûment autorisé et approuvé. Si le canton retire son approbation, l'autorisation délivrée par l'OFSP devient caduque, puisque l'une des conditions sur lesquelles elle se fonde n'est plus remplie.

L'institution doit disposer en permanence d'un médecin qualifié directement impliqué dans les traitements HeGeBe.

Procédure

Le schéma ci-après décrit la marche à suivre pour obtenir une autorisation institutionnelle. La pratique montre qu'entre la définition des besoins et l'obtention de l'autorisation délivrée à l'institution il s'écoule entre six et douze mois.



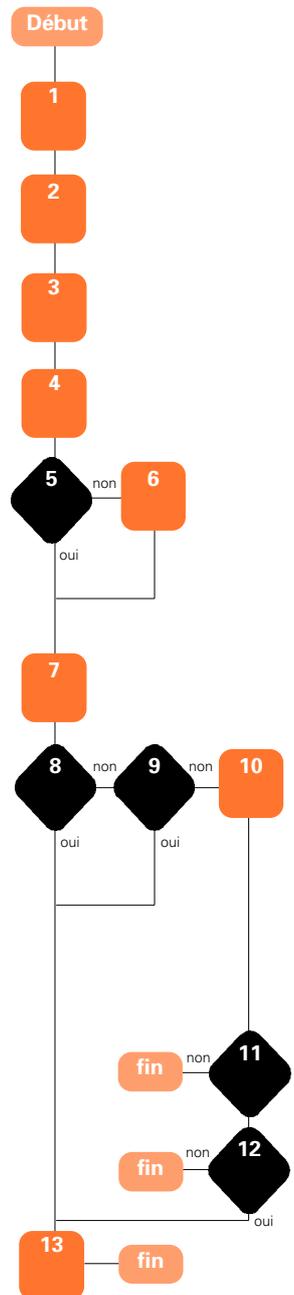


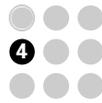
1 Autorisation délivrée à l'institution

Autorisation délivrée à l'institution de traitement avec prescription d'héroïne

Etape	Responsabilité	Input < / Output >
		> Définition des besoins pour ce traitement
1. Définition des besoins régionaux	Responsable(s) de projet et institution-support	
2. Elaboration du concept d'exploitation et de traitement	Responsable(s) de projet et institution-support	< Article 15 O > Concept
3. Recherche de locaux	Responsable(s) de projet	> Contrat de vente ou de location
4. Demande d'autorisation au canton	Responsable(s) de projet et institution-support	> Autorisation cantonale selon art. 14 al. 1 LStup
5. Autorisation médecin à disposition?	Responsable(s) de projet	
6. Obtenir autorisation pour le médecin (cf. schéma autorisation médecin)	Médecin	
7. Demande autorisation pour centre HeGeBe	Institution-support	> Envoi dossier et demande écrite à de l'OFSP
8. Conditions art. 18 O sont-elles remplies?	OFSP	< Article 18 O
9. Autorisation possible sous réserves?	OFSP	
10. Refus d'octroyer l'autorisation	OFSP	Décision avec considérants juridiques
11. Recours contre la décision?	OFSP Institution-support	> Recours écrit
12. Recours accepté?	Département fédéral de l'intérieur	> Décision DFI
13. Octroi autorisation	OFSP	Autorisation donnée à l'institution

Processus





2 Autorisation délivrée au médecin

Art. 19 Autorisation donnée au médecin

¹ L'OFSP octroie à un médecin l'autorisation de prescrire de l'héroïne:

- a. s'il est habilité à remettre des stupéfiants au sens de l'art. 9 de la loi;
- b. s'il possède l'expérience du traitement de personnes gravement dépendantes de l'héroïne.

² L'autorisation destinée au médecin est valable deux ans. Elle est renouvelée pour autant que les conditions de son octroi soient remplies.

La responsabilité du médecin prescripteur est engagée d'une manière particulière, puisque la prescription médicale d'héroïne ne peut se faire sans lui. C'est pourquoi cette fonction est soumise à une autorisation spéciale, condition sine qua non pour l'ouverture et l'exploitation d'un centre HeGeBe. L'autorisation donnée au médecin est exclusivement valable dans le cadre de son activité dans le centre de traitement avec prescription d'héroïne. En règle générale, il n'est accordé qu'une autorisation de ce type par institution.

L'autorisation au médecin ne peut être délivrée que si les conditions énoncées à l'art. 9 LStup sont remplies. Selon l'article 12, les cantons peuvent priver, pour un temps indéterminé ou définitif, des droits que confère l'article 9, la personne exerçant une profession médicale devenue dépendante ou qui contrevient aux articles 19 à 22. Au cas où un canton serait conduit à prendre de telles sanctions, l'une des conditions de l'art. 19 O ne serait plus remplie et l'autorisation donnée au médecin prescripteur d'héroïne lui serait donc retirée, elle aussi. Sur le fond, le principe selon lequel les décisions en matière de personnel médical appartiennent aux cantons reste donc applicable, même dans le traitement avec prescription d'héroïne.

Procédure

Le schéma ci-après décrit la marche à suivre pour déposer une demande d'autorisation donnée au médecin auprès de l'OFSP.



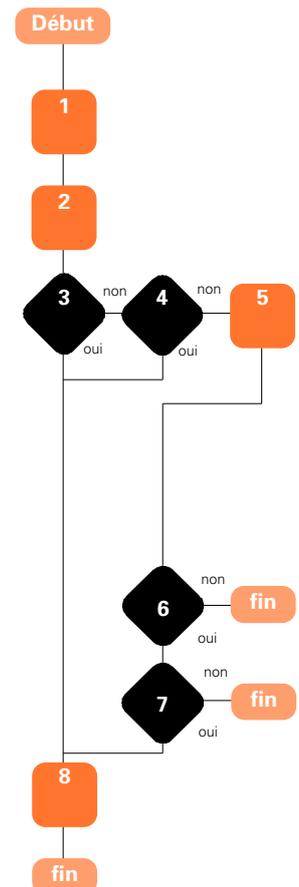
2 Autorisation délivrée au médecin

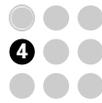
Autorisation délivrée au médecin prescripteur d'héroïne



Etape	Responsabilité	Input < / Output >
1. Recrutement de la direction médicale	Responsable de l'institution ou institution-support	< Article 19 O
2. Demande d'autorisation au médecin auprès de l'OFSP	Médecin	< Curriculum < autorisation cantonale de prescrire des stupéfiants
3. Conditions de l'art. 19 O remplies?	OFSP	< Article 19 O
4. Autorisation peut-elle être accordée sous réserves?	OFSP	
5. Refus de l'autorisation au médecin?	OFSP	> Décision accompagnée de considérants
6. Recours contre la décision?	Médecin	> Recours écrit
7. Recours accepté	Département fédéral de l'intérieur	> Décision DFI
8. Autorisation accordée au médecin	OFSP	> Autorisation donnée au médecin

Processus





3 Autorisation délivrée au patient

a) Demande d'admission dans le traitement

Art. 20 Autorisation donnée au patient

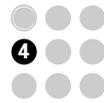
¹ L'OFSP octroie à un patient l'autorisation de suivre un traitement avec prescription d'héroïne dans une institution agréée:

- a. s'il remplit les critères d'admission visés à l'art. 4;
- b. si la direction médicale a proposé son admission au traitement;
- c. si l'autorité cantonale compétente visée à l'art. 15a, al. 5, de la loi ou la direction de l'institution ne formule pas d'objections.

Une fois l'indication médicale et sociale posée, le médecin-chef demande l'admission du patient dans le traitement avec prescription médicale d'héroïne en adressant le formulaire correspondant à l'OFSP. Après avoir vérifié que tous les critères d'admission ont été observés, l'OFSP délivre l'autorisation voulue. L'autorisation donnée au patient n'est valable qu'à l'intérieur d'une institution agréée, elle aussi. Les autorités cantonales compétentes et/ou le responsable de l'institution peuvent formuler des objections à l'admission d'un patient pour autant qu'elles soient dûment motivées (cas d'un patient déjà en traitement à la méthadone, par exemple).

Il arrive qu'un patient demande à être admis dans un traitement avec prescription d'héroïne dans un canton voisin, son canton de domicile n'offrant pas cette possibilité. Dans ce cas, le terme d'autorité cantonale compétente s'applique aussi bien au canton de domicile qu'au canton dans lequel se trouve l'institution et il faut donc obtenir l'autorisation des deux autorités concernées, c'est-à-dire celles des médecins cantonaux respectifs.





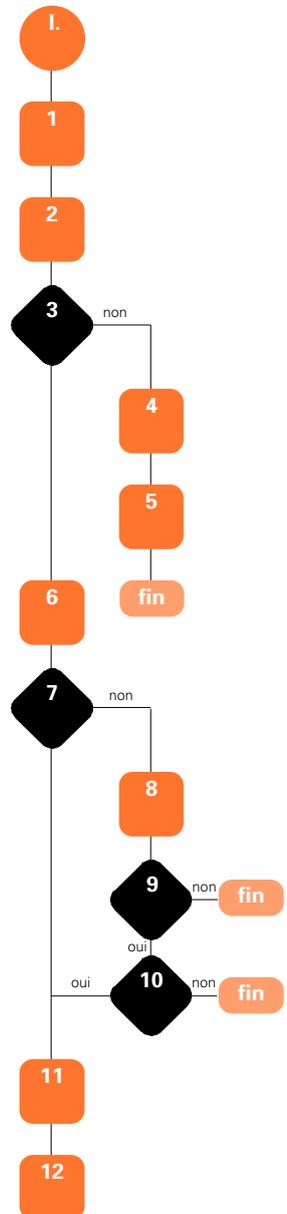
3 Autorisation délivrée au patient

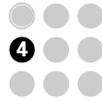
Procédure d'admission (sans la demande à l'OFSP)



Etape	Responsabilité	Input < / Output >
I. Voir schéma résumant l'admission des patients dans HeGeBe (chap.1.3)		
1. Remplir et signer la demande	Médecin	< Formulaire demande d'autorisation concernant la participation d'un patient à un traitement avec prescription d'héroïne
2. Faxer le formulaire au médecin cantonal	Médecin	
3. Autorisation du médecin cantonal		
4. Renvoyer le formulaire par fax au centre HeGeBe, en motivant le refus	Médecin cantonal	< Message par fax
5. Réponse négative au patient	Médecin	
6. Faxer le formulaire à l'OFSP	Médecin cantonal	
7. L'autorisation peut-elle être accordée ?	OFSP	
8. Réponse au patient (avec copie au centre HeGeBe)	OFSP	> Décision accompagnée de considérants
9. Recours contre la décision	Patient	Recours écrit
10. Recours accepté ?	Département fédéral de l'intérieur	Décision DFI
11. Autorisation	OFSP	> Autorisation aux patient (au plus tard 3 jours ouvrables après 6.)
12. Début du traitement	Médecin	

Processus





AUTORISATIONS

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

3 Autorisation délivrée au patient

L'OFSP garantit aux centres de traitement que les demandes d'autorisations aux patients soient traitées dans un délai de trois jours ouvrables à compter de leur réception. Une fois la décision prise, les centres de traitement en sont immédiatement informés par télécopie.

Parallèlement, l'OFSP renvoie l'original et une copie de l'autorisation au centre de traitement, par courrier postal. Cette façon de procéder permet de s'assurer que l'autorisation parvient bien au patient concerné et que toutes les dispositions régissant la protection des données personnelles sont respectées. Lorsque l'autorisation est remise au patient, celui-ci doit le confirmer en signant à l'endroit prévu sur la copie qui reste en mains de l'institution. La copie contresignée par le patient doit figurer dans son dossier et le centre HeGeBe doit pouvoir la produire si l'OFSP la demande au cours d'un contrôle.



OFSP
 1000
 1000
 1000
 1000
 1000

Demanda d'autorisation de participation au traitement

Das folgende Formular ist für die Patienten zu verwenden, die an der Behandlung teilnehmen wollen. Es ist zu verwenden, wenn der Patient die Teilnahme an der Behandlung bestätigt und die Teilnahme an der Behandlung bestätigt.

Daten:

Name: Vorname: Nachname:

Behandlung:

Die Behandlung wird von durchgeführt.

Wichtige Informationen:

Die Teilnahme an der Behandlung ist freiwillig. Sie können jederzeit die Teilnahme an der Behandlung beenden.

Unterschriften:

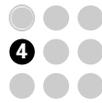
Der Patient hat die Teilnahme an der Behandlung bestätigt.

Der Arzt hat die Teilnahme an der Behandlung bestätigt.

Stempel:

Das Formular ist zu verwenden, wenn der Patient die Teilnahme an der Behandlung bestätigt.

Demanda d'autorisation concernant la participation d'un patient à un traitement avec prescription d'héroïne



3 Autorisation délivrée au patient

b) Hospitalisation

Art. 18 O Autorisation donnée à l'institution

² Pour pouvoir poursuivre le traitement avec prescription d'héroïne lorsque le patient est hospitalisé ou qu'il purge une peine privative de liberté de 30 jours au maximum, l'hôpital ou le service médical de l'établissement pénitentiaire peut, dans des cas exceptionnels justifiés, se voir octroyer une autorisation valable pour la durée du séjour du patient, sans que les conditions visées par l'al. 1, let. b et d, soient remplies.

En cas d'hospitalisation, le traitement avec prescription d'héroïne peut être poursuivi, mais à la condition qu'une demande spécifique, clairement motivée sur le formulaire-type correspondant, soit déposée. L'OFSP n'accorde cette autorisation que s'il est avéré que la substitution à l'aide d'autres opiacés est tout à fait contre-indiquée. Il est indispensable, là encore, d'obtenir au préalable l'aval du médecin cantonal.

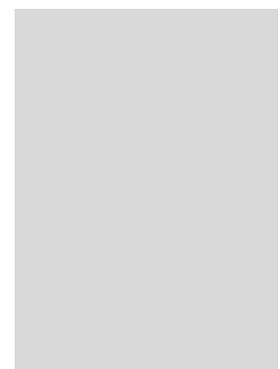
Deux exceptions sont toutefois prévues. En effet dans les deux situations décrites ci-dessous, et seulement alors, le médecin prescripteur du centre HeGeBe est habilité à organiser directement la remise d'héroïne avec l'hôpital concerné. Il n'y est autorisé que pour une brève période transitoire (3 jours au maximum) et doit observer strictement la procédure indiquée ici, à moins que les réglementations cantonales ne contiennent d'autres dispositions à ce sujet.

1. Hospitalisation en urgence

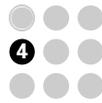
Il appartient au médecin attaché au centre de traitement avec prescription d'héroïne de juger s'il s'agit d'une hospitalisation en urgence ou non.

Si c'est bien le cas, le médecin du centre HeGeBe ordonne l'hospitalisation immédiate du patient et la poursuite de la prescription d'héroïne. En parallèle, il en informe l'OFSP auquel il envoie, par télécopie, le formulaire ad hoc mentionnant le motif exact pour lequel la prescription d'héroïne doit être maintenue. Il est par ailleurs tenu de confirmer que l'établissement hospitalier concerné et l'autorité cantonale compétente ont tous deux accepté la prescription d'héroïne durant l'hospitalisation et qu'il garde l'entière responsabilité de cet aspect du traitement, en particulier celle du dosage. Le formulaire doit également comporter le nom du médecin et le numéro de fax du médecin qui assure le suivi médical du patient dans cet hôpital. En réponse à quoi, l'OFSP accorde à celui-ci l'autorisation provisoire de remettre de l'héroïne au patient concerné durant trois jours au plus.

Ce délai permet d'engager la procédure ordinaire de demande d'autorisation de prescription d'héroïne durant une hospitalisation. Si celle-ci est accordée, l'établissement hospitalier en question peut poursuivre la remise d'héroïne au-delà des trois jours initialement convenus, c'est-à-dire jusqu'à la sortie du patient.



Demande concernant la poursuite de la prescription d'héroïne sous contrôle médicale en cas d'hospitalisation



AUTORISATIONS

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

3 Autorisation délivrée au patient

2. Hospitalisation en urgence les week-ends et jours fériés

La marche à suivre est sensiblement la même que pour la situation qui précède. Toutefois, dans ce cas, le médecin prescripteur du centre HeGeBe est habilité à ordonner de suite la remise d'héroïne à l'hôpital. La télécopie en attestant doit parvenir à l'OFSP le lundi suivant, jusqu'à 9 heures du matin au plus tard. Le délai transitoire de trois jours débute à réception par l'hôpital du fax de l'OFSP confirmant l'autorisation provisoire de prescrire l'héroïne.



c) Séjours en prison

A l'instar de ce qui se passe en cas d'hospitalisation, la prescription d'héroïne peut également être poursuivie, à certaines conditions, en cas de peines de prison de courte durée, c'est-à-dire n'excédant pas trente jours. Une demande doit être adressée à l'OFSP, par télécopie et au moyen du formulaire correspondant. Là encore, la substitution par d'autres opiacés doit être clairement contre-indiquée. En pratique, il est très peu fait usage de cette possibilité, les patients héroïnomanes étant le plus souvent incarcérés au pénitencier de Schöngrün SO, lequel dispose de son propre centre de traitement avec prescription d'héroïne.

d) Remise d'héroïne à emporter

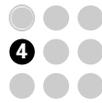
La remise d'héroïne à emporter est soumise à des exigences très strictes (voir chap. 1.9).

