

DROP-IN
Fausses-Brayes 5
2000 Neuchâtel

RAPPORT D'ACTIVITE

1998

TABLE DES MATIERES

L'EQUIPE	4
PREAMBULE	6
INTRODUCTION	10
LA SCENE	12
PREVENTION PRIMAIRE	14
PREVENTION SECONDAIRE	19
• Le Râteau-Ivre	
• Aide aux parents	
PREVENTION TERTIAIRE	24
• Traitements ambulatoires ou traitements stationnaires	
• Méthodologie de prise en charge au Drop-In	
• Professionnalisation de la distribution de la méthadone et des médicaments	
• Neurosciences	
• Problèmes liés à l'utilisation compulsive de la cocaïne	
• Pathologie psychiatrique	
• Psychothérapies déléguées	
• Prise en charge systémique	
• "Coaching"	
• Enfants de personnes toxicomanes	
• Pathologies somatiques	
• Le secteur des soins infirmiers	
• Prévention des overdoses	
• Animation socio-éducative	
• Systémique, réseaux et collaboration	

AIDE A LA SURVIE	40
<ul style="list-style-type: none">• Le repas et l'accueil• Les activités occupationnelles• Le secteur des soins• La douche-buanderie• Le coin statistique• Première conclusion	
AIDE AUX PATIENTS CHRONIQUES ET INVALIDES	47
FORMATION	48
<ul style="list-style-type: none">• Formation continue interne• Formation continue externe	
EN GUISE DE CONCLUSION	55
ACTIVITES ET RELATIONS EXTERIEURES	57
DONATEURS ET REMERCIEMENTS	62
STATISTIQUES ET COMMENTAIRES	64

L'EQUIPE

Pierre-Alain PORCHET	médecin directeur	60%
Irène PORCHET-MARGUERAT	psychologue FSP-psychothérapeute	25%
Gilbert FORNEROD	assistant social responsable du secteur thérapeutique	100%
Astrid REICHENBACH	psychologue FSP-psychothérapeute	50%
Daniel BUGNON	éducateur spécialisé responsable du secteur administratif	100%
Ursula ANDEREGG	assistante médicale, secrétaire jusqu'au 31.12.1998	80%
Valérie WENGER PHEULPIN	éducatrice spécialisée responsable du secteur de la Prévention primaire et secondaire	50%
Michel CATTIN	travailleur social option animation socio-culturelle	100%
Aude SMITH BARDET	psychologue FSP dès le 01. 10.1998	100% 50%
Clément DESCOEUDRES	licencié en sciences sociales	100%
Jean-Marie COSTE	infirmier en psychiatrie responsable du secteur des soins infirmiers	100%
Natacha HADORN	assistante médicale, secrétaire dès le 01.12.1998	100% 50%
Philippe BERSET	psychologue et infirmier en psychiatrie	100%
Laure OLIVERI	psychologue	80%
Véronique EVARD	infirmière assistante dès le 01.06.1998	65%

Magali STEINEMANN	assistante en pharmacie dès le 15.10.1998	65%
Christophe JAGGI	collaborateur social dès le 01.11.1998	100%
Francine ROUILLER	stagiaire en travail social et politiques sociales de l'Université de Fribourg jusqu'au 31.02.1998	100%
Claudia CAROLILLO	stagiaire en pédagogie curative clinique de l'Université de Fribourg du 01.02 au 01.12.1998	100%
Marie-Josée BUTSCHI	Secrétaire dès le 01. 07.1998	50 %

PREAMBULE

Les initiatives "Jeunesse sans drogue" et "DROLEG" ont été rejetées par le peuple, dos à dos, à une écrasante majorité.

C'est rassurant !

Les citoyens ont refusé de se laisser enfermer dans de mauvais débats qui faisaient l'impasse de la caractéristique principale des phénomènes liés à la toxicomanie des jeunes : la complexité.

Certains "soubresauts" politiques vont certes en résulter, qui déboucheront peut-être encore sur l'une ou l'autre initiative, mais il est temps de tourner la page et de réfléchir aux vrais problèmes et aux vraies questions.

Pour cela, il est nécessaire de clarifier le débat.

Beaucoup y ont réfléchi, professionnels, chercheurs, politiciens, parents, etc. Des études ont été faites au plus haut niveau.

La "guerre des chapelles" est depuis longtemps terminée, les "gourous" tout-puissants se sont pour la plupart tus.

C'est le temps du partage, des échanges, de la réflexion commune, au niveau national et international.

Un consensus semble progressivement se dégager sur les définitions et la compréhension des phénomènes, même si des divergences demeurent quant aux priorités et au degré d'urgence des mesures à prendre.

Aujourd'hui, que savons-nous ?

- Nous savons que les phénomènes liés à la toxicomanie des jeunes ne se définissent pas par les produits utilisés, mais par les caractéristiques et la personnalité de celui qui les consomme.
- Nous savons qu'il est nécessaire de distinguer l'usage récréatif de produits psychotropes d'un usage abusif, qui peut devenir compulsif et entraîner un dysfonctionnement de l'économie psychologique et du fonctionnement social de celui qui en sera victime.
- Nous savons que la toxicomanie, l'usage abusif et compulsif de produits psychotropes, est en fait, souvent inconsciemment, la découverte d'une "automédication" contre une souffrance engendrée par une pathologie complexe : faite souvent de troubles du développement psychologique et affectif exacerbés par les difficultés du moment.

Nous savons que l'expérience du soulagement par cette "automédication", sa répétition possible assaisonnée de l'impression d'avoir découvert une solution et de maîtriser le produit, conduisent à la toxicomanie et à ses dérives.

- Nous savons que la toxicomanie n'est donc pas une maladie ordinaire ou du moins que ce n'est pas une maladie qui porte ce nom. C'est le symptôme d'un mal-être et d'un mal-vivre avec le plus souvent une pathologie sous-jacente spécifique, psychiatrique, psychologique et/ou psychosociale. Il s'agit d'en faire le diagnostic afin d'élaborer des stratégies thérapeutiques adéquates.

La médecine parle des "co-morbidités" de la toxicomanie, c'est-à-dire des pathologies psychiatriques ou psychologiques qui accompagnent la toxicomanie.

Nous pensons maintenant qu'en fait c'est la toxicomanie qui est la "co-morbidité" d'une pathologie psychologique, psychiatrique ou psychosociale inconsciemment "soignée" par des produits psychotropes puissants : alcool, cannabis, héroïne, cocaïne ou autres drogues synthétiques.

- Nous savons que la notion du temps nécessaire au traitement est fondamentale : il s'agit de soigner une pathologie complexe par une autre "méthodologie" que l'automédication par la drogue, de restaurer pour la personne toxicomane une identité détruite et remplacée par celle qu'offre la toxicomanie qui sert alors de seule "colonne vertébrale".
- En fonction de ce qui précède, nous savons donc que l'abstinence est une notion complexe. Ce n'est pas et ne doit pas être le retour à la situation précédant les conduites addictives : cette situation est caractérisée par la pathologie qui a conduit à la toxicomanie! L'abstinence marque la possibilité de ne plus s'automédiquer avec des produits psychotropes puissants et de fonctionner avec "sa propre tête", avec une économie psychique restaurée. L'abstinence est aussi un symptôme : celui que le traitement porte ses fruits, qu'une médication et une prise en charge adéquates ont pu être trouvées et se poursuivent pour déboucher sur la meilleure compensation possible. L'abstinence ne se prescrit pas, elle se construit lentement.
- Nous savons qu'aujourd'hui il est important d'entrer en contact le plus tôt possible avec la population des personnes toxicomanes et de pouvoir s'en occuper, quel que soit le stade de leur trajectoire.

Il y a une continuité naturelle entre l'aide à la survie, la limitation des dommages, la gestion de la consommation et le traitement qui peut déboucher sur l'abandon de "l'automédication".

- Nous savons que les traitements doivent être individualisés, qu'il n'y a pas de traitement univoque valable pour toutes les personnes souffrant de conduites addictives mais que l'offre doit être diversifiée tout en obéissant à de sévères critères de qualité.
- Nous savons aussi qu'une personne toxicomane prise en charge voit sa situation sanitaire et sociale s'améliorer considérablement, son recours aux pratiques illégales, voire à la criminalité, fortement baisser et que les coûts engendrés par la toxicomanie s'abaissent également drastiquement. Le nombre de décès par overdose diminue dans les mêmes proportions.

Les plates-formes de réflexion entre professionnels deviennent par chance de plus en plus nombreuses dans le domaine, les échanges et les réflexions communes se multiplient. Ceci nous permet de confirmer à quelques nuances près que les notions élaborées ci-dessus correspondent progressivement à un consensus.

Et maintenant ?

La Loi Fédérale sur les Stupéfiants (LFS) va être révisée, de nouvelles approches politiques sont élaborées et nous seront bientôt proposées.

La légalisation des drogues que proposait DROLEG a été rejetée : le débat est en effet prématuré.

Ne serait-il pas temps de réfléchir à la décriminalisation de cette automédication que représente la consommation ?

Nous le savons maintenant, la consommation compulsive de produits psychotropes puissants, légaux et illégaux, est une tentative d'automédication.

Pour l'alcool, aux effets socialement dévastateurs et pharmacologiquement plus destructeurs que l'héroïne, il est évident que la criminalisation de la consommation serait contre-productive. Cela n'empêche pas de sanctionner des corollaires pénaux comme l'alcool au volant par exemple.

Pourquoi ne pourrait-il pas en être de même avec les produits actuellement illégaux ? Il s'agirait de dépenaliser la consommation et non pas ses corollaires pénaux que sont le trafic ou la criminalité qui lui sont liés.

Par définition, une personne toxicomane est en général jeune.

Elle présente une souffrance qu'elle "automédique" avec un produit psychotrope puissant. Ne mettant en jeu que sa propre personne, elle n'a pas l'impression, en ne faisant que consommer, de nuire à autrui.

Le facteur de marginalisation, voire d'exclusion que peut entraîner la criminalisation de cette "automédication" est contre-productive : elle augmente le malaise et la souffrance, elle confirme les troubles du processus identitaire.

La justice l'a bien compris, elle n'emprisonne plus, dans la réalité, pour délit de consommation.

Les injonctions thérapeutiques qui résultent le plus souvent de la pénalisation de la consommation ne compensent pas les dangers que cette pénalisation génère.

La criminalisation est une mauvaise réponse à la souffrance et aux tentatives désespérées de la personne toxicomane de la soulager.

Elle tend à la marginalisation et à l'exclusion.

Garder son sentiment d'appartenance à une communauté et être conscient d'un droit de citoyenneté qu'il faut préserver sont des puissants moteurs pour demander des soins et prendre ses responsabilités.

Le canton de Neuchâtel a su démontrer sa capacité à affronter sereinement les problèmes liés à la toxicomanie des jeunes : il s'en est donné les moyens.

Et maintenant ?