Si toutes les conditions requises sont réunies, une demande d'autorisation de remettre de l'héroïne à emporter peut être déposée à l'OFSP au moyen du formulaire correspondant. D'ordinaire, l'OFSP traite ces demandes en l'espace de trois jours ouvrables.

Demande concernant la poursuite de la prescription d'héroïne sous contrôle médicale en cas d'hospitalisation

Demande concernant la poursuite de la prescription d'héroïne sous contrôle médicale pour une durée maximale de 30 jours lors de l'exécution d'une peine privative de liberté

Demande pour la remise de doses à emporter d'héroïne non injectable



AUTORISATIONS



3 Autorisation délivrée au patient

e) Renouvellement de l'autorisation donnée au patient

Art. 20 O Autorisation donnée au patient

² L'autorisation donnée au patient est valable deux ans. Dans les cas justifiés, elle peut être renouvelée, chaque fois pour une année.

³ Les demandes de renouvellement doivent être accompagnées d'un rapport sur l'évolution du traitement et préciser les nouveaux objectifs thérapeutiques.



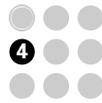
Voir aussi chap. 1.7: Documentation du traitement

Ainsi que le prévoit l'art. 20 al. 2 de l'Ordonnance sur la prescription médicale d'héroïne, les autorisations délivrées aux patients ont une durée de validité maximale de deux ans. Au terme de cette période, une demande de renouvellement de l'autorisation peut être adressée à l'OFSP. Ce formulaire comporte des informations précises sur l'évolution générale du traitement (documentation), comme le veut l'art. 20 al. 3.

L'OFSP informe régulièrement les centres de traitement avec prescription d'héroïne sur les autorisations données aux patients arrivant à échéance et nécessitant l'introduction d'une demande de renouvellement dans les trois mois suivants.

Afin de simplifier les démarches des centres et la gestion de l'OFSP à cet égard, un formulaire-type a été élaboré de concert avec des représentants de différents centres HeGeBe. Si ce formulaire garantit la conformité du traitement avec les exigences énoncées dans l'Ordonnance, il constitue aussi, pour les centres, un bon outil d'évaluation du processus thérapeutique et de la prise en charge psychosociale du patient. Par ailleurs, ce petit travail administratif s'accomplit aisément, puisque il suffit, pour ce faire, de résumer sur le formulaire-type les informations contenues dans le plan de traitement obligatoirement réactualisé tous les trois mois, conformément à l'art. 7 O.

Demande de renouvellement de l'autorisation donnée au patient



3 Autorisation délivrée au patient

f) Transfert entre centres HeGeBe

La gestion du transfert de patients d'un centre à un autre est soumise à des directives particulières. Trois modes possibles de transfert font l'objet d'une explication plus détaillée ci-après.

■ Transfert définitif avec ou sans changement de canton

Procédure

Lorsqu'un patient quitte un centre HeGeBe, celui-ci en informe l'OFSP par une mention dans le champ prévu à cet effet sur le formulaire de demande d'autorisation donnée au patient (encadré en bas à droite: «Transfert du traitement»). De son côté, le centre qui s'apprête à accueillir ce patient introduit une nouvelle demande d'autorisation concernant la participation du patient à un traitement avec prescription d'héroïne. La demande doit parvenir à l'OFSP trois jours au moins avant la date fixée pour le transfert.

Explication

L'autorisation donnée au patient n'est jamais générale; elle est toujours délivrée pour un traitement dans un centre HeGeBe précis. Cette façon de faire garantit, en outre, que les effectifs de patients enregistrés dans les centres, chez les médecins cantonaux et à l'OFSP concordent en tout temps.

■ Transfert provisoire sans changement de canton (par exemple pour cause d'emploi à durée limitée, de vacances, de visites à des proches, etc.)

Procédure

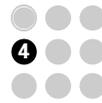
Les deux centres concernés règlent les modalités de ce transfert entre eux, après avoir obtenu le visa du médecin cantonal. Ils en informent l'OFSP.

■ Transfert provisoire avec changement de canton

Procédure

Les deux centres concernés règlent les modalités de ce transfert entre eux, après avoir chacun obtenu le visa de leur médecins cantonal respectif. Ils en informent l'OFSP.





3 Autorisation délivrée au patient

g) Sortie

Art. 21 O Extinction de l'autorisation donnée au patient

L'autorisation donnée au patient s'éteint:

- a. à l'échéance de sa durée de validité;
- b. à la demande du patient;
- c. à la fin du traitement.

Lorsque le traitement est achevé, l'OFSP doit en être informé par poste ou par fax. Il suffit, pour cela, de remplir le champ prévu à cet effet (encadré en bas à gauche du formulaire).



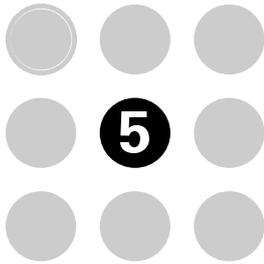
h) Retrait de l'autorisation donnée au patient

Art. 22 O Retrait de l'autorisation donnée au patient

L'OFSP peut retirer au patient l'autorisation de participer au traitement avec prescription d'héroïne:

- a. s'il consomme des stupéfiants illégaux à l'intérieur de l'institution;
- b. s'il remet à des tiers ou vend des stupéfiants qui lui ont été remis;
- c. s'il exerce des menaces ou commet des actes de violence envers des membres du personnel soignant ou d'autres personnes à l'intérieur de l'institution;
- d. s'il refuse par principe ou de façon répétée le traitement ou la prise en charge accompagnant le traitement avec prescription d'héroïne;
- e. si les conditions convenues dans la déclaration de consentement ne sont plus remplies.

Si le patient remplit l'une des conditions énoncées à l'art. 22 O, l'OFSP peut lui retirer son autorisation pour autant que le centre dépose une demande dans ce sens.



BASES LÉGALES

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS



- 1 Arrêté fédéral sur la prescription médicale d'héroïne
- 2 Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes

1
2





1 Arrêté fédéral sur la prescription médicale d'héroïne

du 9 octobre 1998

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse, vu le message du Conseil fédéral du 18 février 1998¹, arrête:

I

La loi fédérale du 3 octobre 1951² sur les stupéfiants est modifiée comme suit:

Art. 8, 6° à 8° al.

⁶ L'Office fédéral de la santé publique peut en outre octroyer à titre d'exception des autorisations de cultiver, d'importer, de fabriquer et de mettre en circulation des substances visées au 1^{er} alinéa, lettre b. Il peut également octroyer des autorisations d'utiliser ces mêmes substances pour traiter les personnes toxicodépendantes, à titre d'exception et aux seules institutions spécialisées en la matière.

⁷ Le Conseil fédéral fixe les conditions régissant le traitement des personnes toxicodépendantes au moyen de substances visées au 1^{er} alinéa, lettre b. Il veille en particulier à ce que ces substances ne soient administrées qu'à des personnes:

- a. âgées de 18 ans au moins;
- b. héroïnomanes depuis au moins deux ans;
- c. qui ont interrompu au moins deux essais de traitement ambulatoire ou hospitalier impliquant une autre méthode reconnue ou dont l'état de santé ne permet pas d'autres traitements; et
- d. qui présentent des déficiences d'ordre médical, psychologique ou social dues à la consommation de stupéfiants.

⁸ Le Conseil fédéral règle le contrôle périodique de l'application des thérapies, notamment en tenant compte de l'objectif de l'abstinence.

Art. 8a

¹ L'Office fédéral de la santé publique est autorisé à exploiter des données personnelles aux fins de vérifier les conditions relatives au traitement visé à l'article 8, 6° et 7° alinéas, et son déroulement.

² Il prend les mesures techniques et organisationnelles nécessaires pour assurer la protection des données.

II

¹ Le présent arrêté est de portée générale.

² Il est déclaré urgent en vertu de l'article 89^{bis}, 1^{er} alinéa, de la constitution et est sujet au référendum facultatif en vertu de l'article 89^{bis}, 2^e alinéa, de la constitution.

³ Il entre en vigueur le jour suivant son adoption et a effet jusqu'à l'entrée en vigueur de la révision de la loi du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants, mais au plus tard jusqu'au 31 décembre 2004.

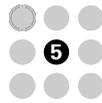
Conseil des Etats,
9 octobre 1998
Le président: Zimmerli
Le secrétaire: Lanz

Conseil national,
9 octobre 1998
Le président: Leuenberger
Le secrétaire: Anliker

¹ FF 1998 1321

² RS 812.121





2 Ordonnance sur la prescription médicale d'héroïne

du 8 mars 1999

Le Conseil fédéral suisse,
vu les art. 8, al. 6 à 8, 8a, 9 et 14, al. 1, de la loi du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants (loi)¹,
arrête:

Section 1 Dispositions générales

Art. 1 But

¹ Le traitement avec prescription d'héroïne de personnes gravement dépendantes de cette substance vise:

- a. à établir avec elles un lien thérapeutique stable;
- b. à améliorer leur état de santé physique et/ou psychique;
- c. à améliorer leur intégration sociale (aptitude à travailler, distanciation par rapport à la scène de la drogue, réduction de la délinquance);
- d. à faire cesser durablement leur consommation d'opiacés.

² Le traitement avec prescription d'héroïne complète la thérapie destinée aux personnes gravement dépendantes de l'héroïne chez lesquelles d'autres thérapies ont échoué ou dont l'état de santé ne permet pas d'autres types de traitement.

Art. 2 Définitions

¹ Par traitement avec prescription d'héroïne on entend la prescription d'héroïne à des personnes gravement dépendantes, dans le cadre d'un traitement global et interdisciplinaire, dispensé dans une institution visée à l'art. 9.

² L'état de santé englobe l'état somatique et psychique ainsi que la situation sociale du patient.

³ Par personne gravement dépendante on entend toute personne qui remplit les critères mentionnés aux chiffres 4 (syndrome de sevrage physique) et 5 (développement d'une tolérance) de la Classification internationale des maladies de l'OMS de décembre 1990 2 (International Classification of Diseases and Health-related Classifications, ICD-10) pour un diagnostic de dépendance, ainsi qu'au moins deux autres critères.

Section 2 Traitement avec prescription d'héroïne

Art. 3 Interdisciplinarité

¹ Le traitement avec prescription d'héroïne comprend une prise en charge somatique, psychiatrique et sociale.

² La direction de l'institution assure la coopération et la coordination avec et entre les personnes collaborant au traitement.

Art. 4 Critères d'admission

¹ Pour être admis à suivre le traitement avec prescription d'héroïne, le patient doit:

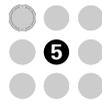
- a. avoir 18 ans révolus;
- b. être gravement dépendant de l'héroïne depuis deux ans au moins;
- c. avoir fait au moins deux tentatives, sans succès ou interrompues, dans une autre thérapie ambulatoire ou



RS 812.121.6

¹ RS 812.121

² On peut consulter ce document à l'Office fédéral de la santé publique, 3003 Berne ou en obtenir, contre paiement, le texte imprimé de l'Organisation mondiale de la santé, Division of Publishing, Language, and Library Services, Headquarters, 1211 Genève 27.



2 Ordonnance sur la prescription médicale d'héroïne

- résidentielle reconnue; et
- d. présenter des déficits de nature somatique, psychique ou sociale imputables à la consommation de drogue.
- ² Exceptionnellement, lorsque cela est justifié, notamment en cas de maladie physique ou psychique grave ne permettant pas un traitement basé sur d'autres méthodes, une personne qui ne remplit pas les conditions visées à l'al. 1, let. c, peut être admise à suivre le traitement avec prescription d'héroïne.

Art. 5 Indication

- ¹ Après avoir examiné de manière approfondie l'état de santé du patient, les personnes responsables des secteurs de traitement posent l'indication médicale et sociale.
- ² Elles décident ensemble d'admettre ou non le patient. En cas de divergences, l'organe indiqué dans le concept d'exploitation tranche.
- ³ Le responsable médical présente la demande d'autorisation pour patient visée à l'art. 20.

Art. 6 Déclaration de consentement

- ¹ Lors de son admission, le patient confirme par écrit qu'il a été dûment informé du déroulement du traitement, de ses droits et devoirs, et des conséquences du nonrespect de ces derniers.
- ² Le patient doit en particulier s'engager à renoncer à conduire un véhicule à moteur pendant la durée du traitement.

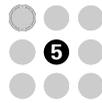
Art. 7 Plan thérapeutique

- ¹ Les objectifs individuels du patient dans les différents secteurs de la prise en charge sont définis à partir d'un plan thérapeutique élaboré de manière interdisciplinaire.
- ² Le personnel soignant vérifie trimestriellement les objectifs et au besoin les réajuste.
- ³ Lors de la vérification, il évalue notamment les chances de succès du passage à un autre traitement, tel qu'un programme avec prescription de méthadone ou un traitement axé sur l'abstinence.

Art. 8 Administration de l'héroïne

- ¹ En règle générale, l'héroïne est administrée à l'intérieur de l'institution visée à l'art. 9, sous contrôle visuel du personnel soignant.
- ² Des doses d'héroïne non injectable à emporter peuvent être remises à un patient si son état de santé est stabilisé, si son intégration sociale est avancée (notamment sur les plans du logement et du travail), s'il se tient éloigné de la scène de la drogue et au cas où l'administration de la totalité des doses à l'intérieur de l'institution aurait une influence négative notable sur la suite de sa réhabilitation sociale.
- ³ La remise aux patients de substances non injectables à emporter est soumise à une autorisation de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- ⁴ Les doses à emporter peuvent être remises uniquement aux patients qui suivent un traitement avec prescription d'héroïne, en règle générale pour une durée de six mois sans interruption. Dans des cas exceptionnels justifiés l'OFSP peut réduire cette durée, mais pas à moins de trois mois.
- ⁵ La quantité à emporter de substances non injectables ne doit





2 Ordonnance sur la prescription médicale d'héroïne

pas dépasser la dose journalière. Si d'autres règles en matière de remise de doses à emporter sont décidées, elles devront faire l'objet d'un suivi scientifique.

⁶ L'OFSP établit des directives et des recommandations concernant la prescription et la remise de l'héroïne. Les dispositions cantonales relatives à la prescription et à la remise de morphine et de méthadone et des autres stupéfiants sont réservées. Sauf disposition contraire, elles sont applicables par analogie à l'héroïne.

Section 3 Institution de traitement avec prescription d'héroïne

Art. 9 Institution

Sont habilitées à dispenser le traitement avec prescription d'héroïne les institutions:

- qui assurent un traitement et une prise en charge interdisciplinaires au sens de l'art. 3;
- qui disposent de personnel médical et d'autres professionnels qualifiés;
- qui disposent d'un effectif suffisant de personnel soignant et de personnel de prise en charge;
- qui disposent de locaux à un endroit approprié et d'une infrastructure appropriée; et
- qui garantissent la sécurité des opérations liées à l'héroïne et un programme d'assurance qualité.

Art. 10 Autorité responsable et direction

¹ Les autorités responsables de l'institution sont les cantons, les communes ou des organisations privées.

² L'autorité responsable assume la direction générale de l'institution, notamment l'organisation, l'engagement du personnel et l'infrastructure nécessaires au déroulement du traitement avec prescription d'héroïne, ainsi que son financement.

³ La direction générale de l'institution n'est pas habilitée à donner des instructions au personnel s'agissant de décisions relevant du traitement.

Art. 11 Personnel soignant

¹ Le personnel soignant est composé au moins:

- d'un médecin responsable de la direction médicale, titulaire de l'autorisation de prescrire de l'héroïne visée aux art. 9 et 10 de la loi;
- d'un professionnel responsable de la prise en charge psychosociale;
- de deux personnes responsables des soins aux patients et de la remise des stupéfiants et des médicaments prescrits.

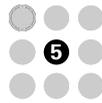
² Un effectif suffisant de personnel qualifié doit être à disposition dans tous les secteurs du traitement et de la prise en charge.

³ Une personne qualifiée peut assumer la responsabilité de deux secteurs de prise en charge si elle possède la formation nécessaire et dispose des capacités de prise en charge suffisantes.

Art. 12 Délégation

¹ Exceptionnellement, dans des cas justifiés, certains secteurs du traitement et de la prise en charge peuvent être confiés à des personnes ou à des institutions extérieures qualifiées, à condition qu'une prise en charge interdisciplinaire et coordonnée soit garantie.





2 Ordonnance sur la prescription médicale d'héroïne

² La délégation doit être soumise à l'approbation de l'OFSP.

³ La remise et la prescription d'héroïne visées à l'art. 8 ne peuvent pas être déléguées.

Art. 13 Formation et perfectionnement

¹ La majorité du personnel qualifié doit justifier d'une expérience professionnelle suffisante dans le traitement et la prise en charge de personnes dépendantes de la drogue.

² Le personnel est tenu de se perfectionner régulièrement. L'OFSP l'informe des résultats significatifs de la recherche et des recommandations correspondantes en matière thérapeutique.

Art. 14 Sécurité

¹ Les stupéfiants doivent être conservés à l'écart de toute marchandise dans un coffrefort placé dans un local qui aura été dûment autorisé à cette fin. Si des problèmes de sécurité se posent, les cantons peuvent prescrire des mesures supplémentaires.

² L'institution élabore, avec le concours des autorités de la police locale, un dispositif de sécurité pour les patients et le personnel soignant.

³ Le responsable du contrôle des stupéfiants doit pouvoir en tout temps présenter à l'autorité ayant délivré l'autorisation les pièces justificatives concernant l'acquisition et l'utilisation des stupéfiants prescrits.

Art. 15 Concept d'exploitation et de traitement

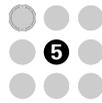
¹ L'institution établit un concept détaillé d'exploitation, comprenant notamment des indications sur l'autorité responsable, la direction de l'institution, les responsabilités, les ressources en personnel, les locaux, le nombre de places de traitement, la sécurité, la protection des données, le financement et la place de l'institution dans l'organisation du réseau régional des institutions d'aide aux toxicomanes.

² Un concept de traitement définit les principes de celui-ci, les responsabilités et le mode de collaboration des personnes participant au traitement et la formation continue qu'elles doivent suivre.

³ Toute modification essentielle apportée au concept d'exploitation et de traitement doit être annoncée sans délai à l'OFSP.

⁴ Les personnes intéressées sont autorisées à consulter le concept d'exploitation et de traitement dans la mesure où elles sont concernées.





2 Ordonnance sur la prescription médicale d'héroïne

Section 4 Autorisations

Art. 16 Attributions de l'OFSP

¹ L'OFSP:

- a. octroie les autorisations aux institutions, aux médecins et aux patients;
- b. octroie les autorisations d'acquisition, de préparation et de mise en circulation de l'héroïne nécessaire au traitement;
- c. exerce la surveillance sur les institutions par des contrôles réguliers, en étroite collaboration avec l'autorité cantonale compétente;
- d. adresse des recommandations aux institutions et établit des directives notamment aux fins de coordonner le traitement avec prescription d'héroïne et d'assurer sa qualité;
- e. encourage et soutient le perfectionnement professionnel du personnel qualifié;
- f. encourage et soutient la recherche sur d'autres questions se rapportant au traitement avec prescription d'héroïne;
- g. soumet chaque année un rapport au Département fédéral de l'intérieur à l'attention du Conseil fédéral.

² Il peut soutenir les institutions par des contributions à l'exploitation.

Art. 17 Dispositions générales

Toute autorisation est réputée exceptionnelle au sens de l'art. 8, al. 6 et 7, de la loi. Nul ne peut prétendre à l'obtention ou ni renouvellement d'une autorisation.

Art. 18 Autorisation donnée à l'institution

¹ L'OFSP peut octroyer une autorisation à une institution pour le traitement avec prescription d'héroïne:

- a. si l'autorisation cantonale visée à l'art. 14, al. 1, de la loi lui a été octroyée;
- b. si son concept d'exploitation et de traitement (art. 15) a été approuvé par le canton où elle est établie;
- c. si un médecin au moins est titulaire de l'autorisation visée à l'art. 19;
- d. si les autres conditions liées au traitement avec prescription d'héroïne et les exigences fixées par la présente ordonnance, auxquelles doivent satisfaire le personnel traitant et l'institution, sont remplies.

² Pour pouvoir poursuivre le traitement avec prescription d'héroïne lorsque le patient est hospitalisé ou qu'il purge une peine privative de liberté de 30 jours au maximum, l'hôpital ou le service médical de l'établissement pénitentiaire peut, dans des cas exceptionnels justifiés, se voir octroyer une autorisation valable pour la durée du séjour du patient, sans que les conditions visées par l'al. 1, let. b et d, soient remplies.

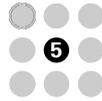
³ L'autorisation destinée à l'institution est valable deux ans. Elle est renouvelée pour autant que les conditions de son octroi soient remplies.

Art. 19 Autorisation donnée au médecin

¹ L'OFSP octroie à un médecin l'autorisation de prescrire de l'héroïne:

- a. s'il est habilité à remettre des stupéfiants au sens de l'art. 9 de la loi;
- b. s'il possède l'expérience du traitement de personnes





2 Ordonnance sur la prescription médicale d'héroïne

gravement dépendantes de l'héroïne.

² L'autorisation destinée au médecin est valable deux ans. Elle est renouvelée pour autant que les conditions de son octroi soient remplies.

§

Art. 20 Autorisation donnée au patient

¹ L'OFSP octroie à un patient l'autorisation de suivre un traitement avec prescription d'héroïne dans une institution agréée:

- a. s'il remplit les critères d'admission visés à l'art. 4;
- b. si la direction médicale a proposé son admission au traitement;
- c. si l'autorité cantonale compétente visée à l'art. 15a, al. 5, de la loi ou la direction de l'institution ne formule pas d'objections.

² L'autorisation donnée au patient est valable deux ans. Dans les cas justifiés, elle peut être renouvelée, chaque fois pour une année.

³ Les demandes de renouvellement doivent être accompagnées d'un rapport sur l'évolution du traitement et préciser les nouveaux objectifs thérapeutiques.

Art. 21 Extinction de l'autorisation donnée au patient

L'autorisation donnée au patient s'éteint:

- a. à l'échéance de sa durée de validité;
- b. à la demande du patient;
- c. à la fin du traitement.

Art. 22 Retrait de l'autorisation donnée au patient

L'OFSP peut retirer au patient l'autorisation de participer au traitement avec prescription d'héroïne:

- a. s'il consomme des stupéfiants illégaux à l'intérieur de l'institution;
- b. s'il remet à des tiers ou vend des stupéfiants qui lui ont été remis;
- c. s'il exerce des menaces ou commet des actes de violence envers des membres du personnel soignant ou d'autres personnes à l'intérieur de l'institution;
- d. s'il refuse par principe ou de façon répétée le traitement ou la prise en charge accompagnant le traitement avec prescription d'héroïne;
- e. si les conditions convenues dans la déclaration de consentement ne sont plus remplies.

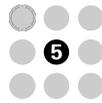
Section 5 Protection des données

Art. 23

¹ L'institution communique à l'OFSP par l'intermédiaire de l'autorité cantonale compétente les données personnelles (nom, adresse, date de naissance, lieu d'origine et données relatives aux critères d'admission) nécessaires à l'octroi de l'autorisation.

² Aux fins de contrôler la qualité du traitement au sens de l'art.





2 Ordonnance sur la prescription médicale d'héroïne

16, al. 1, let. c et d, l'OFSP consulte les dossiers médicaux et les plans thérapeutiques des patients ou mandate des tiers à cet effet, qui ont alors l'obligation de garder le secret.

³ Toute exploitation de données personnelles à des fins de recherche et d'évaluation est soumise à la loi sur la protection des données³ et doit être effectuée dans des conditions garantissant l'anonymat.

Section 6 Dispositions finales

Art. 24 Disposition transitoire

Les autorisations des essais avec prescription d'héroïne délivrées avant l'entrée en vigueur de la présente ordonnance restent valables jusqu'à leur échéance mais au plus tard jusqu'au 31 décembre 1999.

Art. 25 Entrée en vigueur

La présente ordonnance entre en vigueur le 1^{er} avril 1999.

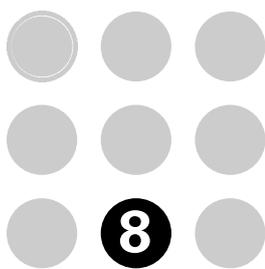
8 mars 1999 Au nom du Conseil fédéral suisse

La présidente de la Confédération: Ruth Dreifuss

Le chancelier de la Confédération: François Couchepin



³ SR 235.1



ADRESSES

DIRECTIVES

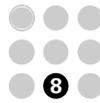
RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS



Adresses importantes et personnes de référence à l'OFSP





ADRESSES

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

Adresses importantes et personnes de référence à l'OFSP

Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Unité Dépendances et sida
Secrétariat HeGeBe
Mme Nicole Mathys
3003 Berne
(Bureau: Hessesstrasse 27e
3097 Liebefeld/Berne)
Tél. 031 323 88 24 Fax 031 323 89 39
E-mail: nicole.mathys@bag.admin.ch

Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Unité Dépendances et sida
Coordination HeGeBe
Mme Nicole Stutzmann
3003 Berne
(Bureau: Hessesstrasse 27e
3097 Liebefeld/Berne)
Tél. 031 323 88 34 Fax 031 323 87 89
E-mail: nicole.stutzmann@bag.admin.ch

Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Unité Dépendances et sida
Soutien et assistance HeGeBe
M. Martin Hosek
3003 Berne
(Bureau: Hessesstrasse 27e
3097 Liebefeld/Berne)
Tél. 031 323 88 23 Fax 031 323 87 89
E-mail: martin.hosek@bag.admin.ch

Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Unité Dépendances et sida
Autorisations HeGeBe
Mme Nicole Mathys
3003 Berne
(Bureau: Hessesstrasse 27e
3097 Liebefeld/Berne)
Tél. 031 323 88 24 Fax 031 323 89 39
E-mail: christoph.haemmann@bag.admin.ch

Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Unité Dépendances et sida
**Coordination recherche
sur les dépendances**
Mme Margret Rihs-Middel
3003 Berne
(Bureau: Hessesstrasse 27e
3097 Liebefeld/Berne)
Tél. 031 323 87 65
E-mail: margret.rihs@bag.admin.ch

Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Unité Produits thérapeutiques
Chef section contrôle et autorisation
M. Laurent Medioni
3003 Berne
(Bureau: Hessesstrasse 27e
3097 Liebefeld/Berne)
Tél. 031 324 91 90
E-mail: laurent.medioni@bag.admin.ch

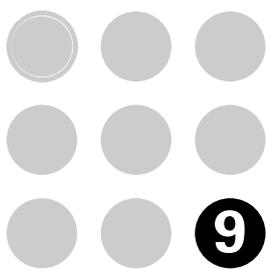
Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Unité Dépendances et sida
Chef section interventions drogue
vacant
3003 Berne
(Bureau: Hessesstrasse 27e
3097 Liebefeld/Berne)
Tél. 031 323 87 14
E-mail: ((vacant))

Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Chef Unité Dépendances et sida
M. Ueli Locher, sous-directeur
3003 Berne
(Bureau: Hessesstrasse 27e
3097 Liebefeld/Berne)
Tél. 031 324 92 34
E-mail: ueli.locher@bag.admin.ch

Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Chef Unité Produits thérapeutiques
M. Paul J. Dietschy, sous-directeur
3003 Berne
(Bureau: Schwarzenburgstrasse 165
3097 Liebefeld/Berne)
Tél. 031 324 91 99
E-mail: paul.dietschy@bag.admin.ch

Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Direction
Prof. Thomas Zeltner, directeur
3003 Berne
(Bureau: Schwarzenburgstrasse 165
3097 Liebefeld/Berne)
Tél. 031 322 95 01
E-mail: thomas.zeltner@bag.admin.ch





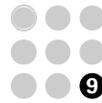
BIBLIOGRAPHIE

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS





BIBLIOGRAPHIE

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

Liste exhaustive des ressources bibliographiques relatives au traitement avec prescription d'héroïne dont l'OFSP a actuellement connaissance

Documents de référence pour l'élaboration du présent manuel

Balsiger, D., Jezek, H., Raschle, R., Vontobel, U. (1998): Sanktionen – Richtlinien und Empfehlungen. Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Berthel, T., Gerber, P., Gugger, B., Heim, R., Kick, U. (1998): Individuelle Behandlungsplanung in der heroingestützten Behandlung – Empfehlungen und Richtlinien. Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Berthel, T., Zimmer, A. (1998): Gruppenaktivitäten in den Behandlungszentren zur heroingestützten Behandlung von Schwerstsüchtigen – Empfehlungen und Richtlinien. Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Bürki, C., Schädeli, L., Schnider, H., Schweizer, A. (1998): Funktionendiagramm – Empfehlungen. Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Föhn, F., Caspar-Frey, I., Schneider, K., Knus, B. (1997): Sicherung von spezifischem Know-how in der heroingestützten Behandlung – Richtlinien und Empfehlungen. Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Gugger, B., Tena, S., Voellmy, A., Weibel, U. (1998): Umgang mit Polytoxikomanie in der opioidgestützten Behandlung – Empfehlungen. Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Hochstrasser, B., Weiss, S., Utiger, U., Lehmann, P., Mangold, H., Berthel, T., Cruceli, S., Vontobel, U., Gerber, R., Gurtner, R., Stamm, R., Bühler, R., Gerber, P. (1998): Grundlagenpapier für ein Modell der heroingestützten Behandlung – Richtlinien und Empfehlungen. Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Hug, I., Kuti, K., Niggli, J., Weichert, M., Gurtner, R., Gerber, P. (1998): Aufnahmeverfahren in Zentren für heroingestützte Behandlungen – Richtlinien und Empfehlungen. Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Ruesch, K., Ryser, A., Sonderegger, P., Teichman, D., Waldvogel, R. (1998): Mitgabe von nicht injizierbaren Betäubungsmitteln – Richtlinien und Empfehlungen. Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Seidenberg A., Affentranger, P., Berthel, T., Hämmig, R., Hediger, S., Hug, I., Nölke, F., Olgati, M., Warwitz, B., & Weiss, S. (1997): Opiodgestützte Behandlungen – Richtlinien und Behandlungsempfehlungen für die ambulante medizinische Betreuung bei der ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE). Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Littérature nationale et internationale

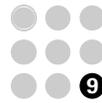
Aebi, M. (1999). La validité des indicateurs de la criminalité - les sondages de délinquance autoreportée face aux données de police et du casier judiciaire dans le cadre de l'évaluation des essais suisses de prescription d'héroïne. Institut de criminologie: Lausanne.

Aebi, M., Ribeaud, D., & Killias, M. (1998). Heroin Prescription and Criminal Involvement: Results from the Evaluation of the Swiss Heroin Prescription Projects. European Harm Reduction Conference Utrecht, the Netherlands.

Arnold, B., Bürge, I., Camenisch, V., Carnibella, R., Cruceli, S., & Lehmann, P. (1997). Soziale Arbeit in den PROVE-Projekten. Erfahrungen und Empfehlungen. Zweite überarbeitete Fassung. Projekt KODA-1, Sozialdienst. Bern.

Assemblea federale della Confederazione Svizzera (1951). Legge federale sugli stupefacenti del 3 ottobre 1951. Berna.





BIBLIOGRAPHIE

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

Assemblea federale della Confederazione Svizzera (1975). Legge federale sugli stupefacenti e sulle sostanze psicotrope (Legge sugli stupefacenti, LStup) del 3 ottobre 1951. Modifica del 20 marzo 1975; Art.15a cpv. 3; Art.15c cpv. 1 e 3. Berna.

Assemblea federale della Confederazione Svizzera (1998). Decreto federale concernente la prescrizione medica di eroina del 9 ottobre 1998. Berna.

Assemblée fédérale de la Confédération suisse (1951). Loi fédérale sur les stupéfiants du 3 octobre 1951. Berne.

Assemblée fédérale de la Confédération suisse (1975). Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes (Loi sur les stupéfiants, LStup) du 3 octobre 1951. Modifications du 20 mars 1975; Art.15a 3^e al; Art.15c 1^{er} et 3^e al. Berne.

Assemblée fédérale de la Confédération suisse (1998). Arrêté fédéral sur la prescription médicale d'héroïne du 9 octobre 1998. Berne.

Baechtold, A. (1997). Harm Reduction im Strafvollzug. In: Bauhofer, S., Bolle, P., and Dittmann, V. Hrsg. Drogenpolitik - Beharrung oder Wende. Politique de la drogue - continuation ou alternance. Rüegger: Chur / Zürich.

Bammer, G., Dobler-Mikola, A., Fleming, P. M., Strang J., & Uchtenhagen, A. (1999). The Heroin Prescribing Debate, Integrating Science and Policies. *Science* 21; 284(5418) (1277-8).

Bardeleben, U., Stohler, R., Kury, P., Voser, B., & Ladewig, D. (1996). Delinquenzverhalten unter den Teilnehmern des Basler Heroinverschreibungsprojektes. Sucht und Recht. Kongress Zürich.

Battegay, R. (1972). Prophylaxe. In: Battegay, R. Vom Hintergrund der Süchte (2. Auflage). Blaukreuz-Verlag: Bern.

Battegay, R. (1993). Prophylaxe. In: Battegay, R. Vom Hintergrund der Süchte. 5. Auflage. Blaukreuz-Verlag: Bern.

Battersby, M. (1992). "Horse trading": prescribing injectable opiates to opiate addicts. A descriptive study. *Drug and Alcohol Review* (II), 35-42.

Baud, D. (1996). KODA-1. Irrweg oder Ausweg? Schule für Gesundheits- und Krankenpflege, Schwerpunkt Psychiatrie (SGKP) an den Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD): Bern.

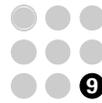
Bauhofer, S., Bolle, P.-H., & Dittmann, V. (1997). Drogenpolitik. Beharrung oder Wende. Politique de la drogue. Continuation ou alternance. Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie. Groupe Suisse de Travail de Criminologie. Verlag Rüegger AG: Chur / Zürich.

Bernasconi, D. (1993). Oekonomische Ansätze zur Ausgestaltung der Drogenpolitik in der Schweiz. Bericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheitswesen. 2. Fassung. Kronbühl.