Et maintenant il s'agit de réfléchir ensemble sur les interrogations que nous posent la pénalisation ou la dépenalisation de cette "automédication" qu'est la consommation d'un produit psychotrope puissant par un jeune présentant une problématique personnelle engendrant une souffrance telle qu'il doit l'anesthésier.

Et rappeler qu'on ne parle pas là de "légalisation" ... il s'agit d'un tout autre débat. !

INTRODUCTION

En 1998, nous avons pu confirmer l'adéquation des nouvelles approches que nous pratiquons: pas de seuil d'accessibilité au traitement, prise en charge individualisée.

Progressivement ces possibilités ont été de mieux en mieux connues dans la zone. Il devient également de plus en plus fréquent que les personnes en traitement au Drop-In amènent de nouveaux patients, quel que soit le stade de leur trajectoire.

Il est en effet de plus en plus connu que l'on peut bénéficier de l'aide du Drop-In sans forcément devoir "vendre" un discours qui prêche l'abstinence.

Cette plus grande "authenticité" dans la prise en charge est très appréciée par les patients mais également par les collaborateurs du Drop-In: leurs patients sont co-responsables d'un contrat thérapeutique déterminé avec eux et modifiable en tout temps.

Il demeure la règle" : "Il doit y avoir cohérence en ce qui se dit et ce qui se fait".

Ce que nous soupçonnions quant à la "gestion de la consommation" se confirme.

Nous avons eu beaucoup de patients qui sont entrés en contact avec l'institution en déclarant qu'ils n'étaient pas à un stade de leur trajectoire qui leur permettrait de tendre à l'abstinence et qui, après quelques mois de traitement, étaient arrivés à une situation qui leur donnait envie, avec l'aide de leur référent, de se passer du produit psychotrope qui les avait soutenus jusqu'alors.

Nous avons également constaté que, même lors des "gestions de consommation", l'utilisation de produit diminue énormément, que le recours à des activités illégales devenait de plus en plus rare et que, progressivement d'autres intérêts apparaissaient, d'autres relations pouvaient se créer.

Nous sommes donc confirmés dans notre impression qu'il faut pouvoir approcher et offrir de l'aide aux personnes toxicomanes quel que soit le stade de leur trajectoire.

Un autre axe important de l'activité du Drop-In en 1998 a été le développement de "l'Antenne de Proximité".

Si le fait d'accepter des patients à un stade défini comme étant celui de la "gestion de la consommation" a été une étape extrêmement importante, elle exigeait cependant de la part des patients la capacité de demander au moins un peu d'aide.

Dans la zone, les plus touchés ne peuvent pas le faire, raison pour laquelle nous avons envisagé la création de cette Antenne de Proximité.

Cette démarche procède d'une réflexion datant de plusieurs années :

- 1996 mise au point du "Concept pour une Politique Cantonale d'Aide à la Survie".
- 1996-1997 présentation du concept au Bureau de la Commission Drogue suivie de son acceptation par le Conseil d'Etat.
- 1998 Le projet peut devenir opérationnel.

Il s'agit là d'un aspect fondamental de notre travail et nous avons déjà pu vérifier l'importance de la demande.

C'est le secteur de notre activité qui connaîtra probablement le développement le plus significatif. Le chapitre qui lui est consacré dans ce rapport donnera plus de précisions, mais nous sommes déjà frappés par les potentialités considérables que ce projet contient.

Dans le même état d'esprit nous avons créé en 1998 un poste d'animateur "socio-éducatif".

Le concept de cette activité est basé sur la prise en compte du fait qu'une personne toxicomane, après quelques années, est confrontée à des difficultés considérables à se récréer une identité autre que celle que lui offre la zone.

La marginalisation et la désinsertion sont telles qu'elles augmentent considérablement la problématique de base et rendent toute possibilité de soins extrêmement aléatoire.

La notion du "faire avec", de l'accompagnement actif, tend à restaurer des processus identitaires permettant progressivement de se restructurer différemment.

1998 a été le début de cette activité et l'immense succès des actions proposées démontre bien à quel point cette approche correspondait à un besoin.

L'individualisation des approches, la multiplication des services ainsi que l'augmentation considérable des patients ont nécessité un élargissement des horaires de distribution de méthadone, horaires qui correspondent maintenant à ceux de l'ouverture de l'institution.

Vu l'augmentation considérable du travail, il n'était plus possible pour les collaborateurs du Drop-In de se consacrer à leurs multiples tâches ainsi qu'à la distribution de la méthadone.

Nous avons dû engager deux personnes à mi-temps dont c'est la tâche spécifique.

Cette professionnalisation de la distribution a permis d'intensifier les prises en charge par les collaborateurs du Drop-In et a également permis de très nettement améliorer l'accueil des personnes toxicomanes dans notre centre au cours de la journée.

LA SCENE

Les produits psychotropes ou drogues, légaux et illégaux, restent abondants sur le marché du littoral neuchâtelois. L'organisation de la distribution est telle que, malgré le travail très important de la police, il n'y a jamais eu le moindre problème d'approvisionnement.

L'offre étant abondante, ces produits restent en général relativement bon marché.

Les dérivés du cannabis représentent certainement le produit illégal le plus consommé. Bénéficiant de l'appellation fallacieuse de "drogue douce", il est utilisé par de larges couches de la population à usage récréatif. De véritables addictions sont de plus en plus fréquentes, en particulier parmi les plus jeunes, et représentent dans ce sens un tremplin vers les produits plus puissants.

Nous en avons largement parlé dans notre rapport 1997.

Le marché de l'héroïne est toujours florissant, la qualité des produits et leur concentration restent aléatoires, continuant à menacer d'overdose les usagers sevrés ou très compulsifs.

Les drogues synthétiques abondent, principalement l'ecstasy et nous voyons de plus en plus apparaître de nouvelles drogues synthétiques plus "exotiques", par exemple un produit surnommé "amphétamine Thai" que nous n'avons pas eu encore l'occasion d'analyser.

Une mention particulière pour l'alcool, drogue certes légale, mais qui s'adresse hélas de plus en plus aux populations adolescentes où il nous semble que la consommation augmente de manière préoccupante.

Nous aimerions mentionner tout particulièrement cette année l'inquiétude que nous avons par rapport à l'explosion du marché de la cocaïne.

La cocaïne est un produit psychotrope extrêmement puissant dont les dangers n'étaient pas vraiment mesurés jusqu'à il y a quelques années.

Nous savons maintenant que, pharmacologiquement, la cocaïne a un effet extrêmement marqué sur le cerveau et qu'elle est également puissamment addictive.

Un seul "sniff" de cocaïne perturbe les neurotransmetteurs, en particulier la dopamine, neurotransmetteur du plaisir et de la gratification, pendant plus de trois semaines.

Si l'héroïne a plutôt tendance à "calmer le jeu", la cocaïne fait exactement le contraire.

Sous cocaïne, la gestion des besoins fondamentaux devient aléatoire, la gestion des affects complètement anarchique. Chez des êtres déjà fragilisés et peu structurés les dégâts sont considérables : la gestion du quotidien, la gestion de l'argent et des gestes les plus simples de l'existence deviennent impossibles, le recours à la violence est extrêmement fréquent, les décompensations psychiatriques habituelles.

La cocaïne prise par injection intraveineuse entraîne également une compulsivité extrêmement puissante. Certaines personnes toxicomanes passent des heures à essayer de

s'injecter le produit et nous revoyons des situations qui avaient disparu depuis les scènes ouvertes de Zürich: des personnes négligeant leur hygiène, amaigries, couvertes d'abcès et psychiquement décompensées tout en étant difficilement atteignables.

La cocaïne sabote également nombre de traitements et de prises en charge : des personnes toxicomanes souvent bien stabilisées depuis de nombreux mois avec une substitution de méthadone et un accompagnement médico-psychosocial voient leur situation se dégrader suite au recours à la cocaïne.

L'augmentation de la consommation de ce produit est un vrai problème devant lequel nous sommes partiellement impuissants : contrairement à l'héroïne, il n'y a pas de produit de substitution ou "d'antidote" à la cocaïne.

Ceci nous force à élaborer des stratégies dans le cadre des traitements dont nous parlerons sous la rubrique prévention tertiaire.

La cocaïne a certainement aussi sa part de responsabilité dans l'augmentation de la précarité que nous constatons dans la zone.

De plus en plus de personnes émargent des Services Sociaux et malgré tous les efforts des Offices Régionaux de Placement (ORP) et d'autres organismes, une occupation ou un travail sont extrêmement difficiles à trouver.

La marginalisation et l'exclusion de ces populations deviennent de plus en plus patentes et génératrices de souffrance pour des personnes toxicomanes qui le plus souvent n'ont aucune revendication vis-à-vis de la marge mais aspirent plutôt à des gratifications et des valorisations "dans la norme".

Ces existences ternes, sans possibilité de valorisation, sans possibilité de loisirs ou de développer l'un ou l'autre aspect de sa personnalité concourent à la difficulté d'abandonner cette identité de toxicomane qui reste la dernière "colonne vertébrale" et l'utilisation de produits qui restent les seuls et les derniers "plaisirs".

Le Drop-In essaie de réagir, entre autre par l'intermédiaire des activités de son Antenne de Proximité et par la création d'un poste d'animation socio-éducative destinés à être des interfaces entre la cité et la zone et devant développer des activités gratifiantes et structurantes pour amorcer le démarrage de nouveaux processus identitaires.

PREVENTION PRIMAIRE

Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

La prévention primaire est l'ensemble des moyens mis en oeuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme.

En 1998, une véritable politique de la jeunesse qui favoriserait la promotion de la santé, notamment par le biais de la prévention communautaire et qui ferait la part belle à l'éducation à la santé en milieu scolaire n'a encore pas vu le jour et reste un défi des plus importants pour les temps à venir.

La "motion Schaffter" est encore pendante :

Un projet d'arrêté du Conseil d'Etat concernant la politique de santé à l'école a été mis en consultation à la fin de l'année.

Sur le terrain, les "acteurs de prévention" oeuvrent encore seuls ou en groupe dans leur région respective.

Certains ont opté pour un mode de vie "autarcique". D'autres s'ouvrent et ne savent pas très bien à quelle porte frapper. Les offres sont nombreuses, souvent complémentaires, parfois enchevêtrées.

Un concept clair et cohérent qui coordonnerait les initiatives en matière de prévention primaire, au niveau scolaire notamment, s'avère vraiment nécessaire.

La bonne volonté ne suffit pas toujours et le savoir-faire des professionnels de la prévention est encore parfois mal utilisé.

Les démarches tardives et urgentes se font plus rares : les prestations "pansements" sont moins nombreuses et c'est heureux.

Une prestation "pansement" consiste en deux choses :

- Une réponse à donner dans l'urgence suite à une situation problématique qui s'est dégradée.
- Une réponse partielle et fragmentée à une problématique large et complexe.