Bernasconi, D. (1993). Oekonomische Ansätze zur Ausgestaltung der Drogenpolitik in der Schweiz. Dissertation der Hochschule St. Gallen für Wirtschafts-, Rechts- und Sozialwissenschaften zur Erlangung der Würde eines Doktors der Wirtschaftswissenschaften. Difo-Druck GmbH: Bamberg.

Berthel, T. (1997). Zielgruppe. Unveröffentlicht. Projekt Ikarus, Winterthur.





BIBLIOGRAPHIE

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

Berthel, T. & Schädeli, L. (1998). Projekt Ikarus, Winterthur. Jahresbericht 1997.

Boller, B. (1998). The Medical Prescription of Opiates and the Swiss Press. Institute of Journalism and Communications Research, University of Fribourg/Switzerland: Fribourg.

Boller, B. & Coray, R. (1997). Die ärztlich kontrollierte Drogenverschreibung. Einführung. Die Drogenverschreibungsversuche im Spiegel der Presse (1993-1996). Diskursstrategien. Schlussfolgerungen. In: Widmer, J., Boller, B., and Coray, R. Hrsg. Drogen im Spannungsfeld der Öffentlichkeit. Logik der Medien und Institutionen. Helbling & Lichtenhahn: Basel.

Bossy, C., Estermann, T., Frey, C., Hählen, F., Hämmig, R., Koepfler, G., Schaub, M., Seidenberg, A., Steck, T., & Venzin, V. (1991). Randomisierter Versuch der diversifizierten Drogenverschreibung und Drogenabgabe. Polykopie. Verein Schweizerischer Drogenfachleute VSD, Arbeitsgruppe DDD.

Bourquin, D., Bundeli, P., Lehmann, Th., & Brenneisen, R. (1999). Monitoring of intravenously administered diacetylmorphine and its metabolites in plasma by high-performance liquid chromatography with diode-array and atmospheric pressure ionization mass spectrometric detection. submitted.

Bourquin, D., Lehmann, T., Hämmig, R., Bühler, M., & Brenneisen, R. (1997). High-performance liquid chromatographic monitoring of intravenously administered diacetylmorphine and morphine and their metabolites in human plasma. Journal of Chromatography B 694, 233-238.

Bourquin, D., von Wattenwyl, B., Lehmann, T., Brenneisen, R., Hämmig, R., & Bühler, M. (1995). Plasma Profile after Intravenous Administration of 200mg Diacetylmorphine HCl (Heroin Maintenance Program). Abstract and Poster. Society of Forensic Toxicologists. Baltimore.

Bourquin, D., von Wattenwyl, B., Lehmann, T., Brenneisen, R., Hämmig, R., & Bühler, M. (1996). Plasma Profile after Intravenous Administration of 200mg Diacetylmorphine HCl (Heroin Maintenance Program). Journal of Analytical Toxicology.

Brenneisen, R., Bourquin, D., Bundeli, P., Gugger, B., Gyr, E., Lehmann, T., Speich, A., Stalder, A., & Vonlanthen, D. (1997). Analytik, Galenik, Pharmakodynamik und Pharmakokinetik von Diacetylmorphin (Heroin): In vitro- und in vivo-Versuche mit verschiedenen galenischen Applikationsformen. In: Rihs-Middel, M. and Lotti, H. Suchtforschung des BAG - Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1993-1996. Bundesamt für Gesundheit: Bern.

Brenneisen, R., Bourquin, D., Bundeli, P., Gugger, B., Gyr, E., Lehmann, T., Speich, A., Stalder, A., & Vonlanthen, D. (1997). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Analytik, Galenik, Pharmakodynamik und Pharmakokinetik von Diacetylmorphin (Heroin): In vitro- und in vivo-Versuche mit verschiedenen galenischen Applikationsformen. Schlussbericht. Pharmazeutisches Institut und Departement Klinische Forschung der Universität Bern: Bern.

Brenneisen, R., Bundeli, P., Kintz, P., & Ludes, B. (1997). Lack of dose-concentration in hair relationship in a controlled heroin maintenance program. Proceedings of the Congress of the Society of Forensic Toxicologists (SOFT). Abstract. Salt Lake City.

Brenneisen, R., Gyr, E., Hug, I., Bourquin, D., Lehmann, T., & Vonlanthen, D. (1998). Pharmacodynamics and pharmacokinetics of intravenously, orally and rectally administered diacetylmorphine hydrochloride in opioid addicts within a heroin maintenance program - a 2-patients-pilote-study.

Brenneisen, R., Lehmann, T., & Vonlanthen, D. (1998). 6-Acetylcodeine as a Urine Marker to Differentiate the Use of Street Heroin and Pharmaceutical Heroin. Proceedings of the





BIBLIOGRAPHIE

DIRECTIVES

RECOMMANDA-
TIONS

INFORMATIONS

Congress of the Society of Forensic Toxicologists (SOFT) and the International Association of Forensic Toxicologists (TIAFT), Albuquerque. Abstract.

Brun, S., Dobler-Mikola, A., Kaufmann, B., Lezzi, S., Steffen, T., & Uchtenhagen, A. (1999). Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln - Forschungsfragen zur Begleitbehandlung. Institut für Suchtforschung: Zürich.

Bundeli, P. (1999). Intravenöse Heroin-Applikationen - Spezielle pharmakologische, klinisch-chemische, physiologische und analytisch-toxikologische Fragestellungen im Rahmen der Versuche zur ärztlich kontrollierten Verschreibung von Betäubungsmitteln. Dissertation unter der Leitung von Prof. Dr. R. Brenneisen. Universität Bern: Bern.

Bundesamt für Gesundheit (1993). Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Überlebenshilfe für Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten. Medienorientierung. 24. Juni 1993, Restaurant "Bürgerhaus" in Bern.

Bundesamt für Gesundheit (1993). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Gesamtversuchsplan und Ausführungsbestimmungen. Bundesamt für Gesundheitswesen und die Forschungsbeauftragten für die Begleitforschung: Bern.

Bundesamt für Gesundheit (1995). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Gesamtversuchsplan und Ausführungsbestimmungen. Überarbeitete Fassung vom 24. Mai 1995. Bundesamt für Gesundheitswesen und die Forschungsbeauftragten für die Begleitforschung: Bern.

Bundesamt für Gesundheit (1997). Die schweizerische Drogenpolitik (Factsheet).

Bundesamt für Gesundheit (1998). Daten und Fakten zur Drogenpolitik des Bundes. Dokumentation.

Bundesamt für Gesundheit (1998). Leitbild. BAG: Bern.

Bundesamt für Gesundheit (1999). Die Schweizerische Drogenpolitik - Strategie der vier Säulen (mit spezieller Berücksichtigung der ärztlichen Verschreibung von Heroin). Bundesamt für Gesundheit: Bern.

Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (1951). Bundesgesetz über die Betäubungsmittel vom 3. Oktober 1951. Bern.

Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (1975). Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG) vom 3. Oktober 1951. Änderung vom 20. März 1975; Art.15a Abs 3 und Art.15c Abs. 1 und 3. Bern.

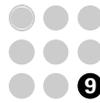
Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (1998). Bundesbeschluss über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 9. Oktober 1998. Bern.

Bürki, C. (1998). Neue Ansätze in der Behandlung Drogenabhängiger. Kontrollierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe in der Schweiz. In: Bürki, C., Lehmann, K., Radewangen, C., Wegehaupt-Schlund, H., and Wieland, N. Drogen und Jugendhilfe. Kontrollierte Heroinabgabe: Ein neues Aufgabenfeld für die Sozialarbeit. Evangelischer Erziehungsverband e.V. (EREV), Bundesverband evangelischer Einrichtungen und Dienste: Hannover.

Bürki, C., Lehmann, K., Radewangen, C., Wegehaupt-Schlund, H., & Wieland, N. (1998). Drogen und Jugendhilfe. Kontrollierte Heroinabgabe: Ein neues Aufgabenfeld für die Sozialarbeit. Evangelischer Erziehungsverband e.V. (EREV), Bundesverband evangelischer Einrichtungen und Dienste: Hannover.

Cattacin, S., Lucas, B., & Vetter, S. (1999). Drogenpolitische Modelle: eine vergleichende





BIBLIOGRAPHIE

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

Analyse sechs europäischer Realitäten. Seismo: Zürich.

Cattacin, S., Lucas, B., & Vetter, S. (1996). Modèles de politique en matière de drogue, Une comparaison de six réalités européennes. L'Harmattan coll. Logiques politiques: Paris.

Cesoni, M. L. (1996). Usage des stupéfiants. georg: Genève.

Charles, I. (1993). Projekt DDD - F. Versuch der diversifizierten Drogenverschreibung und Drogenabgabe an sich prostituierende, drogenabhängige Frauen in Zürich. Qualitativ-empirische Voruntersuchung zu den Möglichkeiten und Grenzen einer ärztlich kontrollierten Drogenabgabe. ARUD. Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen: Zürich.

Charles, I. & Seidenberg, A. (1993). Kurzbeschreibung DDD - F. Versuch der diversifizierten Drogenverschreibung und Drogenabgabe an sich prostituierende drogenabhängige Frauen in Zürich. ARUD, Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen: Zürich.

Coda, P. (1996). Valutazione dei trattamenti ambulatoriali con metadone in Ticino. Rapporto finale. Istituto di medicina sociale e preventiva dell'Università di Basilea: Basilea.

Commission fédérale des stupéfiants & Groupe de travail Méthadone de la sous-commission "Drogue" (1995). Rapport sur la méthadone. Utilisation d'un succédané opiacé dans le traitement des héroïnomanes en Suisse (troisième édition). Office fédéral de la santé publique: Berne.

Conseil fédéral suisse (1991). Décision sur les mesures fédérales pour réduire les problèmes de la drogue du 20 février 1991. Berne.

Conseil fédéral suisse (1992). Ordonnance sur l'évaluation de projets visant à prévenir la toxicomanie et à améliorer les conditions de vie des toxicomanes du 21 octobre 1992. Berne.

Conseil fédéral suisse (1996). Ordonnance sur l'évaluation de projets visant à prévenir la toxicomanie et à améliorer les conditions de vie des toxicomanes. Modification du 21 février 1996. Berne.

Conseil fédéral suisse (1997). Ordonnance sur l'évaluation de projets visant à prévenir la toxicomanie et à améliorer les conditions de vie des toxicomanes. Modification du 15 décembre 1997. Berne.

Conseil fédéral suisse (1999). Ordonnance sur la prescription médicale d'héroïne du 8 mars 1999. Berne.

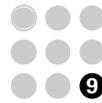
Consiglio federale svizzero (1992). Ordinanza sulla promozione della ricerca scientifica concomitante con la prevenzione della tossicomania e con il miglioramento delle condizioni di vita dei tossicodipendenti del 21 ottobre 1992. Berna.

Consiglio federale svizzero (1996). Ordinanza sulla promozione della ricerca scientifica concomitante con la prevenzione della tossicomania e con il miglioramento delle condizioni di vita dei tossicodipendenti. Modifica del 21 febbraio 1996. Berna.

Consiglio federale svizzero (1997). Ordinanza sulla promozione della ricerca scientifica concomitante con la prevenzione della tossicomania e con il miglioramento delle condizioni di vita dei tossicodipendenti. Modifica del 15 dicembre 1997. Berna.

Consiglio federale svizzero (1999). Ordinanza concernente la prescrizione medica di





BIBLIOGRAPHIE

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

eroïna dell' 8 marzo 1999. Berna.

Dauwalder, J.-P., Cattaneo, A., & Poncioni-Derigo, R. (1997). Etude comparative des programmes méthadone en suisse romande. Rapport final. E.C.P.M.: Genève.

Dazard, A., Astolfi, F., Guisti, P., Rebetez, M.-C., Mino, A., Terra, J.-L., & Brochier, C. (1998). Quality of Life Assessment in Psychiatry: The Subjective Quality of Life Profile (SQLP) - First Results of a New Instrument. *Community Mental Health Journal* 34(5).

Dazard, A., Broers, B., Giner, F., & Mino, A. (1998). Qualité de la vie de patients toxicomanes ayant une prise en charge comportant une prescription contrôlée d'héroïne. *Annales Médico-Psychologiques*.

Dazard, A., Mino, A., Page, D., & Broers, B. (1998). Patients on methadone maintenance treatment in Geneva. *Eur Psychiatry* (13), 235-241.

Del Rio, M., Mino, A., & Perneger, T. (1997). Predictors of patient retention in a newly established methadone maintenance treatment programme. *Addiction* 10(92), 1353-1360.

Delacoux, R. & Mino, A. (1996). Prise en charge des mères toxicomanes héroïnomanes en cure de méthadone. Management of heroin-addicted mothers in methadone maintenance treatment. *Arch Public Health* (54), 69-76.

Diamantis, I., Bassetti, St., Erb, P., Ladewig, D., Gyr, K., & Battegay, M. (1997). High Prevalence and Coinfection Rate of Hepatitis B and C Infections in intravenous Drug Addicts. *Journal of Hepatology* (26), 794-797.

Dobler-Mikola, A. (1995). Heroïnabgabe und Überlebenshilfe. Seminar "Medien und Drogensucht." Fribourg.

Dobler-Mikola, A. (1996). Substitution in Switzerland. Experiences and Empirical Results. II European Conference of Specialists in Drug Abuse, Paris.

Dobler-Mikola, A. (1996). Swiss Experience with Substitution of Heroin and Methadone. Cost A & Workshop "Comparing the differences", Oslo.

Dobler-Mikola, A. (1997). Medical Prescription of Narcotics: international results. EASAR - conference, NL-Zandvoort.

Dobler-Mikola, A. (1998). Fachtagung "Illegale Drogen". Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein e.V., Kiel.

Dobler-Mikola, A. (1998). Heroïnabgabe. Information in Schaffhausen.

Dobler-Mikola, A. (1998). Mehr als abhängig? Versuche mit Methadon und Heroïn. Ambulanz für integrierte Drogenhilfe, in Zusammenarbeit mit der Clearingstelle für Substitution der Ärztekammer Berlin. Berlin.

Dobler-Mikola, A. (1998). The Swiss Heroin Trial. Myths and Realities. Seminar of National Centre for Research into the Prevention of Drug Abuse. Perth, Australia.

Dobler-Mikola, A., Blättler, R., & Pfeifer, S. (1996). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Erfahrungen aus dem zweiten Zwischenbericht. XIV. Kongress der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie, St.Gallen.

Dobler-Mikola, A. & Degkwitz, P. (1998). Effects of interventions in the addiction field from social science perspective, with the example of the heroin prescription programme. Abstract am Kongress "Addiction concepts and their impact on prevention and treatment", vom 24. - 26. August 1998. University of Zürich: Zürich.





BIBLIOGRAPHIE

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

Dobler-Mikola, A. & Degkwitz, P. (1998). Wirkungsmechanismen von Intervention im Suchtbereich aus sozialwissenschaftlicher Sicht am Beispiel der Heroinverschreibung. Abstract am Kongress "Suchtkonzepte und ihre Konsequenzen für Prävention und Behandlung", vom 24. - 26. August 1998. Universität Zürich: Zürich.

Dobler-Mikola, A., Hättich, A., Uchtenhagen, A., & Gutzwiller, F. (1992). Instrumentarium zur Evaluierung von Pilotprojekten mit diversifizierter Suchtmittelverschreibung. Zuhanden der Expertengruppe Evaluation der Pilotprojekte. Zürich.

Dobler-Mikola, A., Pfeifer, S., Müller, V., & Uchtenhagen, A. (1998). Methadon- und heroinderstützte Behandlung Opiatabhängiger im Vergleich. Institut für Suchtforschung: Zürich.

Dobler-Mikola, A., Schaaf, S., & Wettach, R. (1996). Therapieerfolg - was verstehen wir darunter? VI. Symposium des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie, 29. Juni 1995. Hrsg.: Koordinationsstelle des FOS (KOFOS). Institut für Suchtforschung: Zürich.

Dobler-Mikola, A. & Steffen, T. (1997). Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln PROVE. VSD - Fort- und Weiterbildungsveranstaltung, Olten.

Dobler-Mikola, A., Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., & Blättler, R. (1994). Social characteristics of participants in Swiss multicenter opiate trials at time of entry. Universität Zürich (Psychiatrische Universitätsklinik Sektor West, Sozialpsychiatrie, Institut für Sozial- und Präventivmedizin): Zürich.

Dobler-Mikola, A., Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., & Blättler, R. (1995). Social characteristics of participants in Swiss multicenter opiate trials at time of entry. Research design and preliminary results. VI International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Florenz.

Dobler-Mikola, A., Wettach, H. U. R., & Uchtenhagen, A. (1998). Stellenwert stationärer Langzeittherapien für Suchtverlauf und soziale Integration Drogenabhängiger. Synthesebericht. Institut für Suchtforschung: Zürich.

Egloff, P. & Schnider, H. (1998). Jahresbericht 1997 der Versuche der ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln in der SUPRAX 2, Biel. SUPRAX 2, Kontrollierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe in der Stadt Biel: Biel.

Eidgenössische Betäubungsmittelkommission & Arbeitsgruppe Methadon der Subkommission Drogenfragen (1995). Methadonbericht. Suchtmittelersatz in der Behandlung Heroinabhängiger in der Schweiz (dritte Auflage). Bundesamt für Gesundheit: Bern.

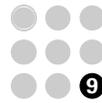
Equipe du PEPS (1997). Rapport final 96. Programme expérimental de prescription de stupéfiants, Genève, février 97. Hôpitaux Universitaires de Genève: Genève.

External Evaluation Panel., Ali, R., Auriacombe, M., Casas, M., Cottler, L., Farrell, M., Kleiber, D., Kreuzer, A., Ogborne, A., Rehm, J., & Ward, P. (1999). Report of the External Panel on the Evaluation of the Swiss Scientific Studies of Medically Prescribed Narcotics to Drug Addicts. World Health Organisation: Geneva.

Fahrenkrug, H. (1997). Politik - Illegale Drogen. In: Müller, B., Meyer, M., and Gmel, G. Alkohol, Tabak und Illegale Drogen in der Schweiz, 1994 -1996. Schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme: Lausanne.

Fahrenkrug, H. (1997). Politique - drogues illégales. In: Müller, B., Meyer, M., and Gmel, G. Alcool, Tabac et Drogues illégales en Suisse de 1994 à 1996, Institut suisse de





BIBLIOGRAPHIE

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA): Lausanne

Falcato, L., Dobler-Mikola, A., Uchtenhagen, A., & Olgati, M. (1995). Methadonbehandlungen im Kanton Zürich, 1991-1995. Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Sektor West, und zentrale sozialpsychiatrische Dienste: Zürich.

Falcato, L., Liechti, F., Stohler, R., & Rössler, W. (1998). Die Versorgungsstruktur. Angebot und Nachfrage im Stadt-Land Vergleich. Resultate aus der Begleitforschung der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich, Nr. 4. Sozialpsychiatrische Forschungsgruppe der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich: Zürich.

Falcato, L., Zimmer Höfler, D., Eichenberger, A., & Olgati, M. (1996). Eintritte und Behandlungsdauer - Modalitäten im 4-Jahres-Verlauf. Resultate aus der Begleitforschung der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich, Nr. 1. Sozialpsychiatrische Forschungsgruppe der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich: Zürich.

Fattinger, K., Kullak-Ublick, G., & Meier-Abt, P. J. R. K. (1999). Phase I Study on the Pharmacokinetics of Diacetylmorphine in patients participating at the PROVE project. University of Zürich: Zürich.

Feldman, N. & Mino, A. (1994). Les traitements à la méthadone à Genève. Annales Médecine Interne (145 [suppl. 3]), 31-33.

Fischer, B. & Rehm, J. (1997). The Case for a Heroin Substitution Treatment Trial in Canada. CANADIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 88(6), 367-370.

Föhn, F., Hendry, P., Fabian, I., Roos Stalder, T., Lütolf, M., & Von Arx R. (1998). Drop-in. Ärztlich kontrollierte Verschreibung von Betäubungsmitteln. Jahresbericht vom 1. Januar 1997 bis 31. Dezember 1997. Psychiatriezentrum Luzern-Stadt des Kantons Luzern: Luzern.

Frei, A. (1996). Analysepläne zum Schlussbericht PROVE: Sozioökonomische Bewertung der Versuche zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln. Unpubliziert. HealthEcon, Basel.

Frei, A. & Greiner, R. (1999). Wirtschaftlichkeitsanalyse von Methadonbehandlungen und stationären Therapieeinrichtungen: Machbarkeitsstudie. HealthEcon: Basel.

Frei, A. & Greiner, R. (2000). Kostenanalyse der heroingestützten Behandlung unter Routinebedingungen. Health Econ: Basel.

Frei, A., Greiner, R., Mehnert, A., & Dinkel, R. (1997). Socioeconomic Evaluation of the Trials for the Medical Prescription of Opiates. HealthEcon: Basel.

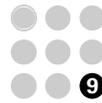
Frei, A., Greiner, R., Mehnert, A., & Dinkel, R. (1997). Sozioökonomische Bewertung der Versuche zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln. HealthEcon: Basel.

Frei, A., Steffen, Th., Gasser, M., Kümmerle, U., Stierli, M., Dobler-Mikola, A., Gutzwiller, F., Uchtenhagen, A., & Forschungsteam PROVE (1998). Gesundheitsökonomische Bewertung der Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE). Sozial- und Präventivmedizin 43(4), 185-194. Birkhäuser: Basel, Boston, Berlin.

Garcia-Sevilla, J. (1997). Marked decrease of immunolabelled 68 kDa neurofilament proteins in brains of opiate addicts. NeuroReport (8), 1561-1570.

Gasser, M. (1998). Analyse der medizinischen Behandlungsbedürftigkeit von HIV-positiven Drogenabhängigen während der Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE). Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der medizinischen Fakultät der Universität Zürich. Arbeit unter der Leitung von Dr. med. Th.





BIBLIOGRAPHIE

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

Steffen. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Institut für Suchtforschung: Zürich.

Geistlich, S. (1993). Betreuungskonzept Projekt DDD - F (Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen). AruD, Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen: Zürich.

Geistlich, S. (1996). Schwangerschaftsverlauf und Entzugssymptome Neugeborener von Methadonpatientinnen und von Patientinnen unter Morphinsubstitution. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich. Arbeit unter der Leitung von Dr. med. U. Lauper und Dr. med. K. von Siebental. Universitätsspital Zürich, Departement für Frauenheilkunde, und Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (ARUD): Zürich.

Geistlich, S. (1997). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Bericht zu Schwangerschaftsverlauf und Entzugssymptomen Neugeborener in der diversifizierten Opiatabgabe. Arbeitsgemeinschaft für Risikoarmen Umgang mit Drogen (ARUD). Institut für Suchtforschung: Zürich.

Gervasoni, J-P., Dubois-Arber, F., Benninghoff, F., Spencer, B., Devos, T., & Paccaud, F. (1996). Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Deuxième rapport de synthèse 1990-1996. Institut universitaire de médecine sociale et préventive: Lausanne.

Gervasoni, J-P., Dubois-Arber, F., Benninghoff, F., Spencer, B., Devos, T., & Paccaud, F. (1996). Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung. Zweiter zusammenfassender Bericht 1990-1996. Institut universitaire de médecine sociale et préventive: Lausanne.

Grob, P. J. (1993). The Needle Park in Zürich. The Story and the Lesson to be Learned. European Journal on Criminal Policy and Research 1, 48-61.

Gschwend, P., Steffen, T., Christen, St., Seidenberg, A., Blättler, R., & Gutzwiller, F. (1998). (Nicht autorisierte Version). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Verschreibung und Dosierung der Betäubungsmittel. Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten. Ambros Uchtenhagen, Felix Gutzwiller, Anja Dobler-Mikola, Thomas Steffen (Hrsg.). Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Gutzwiller, F. & Steffen, T. (2000). Cost-Benefit Analysis of Heroin Maintenance Treatment. Karger: Basle.

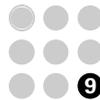
Gyr, E. (1998). Heroin-Retardtabletten, -Kapseln und -Suppositorien. In vitro- und in vivo-Studien zur ärztlich kontrollierten Verschreibung von Betäubungsmitteln. Dissertation unter der Leitung von Prof. Dr. R. Brenneisen. Universität Bern: Bern.

Gyr, E., Bourquin, D., Lehmann, T., Brenneisen, R., & Hug, I. (1997). Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Orally Administered Diacetylmorphine Hydrochloride. Journal of Analytical Toxicology.

Gyr, E., Bourquin, D., Thomas, E., Lehmann, E., Brenneisen, R., & Hug, I. (1997). Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Orally Administered Diacetylmorphine Hydrochloride. Proceedings of the Congress of the Society of Forensic Toxicologists, Denver.

Hämmig, R. (1995). Harm Reduction in Bern: From Outreach to Heroin Maintenance.





BIBLIOGRAPHIE

DIRECTIVES

RECOMMANDA-
TIONS

INFORMATIONS

Bulletin of the New York Academy of Medicine 72(2), 371-379.

Hämmig, R. (1996). KODA -1 in Bern: Medical Aspects. 7th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Hobart, Australia.

Hämmig, R. (1996). The Swiss experience. NIAD Bulletin Secundaire Preventie (4), 4-5. Middelengebruik.

Haemmig, R. (1997). KODA -1 in Bern: Medical Aspects. In: Bammer, G. Ed. International Perspectives on the Prescription of Heroin to Dependent Users: A collection of papers from the United Kingdom, Switzerland, the Netherlands and Australia. Feasibility Research into the Controlled Availability of Opioids Stage 2. Working Paper Number 14. NCEPH Working Paper 52. National Centre for Epidemiology and Population Health. The Australian National University. Australian Institute of Criminology.

Haller, P. (1996). Verbesserung der medizinischen Versorgung Opiatabhängiger durch die ärztlich kontrollierte Abgabe von Heroin. Inauguraldissertation aus der Medizinischen Universitäts-Poliklinik, Departement für Innere Medizin, Kantonsspital Basel.

Hasler, G. (1998). Opiatabhängigkeit und Mutterschaft. Projektbeschreibung für eine medizinische Dissertation. Unveröffentlicht.

Hämmig, R. (1985). Giftscheinmodell für die Abgabe von Heroin (Skizze). VSD / Arbeitsgruppe BetmG-Revision.

Hämmig, R. (1990). Verschreibungsprogramme - ein Diskussionsbeitrag. Drogalkohol 14(3), 190-196. ISPA-Press: Lausanne.

Hämmig, R. (1991). Das Liverpooler Modell. In: Böker, W., Nelles, J., and Fuhrer, A. Drogenpolitik wohin? Sachverhalte, Entwicklungen, Handlungsvorschläge. Publikation der Akademischen Kommission der Universität Bern. Verlag Paul Haupt: Bern, Stuttgart, Wien.

Hämmig, R. (1991). Dem BAG für seine Dokumentation zur Verfügung gestellte, gesammelte Korrespondenz zu Kokain in den DDD-Projekten, Unterlagen und aktueller Kommentar (1998) / Literaturangabe zu/über ein innovatives Kokainprojekt.

Hämmig, R. (1991). Vom VSD angeregter randomisierter Versuch der diversifizierten Drogenverschreibung und Drogenabgabe vom Januar 1991, mit unveröffentlichten Ergänzungen und Reaktionen, ebenfalls aus dem Jahr 1991. Zur Dokumentation dem BAG zur Verfügung gestellt von R. Hämmig.

Hämmig, R. (1992). Das sogenannte Liverpooler-Modell: Eine Einführung. streetcorner 5(1), 3-6.

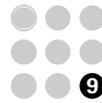
Hämmig, R. (1992). Heroinverschreibung - an wen soll sie sich richten? Schweizerische Aerztezeitung 73(48), 1869-1870. Hans Huber: Bern.

Hämmig, R. (1994). Aids und Drogen im ambulanten niedrigschwelligen Bereich und Erfahrungen in der Heroin-Vergabe an Drogenabhängige. Abstract am 5. Deutschen Aids-Kongress vom 24. - 26. November 1994 in Hannover. Aids-Forschung 9(11), 595 (170). München.

Hämmig, R. (1994). Aids und Drogen im ambulanten, niedrigschwelligen Bereich und Erfahrungen in der Heroin-Vergabe an Drogenabhängige (Abstract). Aids-Forschung 9(11).

Hämmig, R. (1995). DDD (diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe)-Programme in der Schweiz unter besonderer Berücksichtigung des KODA-1 Projektes in Bern (Stand 5.10.94). In: akzept and INDRO e.V. Drogen ohne Grenzen. Entwicklungen und Probleme akzeptierender Drogenpolitik und Drogenhilfe in Europa am Beispiel





BIBLIOGRAPHIE

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

Deutschland / Niederlande. VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung: Berlin.

Hämmig, R. (1996). Heroinverschreibung und Aids (Stand Dezember 1995). In: Jäger, J. Hrsg. Aids und HIV-Infektionen. Diagnostik, Klinik, Behandlung. Handbuch und Atlas für Klinik und Praxis. ecomed: Landsberg a. L.

Hämmig, R. (1996). Was passiert eigentlich, wenn der Stoff wirkt? Drogen Magazin 22(6), 11-14.

Hämmig, R. (1997). Bringt die Heroinverschreibung eine Minderung des mit dem Drogenkonsum verbundenen Schadens ("Reduction of Drug-related Harm") ? In: Jäger, J. Hrsg. Aids. Neue Perspektiven. Therapeutische Erwartungen. Die Realität 1997. Aids und HIV-Infektionen in Klinik und Praxis, Monographiereihe Band 6. ecomed: Landsberg a. L.

Hämmig, R. (1998). Heroinverschreibung und Aids (Stand Dezember 1995). In: Jäger, J. Hrsg. Aids und HIV-Infektionen. Diagnostik, Klinik, Behandlung. Handbuch und Atlas für Klinik und Praxis. ecomed: Landsberg a. L.

Hämmig, R. (1998). La délivrance de l'héroïne par prescription médicale en Suisse. In: De Ruyver, R., De Somere, P., Vermeulen, G., Noifalise, A., and Figiel, C. Het Drugbeleid in België: Actuele Ontwikkelingen / La politique en matière de drogues en Belgique: développements actuels. Maklu: Antwerpen - Apeldoorn.

Hämmig, R. (1998). Schweizer Heroinverschreibung an Abhängige. Aus der Sicht eines an der Entwicklung Beteiligten. In: Liggendorfer, R., Rättsch, C., and Tschudin, A. Die berauschte Schweiz. Nachtschatten Verlag: Solothurn.

Hämmig, R. & Tschacher, W. (1996). Effects of high-dose heroin vs. morphine in intravenous drug users: a randomised double-blind crossover study. Unpublished work.

Hänni, C. (1998). Im Spannungsfeld zwischen Arzneimittel und Rauschgift. Zur Geschichte der Betäubungsmittelgesetzgebung in der Schweiz. SGGP/SSHP: Bern.

Hochstrasser, B. & Caspar Frey J. (1998). Projektbericht 1997 zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. Poliklinik für diversifizierte Betäubungsmittelbehandlungen, Bezirk Horgen. Stiftung SIP, Stiftung für Soziale Integration und Prävention.

Huber, W. & Frey, F. (1998). Kontrollierte Heroinabgabe. Eine Stellungnahme des Aebi-Hus/Maison Blanche, Leubringen. EXTRA. Stiftung Drogenhilfe, Aebi-Hus/Maison Blanche, CH-2533 Leubringen.

Hug, I. (1997). Epileptiforme Störungen bei opiatabhängigen Patienten unter intravenöser Substitutionstherapie mit Heroin, Morphin und Methadon. Medizinische Dissertation unter der Leitung von Prof. Dr. med. D. Ladewig. Psychiatrische Universitätsklinik Basel: Basel.

Hug, I. & Stohler, R. (1997). Psychiatrische Fragestellungen in den PROVE-Projekten. Unveröffentlicht. Psychiatrische Universitätsklinik Basel.

Hug, I., Stohler, R., Ladewig, D., Müller-Spahn, F., & Hock, D. (1997). Cortical hemoglobin oxygenation after intravenous opioid application. Unpublished.

Hug, I., Stohler, R., Ladewig, D., Müller-Spahn, F., & Hock, D. (1997). Pilotstudie zur kortikalen Hämoglobin-Oxygenierung während der Applikation von Opiaten mit Hilfe der Nahinfrarot-Spektroskopie. Psychiatrische Universitätsklinik Basel.

International Narcotics Control Board (1997). Report of the International Narcotics Control Board for 1996. United Nations: New York.





BIBLIOGRAPHIE

DIRECTIVES

RECOMMANDA-
TIONS

INFORMATIONS

International Narcotics Control Board (1998). Report of the International Narcotics Control Board for 1997. United Nations: New York.

International Narcotics Control Board (1999). Report of the International Narcotics Control Board for 1998. United Nations: New York.

Jost, K. (1996). Die Nase im Wind. Drogenmagazin 22(5).

Karger, Th. & Bowley, M. (1997). Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit im schweizerischen Strafvollzug. 2. Teilbericht: Inventarisierung der Hilfs- und Behandlungsangebote für Suchtmittelabhängige sowie Inventarisierung und Evaluation der Massnahmen zur HIV-Prävention und weiterer Infektionsprophylaxe in den Anstalten des Straf-, Massnahmen- und Untersuchungshaftvollzugs der Schweiz. Institut für Suchtforschung: Zürich.

Kaufmann, B. & Dobler-Mikola, A. (1996). Analysepläne zum Schlussbericht PROVE: Opiatabgabe im Strafvollzug - KOST. Unveröffentlicht. Institut für Suchtforschung, Zürich.
Kaufmann, B. & Dobler-Mikola, A. (1996). Kontrollierte Opiatabgabe in der Strafanstalt Oberschöngrün - Forschungsplan und erste Erfahrungen. Symposium on Harm Reduction, Bern.

Kaufmann, B. & Dobler-Mikola, A. (1996). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Die kontrollierte Opiatabgabe in der Strafanstalt Oberschöngrün: Forschungsplan und erste Ergebnisse. Ein Sonderbericht im Rahmen des zweiten Zwischenberichts der Forschungsbeauftragten. Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Kaufmann, B. & Dobler-Mikola, A. (1997). Die kontrollierte Opiatabgabe in der Strafanstalt Oberschöngrün - Forschungsplan und erste Zwischenergebnisse. In: Nelles, J. and Fuhrer, A. Eds. Harm Reduction in Prison - Risikominderung im Gefängnis. Peter Lang: Bern.