Il n'en demeure pas moins une question : la diminution de ce type de démarche est-elle due à une approche plus précoce de certaines problématiques ou certaines problématiques sont-elles banalisées, occultées par des actions globales uniques ?

De telles actions comportent le risque de faire penser que tout a été fait une fois pour toute dans une thématique.

Une de nos tâches est parfois d'éviter d'être les instruments d'une prévention "alibi".

Par prévention "alibi", on entend une prestation susceptible de satisfaire les demandeurs sans pour autant que ceux-ci ne se soient investis réellement dans un processus de prévention et de promotion de la santé.

Un tel processus nécessite d'avoir une vision globale et cohérente de la problématique d'un jeune ou d'un groupe. Ainsi, une réponse optimale pourra être trouvée.

Donner la possibilité aux élèves de "revisiter" certaines thématiques durant la scolarité en fonction de leur évolution et de leurs préoccupations personnelles reste pour nous primordial.

Prévention primaire, pour qui ?

Toute personne ou tout groupe peut solliciter le Drop-In pour des séances d'information en matière de toxicomanie ou pour une présentation de l'institution :

- Aux adultes : des parents, des professionnels de l'enseignement, de l'éducation, de la santé et tout autre organisme ou institution intéressés.
- Aux adolescents : tous ceux qui le demandent, et bien souvent pour la préparation d'un exposé présenté à l'école.
- Tout groupe de jeunes et en particulier dans le contexte des "Journées santé" organisées par le GISS (Groupe Information Sexuelle et éducation à la santé).

Des informations ont été données à :

- plusieurs élèves des niveaux secondaires, inférieur et supérieur,
- des journalistes,
- des enseignants,
- des associations de parents d'élèves,
- des étudiants de l'Ecole Normale,
- des médiateurs.

SNIPS

Le but du Stand Neuchâtelois Itinérant d'Information et de Promotion de la Santé est de communiquer avec le public concerné par les questions liées à la santé, de l'informer quant aux moyens d'aide et de soins existants, de l'orienter en conséquence et d'animer l'espace du stand dans une optique pédagogique de promotion de la santé.

En 1998, le Sniips a participé à trois manifestations :

- Fin avril 98, quatre jours de présence dans le hall de Métropole Centre à la Chaux-de-Fonds.
- Mi-août 98, dix jours de participation au Comptoir commercial du Val-de-Travers à Fleurier.
- Mi-novembre 98, quatre jours d'activité au Salon commercial du Val-de-Ruz à Chézard-St.Martin.

Les Centres de planning de Neuchâtel et de la Chaux-de-Fonds, le Groupe Information Sexuelle et éducation à la Santé (GISS), l'Ecole des parents du Littoral et de la Côte, le Groupe Sida Neuchâtel (GSN), le Centre de Prévention et de Traitement de la Toxicomanie des Montagnes Neuchâteloises (CPTTMN), le Service médico-social (SMS) et le Drop-In, initiateurs du projet, ont été heureux de pouvoir rencontrer le public en proposant une approche moins spécifique que dans leurs services respectifs.

Des contacts intéressants ont pu avoir lieu au cours des manifestations précitées. Reste néanmoins que d'une manière générale, le public n'est pas habitué à parler "promotion de la santé" puisque le mot santé est souvent antagoniste du mot maladie. Une des particularités de l'action du SNIIPS a consisté en la mobilisation de plusieurs partenaires régionaux de la santé (mentale, physique et sociale) durant les différentes manifestations. La présence des différents partenaires a ajouté à l'attractivité du stand.

En 1999, le SNIIPS participera à deux manifestations.

L'une se déroulera à Marin-Centre au printemps et l'autre cet automne au Salon commercial Expol du Locle.

Début 2000, les conclusions de l'évaluation de cette expérience novatrice nous seront connues.

"Journées santé"

Nous avons participé en 1998 à 24 "Journées santé" (32 en 1997).

Les membres de l'équipe du Râteau-Ivre animent à tour de rôle un atelier. Les thèmes de la vie sociale, des consommations de produits psychotropes légaux ou illégaux, de la dépendance, de la déprime et du "mal être", des relations avec les proches, des ressources personnelles, des plaisirs de la vie, etc... sont abordés.

Au cours de ces "Journées santé", les élèves ont le choix entre des ateliers proposés par des intervenants de différents services officiels. Il s'agit du Planning Familial, du Groupe Sida Neuchâtel, du Service Médico-Social et du Drop-In.

Ces journées destinées aux étudiants de 4^{ème} secondaire des collèges de Cescole, de la Fontenelle, des Cerisiers et de l'Ecole Secondaire de Fleurier concernent environ 600 élèves.

En 1998, le Drop-In a diminué ses interventions puisque le Centre d'Aide et de Prévention des Toxicomanies du Val-de-Travers (CAPTvt) a pris le relais.

Nous sommes heureux pour la jeune population du Vallon qu'elle ait maintenant aussi des référents régionaux, facilement identifiables, en matière de prévention des dépendances.

Groupe Coordination des "Journées santé"

Ce groupe réunit des représentants de chacun des services officiels participant aux "Journées santé". Cette année, le groupe de travail a mis la dernière main à un concept "Journée santé" consensuel.

Ce rapport a été envoyé à différentes commissions et représentants politiques.

Nous espérons que ce document pourra être un des éléments qui permettra la mise en place de mesures concrètes en matière de prévention primaire pour les élèves du degré 4 du secondaire inférieur le plus rapidement possible.

Le Drop-In a beaucoup apprécié cette expérience de travail qui a abouti à un consensus au niveau du concept "Journée santé" et à une potentielle cohérence quant à l'application future de cette prestation.

Promotion de la santé - prévention spécifique des dépendances

Au printemps 1998, le Bureau de la Commission Cantonale de lutte contre la drogue a nommé un groupe de travail, intitulé "Groupe de Prévention Primaire" spécifique aux toxicomanies (GPP).

A l'automne, le groupe de travail a rendu un rapport au Bureau de la Commission.

Début décembre, la poursuite de ce travail, jugé intéressant, a été demandée par le Chef du Département des Finances et des Affaires Sociales, M. Guinand, Conseiller d'Etat.

Le GPP se voit ainsi astreint à une tâche délicate : penser concrètement la réalisation de la coordination du groupe et évaluer le coût d'un tel fonctionnement.

Pour l'heure, nous ne pouvons présumer d'aucune conclusion, le dossier est en cours.

Cette dernière année plusieurs commissions, groupes de travail ont été créés :

- La Commission cantonale de prévention, groupe de travail du Conseil de santé est devenue réalité.

Cette Commission cantonale de prévention devra coordonner les initiatives en matière de prévention et s'adjoindra des groupes de travail spécifiques à différentes thématiques.

Ainsi, le GPP du Bureau de la Commission Drogue pourrait devenir un des groupes de travail de la Commission cantonale de prévention.

- Les Départements de la Justice, de la Santé et de la Sécurité et le Département de l'Instruction Publique et des Affaires Culturelles travaillent ensemble à l'élaboration d'un projet d'arrêté concernant la politique de santé à l'école.

Toutes ces initiatives donnent l'impression d'un travail intense mais quelque peu disparate. Pourtant, nous espérons y voir les prémices d'une tentative de coordination.

Au plan fédéral aussi, les choses bougent et les sollicitations augmentent en matière de prévention.

Différents programmes sont proposés aux collectivités :

Fil Rouge

L'un d'eux, Fil Rouge, projet de prévention des dépendances dans les institutions pour enfants et adolescents concerne spécifiquement le Drop-In.

Ce programme consiste à mettre en contact des organismes de prévention et des institutions spécialisées pour enfants et adolescents. L'objectif est de créer des liens et d'optimiser les démarches préventives des uns et des autres.

Groupe de Prévention du GREAT (GPG)

Au niveau romand, le Groupe de Prévention du GREAT poursuit son travail de réflexion autour de la prévention primaire des dépendances, de la promotion de la santé dans ce domaine spécifique.

Ces journées, au nombre de 6 par année, permettent aux intervenants romands de se rencontrer, de se connaître, d'échanger sur leur pratique.

Ils évitent ainsi souvent de "réinventer la roue" et peuvent acquérir du matériel, des idées, des références là où ils existent, afin de l'adapter à leur région.

En 1998, le GPG a aussi abouti à l'adoption d'un texte consensuel sur le thème du controversé programme "Objectif Grandir".

L'exemple d'"Objectif Grandir" nous prouve combien l'élaboration d'une politique cohérente de la jeunesse est nécessaire : un consensus politique permettrait aux professionnels de l'enseignement, de l'éducation et de la prévention de mieux travailler. Ce consensus politique nécessiterait une meilleure consultation de la base.

Sur le thème de l'éducation à la santé, il est vrai que le public (les parents, les citoyens, etc.) a été peu associé à la réflexion et pas assez souvent considéré comme partenaire: peu d'information sur le travail qui pourrait être effectué dans les écoles, peu de discussion sur les liens nécessaires et les collaborations possibles entre écoles et familles.

Avant de devenir spécifique à une thématique, la prévention devrait peut-être commencer par être communautaire : c'est-à-dire faire de chaque citoyen un "agent de prévention", un interlocuteur, un partenaire.

Tout bouge, pourtant peu de choses évoluent vraiment. Nous souhaitons vivement que l'effervescence actuelle nous amène à un concept permettant des pratiques concertées et évolutives.

Si l'éducation à la santé et la promotion de la santé trouvent une base légale et un écho favorable auprès des citoyens de ce canton alors nous pourrions nous réjouir d'un changement véritablement constructif.

PREVENTION SECONDAIRE

Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

La prévention secondaire est la prise en charge du problème au tout début de l'apparition du trouble qui peut ainsi être enrayeré.

La prévention secondaire est, on le voit, un exercice difficile à plus d'un titre.

- Elle exige le dépistage précoce de l'apparition d'un trouble.
- Elle nécessite pour cela d'avoir une vision d'ensemble et aussi un regard individualisé sur la personne. C'est en effet souvent la modification du comportement d'un des membres d'un groupe de jeunes qui met la "puce à l'oreille".
- Elle présume des moyens suffisants pour mener à bien cette mission.

Voir, être vu, entendre et être entendu sont les principales tâches d'un intervenant au niveau de la prévention secondaire.

Voir et entendre ce qui se passe pour un jeune peut être relativement aisé pour un professionnel.

Par contre, être vu et reconnu, entendu et compris par la personne en difficulté est plus délicat.

Une des difficultés de cette tâche est que bien souvent le jeune ne veut pas d'un "suivi structuré" et ne se reconnaît pas "en danger".

L'idéal est de créer des liens suffisants avec les adolescents afin de pouvoir aboutir à une approche individuelle et personnalisée. Tout cela demande bien sûr des compétences professionnelles, mais pas seulement : pour être opérants, les professionnels doivent pouvoir maintenir une disponibilité importante auprès de la population ciblée.

Ces quelques réflexions sur la prévention secondaire nous amènent à évoquer la difficulté pour notre institution à maintenir cette prestation.

Actuellement, nous travaillons au niveau primaire, secondaire, tertiaire et depuis peu, nous développons l'aide à la survie. Ces différents champs d'activité représentent chacun une somme d'investissement professionnel important.

Au niveau du traitement et de l'aide à la survie, l'offre institutionnelle répond à une demande croissante et, par périodes, pressante.

Au niveau de la prévention primaire, les demandes s'étendent sensiblement avec les participations à différentes commissions, groupes de travail, présentations de programmes, etc.

La prévention secondaire, quant à elle, est toujours indispensable et nécessaire notamment exercée par le biais du Râteau-Ivre.

Cependant, dans ce domaine, c'est un peu l'offre qui crée la demande.

Dans l'urgence, il peut être parfois tentant de diminuer les moyens impartis à ce type de prévention.

Et pourtant ! Nous sommes convaincus que l'accompagnement du jeune durant l'adolescence, période tempétueuse, riche de transformations et de bouleversements de toute nature, est indispensable.

L'équilibre entre le temps et les moyens à préserver à la prévention secondaire pour qu'elle puisse être crédible et les autres intérêts institutionnels a été une préoccupation constante en 1998.

Le Râteau-Ivre

Le Râteau-Ivre est une structure spécifique du Drop-In de Neuchâtel destinée à accueillir depuis 1989 une population de jeunes entre 12 et 18 ans.

Le Râteau-Ivre est tenu par des travailleurs sociaux du Drop-In, il est ouvert de 15h30 à 18h30 du mardi au vendredi.

La "loi" appliquée au Râteau-Ivre : **Pas d'alcool, pas de drogue, pas de violence**, permet à la population des 12-18 ans, dès le moment des premières sorties, de faire l'apprentissage de la convivialité dans des bonnes conditions (prévention primaire).

La confrontation à la "loi" des lieux et l'écoute attentive des éducateurs génèrent un processus aboutissant à une réelle prévention secondaire.

Durant 1998, nous avons rencontré les animateurs des Centres pour jeunes de Marin, de Cortaillod, de Peseux et de Corcelles-Cormondrèche. Nous avons également eu des contacts avec l'animateur du Centre de prévention de Cornaux-Cressier et avec un représentant du Centre de Loisirs de Neuchâtel.

De nos rencontres, il est apparu que la plupart de ces lieux accueillent des adolescents entre 13 et 18 ans. A l'exception d'un des locaux, tous sont fréquentés majoritairement par des jeunes immigrés de la deuxième génération, voire de la première. Prioritairement ce sont des élèves des sections "clip", préprofessionnels et modernes, qui utilisent les centres. La formation de "bande dominante" au sein d'un centre est courante et pose souvent quelques problèmes d'intégration pour les "minoritaires".

Le travail de l'animateur consiste pour une large part à favoriser l'intégration et à limiter les processus d'exclusion.

Un taux de fréquentation fluctuant est commun à tous les centres.

Les moyens d'animation, baby-foot, console de jeux, billard, BD, tournois de jeux divers, repas, etc., font partie, pour une large part, des offres de chaque centre.

La récolte des informations obtenues dans chaque centre nous a confortés dans notre idée :

une large partie de la population des 12-18 ans peut réellement bénéficier de services centrés sur une prévention essentiellement à coloration primaire et teintée de secondaire.

Pour relancer notre activité au Râteau-Ivre et la rendre plus "attractive" nous avons augmenté nos moyens d'animation en acquérant un baby-foot et une console de jeux Nintendo 64.

Le succès ne s'est pas fait attendre.

Dès le printemps 98, notre population a augmenté sensiblement. De majoritairement masculine, elle a pu s'enrichir de présence féminine en fin d'année. Dès le dernier trimestre 98, deux tranches d'âge de population utilisent le Râteau-Ivre. Les "petits", les 12-14 ans et les plus grands, les 15-17 ans qui viennent plutôt en fin d'après-midi.

Petit à petit, la nouvelle population et les collaborateurs du Drop-In ont fait connaissance et créé des liens.

Entrer en communication par le biais d'un jeu vidéo et sortir de la communication basique et superficielle que peut induire ce genre d'activité fut un défi pour l'équipe éducative. Ce défi fut relevé et les contacts personnalisés se sont élaborés.

Notre choix de privilégier la prévention primaire-secondaire ne signifie pas que nous avons oublié les besoins des jeunes en difficulté qui ont déjà entamé une trajectoire "déviante", notamment au niveau des conduites addictives.

Institutionnellement, nous avons encore tout juste les moyens d'animer le Râteau-Ivre dans sa forme actuelle.

Une prévention secondaire très orientée vers le tertiaire et spécifique à une population se trouvant au début d'une trajectoire menant souvent à la dépendance nécessiterait certainement plus de moyens. La mise sur pieds d'une telle structure de prévention rendrait indispensable la mise en réseau et la collaboration entre différents services et instances, Service des Mineurs et des Tutelles (SMT), écoles, Office médico-pédagogique (OMP), Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO), etc.

L'actuel développement institutionnel de l'aide à la survie qui s'adresse à une population marginale, dépendante ou non, très touchée dans son intégration sociale et ne demandant pas de soins nous fait imaginer la création de son pendant pour jeunes se trouvant au début d'une trajectoire déviante.

Une structure pour les adolescents déjà marginalisés par leur mode de consommation, leur désinsertion scolaire, professionnelle, sociale et n'étant pas encore conscients qu'ils ont besoin de soins ne mériterait-elle pas d'exister ?

Peut-être qu'un des prochains défis de notre institution sera de tenter de répondre concrètement à cette question.

Aide aux parents

Le nombre de parents qui viennent consulter pour eux-mêmes est en augmentation : 55 parents ont été reçus par une des deux psychothérapeutes de l'institution en 1998 (43 parents en 1997), 29 mères ont consulté seules, 3 pères également ainsi que 15 couples de parents (notons qu'une mère venue seule dans un premier temps peut "amener" le père à consulter avec elle dans un deuxième temps).

Ce service offert par le Drop-In aux parents est de mieux en mieux connu à l'extérieur : davantage de personnes prennent contact directement pour parler de leurs soucis de parents quant à un fils, une fille qui "consomme de la drogue".

Le mouvement est également plus grand : 2/3 des parents sont, en 1998, de nouvelles personnes ; le tiers restant est constitué de parents qui, pour la plupart, poursuivent un travail thérapeutique antérieur.

Nous notons aussi que, pour la moitié d'entre eux, les situations que les parents présentent concernent des fils, des filles en fin d'adolescence qui utilisent de manière variable, plus ou moins intensivement, un ou des psychotropes différents.

Ceci ne présage en rien du sens que prend l'utilisation de drogue(s) dans le vécu de l'adolescent(e) concerné(e).

Il ne présage pas non plus du degré de gravité de cette consommation qui peut être plus ou moins toxicomaniaque; ce degré de gravité étant surtout à évaluer par rapport aux investissements différents que l'adolescent est, ou n'est pas, à même de conserver dans sa vie.

Pourtant, le fait de rencontrer des situations où le "symptôme drogue" n'est pas encore chroniquement installé et où le produit ne représente pas le seul intérêt de l'adolescent(e) nous encourage à nous mobiliser au maximum lorsque leurs parents nous consultent.

La rencontre avec ces parents est à chaque fois une rencontre singulière comme l'est la problématique qu'ils présentent : le sens du travail avec eux est de les aider à mieux se représenter ce qui, dans chaque cas, est véritablement en jeu, sans dramatisation ni banalisation stériles. Il est aussi de dégager les "forces vives" sur lesquelles ils peuvent s'appuyer pour mieux s'aider comme parents et mieux aider leurs enfants.

Dans ce contexte, quand il nous arrive de leur expliquer quels sont les processus internes par lesquels un adolescent doit passer et ce à quoi il est confronté, nous sommes souvent étonnés du grand besoin de ces pères que les parents expriment en retour :

la fragilité narcissique de l'adolescent, obligé de trouver une nouvelle identité, longtemps incertaine, du fait d'un corps qui change malgré lui, un corps qui devient capable d'une sexualité adulte.

Ce corps sexué adulte qui implique, à l'intérieur de la famille, un nécessaire réaménagement des distances entre parents et adolescents : tout "rapproché" pouvant, à tout moment, être vécu comme trop "brûlant" par ces derniers. Le respect des distances, le respect de leur intimité y est alors d'une importance primordiale.

La possibilité, bénéfique pour les adolescents, d'exprimer leur agressivité par rapport aux limites que les parents leur posent, pour autant qu'ils ne se retrouvent pas "débordés" par leur affectivité.

Le nécessaire deuil que les adolescents ont à faire des "parents protecteurs" de leur enfance pour pouvoir, petit à petit, devenir à eux-mêmes leurs propres parents, c'est-à-dire être capables de se protéger eux-mêmes.

Ces thèmes, abordés concrètement avec les parents, sont le plus souvent bien reçus et vécus comme des repères "à penser", des repères pour mieux se situer et éviter d'ajouter aux inévitables difficultés qu'ils traversent en parallèle avec leur fils ou leur fille un surcroît de malentendus, blessures, rejets et sentiments d'impuissance.

A côté de ces cas où l'utilisation de drogue(s) est encore assez partielle, nous rencontrons aussi malheureusement, et pour les jeunes qui ont les mêmes âges, des situations déjà bien enkystées et figées et qui sont plus dramatiques.

L'accompagnement des parents ressemble ici davantage à celui que nous effectuons avec les parents de toxicomanes plus âgés.

Il s'agit, dans ce contexte, de soutenir les parents, de les aider à mieux se positionner dans leurs relations à leur fils, leur fille, en essayant de susciter chez le jeune en question l'envie d'entreprendre une démarche de soins.

C'est un accompagnement qui requiert un certain engagement des parents et qui peut durer ; certains parents pourtant peuvent se décourager ... et "lâcher" tout d'un coup.

Avec les parents connus de l'institution, notre travail constitue surtout à poursuivre le travail psychothérapeutique entrepris avec eux antérieurement. Avec le temps, le travail de soutien parental s'oriente pour quelques-uns d'entre eux (des mères particulièrement) vers une psychothérapie individuelle.

Par contre, les "demandes" de parents surgissant aux moments de la "crise", comme celles d'un début de traitement pour leurs fils ou fille, souvent "suggérées" par d'autres collaborateurs du Drop-In, ne débouchent que rarement, faute de motivation plus profonde, sur autre chose qu'un simple contact.

Dans tous les cas, la nécessité d'un accueil sans réserve et sans préjugé de ces parents est indispensable, comme l'est également celui de pouvoir créer avec eux un échange dans lequel ils se sentent renforcés, qui leur permette d'acquérir des moyens de compréhension nouveaux et leur redonne davantage confiance dans leurs propres possibilités de parents, quitte à ce qu'ils doivent, pour cela et momentanément, s'appuyer sur quelqu'un d'extérieur.