Kieser, U. (1997). Bericht zur sozialversicherungsrechtlichen Stellung von Probanden und Probandinnen in der Heroinabgabe. Unveröffentlicht.

Killias, M. (1994). Wie lässt sich die Wirkung der Drogenabgabe auf die Delinquenz messen? Zur Reliabilität und Validität von Instrumenten der Delinquenzmessung bei Drogenabhängigen. Bulletin de criminologie 20(2), 61-79.

Killias, M. (1997). Zusammenfassung der Untersuchung über die Auswirkungen der Heroin-Verschreibung auf die Delinquenz von Drogenabhängigen. Besuch von Herrn Bundesminister Seehofer, Expertendiskussion, Hotel Schweizerhof, Zürich. Institut de police scientifique et de criminologie de l'Université de Lausanne: Lausanne.

Killias, M. (1998). Fighting Evils or Preventing Harm: Switzerland's Drug Policy as Test of Situational Crime Policies? School of Forensic Science and Criminology, University of Lausanne, Switzerland. submitted.

Killias, M. (1998). La prevenzione del crimine mediante la somministrazione controllata di eroina ai tossicodipendenti (Riassunto). Università degli Studi di Genova, Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense. Seminari su "Nuove Strategie di Prevenzione in Criminologia".

Killias, M. (1998). Zusammenfassung der Untersuchung über die Auswirkungen der Heroin-Verschreibung auf die Delinquenz der behandelten Drogenabhängigen. Tagung





BIBLIOGRAPHIE

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

der Hanns-Seidel-Stiftung eV "Kampf gegen Sucht und Drogen - Polizeiliche Prävention und Repression". Arvena-Park-Hotel, Nürnberg.

Killias, M., Aebi, M., & Ribeaud, D. (1998). Effects of Heroin Prescription on Police Contacts among Drug-Addicts. School of Forensic Science and Criminology, University of Lausanne, Switzerland. submitted.

Killias, M. & Grapendaal, M. (1997). Entkriminalisierung des Drogenkonsums oder Einschränkung der Strafverfolgungspflicht? Diskussionsvorschlag zur Vermeidung einer sterilen Debatte - unter Berücksichtigung des niederländischen Modells. Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht 115(1), 95-109. Stämpfli Verlag AG: Bern.

Killias, M. & Rabasa, J. (1996). Analysepläne zum Schlussbericht PROVE: "L'impact des essais suisses avec prescription médicale de stupéfiants sur la criminalité des sujets traités". Non publié / Unveröffentlicht. Faculté de Droit, Institut de Police Scientifique et de Criminologie de l'Université de Lausanne.

Killias, M. & Rabasa, J. (1996). Questionnaire A "Toxicomanie et criminalité", liste de fréquences. 402 individus. Non publié. Faculté de Droit, Institut de Police Scientifique et de Criminologie de l'Université de Lausanne: Lausanne.

Killias, M. & Rabasa, J. (1997). Does Heroin Prescription Reduce Crime? Results from the Evaluation of the Swiss Heroin Prescription Projects. Summary of the final report. Institut de police scientifique et de criminologie de l'Université de Lausanne: Lausanne.

Killias, M. & Rabasa, J. (1997). La prescription médicale d'opiacés comme mesure de la prévention de la criminalité. Quelques résultats des essais suisses. In: Bauhofer, S., Bolle, P., and Dittmann, V. Hrsg. Drogenpolitik - Beharrung oder Wende. Politique de la drogue - continuation ou alternance. Verlag Rüegger: Chur / Zürich.

Killias, M. & Rabasa, J. (1997). Less Crime in the Cities Through Heroin Prescription? Preliminary Results from the Evaluation of the Swiss Heroin Prescription Projects. The Howard Journal of Criminal Justice 36(4), 424-429. Blackwell Publishers for The Howard League: Oxford, UK / Malden MA, USA.

Killias, M. & Rabasa, J. (1997). Rapport final sur les effets de la prescription de stupéfiants sur la délinquance des toxicomanes. Etabli sur la base de données autoreportées, policières et du casier judiciaire. Institut de police scientifique et de criminologie de l'Université de Lausanne: Lausanne.

Killias, M. & Rabasa, J. (1997). Schlussbericht zu den Auswirkungen der Verschreibung von Betäubungsmitteln auf die Delinquenz von Drogenabhängigen. Ermittelt anhand von Selbstangaben, Polizei- und Strafregisterdaten. Institut de police scientifique et de criminologie de l'Université de Lausanne: Lausanne.

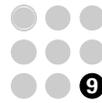
Killias, M. & Rabasa, J. (1998). Auswirkungen der Heroin-Verschreibung auf die Delinquenz Drogenabhängiger. Ergebnisse der Versuche in der Schweiz. Sonderdruck. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 81(1), 1-16. Carl Heymanns Verlag: Köln.

Killias, M. & Rabasa, J. (1998). Does Heroin Prescription Reduce Crime? Results from the Evaluation of the Swiss Heroin Prescription Projects. Studies on Crime and Crime Prevention 7(1), 127-133.

Killias, M. & Ribeaud, D. (1998). Causes and Consequences of Drug Use among Juveniles in an International Perspective. School of Forensic Science and Criminology, University of Lausanne, Switzerland. submitted.

Killias, M., Ribeaud, D., & Aebi, M. (1998). Drogenabhängige als Opfer von Straftaten:





BIBLIOGRAPHIE

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

Was bewirkt die Verschreibung von Heroin? Institut de police scientifique et de criminologie, Universität Lausanne. submitted.

Killias, M., Ribeaud, D., & Aebi, M. (1998). Randomized Experiments in Switzerland: Community Service and Heroin Prescription. Symposium on Experiments in Criminal Justice organized by the Zentrum für interdisziplinäre Forschung, University of Bielefeld, Germany.

Killias, M., Ribeaud, D., & Aebi, M. (1999). Drogenabhängige als Opfer von Straftaten? Was bewirkt die Verschreibung von Heroin. In: Uchtenhagen, A. Handbuch der Drogenmedizin. Urban & Schwarzenberg: München.

Killias, M. & Uchtenhagen, A. (1995). Méthodologie de l'évaluation des essais suisses avec prescription médicale d'opiacés sous l'angle de la délinquance: L'accès sous contrôle médical à l'héroïne réduit-il la délinquance des toxicomanes? Kriminologisches Bulletin de Criminologie (2), 33-48.

Kintz, P., Brenneisen, R., Bundeli, P., & Mangin, P. (1997). Sweat testing for heroin and metabolites in a heroin maintenance program. *Clinical Chemistry* 43(5), 736-739.

Kintz, P., Bundeli, P., Brenneisen, R., & Ludes, B. (1998). Dose-Concentration Relationships in Hair from Subjects in a Controlled Heroin-Maintenance program. *Journal of Analytical Toxicology* (22), 231-236.

Kintz, P., Jamey, C., Cirimele, V., Brenneisen, R., & Ludes, B. (1998). Evaluation of Acetylcodeine as a Specific Marker of Illicit Heroin in Human Hair. *Journal of Analytical Toxicology* 22, 425-429.

Kintz, P., Mangin, P., Brenneisen, R., & Bundeli, P. (1997). Sweat testing for heroin and metabolites in a heroin maintenance program. *Journal of Analytical Toxicology* (21), 78.

Klär, I. I. (1994). Die Validität und Reliabilität von Studien zur Delinquenz bei Drogenkonsumenten. Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht: Freiburg i. Br.

Klingemann, H. (1996). Drug treatment in Switzerland: harm reduction, decentralization and community response. *Addiction* 91(5), 723-736.

Klingemann, H. (1998). Harm Reduction and Abstinence: Swiss Drug Policy at a Time of Transition. In: Klingemann, H. and Hunt, G. Eds. *Drug Treatment Systems in an International Perspective*. Sage Publications: Thousand Oaks / London / New Delhi.

Kranich Schneiter, C., Schmid, P., & Seidenberg, A. (1994). Amsterdamer Morphinumprojekt: Fragen und Gesprächsprotokoll (Anhang 15). In: Kranich Schneiter, C., Schmid, P., and Seidenberg, A. DDD - F. Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich in der AruD-Poliklinik ZokL2. 1. Bericht über die Zeit vom 29. November 1993 bis 31. Mai 1994. Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen, AruD: Zürich.

Kranich Schneiter, C., Schmid, P., & Seidenberg, A. (1994). DDD - F. Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich in der AruD-Poliklinik ZokL2. 1. Bericht über die Zeit vom 29. November 1993 bis 31. Mai 1994. Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen, AruD: Zürich.

Kranich Schneiter, C., Schmid, P., & Seidenberg, A. (1994). Merkblatt. Ärztlich kontrollierte Drogenabgabe für Frauen (DDD-F). Anhang 1. In: Kranich Schneiter, C., Schmid, P., and Seidenberg, A. DDD - F. Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich in der AruD-Poliklinik ZokL2. 1. Bericht über die Zeit vom 29. November 1993 bis 31. Mai 1994. Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen, AruD: Zürich.





BIBLIOGRAPHIE

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

Kranich Schneider, C., Schmid, P., & Seidenberg, A. (1995). DDD - F. Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich in der AruD-Poliklinik ZokL2. 2. Bericht über das 2. Halbjahr 1994. Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen, AruD: Zürich.

Kraushaar, B. & Lieberherr, E. (1996). Drogenland in Mafiahand. Werd Verlag: Zürich.

Kury, P., Hug, I., Ladewig, D., Rohr, H., & Gyr, K. (1996). Projekt JANUS. Opiatverschreibung Basel-Stadt. 3. Zwischenbericht, Juli bis Dezember 1995. Projekt JANUS, Psychiatrische Universitätsklinik (PUK): Basel.

Kübler, D. (1998). Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé - analyse de conflits de mise en œuvre. Université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques: Lausanne.

Kümmerle, U. (1998). Analyse des medizinischen Behandlungsbedarfs in den Versuchen für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln unter besonderer Berücksichtigung der sozialen Situation. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der medizinischen Fakultät der Universität Zürich. Arbeit unter der Leitung von Dr. med. Th. Steffen. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Institut für Suchtforschung: Zürich.

Ladewig, D. (1997). Betäubungsmittelkonsum - Beobachtungen eines Psychiaters zu Ausgrenzung und Integration. In: Bauhofer, S., Bolle, P.-H., and Dittmann, V. Hrsg. Drogenpolitik. Beharrung oder Wende. Politique de la drogue. Continuation ou alternance. Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie. Groupe Suisse de Travail de Criminologie. Verlag Rüegger AG: Chur / Zürich.

Ladewig, D., Hug, I., Kury, P., Gyr, N., & Rohr, H. (1996). Opiatverschreibung Basel-Stadt JANUS. Schlussbericht, November 1994 bis Dezember 1996. Projekt JANUS, Psychiatrische Universitätsklinik (PUK): Basel.

Ladewig, D., Hug, I., & Ruesch, K. (1998). Opiatverschreibung Basel-Stadt, JANUS. Jahresbericht 1997. Psychiatrische Universitätsklinik (PUK): Basel.

Ladewig, D., Petitjean, S., & Stohler, S. (1997). Vergleichende Untersuchung über die Wirksamkeit von Buprenorphin und Methadon in der Behandlung der Opiatabhängigkeit. Multicenter-Studie Schweiz. In: Rihs-Middel, M. and Lotti, H. Suchtforschung des BAG - Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1993-1996. Bundesamt für Gesundheit: Bern.

Ladewig, D. G. U. P. S. (25119). Forschungsprojekt zur Untersuchung der kognitiv-psychomotorischen Funktionstüchtigkeit Opiatabhängiger in einer ärztlich kontrollierten Behandlung mit Diacetylmorphin (DAM). Psychiatrische Universitätsklinik Basel, Fachbereich für Abhängigkeitserkrankungen in Zusammenarbeit mit der Abteilung Klinische Psychologie: Basel.

Leuenberger, M. (1979). Motion Leuenberger vom 14. Dezember 1979. Drogenpolitik. Politique en matière de stupéfiants.

Lichtensteiger, W. (1997). Immunotoxizität von Opiaten. Bericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit, Bern. Unveröffentlicht. Institut für Pharmakologie der Universität Zürich.

Lieberherr, E. (1998). Das erste Plädoyer für eine Heroinabgabe. In: Liggenstorfer, R., Rättsch, C., and Tschudin, A. Die berauschte Schweiz. Nachtschatten Verlag: Solothurn.

Liechti, F., Falcato, L., Olgati, M., & Rössler, W. (1997). Methadon-Erstbehandlungen im 5-Jahres-Verlauf. Eintrittsmerkmale der Patientinnen und Patienten. Resultate aus der Begleitforschung der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich, Nr. 2.





BIBLIOGRAPHIE

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

Sozialpsychiatrische Forschungsgruppe der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich: Zürich.

Liechti, F., Falcato, L., Oigati, M., & Rössler, W. (1998). Zugang zum Behandlungsangebot. Funktion von Einrichtungstypen im Behandlungssystem. Resultate aus der Begleitforschung der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich, Nr. 3. Sozialpsychiatrische Forschungsgruppe der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich: Zürich.

Lindemeyer, H., Rafeld, A., Steiner, V., & Moeckli, Ch. U. (1999). Arbeit und Wohnen für Menschen im Umfeld illegaler Drogen. SAH: Fribourg.

Locher, U. (1994). Heroin prescription in Zurich. ECDP Newsletter (2), 5.

Mangin, P., Staub, Chr., Mino, A., & Marset, M. (1999). Evaluation de l'acétylcodéine (ACOD) comme marqueur de consommation d'héroïne illégale: étude basée sur l'héroïne et les cheveux. Université de Genève, HUG: Genève.

Mangold, H. (1997). Suchthilfe Region Solothurn. Gekom GmbH: Solothurn.

Mangold, H. (1998). Bericht zur Betäubungsmittelabgabe im Kanton Solothurn 1997. Betäubungsmittelabgabe Kanton Solothurn: Solothurn.

Marks, G. & Responsables du PROMI (1995). Traitements de substitution à l'Héroïne. Conférence avec le Dr Geoffrey Marks, médecin au NHS Trust à Cheltenham (Angleterre). Le Tremplin (Unité spécialisée en toxicomanie) et Centre Psychosocial du canton de Fribourg: Fribourg.

Marks, J. A., Übersetzung: Haeckel, U., & Redaktionelle Bearbeitung: Hämmig, R. B. (1990). Staatlich abgegebene Drogen: eine absurde Politik? Sogenannte goldene Blätter von J. A. Marks. Mit einer Einführung (von R. B. Hämmig) über das sogenannte Liverpooler Modell. Polykopies.

Marlatt, A. G. (1998). Harm Reduction: Pragmatic Strategies for Managing High Risk Behavior. The Guilford Press: New York.

Marset, M. & Becciolini-Lebas, E. (1997). Programme expérimental de prescription de stupéfiants, Genève. Rapport d'activité 1997. Hôpitaux Universitaires de Genève: Genève.

Meier Kressig, M. (1996). Analysepläne zum Schlussbericht PROVE: Analyseplan "Machbarkeit der Projekte". Unpubliziert. Institut für Suchtforschung. Zürich.

Metrebian, N., Shanahan, W., Wells, B., & Stimson, G. V. (1998). Feasibility of prescribing injectable heroin and methadone to opiate-dependent drug users: associated health gains and harm reductions. Medical Journal of Australia 168(12), 596-600.

Meyer, B. (1996). Ernährungszustand von Drogenabhängigen des KODA-1-Projektes oder: Wäre die ernährungsberaterische Betreuung von Drogenabhängigen nicht schon längst ein Muss? Diplomarbeit. Schule für ErnährungsberaterInnen, Bern.

Mino, A. (1987). La méthadone. Interventions N° hors série. Paris.

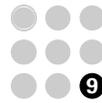
Mino, A. (1988). Problèmes posés et modalités de réponses à Genève et en Suisse. In: Charles-Nicolas, A. Sida et toxicomanie. Répondre. Editions Frison Roche: Paris.

Mino, A. (1989). Enfant et jeune femme toxicomane. In: Pasini, W. Le Fœtus et son entourage. Ed. Médecine et Hygiène

Mino, A. (1990). Analyse scientifique de la littérature sur la remise contrôlée d'héroïne ou de morphine. Expertise rédigée à la demande de l'Office fédéral de la santé publique. Office fédéral de la santé publique: Berne.

Traitement avec prescription d'héroïne Novembre 2001





BIBLIOGRAPHIE

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

Mino, A. (1991). Wissenschaftliche Literaturanalyse der kontrollierten Heroin- und Morphin-Abgabe. Expertise im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen Bern. Deutsche Zusammenfassung (der französischen Originalausgabe) von Dr. med. Claude Bossy. Bundesamt für Gesundheit: Bern.

Mino, A. (1992). La réduction des risques. *Journal du Sida* (45). Paris.

Mino, A. (1993). Dix ans d'expérience dans le champ des toxicomanies. In: Romeo, L. *Viaggiatori del tempo*. Piccole Cartografie. Edizioni Alice: Como.

Mino, A. (1993). Evolution de la politique de soins en matière de toxicomanie: la réduction des risques. *Psychotropes* 8(3), 9-23.