Ce travail, qui reste difficile et pour lequel la modestie s'impose, est également riche pour nous: il nous permet d'accroître notre compréhension de la complexité, des vicissitudes et du délicat fonctionnement des jeunes qui, avec leurs parents, sont engagés à devenir des hommes et des femmes adultes.

PREVENTION TERTIAIRE

Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

La prévention tertiaire consiste à donner des soins, à prévenir la rechute et à favoriser la réinsertion des malades.

Traitements ambulatoires ou traitements stationnaires

Jusqu'à tout récemment les indications à un traitement ambulatoire ou à un traitement stationnaire, en milieu fermé, semblaient s'opposer.

Dans l'idéal, l'ambulatoire était destiné à des personnes toxicomanes encore suffisamment structurées pour gérer leur vie et pour pouvoir "progresser" sans trop de dommages dans la réalité extérieure.

En fait, en plus de cette catégorie de patients bien précise, l'ambulatoire doit s'occuper de tout ceux qui ne veulent ou ne peuvent pas bénéficier de soins stationnaires.

Les soins stationnaires permettent une prise en charge 24 heures sur 24, une "mise à l'abri" des patients les plus déstructurés, le temps d'un réapprentissage : tout d'abord les fonctions vitales les plus élémentaires pour déboucher sur une autonomisation progressive.

Pour ce faire, il était la plupart du temps nécessaire d'organiser des programmes longs, divisés en plusieurs phases selon les progrès effectués par la personne toxicomane dans son chemin vers plus d'autonomie.

La plupart du temps les institutions stationnaires se dotaient de programmes destinés à conduire le patient de l'addiction la plus compulsive à une autonomie la meilleure possible.

Ces temps sont révolus.

Comme nous avons pu le constater ces dernières années, le secteur ambulatoire a beaucoup bougé pour s'adapter à la meilleure connaissance que nous avons des problèmes liés au phénomène de la toxicomanie chez les jeunes. Le secteur stationnaire a également évolué pour les mêmes raisons. Quelques institutions ont compris la complexité de la notion d'abstinence au point d'accepter, dans certaines situations, des patients sous substitution à la méthadone et sous médication psychiatrique.

Nous l'avons vu, il y a une continuité naturelle entre la prévention, l'aide à la survie, la gestion de la consommation et les thérapeutiques visant progressivement à construire une abstinence qui est le symptôme d'un mieux-aller, le symptôme que l'automédication par l'usage de stupéfiants a pu être abandonnée au profit d'une vraie médication, généralement médico-psycho-sociale, qui a démontré être plus adéquate.

Nous commençons tous à comprendre que ce qui doit être déterminant ce n'est pas le "programme thérapeutique" mais bien la trajectoire et les caractéristiques de la personne toxicomane.

Dans le cadre de cette trajectoire, en fonction des événements et de son évolution, dans l'idéal une personne toxicomane bénéficiera d'un traitement ambulatoire ponctué de traitements stationnaires plus ou moins longs en fonction des crises et des décompensations, mais aussi des bénéfices que l'on peut attendre de chacune des méthodes.

Ainsi sera enfin réalisée la fameuse "chaîne thérapeutique" dont on parle depuis de nombreuses années et qui n'a jamais vraiment existé dans la réalité.

Cette "chaîne thérapeutique" ne peut effectivement se réaliser que dans la collaboration la meilleure possible entre les secteurs ambulatoires et les secteurs stationnaires. Cela exige une meilleure connaissance des méthodologies réciproques, la prise en compte de ce qui s'est passé en "amont" et de ce qui va se passer en "aval" de la prise en charge indiquée, avec une collaboration "transparente" entre les différents secteurs qui devraient pouvoir intervenir ensemble et garder le contact tout au long de la trajectoire d'une personne toxicomane.

Une collaboration entre les cantons de Berne, du Jura et de Neuchâtel a permis la mise au point du projet PER (Projet Expérimental Résidentiel).

Cette structure doit pouvoir accueillir à court ou à moyen terme, à "la carte", des personnes toxicomanes en fonction d'un moment particulier de leur trajectoire.

L'indication aux soins stationnaires sera prise en collaboration avec les référents de l'ambulatoire qui pourront continuer leur relation pendant le séjour résidentiel. A la sortie, les personnes-ressources de l'institution résidentielle continueront à collaborer aussi longtemps que nécessaire avec le secteur ambulatoire.

Ainsi sera réalisée une véritable "chaîne thérapeutique" sans hiérarchie des méthodologies et réellement au service des personnes toxicomanes sur l'intérêt desquelles elle sera centrée. Le pronostic des patients s'en trouvera grandement amélioré avec les implications que cela peut avoir sur leur qualité de vie et par ricochet sur leur "coût social" dans l'acceptation large du terme.

Méthodologie de prise en charge au Drop-In

Comme nous l'avons longuement expliqué dans le rapport 1997, le Drop-In de Neuchâtel offre une prise en charge "sans seuil".

Cela signifie que toute personne toxicomane peut obtenir des services et des soins de la part de l'institution, quel que soit le stade de sa trajectoire et le niveau de ses motivations.

Des soins sont offerts à des personnes toxicomanes au stade de "l'aide à la survie", de "l'aide à la gestion de la consommation" ainsi qu'à toutes celles qui peuvent effectuer une démarche "tendant à l'abstinence".

L'expérience de cette approche nous montre d'ailleurs que plusieurs personnes ont effectué à l'intérieur de l'institution un chemin leur permettant de passer de "l'aide à la survie" où la principale ambition est d'assurer un "contenant médico-psycho-social" permettant de ne pas mourir à, quelques mois plus tard, une situation stabilisée les motivant à tendre vers moins de souffrance et plus d'autonomie. Il est alors possible de songer à l'abandon de l'automédication qu'était pour elles l'usage des stupéfiants au profit d'une médication au sens large du terme, plus adaptée, donnant l'espoir d'atteindre l'abstinence comme symptôme d'un mieux-être et d'un mieux-vivre.

On ne passe pas "impunément" quotidiennement dans l'institution en bénéficiant d'au moins une consultation par semaine et des autres services sans qu'il finisse par se passer quelque chose !

Ce type d'approche amène une population consultante nettement plus importante où les "drop-out" (abandon de traitement), deviennent de plus en plus rares.

En 1998 nous avons soigné 222 personnes toxicomanes avec plus de 32'000 passages dans l'institution.

Chaque personne toxicomane continue à avoir son référent "personnel" qui le suivra au travers de toute sa trajectoire. Une évaluation avec les collaborateurs aînés qui ont présidé aux premières consultations se fait maintenant environ tous les trois mois afin d'évaluer plus objectivement l'évolution de la thérapeutique par l'analyse des paramètres centrés sur l'évolution des demandes de la personne toxicomane, de sa santé physique, psychique, de son comportement social et de sa qualité de vie en général.

Dans le cadre de cet accompagnement, nous essayons de prendre en compte toutes les dimensions de la vie du patient par une approche éventuelle du couple, de la famille et de tout le réseau médico-psycho-social qui le concerne.

Parallèlement nous essayons de stimuler au maximum les ressources personnelles susceptibles de favoriser la vraie "ré-émergence" d'une identité autre que celle de toxicomane : nous avons pour cela créé un poste d'animation socio-éducative.

Professionnalisation de la distribution de la méthadone et des médicaments

Environ 150 personnes passent quotidiennement au Drop-In pour prendre leur substitution à la méthadone et les médicaments spécifiques qui leur ont été prescrites.

Les heures de distribution de méthadone étaient auparavant limitées dans le temps. L'esprit du traitement "à la carte", sans seuil, ainsi que le fait de favoriser au maximum le travail ou les activités ont nécessité l'ouverture de la distribution tout au long de la journée, avec les mêmes horaires d'ouverture que ceux de l'institution.

L'engagement de deux collaboratrices à 65 % a été décidé pour s'occuper de la distribution de la méthadone et des médicaments ainsi que de l'accueil à offrir, mais aussi à gérer, à tous ces patients dont le passage au Drop-In est pour la plupart un moment très important dans la journée.

Ceci a eu pour bénéfice de dégager les collaborateurs du Drop-In pour leur tâche de prise en charge et de "professionnaliser" la distribution et l'accueil. L'attention à la dynamique individuelle et à celle du groupe s'est améliorée ainsi que la qualité de l'accueil que nous offrons à nos usagers. La salle d'accueil est devenue un lieu de contact où la gestion du quotidien permet à nos collaboratrices de très riches observations sur l'évolution de chacun et sur celle du groupe. Ceci représente pour chaque référent et pour l'institution en général un matériel de réflexion et de travail extrêmement riche.

Neurosciences

L'évolution des connaissances nous permet d'être de plus en plus précis quant à l'adaptation des doses utiles dans le cadre des substitutions par la **méthadone**.

Nous avons parlé dans notre dernier rapport de l'utilisation régulière, en fonction de la clinique, des méthadonémies (dosage de la méthadone dans le sang) qui nous permettent de repérer les "métaboliseurs rapides" de méthadone. Ceux-ci nécessitent des doses beaucoup plus élevées pour saturer les récepteurs cérébraux à opiacés. Cette saturation permet en effet que la personne ne sente plus aucun signe de manque et que son envie de consommer le produit diminue fortement. Par ailleurs, une personne bien substituée à la méthadone, c'est-à-dire lorsque ses récepteurs à opiacés sont bien saturés, ne ressentira quasi rien lors d'une consommation d'héroïne.

Ce dosage adéquat est aussi une puissante protection contre les overdoses.

Pour quelques rares cas, nous sommes cependant confrontés à des difficultés pharmacologiques: malgré de hautes doses de méthadone et une méthadonémie optimale, certains patients continuent à ressentir les effets du manque.

Nous savons maintenant que la méthadone est en fait le mélange de deux produits : la D-méthadone et la L-méthadone. Des récentes découvertes ont démontré que seule la L-méthadone est efficace.

Des recherches récentes ont révélé que certaines personnes toxicomanes ont des caractéristiques physiologiques qui font que la L-méthadone reste basse dans le sang, ce qui a pour conséquence une saturation insuffisante des récepteurs à opiacés et une mauvaise substitution. Le dosage de la L-méthadone dans le sang est actuellement possible mais reste très onéreuse. L'indication à l'utiliser n'est posée que lorsque la clinique est impuissante à résoudre la situation.

La neurobiologie nous a également permis une meilleure connaissance de **la cocaïne** et nous permet de mieux comprendre les effets dévastateurs que nous constatons actuellement. La cocaïne agit sur d'autres neurotransmetteurs que l'héroïne. Elle agit en particulier sur la dopamine qui est l'un des principaux neurotransmetteurs "de la récompense et du plaisir".

Des études ont montré qu'un seul "sniff" de cocaïne perturbe ce neurotransmetteur pendant plus de trois semaines. Ces recherches ont également expliqué le profond état de dépression qui apparaît quelque temps après l'euphorie provoquée par la cocaïne. Ce profond état de dépression peut être atténué par l'héroïne ce qui explique la prise concomitante de ces deux produits auxquels on est souvent confronté. Ces nouvelles connaissances nous font mieux comprendre les difficultés extrêmement importantes auxquelles nous sommes confrontés par l'explosion de l'utilisation de la cocaïne.

Problèmes liés à l'utilisation compulsive de la cocaïne

L'explosion de la consommation de la cocaïne colore considérablement la scène de la toxicomanie (cf chapitre précédent) et sabote également les différents traitements que nous pouvons mettre au point.

Des personnes souvent bien compensées depuis des mois voient leur situation se dégrader extrêmement rapidement, tant du point de vue médical que social ou psychiatrique, après l'absorption de cocaïne. La situation devient catastrophique lorsque cette cocaïne est injectée et peut aboutir à des comportements extrêmement impulsifs et auto-destructeurs. Les patients décompensent également régulièrement sur un mode psychiatrique et deviennent difficilement atteignables par le traitement.

La collaboration avec d'autres centres du pays ainsi que la littérature étrangère nous ont permis de mettre au point un protocole pour essayer d'atténuer les effets de la consommation de la cocaïne :

- Dans un premier temps il s'agit d'augmenter les doses de méthadone, ce qui semble pouvoir diminuer quelque peu l'appétence à la cocaïne.
- Parallèlement, la prise en charge doit s'intensifier et les consultations devenir quasi quotidiennes.

- Quelques médicaments peuvent avoir un effet adjuvant dans le cadre de la prise en charge.
- Si ces mesures ne suffisent pas, il n'y a hélas que l'hospitalisation qui permette de stopper une dynamique de détérioration qui peut rapidement devenir catastrophique.

La cocaïne est actuellement le stupéfiant qui nous pose le plus de problèmes et qui a probablement aujourd'hui le plus d'influence dans le paysage des addictions. Nous avons la chance que le "crack", produit qui paraît encore plus dangereux que la cocaïne, ne fait chez nous que de brèves apparitions.

Pathologie psychiatrique

C'est très souvent des pathologies psychiatriques graves que la personne toxicomane tente "de soigner" avec les produits stupéfiants.

La prise en charge et souvent l'abandon progressif des stupéfiants révèlent ces pathologies qu'il s'agit alors de traiter de manière spécifique.

Si les troubles de la lignée des psychoses et autres "états limites" restent les plus représentés, les affections bi-polaires, les troubles obsessionnels et compulsifs ainsi que les divers états dépressifs sont également extrêmement fréquents. En fait nous sommes confrontés à une très grande diversité de tableaux cliniques auxquels il s'agit de faire face.

"Faire-face" signifie poser un diagnostic et mettre au point un traitement qui peut souvent être lourd vu l'importance des pathologies. L'utilisation de toute la gamme des médicaments psychotropes est très fréquente au Drop-In, que ce soit les neuroleptiques, les anti-dépresseurs, les anxiolytiques ou les "modificateurs de l'humeur."

Une médication adéquate et adaptée à la pathologie de base favorise considérablement la possibilité d'abandonner l'usage des stupéfiants.

Classiquement dans les prises en charge qui, après plusieurs mois ou plusieurs années, se terminent bien, la première chose abandonnée est la substitution à la méthadone puis progressivement (si possible) la médication et en dernier lieu la relation avec le référent et avec l'institution.

Psychothérapies déléguées

Un petit nombre de patients a pu bénéficier d'une psychothérapie spécifique en 1998 (huit personnes) pour un total de 114 séances.

Le chiffre global des séances est en très légère augmentation : (1997 : 107 séances / 1998 : 114 séances).

Parmi les huit patients, trois personnes étaient des "toxicomanes non actifs", trois personnes des "conjointes non toxicomanes" et deux personnes des "mères de toxicomane".

La psychothérapeute a pu commencer à la fin de l'année à formaliser clairement un cadre de psychothérapie avec des mères venues dans un premier temps pour un "soutien psychologique" en tant que parent.

Ce mouvement esquissé en fin d'année se développe au début de 1999 où 5 patientes (mères de toxicomanes) sont engagées dans une psychothérapie.

Prise en charge systémique.

L'approche systémique est au centre de notre travail avec les familles et les réseaux de nos patients.

En effet, bien souvent, des familles s'approchent de notre centre : des parents "amenant" leur enfant à "soigner" ou des parents démunis venant chercher secours ou une personne toxicomane adulte qui vient consulter et qui a déjà fondé sa propre famille, vivant en couple, avec des enfants.

La problématique toxicomaniaque est également une problématique sociale ponctuée de chômage, de perte de réseaux de solidarité et d'amitié, de marginalisation, de solitude, plus ou moins compensée par l'intervention de plusieurs services professionnels.

Alerter les membres de réseaux qui ne sont pas encore trop démolis, réanimer des liens familiaux qui ne sont pas encore rompus, tisser des liens avec les autres professionnels intervenant sur une situation, ont très rapidement été un souci des travailleurs du Drop-In.

Des membres des familles, des amis, des patrons, des collègues d'autres Services, ont été invités à des réunions.

Aujourd'hui, chaque patient suivi par également un autre Service ou qui a encore des liens familiaux ou de couple est systématiquement invité à faire participer ces réseaux à son traitement.

Le besoin de comprendre la personne toxicomane dans sa globalité bio-psychosociale et comme faisant partie de systèmes familiaux, professionnels, d'aide, d'amitié... a amené l'équipe à se faire superviser par un systémicien pendant de nombreuses années. Par la suite, une collègue s'est formée en thérapie familiale au CEF (Centre d'Etude de la Famille, Cery, Lausanne).

Un collaborateur est actuellement en formation au Centre de Recherches Familiales et Systémiques (CERFASY) à Neuchâtel.

Les moyens pour suivre les familles ont été améliorés, lors de notre déménagement dans les locaux des Fausses-Brayes, par la création d'une salle spécifique avec local technique attenant, miroir sans tain et système vidéo performant, ainsi qu'avec une supervision par la collègue formée au CEF qui, aujourd'hui, exerce aussi en cabinet privé.

La pluridisciplinarité comprise tant sur le plan de professionnels qui collaborent que sur le plan de concepts théoriques qui se complètent pour offrir une plus large palette de co-thérapies "plurifocales" permet une approche dynamique et circulaire ainsi que des réponses thérapeutiques diversifiées.

Les possibilités de formation continue et de supervision y contribuent largement.

"Coaching"

En 1998, nous avons introduit le "coaching".

Nous l'avons vu, le Drop-In se préoccupe toujours de l'approche "systémique" de la personne toxicomane : entretien de couple, de famille, prise en charge des parents ou des partenaires.

Malgré l'importance de l'offre, nous avons constaté que certaines personnes proches de nos patients, le plus souvent un partenaire lui-même très fragile, ne parvient souvent pas au début à venir à un entretien de famille ou de couple ou même à rencontrer notre psychothérapeute spécialisée pour ce genre de contact.

Pour pallier à ces difficultés, nous avons créé le "coaching" qui est une "douce tentative d'appivoisement" par un autre référent de l'institution et ceci d'une manière informelle et la mieux adaptée possible à la personnalité concernée. Il s'agit d'approches prudentes qui peuvent prendre beaucoup de temps mais qui débouchent souvent sur la possibilité d'intégrer progressivement la personne au traitement.

Enfants de personnes toxicomanes

La présence d'enfants de personnes toxicomanes en traitement est plus importante en 1998 qu'en 1997 : 45 enfants en 1998 (37 en 1997) soit + 22%.

Au cours de ces 5 dernières années, leur nombre a triplé : 15 enfants en 1993.

Nous assistons à un véritable "baby-boom" au sein de la population toxicomane en traitement dans notre institution.

Ceci peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- L'augmentation des demandes de soins et donc de personnes fréquentant notre centre.
- Il y a quelques années, la majorité des futures mères toxicomanes étaient orientées vers des cures en milieu stationnaire, dans des accueils spécialisés "mère-enfant". Ces institutions - qui exigent l'abstinence et ainsi un sevrage - impliquent une coupure trop nette avec le milieu de vie habituel et ne correspondent pas aux possibilités du moment de beaucoup de mères toxicodépendantes.

Les parents toxicomanes, et surtout les mères, craignent que leurs enfants leur soient retirés ou alors elles redoutent que les prestations qu'on va leur proposer entraînent une séparation, séparation souvent vécue comme un drame.

La peur de "perdre" l'enfant était auparavant un obstacle majeur à la demande d'aide.

- Un autre facteur, fortement lié aux précédents, est l'évolution du travail institutionnel qui s'est adapté pour faire face à une nécessaire individualisation des approches et des propositions d'accompagnement. Cette personnalisation qui permet à la personne toxicomane d'être partie prenante de sa prise en charge améliore ses capacités de prise de responsabilités.

Les parents toxicomanes sont pris en compte en tant qu'individu et en tant que parents. Ces deux "pôles" conditionnent les offres d'aide de l'institution qui essaie surtout d'être toujours plus attentive aux intérêts de l'enfant.

Cette problématique des enfants a amené le Drop-In à cultiver d'autant plus la collaboration avec d'autres services tels que :

- l'équipe de la maternité de l'Hôpital de Pourtalès,
- l'équipe de Pédiatrie,
- l'Office Médico-Pédagogique (OMP) et son service de Guidance Infantile,
- le Service des Mineurs et des Tutelles,
- les crèches, en particulier la Ruche et la Coccinelle.

Les futurs parents sont donc accompagnés tout au long de leur trajectoire. Pendant la grossesse, des réseaux peuvent déjà être mis en place avec la Guidance Infantile et l'équipe de la Maternité. L'aide se poursuit avec la venue au monde de l'enfant : d'autres services viennent se "greffer" au réseau préexistant et notamment l'Office des Mineurs qui peut proposer le placement des enfants à la journée ("en externe") à "la Ruche" et à "la Coccinelle" (Fondation pour l'Enfant et la Vie).

Cette collaboration qui se poursuit au fil des mois nécessite des rencontres régulières entre les différents partenaires du réseau et les parents toxicomanes afin d'évaluer la situation.

Cette forme d'accompagnement "en réseau" permet dans un premier temps aux parents toxicomanes de ne pas être séparés de leurs enfants; par la suite elle est généralement vécue comme sécurisante, comme un soutien cohérent et clair.

Eloignés par le traitement médico-psychosocial des urgences de la rue, les couples qui se forment cèdent hélas souvent au mythe de "l'enfant réparateur" qui, par sa naissance, va résoudre magiquement tous les problèmes et épargner la longueur du chemin nécessaire vers la guérison.

La réalité implique toujours par la suite d'aider le couple à résoudre un problème supplémentaire : sa responsabilité quant au bien-être de l'enfant.

Pathologie somatique

La principale pathologie à laquelle nous sommes actuellement confrontés est manifestement l'hépatite C.