Mino, A. (1994). Drug Policy in Geneva. *International Journal of Drug Policy* 5(4), 246-248.

Mino, A. (1994). Les nouvelles politiques de la drogue: exemple genevois. *Psychiatrie de l'enfant*. XXXVII(2), 577-600.

Mino, A. (1994). Les nouvelles politiques de la drogue: exemple genevois. *PRAXIS Revue suisse de médecine* 83(34), 950-956.

Mino, A. (1995). Evolucion de un pensamiento - experiencias personales y algunos datos cifrados. In: Casas, M., Gutierrez, M., and San, M. *Avances en Drogodependencias*. (Coll Ediciones en neurociencias) Citran: Barcelone.

Mino, A. (1995). Les maintenances à la méthadone. *Information Psychiatrique* (3), 237-246.

Mino, A. (1995). Les maintenances à la méthadone. *Médecine et Hygiène* (53), 471-480.

Mino, A. (1995). Substitution. *Journal du Sida* (N° hors série).

Mino, A. (1996). Historia y situacion actual de los programas de mantenimiento con opiaceos: heroína, metadona, morfina, etc. In: Centro Provincial de Drogodependencias de Cadiz. III encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario.

Mino, A. (1996). Letter to editor: Background to Geneva's Experimental Heroin Prescription Programme. *International Journal of Drug Policy* 7(4), 261-263.

Mino, A. (1997). La politique genevoise dans le cadre fédéral. Unpublished Work.

Mino, A. (1997). La politique genevoise des drogues. *Médecine et Hygiène* (55), 1435-1436.

Mino, A. (1997). Toxicomanie à l'héroïne: traitements de substitution et de la douleur. *Cahiers psychiatriques genevois* (23).

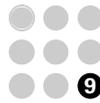
Mino, A. (1998). Commentaires concernant l'article: "Marked decrease of immunolabelled 68 kDa neurofilament proteins in brains of opiate addicts", par J. A. Garcia-Sevilla et coll., *NeuroReport* 8 (1997) 1561-1570. Unpublished Work.

Mino, A. & Arsever, S. (1994). Analisis científico de la literatura sobre la prescripción controlada de heroína o de morfina. Edición Citran: Barcelone.

Mino, A. & Arsever, S. (1996). Les mensonges qui tuent les drogués. (Coll J'accuse), Calmann-Lévy: Paris.

Mino, A. & Del Rio, M. (1991). Marginalisation médico-légale - Toxicomanie - Méthadone. *Médecine et Hygiène* (49), 2488-2493.





BIBLIOGRAPHIE

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

Mino, A., Dumont, P., Bousquet, A., & Broers, B. (1999). Analyse d'un programme public de méthadone sur deux ans. In: Rihs, M. and Lotti, H. Eds. Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1993-1996. Bundesamt für Gesundheit (BAG): Bern.

Mino, A. & Giner, F. (1996). Rapport intermédiaire. Programme expérimental de prescription de stupéfiants P.E.P.S., Genève, du 15.9.95 - 17.5.1996. Hôpitaux Universitaires de Genève: Genève.

Mino, A. & Page, D. (1997). Historique des projets de prescription expérimentale de stupéfiants sous contrôle médical en Suisse. In: Touzeau, D. and Jacquot, C. Les traitements de substitution pour les usagers de drogues. Ed. Arnette, Pharmascopie, soins et thérapies: Paris.

Mino, A., Page, D., Dumont, P., & Broers, B. (1998). Treatment failure and methadone dose in a public methadone maintenance treatment programme in Geneva. *Drug and Alcohol Dependence* (50), 233-239.

Mino, A., Page, D., & Krokhar, M. (1996). Stratégies cognitivo-comportementales et toxicodépendances (héroïnomanie, cocaïnomanie). *Thérapie comportementale et cognitive* 6(2), 65-69.

Moldovanyi, A., Ladewig, D., Affentranger, P., Natsch, C., & Stohler, R. (1996). Morphine Maintenance Treatment of Opioid-Dependent Out-Patients. *European Addiction Research* 2(4), 208-212. S. Karger: Basel.

Mühlhausen, A., Davatz, F., Schmid, P., & Weiss, S. (1998). DDD - F. Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in der Poliklinik ZokL2. Jahresbericht 1997. AruD, Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen: Zürich.

Mühlhausen, A. & Schmid, P. (1997). DDD - F. Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich in der AruD-Poliklinik ZokL2. Provisorischer Abschlussbericht. AruD, Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen: Zürich.

Nadelmann, E. (1995). Beyond Needle Park. The Swiss Maintenance Trial. *The Drug Policy Letter* (27), 12-14.

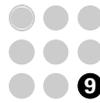
Nelles, J., Dobler-Mikola, A., & Kaufmann, B. (1997). Provision of syringes and prescription of heroin in prison: The Swiss experience in the prisons of Hindelbank and Oberschöngrün. In: Nelles, J. and Fuhrer, A. Harm Reduction in Prison / Risikominderung im Gefängnis. Strategies against Drugs, AIDS and Risk Behavior / Strategien gegen Drogen, AIDS und Risikoverhalten. Peter Lang AG, European Academic Publishers: Bern.

Nelles, J. & Fuhrer, A. (1997). Harm Reduction in Prison / Risikominderung im Gefängnis. Strategies against Drugs, AIDS and Risk Behavior / Strategien gegen Drogen, AIDS und Risikoverhalten. Peter Lang AG, European Academic Publishers: Bern.

Nigg, L. (1995). Projekt der diversifizierten Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich. Vortrag am Kongress über geschlechtsspezifische Aspekte von Sucht und Prävalenz, Verlauf und Behandlung. Hamburg.

Nigg, L. (1998). DDD - F. Ein opioidgestütztes Behandlungsprogramm für Frauen. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich. Arbeit unter der Leitung von Frau dipl. soz. A. Dobler-Mikola, Dr. med. A. Seidenberg und Prof. Dr. med. F. Gutzwiller. Universität Zürich. Institut für Sozial- und Präventivmedizin: Zürich.





BIBLIOGRAPHIE

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

Oeuvray, K. & Juvet, P. (1995). PROMI (Projet fribourgeois de méthadone injectable). La méthadone injectable? Experiences et bilan. Conférence à Bulle du 11 mai 1995 (salle polyvalente de l'école primaire). Unité spécialisée en toxicomanie Le Tremplin et le Centre Psychosocial: Fribourg.

Office fédéral de la santé publique (1991). Conférence nationale sur la drogue. Dispensation de drogues dures sous contrôle. Avis de droit donné par l'Office fédéral de la justice sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique.

Office fédéral de la santé publique (1993). Prescription médicale de stupéfiants. Aide à la survie pour les consommatrices et consommateurs de drogues. Information des médias. 24 juin 1993, Restaurant "Bürgerhaus" , Berne.

Office fédéral de la santé publique (1995). Essais concernant la prescription de stupéfiants sous contrôle médical. Plan global de recherche et conditions d'application. Version remaniée du 24 mai 1995. Office fédéral de la santé publique et chargés de l'évaluation: Berne.

Office fédéral de la santé publique (1996). Principes directeurs. OFSP: Berne

Office fédéral de la santé publique (1997). La politique de la Suisse en matière de drogue (Factsheet).

Office fédéral de la santé publique (1998). Politique de la Confédération Suisse en matière de drogue; des chiffres et des faits. Documentation.

Office fédéral des assurances sociales (2000). Traitement avec prescription d'héroïne en cas de dépendance aux opiacés. Communiqué de presse du 12 juillet 2000. OFAS: Berne

Perneger, T., Giner, F., Del Rio, M., & Mino, A. (1998). Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. *BMJ* 317, 13-18. London.

Petitjean, S., Ladewig, D., & Stohler, S. (1998). 3. Evaluationsbericht der Substitutionsbehandlungen Opiatabhängiger im Kanton Basel-Stadt; Dezember 1998. Forschungsgruppe Bereich Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrische Universitätsklinik Basel: Basel.

Probst, G., Raub, S., & Romhardt, K. (1999). Wissen managen: Wie Unternehmen ihre wertvollste Ressource optimal nutzen. Frankfurter Allgemeine, Gabler: Frankfurt.

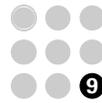
Radewangen, C. (1998). Kontrollierte Heroïnabgabe: Ein Element in der Therapie Schwerstabhängiger und ein Arbeitsfeld für die Sozialarbeit. In: Bürki, C., Lehmann, K., Radewangen, C., Wegehaupt-Schlund, H., and Wieland, N. Drogen und Jugendhilfe. Kontrollierte Heroïnabgabe: Ein neues Aufgabenfeld für die Sozialarbeit. Evangelischer Erziehungsverband e.V. (EREV), Bundesverband evangelischer Einrichtungen und Dienste: Hannover.

Reuter, P. & MacCoun, R. (1998). Heroin Maintenance: Is a U.S. Experiment Needed? Paper prepared for conference "One Hundred Years of Heroin", Yale Medical School, September 1998. Published in "Beyond the Drug War: Learning from Other Places, Other Times and Other Vices". Cambridge University Press: Cambridge.

Rihs-Middel, M. & Affentranger, P (1994). Status Report on the Medical Prescription of Narcotics. Swiss Federal Office of Public Health: Bern.

Rihs-Middel, M. & Affentranger, P (1995). Statusbericht über das Projekt "Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln in der Schweiz". Bundesamt für Gesundheit: Bern.





BIBLIOGRAPHIE

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

Rihs-Middel, M. & Eppler, E. (1999). Recherches de l'OFSP en matière de dépendances Suchtforschung des BAG 1996-1998. Office fédéral de la santé publique: Berne.

Rihs-Middel, M., Lotti, H., Stamm, R., & Clerc, J. (1995). La prescription de stupéfiants sous contrôle médical. Recueil d'études et d'expériences. Editions médecine et hygiène: Genève.

Rihs-Middel, M., Lotti, H., Stamm, R., & Clerc, J. (1996). Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Erfahrungen. Huber: Bern.

Rihs-Middel, M., Lotti, H., Stamm, R., & Clerc, J. (1997). The Medical Prescription of Narcotics. Scientific Foundations and Practical Experiences. Hogrefe & Huber Publishers: Seattle / Toronto / Göttingen / Bern.

Rihs-Middel, M. & Seidenberg, A. (1999). Die Heroingestützte Behandlung in der Schweiz: Band II: Praktische Umsetzung. Hans Huber Verlag: Bern.

Rihs, M. (1994). Medical prescription of narcotics in Switzerland. Basic issues and research plan. European Journal on Criminal Policy and Research 2(4), 69-83.

Rihs, M. & Affentranger, P. (1995). Statusbericht über das Projekt "Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln in der Schweiz". Schriftenreihe Jugendpolitik, Band IX. SPD-Parteivorstand: Bonn.

Ronco, C., Berger Hoins, C., Arnold, J., & Lanz, A. (1999). Drogenszenen, Struktur und Wandel von Drogenszenen in der Schweiz im Anschluss an die Aufhebung der offenen Drogenszene "Letten" in Zürich. In: Rihs-Middel, M. and Eppler, E. Suchtforschung des BAG 1996-1998. Bundesamt für Gesundheit: Bern.

Rossier-Affolter, R. (1996). Kostenanalyse über das "PROjekt zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE)". Unveröffentlicht.

Ryser, H. (1999). Analyse der Todesfälle in den Versuchen für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Schaefer, C. & Haener, M. (1998). Kontrollierte Opiatabgabe in der Strafanstalt (KOST). Jahresbericht 1997. Kanton Solothurn, Strafanstalt Solothurn: Solothurn Oberschöngrün.

Schläpfer, T., Noss, R., Wielepp, J., Hämmig, R., Kinser, J., Brenneisen, R., Pearlson, G., & Fisch, H. (1998). Regional cerebral blood flow changes after acute heroin administration. 37th Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology, Puerto Rico. (Abstract).

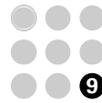
Schweizerische Gesellschaft für Prävention im Gesundheitswesen, Gutzwiller, F., Stähli, R., & Somogyi, P. (1997). Ziele zur Gesundheitspolitik für die Schweiz. Sozial- und Präventivmedizin 42(Suppl.1), 1-80.

Schweizerischer Bundesrat (1991). Bundesratsbeschluss über Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme vom 20. Februar 1991. Bern.

Schweizerischer Bundesrat (1992). Beschlüsse des Bundesrates zur Umsetzung seiner Drogenpolitik. EDI-Pressemitteilung. Mai 1992. Beilage: Bericht über die Vernehmlassung, Presserohstoff. Eidg. Departement des Innern, Presse- und Informationsdienst: Bern.

Schweizerischer Bundesrat (1992). Verordnung über die Förderung der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Drogenprävention und Verbesserung der Lebensbedingungen Drogenabhängiger vom 21. Oktober 1992. Bern.





BIBLIOGRAPHIE

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

Schweizerischer Bundesrat (1996). Verordnung über die Förderung der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Drogenprävention und Verbesserung der Lebensbedingungen Drogenabhängiger. Änderung vom 21. Februar 1996. Bern.

Schweizerischer Bundesrat (1997). Verordnung über die Förderung der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Drogenprävention und Verbesserung der Lebensbedingungen Drogenabhängiger. Änderung vom 15. Dezember 1997. Bern.

Schweizerischer Bundesrat (1999). Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 8. März 1999. Bern.

Seidenberg, A. (1986). Enthaltbarkeit kann nicht mehr oberstes Therapieziel sein. Soziale Medizin 13(12), 5-12. Ropress Zürich: Zürich.

Seidenberg, A. (1995). DDD - F. Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich in der AruD-Poliklinik ZokL2. 3. Bericht, über das 1. Halbjahr des 2. Betriebsjahres 1995. AruD: Zürich.

Seidenberg, A. (1995). Einige klinisch-pharmakologische Überlegungen zur diversifizierten Drogenverschreibung und Drogenabgabe (DDD). ARUD: Zürich.

Seidenberg, A. (1995). Meinungen von Patientinnen (Anhang 5). In: Seidenberg, A. DDD - F. Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich in der AruD-Poliklinik ZokL2. 3. Bericht, über das 1. Halbjahr des 2. Betriebsjahres 1995.

Seidenberg, A. (1995). Verringert sich Delinquenz bei kontrollierter Opiatabgabe? Polizeiliche Feststellungen bei 55 Patienten/innen mit betäubungsmittelgestützten Behandlungen in der Poliklinik ZokL2. Kriminologisches Bulletin de Criminologie 21(2), 49-60.

Seidenberg, A. (1996). DDD - F. Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich in der AruD-Poliklinik ZokL2. 4. Bericht, über das 2. Halbjahr des 2. Betriebsjahres 1995 und die ersten Monate 1996. Arud: Zürich.

Seidenberg, A. (1997). Maximalwirkung, Flash und Äquivalenzdosen bei für Opioide toleranten und semitoleranten Patienten. Unpubliziertes Arbeitsdokument. Prove.

Seidenberg, A. (1997). Prinzipien der sicheren Opioidverordnung: Theorie eines pharmakokinetischen Dosierungsmodells und die computerisierte diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe CDDD, Prove.

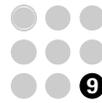
Seidenberg, A. & Honegger, U. (1998). Metadona, heroína y otros opioides - Manual médico para un tratamiento ambulatorio de mantenimiento con opioides. Traducción al español de Palma Sánchez, de Moya Rodriguez, Ángela Maldonado García y Francisco García Hurtado.

Seidenberg, A. & Honegger, U. (1998). Methadon, Heroin und andere Opioide. Medizinisches Manual für die ambulante opioidgestützte Behandlung. Hans Huber: Bern.

Seidenberg, A. & Kranich, C. (1989). Rekurs an den Regierungsrat des Kantons Zürich dagegen, dass dem Gesuch von A. Seidenberg, betäubungsmittelabhängigen Opiatkonsumenten Morphin verschreiben zu dürfen, durch die Gesundheitsdirektion nicht entsprochen wurde.

Seidenberg, A., Peng, M., & Custer, R. (1999). Prinzipien der sicheren Opioidverordnung: Theorie eines pharmakokinetischen Dosierungsmodells und die computerisierte diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe CDDD. In: Rihs-Middel, M., Seidenberg, A., and (Hrsg.). Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln: Praktische Umsetzung und erste Ergebnisse, Prove Band 2, Bundesamt für Gesundheit. Hans Huber:





BIBLIOGRAPHIE

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

submitted.

Sous-commission "drogue" de la Commission fédérale des stupéfiants (1989). Aspects de la situation et de la politique en matière de drogue en Suisse. Office fédéral de la santé publique: Berne

Speich, A. (1998). Heroin-Flüssiginhalation und Heroin-Pulverinhalation. In vitro- und in vivo-Studien im Rahmen der Versuche zur ärztlich kontrollierten Verschreibung von Betäubungsmitteln. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Pharmazie der Medizinischen Fakultät der Universität Bern. Arbeit unter der Leitung von Prof. Dr. R. Brenneisen. Universität Bern: Bern.

Stalder, A. (1997). Heroin-Zigaretten, in vitro- und in vivo- Rauchstudien. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Pharmazie der Medizinischen Fakultät der Universität Bern. Arbeit unter der Leitung von Prof. Dr. R. Brenneisen. Universität Bern: Bern.