Cette pathologie est d'autant plus importante que la plupart des personnes toxicomanes qui en souffrent sont de gros consommateurs d'alcool et que l'alcool est réellement susceptible de considérablement accélérer l'évolution d'une hépatite C vers la cirrhose et le cancer du foie.

Par l'intermédiaire du secteur infirmier nous avons commencé une campagne de dépistage de l'hépatite C qui devrait déboucher sur un concept de prise en charge, si possible par des médecins traitants ou par un service spécifique institutionnel pour ceux qui ne parviendraient pas à en contacter un.

Nous préconisons également la vaccination contre l'hépatite B que nous allons également poursuivre ces prochaines années.

La prévention du Sida reste constamment une de nos préoccupations : les dangers des échanges de seringues sont actuellement bien compris, sauf chez ceux qui s'injectent de la cocaïne, mais un gros travail reste à faire en matière de protection contre les transmissions sexuelles.

L'explosion de l'utilisation de la cocaïne, particulièrement sous forme d'injection, réactualise des pathologies que nous n'avions plus vues depuis longtemps : manque d'hygiène, amaigrissement, abcès et infections multiples.

Le secteur des soins infirmiers

Le secteur des soins infirmiers s'est réorganisé cette année. Les demandes de soins somatiques ont augmenté, et l'offre proposée s'est diversifiée.

Les soins habituels comme les injections de "neuroleptique dépôt" ou d'autres médicaments sous forme retard continuent.

Certaines prises de sang, des tests de grossesse ainsi que des soins des abcès ou de phlébite se poursuivent également au sein du Drop-in.

L'offre s'est complétée avec notamment une campagne de vaccination contre l'hépatite B ainsi qu'une proposition de dépistage gratuit de l'hépatite C.

Bien plus que la dimension physique, certaines offres précitées, comme les soins d'abcès, sont l'occasion d'appréhender et d'échanger sur les difficultés psychiques de l'individu qui le plus souvent sont la source des dommages somatiques.

L'ouverture de l'Antenne de Proximité a aussi contribué à l'essor de ce secteur, en particulier en ce qui concerne les échanges de seringues.

Le secteur oscille donc aujourd'hui entre le Drop-in et l'Antenne de Proximité, les offres y sont parfois semblables comme pour les soins d'abcès et parfois différenciées.

Certaines nouvelles pistes commencent à se dessiner aussi pour l'avenir, principalement en rapport avec la réduction des risques (overdose, HIV, hépatites...) par le biais de l'information préventive.

Un projet de créer un groupe d'usagers capables de rédiger des messages de prévention appropriés et de les véhiculer auprès des personnes concernées est en réflexion.

Soins somatiques

En ce qui concerne l'augmentation des demandes de soins, ce sont avant tout les dommages liés aux injections des drogues qui sont en hausse. **Abcès et hématomes** sont très fréquents. Les produits frelatés, les injections compulsives de cocaïne de plus en plus nombreuses, les personnes qui n'ont plus de "bons vaisseaux sanguins" mais qui malgré tout continuent à "se shooter" et doivent s'y reprendre à plus de dix fois pour trouver une veine, ainsi que la méconnaissance des techniques d'injections appropriées, en sont très certainement les principales causes. Ces tableaux cliniques sont évidemment constatés chez des personnes toxicomanes où la souffrance psychique est particulièrement intense. Les soins peuvent être prodigués au Drop-In, et suivant la gravité de la situation, ils sont réorientés vers l'hôpital.

Nous avons pu obtenir des tests rapides de dépistage du virus de *l'hépatite C*. Ces tests gratuits ont été proposés aux patients du Drop-In. Cette année, 23 personnes se sont soumises à ce test de dépistage.

Ce chiffre relativement bas de personnes testées s'explique de différentes façons : c'est avant tout la population des injecteurs de drogues qui se sent concernée par le risque d'infection et elle ne représente qu'une certaine frange de notre population. Plusieurs de ces personnes « toxicomanes - injecteurs » sont déjà au courant de leur situation en ce qui concerne les hépatites. Cependant bon nombre de personnes mériteraient encore d'être testées. Des tests seront donc à nouveau proposés pendant l'année 1999.

Quatre personnes parmi les 23 testées ont appris qu'elles étaient porteuses du virus de l'hépatite C. Nous avons alors organisé des tests de laboratoire pour confirmer le résultat et étendre le dépistage au virus de l'hépatite B et du HIV. C'était aussi l'occasion d'évaluer l'état du foie. Tous ces tests ont confirmé le diagnostic de l'hépatite C.

Il se pose alors la question du suivi de l'hépatite. En général il est repris par le médecin traitant, mais ce point reste délicat, notamment par le fait que le patient a tendance à négliger son suivi et à ne pas se rendre au contrôle prévu par le médecin. Une réflexion sur le problème du suivi est en cours.

A la fin de l'année 1998, la possibilité de se faire vacciner contre *l'hépatite B* a été offerte aux patients du Drop-In. Seules 10 personnes se sont inscrites pour cette vaccination, et l'après-midi prévue pour l'injection du vaccin, une seule personne seulement s'y est présentée !

La polémique liée à la vaccination de l'hépatite B, particulièrement en France, a sans doute eu une influence majeure sur ce manque d'intérêt. Toutefois, une nouvelle stratégie empruntée à la psychologie sociale et aux théories de l'engagement (Beauvois - Joule) va être expérimentée en 1999 afin d'augmenter la vaccination chez les personnes toxicomanes particulièrement chez celles ayant des conduites à risques.

L'échange de seringues a été essentiellement développé à l'Antenne de Proximité.

Prévention des overdoses

La campagne que nous avons menée pendant et après la publication de l'Etude "Décès par overdose dans le canton de Neuchâtel" de P. Gazareth, Institut de Sociologie et des Sciences Politiques, Université de Neuchâtel, continue à porter ses fruits et le nombre d'overdoses reste bas dans notre canton.

La dégradation psychique qu'entraîne une utilisation compulsive de la cocaïne diminue également les précautions que prennent les personnes toxicomanes quant à l'utilisation de l'héroïne : une des conséquences de l'augmentation considérable de l'utilisation de la cocaïne risque bizarrement d'être également une augmentation des overdoses à l'héroïne.

Mises à part les diverses informations données sur les overdoses à tous les niveaux, le dépliant offert avec les seringues neuves dans les pharmacies est un instrument de prévention très efficace.

C'est hélas le même document qui est maintenant distribué depuis de nombreux mois, et il soulève de moins en moins l'intérêt des personnes toxicomanes.

Suivant les recommandations du Bureau de la Commission Drogue, nous avons décidé d'actualiser régulièrement ce dépliant en y ajoutant des conseils généraux pour la zone.

Il nous a semblé intéressant de confier ce travail à un groupe de personnes toxicomanes concernées et motivées, sous la direction et en collaboration avec une équipe du Drop-In : ce groupe doit se mettre prochainement au travail.

Animation socio-éducative

Dans le but d'élargir la prise en charge des personnes toxico-dépendantes, nous avons constaté qu'il est important de donner une place à la notion "d'activité" afin de favoriser la restructuration de personnes vivant souvent l'ennui, l'excès, le vide temporel et relationnel.

Cette notion peut englober plusieurs concepts :

- retrouver la notion d'espace et de temps,
- se fixer des repères stables,
- avoir des buts et des intérêts autres que la toxicomanie,
- bénéficier d'une interface avec les activités dans la cité.

C'est une démarche qui demande beaucoup de soutien : il est fréquent chez certains toxicomanes "d'oublier" leurs rendez-vous et de "vivre" une relative déformation du temps.

C'est dans cet esprit que nous avons développé cette année un concept d'animation socio-éducative en engageant, dès novembre, un nouveau collaborateur.

L'idée est aussi de mettre en commun le principe du "faire-avec", dans une dynamique proche de l'antenne de proximité et le jardin potager social en train de se créer.

"Le faire-avec", c'est, à travers la proposition d'activités, de sorties, de loisirs, une manière d'impliquer les patients dans le fonctionnement de nos structures pour les aider à se (re)structurer.

Un exemple : pour marquer les périodes importantes de l'année, nous mettons en place des activités qui tendent à (re) donner aux patients le sens du déroulement du temps. En décembre 1998, nous avons pris contact avec un boulanger de la place et sommes allés avec une dizaine de patients faire des biscuits de Noël, afin de les offrir lors de notre soirée. A noter que ces patients étaient pour la plupart des consommateurs réguliers bénéficiant de nos services pour l'aide à la gestion de leur toxicomanie. Il est apparu que ces personnes ont été en mesure d'assumer un travail rigoureux avec plaisir et émotion tout un après-midi, à la grande satisfaction également du boulanger qui s'est déclaré prêt à renouveler l'expérience.

Nous entreprenons des "activités de saison", sorties dans la neige, pique-nique, marches, etc. De plus, la salle d'accueil - distribution est un lieu important que nous décorons au gré des périodes de l'année, démarches permettant entre autre de se fixer des repères spatio-temporels.

Parallèlement, nous mettons en place des activités à caractère plus "thérapeutique". Par exemple, nous avons le projet de mettre en place un cours de théâtre. Ce cours permettrait aux personnes de donner une place centrale au corps, de pouvoir se mettre dans la peau d'un autre personnage et de pouvoir faire face à d'autres problématiques tout en restant en méta-position par rapport à son propre problème. Ce cours pourrait déboucher sur un spectacle présenté en public, ce qui contribuerait à changer l'image de la personne toxico-dépendante dans la Cité.

En résumé, on peut donc souligner 3 éléments importants de ce nouveau poste.

Aide individuelle et ponctuelle

Telle que :

- Aide dans les formalités administratives, dans la recherche d'un appartement.
- Aide à la démarche de recherche d'un travail, d'une occupation.
- Aider les patients à écrire des lettres, à répondre à du courrier.

Animation spontanée

Proposer des activités "immédiates" à des personnes traversant une période de crise. Pouvoir accompagner cette ou ces personnes, pouvoir les soutenir au travers d'activités simples par exemple : visite d'un musée, cinéma, promenades, etc.

Cela peut se faire de manière individuelle ou en groupe. L'idée étant d'aider à "sortir" momentanément la personne de son état de crise et de tenter de l'aiguiller vers une éventuelle solution, toujours en étroite collaboration avec le ou les référents. Il est bien entendu que les animations spontanées ne se font pas uniquement en cas de crise, mais elles sont aussi ouvertes à toute personne n'ayant pas d'activité structurée et structurante.

Nous essayons aussi de proposer aux personnes intéressées de faire des activités où l'on peut "apprendre" et "récolter" le fruit de ses efforts.

Nous avons aussi le projet, entre autre, de mettre en place un atelier contes, travaux manuels, peinture, photo et du sport. Ces activités peuvent présenter un aspect plus thérapeutique avec un résultat mesurable à plus long terme. En plus des animations spontanées, ces différents ateliers peuvent s'inscrire sur le long terme et déboucher sur une évolution personnelle.