Stalder, A., Lehmann, T., Bourquin, D., Brenneisen, R., & Hämmig, R. (1997). In Vitro and In Vivo Smoking Experiments with Diacetylmorphine Cigarettes. Proceedings of the Congress of the Society of Forensic Toxicologists (SOFT), Denver. Abstract. Journal of Analytical Toxicology 21(93).

Steffen, T. (1998). Die HIV- und Hepatitis-Behandlung im Rahmen des Projektes für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE). Workshop, Universität Hamburg. September.

Steffen, T. (1998). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Fachtagung der Universität Innsbruck. März.

Steffen, T., Christen, St., Blättler, R., & Gutzwiller, F. PROVE-Team (1999). Infectious Diseases and Public Health: Risk taking behaviour during participation in the Swiss Programme for a Medical Prescription of Narcotics. Journal of Substance Use And Misuse.

Steffen, T., Christen, St., Gutzwiller, F., & PROVE Team (1998). Programme for a medical prescription of narcotics: Infectious diseases and public health international workshop. Queen's University, Belfast. June.

Steffen, T., Gasser, M., & Gutzwiller, F. (1998). Die medizinische Behandlungssituation von HIV-positiven, i.v. Drogenabhängigen in den Versuchen für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE). Schweizerische Jahrestagung für Innere Medizin, Lausanne. Posterpräsentation.

Steffen, T., Kaufmann, B., Blättler, R., Dobler-Mikola, A., Gutzwiller, F., & Uchtenhagen, A. (1999). Die heroingestützte Behandlung von Opiatabhängigen - bisherige und aktuelle Forschungsschwerpunkte. Das Gesundheitswesen 61.

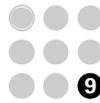
Steffen, T., Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., & PROVE Team (1998). Reduction of addictive and risk taking behavior during participation in a medically controlled heroin prescription program. 12th World AIDS Conference Geneva. June 28 - July 3.

Steffen, Th. (1996). Analysepläne zum Schlussbericht des medizinischen Bereichs PROVE. Institut für Suchtforschung. Zürich.

Steffen, Th. (1996). Analysepläne zum Schlussbericht des pharmakologischen PROVE. Institut für Suchtforschung. Zürich.

Steffen, Th. (1998). Die infektiologische Situation bei intravenös Drogenabhängigen in den Versuchen für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE) unter besonderer Berücksichtigung von Public Health Aspekten. Universitäten Basel, Bern und





BIBLIOGRAPHIE

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

Zürich: Basel.

Stohler, R., Hug, I., Knoll, B., Mohler, B., & Ladewig, D. (1996). Erste Erfahrungen mit Entzugsbehandlungen von Teilnehmern und Teilnehmerinnen des diversifizierten Opiatverschreibungsprojekts Janus in Basel. First Experiences with Withdrawal Treatments of Participants in the Diversified Opiate-Prescription Project Janus in Basel. Schweizerische Rundschau für Medizin (Praxis) 85(48), 1537-1541.

Stohler, R., Hug, I., Kocher, R., & Ladewig, D. (1996). EEG, EMG and ECG alterations during and after intravenous injection of opioids. Third Swiss Poster Meeting on Basic and Clinical Neuroscience. Bern, Inselspital.

Strang, J. & Gossop, M. E. (1994). Heroin addiction and drug policy. The British system. Oxford University Press: London.

Subkommission "Drogenfragen" der Eidgenössischen Betäubungsmittelkommission (1989). Aspekte der Drogensituation und Drogenpolitik in der Schweiz. Bundesamt für Gesundheitswesen: Bern.

Swiss Federal Office of Public Health (1996). The Swiss Strategy Against Illicit Drug Abuse (Factsheet).

Swiss Federal Office of Public Health (1999). The Swiss drug policy - a fourfold approach (with special consideration of the medical prescription of narcotics). Swiss Federal Office of Public Health: Bern.

Swiss Narcotic Substances Commission & Methadone Working Group of the Sub-Commission on Drug Issues (1996). Swiss Methadone Report. Narcotic Substitution in the Treatment of Heroin Addicts in Switzerland. (3rd edition). Swiss Federal Office of Public Health / Addiction Research Foundation: Berne.

Team MSH 1 (1998). Projekt MSH 1 - kontrollierte Betäubungsmittelabgabe St. Gallen. Jahresschlussbericht 1997. Trägerschaft: Stiftung "Hilfe für Drogenabhängige". St. Gallen.

Thome, F., Broers, B., Junet, C., Déglon, J. J., Bourquin, M., Mino, A., Perrin, L., & Hirschel, B. (1995). Le déclin d'une épidémie: le VIH parmi les toxicomanes à Genève, 1988-1994. La Presse Médicale 24(24), 1099-1102.

Thüller, N. & Lewis, M. O. H. (1998). Methadonbehandlungen. Forschung und Praxis im Kanton Bern. Schweiz. Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP/SSPS: Muri/Schweiz.

Touati M.A., Sueur C., Lebeau B. La prescription médicale d'héroïne injectable. In: Psychotropes, Vol. 5, no. 3, pp. 84-86

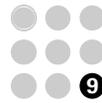
Tschacher, W. (1996). Auswertungsbericht. Projekt ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Statistische Auswertung der Doppelblind-Crossover-Studie in Bern (Heroin vs. Morphin i.v.). Unveröffentlicht.

Tschacher, W. (1997). Analysepläne zum Schlussbericht PROVE: 1. Bericht zu Doppelblindversuchen. Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Direktion Mitte/West. Unveröffentlicht.

Uchtenhagen, A. (1994). Diversifizierte Verschreibung von Betäubungsmitteln an Heroinabhängige: Grundlagen, Versuchsplan, Begleitforschung. Schweizerische Rundschau für Medizin PRAXIS (34), 931-936.

Uchtenhagen, A. (1994). Pilotprojekte zur diversifizierten Verschreibung von Betäubungsmitteln an Heroinabhängige in der Schweiz. In: Ladewig, D. Hrsg. Aspekte der aktuellen Drogenpolitik, Auswertung von Methadonbehandlungen in der Schweiz. Projekte zur Überlebenshilfe und diversifizierten Opiatabgabe, Gruppentherapie. Drogen und Alkohol Nr. 7. ISPA-Press: Lausanne.





BIBLIOGRAPHIE

DIRECTIVES

RECOMMANDA-
TIONS

INFORMATIONS

Uchtenhagen, A. (1994). Verschreibung von Betäubungsmitteln an Heroinabhängige. Ziele und Programm der Pilotversuche in der Schweiz. *Sucht* (5), 342-349.

Uchtenhagen, A. (1995). Harm reduction: the case of Switzerland. *European Addiction Research* (1), 86-91.

Uchtenhagen, A. (1996). Program for a Medical Prescription of Narcotics. Second Interim Report of the Research Team. Abridged Version. Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Uchtenhagen, A. (1998). Programme for a Medical Prescription of Narcotics: Summary of the Synthesis Report (July 1997). In: Nadelmann, E. Heroin Maintenance Treatment. Research Summary. The Lindesmith Center: New York, San Francisco.

Uchtenhagen, A. (1998). Treatment and treatment evaluation in the field of drug abuse in Switzerland. Country report. Addiction Research Institute, University of Zurich: Zurich.

Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., & Gutzwiller, F. (1993). Ärztlich kontrollierte Verschreibung von Betäubungsmitteln: Grundlagen, Forschungsplan, erste Erfahrungen. Beitrag im Weiterbildungsseminar für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Schweizerischen Heroinabgabeversuchen, Thun.

Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., & Gutzwiller, F. (1995). Medically controlled diversified prescription of narcotics: a Swiss National Project. Referat an der "IV. International Conference on the Reduction of Drug Related Harm", Florenz.

Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., & Gutzwiller, F. (1996). Medical prescription of narcotics. Background and intermediate results of a Swiss national project. *European Addiction Research* 2(4), 201-207.

Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., & Gutzwiller, F. (1996). Medically controlled prescription of narcotics: A Swiss National Projekt. *The International Journal of Drug Policy* 7(1), 28-33.

Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., Hättich, A., & Gutzwiller, F. (1992). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Gesamtversuchsplan. Unveröffentlicht.

Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., Steffen, T., Gutzwiller, F., Blättler, R., & Pfeifer, S. (1999). Prescription of Narcotics for Heroin Addicts - Main Results of the Swiss Natinal Cohort Study. Karger: Basel.

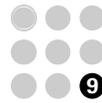
Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., & Dobler-Mikola, A. (1994). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Gesamtversuchsplan und Ausführungsbestimmungen. In: Stiftung für Sozialtherapie (Hrsg.). Vernetzung von Forschung und Praxis in der Suchttherapie. Drogalkohol 3.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., & Dobler-Mikola, A. (1994). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Studienprotokoll der Begleitevaluation. Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., & Dobler-Mikola, A. (1997). Esperimenti concernenti la prescrizione medica di stupefacenti. Rapporto conclusivo degli incaricati alla ricerca. Riassunto del rapporto di sintesi. Institut für Suchtforschung / Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., & Dobler-Mikola, A. (1997). Essais de prescription médicale de stupéfiants. Rapport final des mandataires de la recherche. Rapport de synthèse. Institut für Suchtforschung / Institut für Sozial- und Präventivmedizin der





BIBLIOGRAPHIE

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

Universität Zürich: Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., & Dobler-Mikola, A. (1997). Essais de prescription médicale de stupéfiants. Rapport final des mandataires de la recherche. Résumé du rapport de synthèse. Institut für Suchtforschung / Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., & Dobler-Mikola, A. (1997). Programme for a Medical Prescription of Narcotics. Final Report of the Research Representatives. Summary of the Synthesis Report. Addiction Research Institute / Institute for Social- and Preventive Medicine of the University of Zürich: Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., & Dobler-Mikola, A. (1997). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten. Synthesebericht. Institut für Suchtforschung / Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., & Dobler-Mikola, A. (1997). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten. Zusammenfassung des Syntheseberichts. Institut für Suchtforschung / Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., & Dobler-Mikola, A. (1997). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten. Zusammenfassung des Syntheseberichts. Institut für Suchtforschung / Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., & Dobler-Mikola, A. (1998). Programme for a Medical Prescription of Narcotics. Final Report of the Research Representatives. Synthesis Report. Institut für Suchtforschung / Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., & Dobler-Mikola, A. (1998). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Gesamtversuchsplan und Ausführungsbestimmungen. In: Stiftung für Sozialtherapie (Hrsg.). Vernetzung von Forschung und Praxis in der Suchttherapie. Drogalkohol 3.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., & Blättler, R. (1995). Essais de prescription médicale de stupéfiants: rapport intermédiaire des mandataires de la recherche. Version abrégée. Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

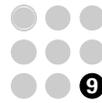
Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., & Blättler, R. (1995). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Zwischenbericht der Forschungsbeauftragten. Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., & Blättler, R. (1996). Essais de prescription médicale de stupéfiants: deuxième rapport intermédiaire des mandataires de la recherche. Version abrégée. Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., & Blättler, R. (1996). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Zweiter Zwischenbericht der Forschungsbeauftragten. Kurzfassung. Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., & Blättler, R. (1996). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Zwischenbericht der Forschungsbeauftragten. Kurzversion. Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.





BIBLIOGRAPHIE

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., & Hättich, A. (1993). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Gesamtversuchsplan und Ausführungsbestimmungen. Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Bundesamt für Gesundheitswesen: Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., & Hättich, A. (1994). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Internes Dokument No.1. Instruktionmaterial zur Begleitevaluation. Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., & Rihs-Middel, M. (1995). Essais concernant la prescription de stupéfiants sous contrôle médical. Plan global de recherche et conditions d'application. Office fédéral de la santé publique: Bern.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., & Rihs-Middel, M. (1995). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Gesamtversuchsplan und Ausführungsbestimmungen. Bundesamt für Gesundheitswesen: Bern.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A., & Steffen, T. (1997). Programme for a medical prescription of narcotics. A synthesis of results. *European Addiction Research* 3(4), 160-163.

Uehlinger, C. & Hauser, C. (1998). Allergic Reactions with Injectable Methadone (in press). *American Journal of Psychiatry*.

Uehlinger, C., Ouevray, K., Vienny, A., & Waldvogel, D. (1998). Injecting Frequencies in an Intravenous Methadone Maintenance Program. 60th Congress of the College on Problems of Drug Dependence, Phoenix, Arizona (Poster).

Ufficio federale della sanità pubblica (1997). La politica della Confederazione in materia di droga (Factsheet).

Ufficio federale della sanità pubblica (1998). Dati e fatti sulla politica della Confederazione in materia di droga. Documentazione.

Utiger, U., Vontobel, U., & Eastus, C. (1997). Richtlinien und Empfehlungen für die Abgabe der Drogenverschreibungsstellen. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Unveröffentlicht.

Vienny, A. H. (1993). L'utilisation de la méthadone injectable dans un encadrement pluridisciplinaire. Projet du canton de Fribourg. Le Tremplin (Unité spécialisée en toxicomanie) et Centre Psychosocial du canton de Fribourg: Fribourg.

Vienny, A. H. (1995). Elements d'une évaluation intermédiaire portant sur l'impact de PROMI auprès des participants. Annexe 2 au rapport du projet fribourgeois méthadone injectable PROMI de décembre 1995. Le Tremplin (Unité spécialisée en toxicomanie) et Centre Psychosocial du canton de Fribourg: Fribourg.

Vienny, A. H. (1995). Méthadone injectable dans le cadre du projet fédéral PROVE. Description et tendance de l'essai fribourgeois. Annexe 1 au rapport du projet fribourgeois méthadone injectable PROMI de décembre 1995. Le Tremplin (Unité spécialisée en toxicomanie) et Centre Psychosocial du canton de Fribourg: Fribourg.

Vienny, A. H. (1995). Rapport. Projet fribourgeois méthadone injectable PROMI. Décembre 1995. Le Tremplin (Unité spécialisée en toxicomanie) et Centre Psychosocial du canton de Fribourg: Fribourg.

Vienny, A. H. (1995). Rapport. Projet fribourgeois méthadone injectable PROMI.





BIBLIOGRAPHIE

DIRECTIVES

RECOMMANDATIONS

INFORMATIONS

Novembre 1995. Le Tremplin (Unité spécialisée en toxicomanie) et Centre Psychosocial du canton de Fribourg: Fribourg.

Vienny, A. H. (1996). PROMI. Projet fribourgeois méthadone injectable. Visite du groupe des experts de l'Organisation Mondiale de la Santé du 14 mai 1996. Non publié. Le Tremplin (Unité spécialisée en toxicomanie) et Centre Psychosocial du canton de Fribourg: Fribourg.

Vienny, A. H. (1996). Rapport final. Projet fribourgeois méthadone injectable PROMI (Décembre 1996). Le Tremplin (Unité spécialisée en toxicomanie) et Centre Psychosocial du canton de Fribourg: Fribourg.

Vienny, A. H. (1996). Rapport. Projet fribourgeois méthadone injectable PROMI (Juillet 1996). Le Tremplin (Unité spécialisée en toxicomanie) et Centre Psychosocial du canton de Fribourg: Fribourg.

Vontobel, U., Locher, U., Schmid, R., Hämmig, R., Kury, P., Affentranger, P., Markert, M., Feller, M., & Gerber, R. (1996). Diversifizierte ärztliche Drogenverschreibung: Stufenprogramm. Unveröffentlicht. Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. Bern.

VSD (1985). Protokolle der Arbeitsgruppe BetmG-Revision des Vereins Schweizerischer Drogenfachleute (VSD). VSD / Arbeitsgruppe BetmG-Revision.

VSD (1989). Protokoll der Fachgruppe Justiz des Vereins Schweizerischer Drogenfachleute (VSD) zur Opiatabgabe.

VSD (1991). Randomisierter Versuch der diversifizierten Drogenverschreibung und Drogenabgabe. Bericht der Arbeitsgruppe Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe des Vereins Schweizerischer Drogenfachleute VSD. Unveröffentlicht.

Waldvogel, R. (1998). - Nur für internen Gebrauch bestimmt! - Projekt Lifeline/Crossline. Ein wissenschaftlicher Versuch mit der Verschreibung von Betäubungsmitteln. Schlussbericht für die Pilotphase vom 1. Januar bis 31. Dezember 1997. Ambulante Drogenhilfe, Sozialdepartement der Stadt Zürich. Zürich.

Weber, C., Oeuvray, K., Oeuvray, B., & Uehlinger, C. (1996). Methadone injectable dans le cadre du projet fédéral PROVE. Description et tendance de l'essai fribourgeois. 50. congrès de la Société suisse de psychiatrie à Berne (Poster).

Weichelt, M. (1998). Projekt ZOPA. Jahresbericht 1997. Projekt ZOPA, Zug: Zug.

Wielepp, J., Noss, R., Bundeli, P., Kinser, J., Hämmig, R., Brenneisen, R., & Schläpfer, T. (1998). Differential cerebral blood flow changes associated with rush and euphoria after i. v. heroin administration. Vortrags-Abstract. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin, Leipzig.

Zarotti, G. (1992). Erhaltungsprogramme für Drogenabhängige in Grossbritannien. Sozialamt der Stadt Zürich.

Zeltner, T. (1999). Der Bericht der von der WHO eingesetzten Expertengruppe über die Schweizer Versuche mit der Ärztlichen Verschreibung von Heroin aus der Sicht des Bundesamtes für Gesundheit. Bundesamt für Gesundheit: Bern.