Liens

Assurer le lien entre nos différentes structures: Drop-In, Antenne de Proximité, "jardin potager social", Râteau Ivre et assurer l'interface avec les autres institutions et différents lieux sociaux dans le but de favoriser le partenariat et la collaboration entre les différents intervenants.

Il est à noter que nous sommes encore au début de ce projet et que nous avons déjà vécu de riches expériences en discussions et en contacts interpersonnels. A travers ces activités nous avons ainsi pu "toucher" différentes personnes toxico-dépendantes et élaborer avec elles des projets visant à un mieux être, à mieux vivre et à reprendre une meilleure image de soi par la redécouverte de capacités enfouies, à prendre du plaisir à autre chose qu'à la consommation de produits, plaisir à s'inscrire et à participer à un projet. C'est un début de la reconstruction d'une identité autre que celle de toxicomane.

Systemique, réseaux et collaborations :

L'émergence de symptômes toxicomaniaques semble désigner une pathologie du psychisme de la personne cachant d'autres maux souvent antérieurs. Un peu comme le patient désigné dans une famille est l'émergence de dysfonctionnements relationnels tant dans la génération actuelle que dans les générations antérieures. Une histoire familiale est bien souvent émaillée de secrets, de deuils, mal ou non faits, de non-dits sur lesquels des mythes s'élaborent. Ceux-ci en se rigidifiant peuvent imposer des rôles de moins en moins changeants.

Prenons par exemple le mythe souvent présent de l'enfant obéissant: éternellement enfant et dépendant, il peut, s'il n'évolue pas, se rigidifier dans la règle que rien ne doit changer dans la relation parents-enfants.

La dépendance comme symptôme de la personne toxicomane, peut être une réponse à cette règle et un mode d'intégration du mythe (rester dépendant et mobiliser ses parents). Au fil du temps la dépendance reste, mais les liens s'étiolent, cassent.

Les liens "verticaux" filiatifs et familiaux tissent avec les liens "horizontaux" affiliatifs et sociaux un "maillage" selon le professeur Benghozi, qui fonctionne comme un filet. Il évoque la notion de contenabilité de l'appareil psychique, un peu comme les notions de "pare- excitation" chez Freud ou de "moi-peau" chez Anzieu qui peuvent à d'autres niveaux servir de contenant. La pathologie du lien dont semblent souffrir beaucoup de personnes toxicomanes correspondrait selon le modèle de Benghozi à une pathologie du contenant, une pathologie du "maillage", comme quand une maille file et que le chandail se détricote.

Nous faisons le pari qu'un "re-maillage" peut permettre de combler certains trous. Si avec les entretiens de famille nous pouvons travailler sur le plan "vertical" filiatif, avec les entretiens de réseau nous touchons au plan "horizontal" affiliatif. Ce "re-maillage" a pour but de renforcer la qualité du contenant, la qualité du filet.

C'est dans ce sens que nous entretenons et développons, dans la mesure de nos moyens, des contacts avec les différents acteurs pouvant jouer un rôle dans les relations de nos patients et de notre institution.

Ici aussi nous proposons à nos patients d'inviter toute personne significative à participer à son traitement. En parallèle nous renforçons les contacts avec les professionnels d'autres services.

C'est ainsi que nous collaborons dès le début de la prise en charge (sous réserve que le patient nous y autorise en nous déliant du secret médical) avec les Services sociaux, le Patronage, le médecin traitant afin, dans un premier temps, de clarifier les rôles respectifs. Puis dès que possible nous organisons des réunions de réseau. Nous l'élargissons en fonction de l'évolution de la situation.

Le réseau psycho-social est mobilisé : les Services Sociaux, le Patronage, la Guidance infantile, le Service des Mineurs et des Tutelles, les Crèches. Le réseau sanitaire: médecins traitants, hôpitaux, pharmacies. Le réseau civil : home, foyer, patron ou chef de service, avocat, justice.

Par ailleurs nous développons les rencontres entre professionnels, que ce soit à l'occasion d'un réseau pour faire connaissance avec un collègue d'une autre institution ou plus formellement en étant invités ou en invitant une autre institution ou service.

Mieux se connaître, mieux définir les rôles respectifs, mieux se différencier pour mieux aider les personnes toxicomanes dans leur parcours et mieux nous aider à faire notre travail, telle est notre "hypothèse du réseau".

Si le contexte s'impose au patient, le cadre, lui, se pose.

C'est dans ce sens que nous posons le cadre du réseau comme élément de la prise en charge au Drop-In ; compris comme une tentative de "re-maillage" donc comme partie intégrante du processus thérapeutique.

AIDE A LA SURVIE

"Antenne de Proximité"

(Structure permettant l'approche de « la rue », des personnes toxicomanes actives, en voie de marginalisation ou déjà marginalisées.)

Depuis cet automne, nos autorités ont accepté de s'engager en faveur d'une politique d'aide à la survie incluant les aspects de la réduction des risques.

Le Conseil d'Etat a accepté "le Concept pour une Politique Cantonale d'Aide à la Survie", et nous permet de poursuivre les efforts entrepris maintenant depuis plus d'une année.

Depuis fin 1997, "l'Antenne de Proximité" a été ouverte dans nos anciens locaux de la rue des Chavannes le lundi de 10h. à 17h. Ce temps d'ouverture restreint permet tout de même la préparation d'un repas, un repas pris en commun ainsi que diverses activités, principalement des travaux de réfection de la maison.

En moyenne entre 10 et 15 personnes passent régulièrement chaque lundi.

A partir du mois d'octobre 1998, nous notons une augmentation de la fréquentation (environ 20 à 25 personnes par jour). Il est clair que l'approche de l'hiver, avec le besoin d'un repas chaud, a contribué à cette augmentation. Mais il y a aussi d'autres phénomènes explicatifs, notamment le fait que plusieurs usagers du lieu se sont passablement investis dans la structure et qu'ils ont fait un véritable travail d'information dans la zone. Le lieu, par le développement de sa « vie intérieure », est aussi devenu plus attractif.

Grâce à un réaménagement provisoire des disponibilités du personnel du Drop-In, nous avons pu en cette fin d'année ouvrir le lundi et le vendredi de 10h30 à 14h30.

L'idée de concentrer nos temps d'ouverture sur la période du repas est issue d'un questionnaire que nous avons fait passer aux usagers. Il en ressortait clairement que les « moments repas » étaient vécus comme une des priorités. Nous avons donc jugé bon de centrer nos ouvertures sur ces moments privilégiés.

Parallèlement, des temps d'ouverture "officiels" et individualisés ont pu avoir lieu pour des projets individuels comme par exemple des travaux spécifiques dans la maison.

Ce développement a permis à 70 personnes différentes de bénéficier d'un des services proposés par l'Antenne de Proximité.

De plus en plus de personnes qui ne sont pas suivies au Drop-In la fréquentent. Cela a permis à certains usagers de s'approcher du secteur thérapeutique du Drop-In dans le but de commencer une prise en charge.

Plusieurs personnes se sont particulièrement investies dans l'Antenne de Proximité. Des rôles de cuisinier, d'intendant de maison, d'animateur ont été endossés régulièrement par ces usagers. Ceux-ci mettent ainsi leur travail au service d'autres personnes toxicomanes

souvent plus démunies, ce qui leur permet d'acquérir un autre rôle social et une autre identité favorables à leur évolution personnelle.

Les travaux dans la maison ont bien avancé et plusieurs pièces ont aujourd'hui été métamorphosées par les soins des usagers du lieu.

Le repas et l'accueil

C'est très certainement le "cœur de la maison".

Nous observons très régulièrement que c'est aux heures des repas que s'instaurent des discussions de type informel où certains font tout "naturellement" l'apprentissage de la convivialité, du respect d'autrui. Ils créent des liens dans une atmosphère plutôt familiale. C'est aussi de ces moments d'échange qu'ont émergé la plupart des projets de l'Antenne.

Chaque semaine, la préparation et la réalisation des repas sont faites par un ou plusieurs usagers dans une dynamique où l'entraide joue un rôle essentiel.

En fonction des compétences de chacun, nous avons soutenu des équipes complémentaires qui ont permis de s'aventurer, pour la première fois, dans un travail collectif débouchant sur un résultat concret et gratifiant.

Ces postes sont rediscutés et repourvus régulièrement dans l'esprit d'un tournus, ce qui a permis de planifier les repas sur un moyen terme.

Le temps des repas s'est révélé également un moment privilégié pour que les clients du "bistro" deviennent progressivement des partenaires prenant part aux décisions du fonctionnement de la maison.

Mises à part les règles de base, pas de violence, pas de trafic ni de consommation, dont l'équipe éducative est la garante, les décisions prises sur l'organisation et la maintenance ont toutes été discutées, négociées et prises de manière collective.

Les usagers doivent rester les principaux acteurs de la dynamique des lieux. Dans ce contexte de "chaudes discussions" ont parfois eu lieu et ont surtout permis de faire "l'exercice de la démocratie".

Un exemple : le prix du repas est facturé à Fr. 4.-- avec le souci de n'exclure personne. Pour cela, l'ensemble des usagers a choisi d'introduire "un système d'ardoise" qu'il est possible de "troquer" contre un service dont la collectivité bénéficie. Des postes se sont ainsi créés pour la maintenance des lieux et l'aide à la préparation des repas.

Dans cette dimension "du faire avec", nous avons observé que les usagers sont à la fois preneurs, responsables et souvent capables d'une plus grande autonomie qu'ils ne l'estiment eux-mêmes.

Ce restaurant "de rue" a permis aussi de voir que certaines personnes oublient le "stress de la rue" et se trouvent plus libres de leur temps.

"S'oubliant" après les repas, des discussions nous ont permis de soutenir la réflexion des usagers pour chercher ensemble des solutions à leurs problèmes quotidiens.

Nous avons vu naître ainsi :

- Une solidarité entre certains usagers qui se sontentraîdés dans leurs difficultés journalières.
- La constitution de groupes de parole pour échanger des idées sur l'élaboration de nouveaux projets de l'Antenne et des bilans réguliers sur le fonctionnement du lieu.

Les activités occupationnelles

Les diverses activités qui ont été proposées ont toutes rencontré un écho extrêmement positif auprès des usagers et nous avons déjà mesuré à quel point ce type de prise en charge est bénéfique.

Nous avons mis en place un atelier de menuiserie qui a permis cette année d'instaurer des dynamiques de groupe tant pour la réfection de la maison que pour des projets plus personnels. De ces derniers a émergé la réalisation d'un labo-photo et d'une bibliothèque qui ont déjà permis de constituer des groupes de rencontre.

Dans le devenir, nous avons comme objectif que ces ateliers permettent d'offrir des travaux d'occupation et de réinsertion, éventuellement sous la supervision d'un maître socioprofessionnel.

Parmi les activités "simples d'accès" qui permettent au plus grand nombre de personnes toxicomanes d'en bénéficier, nous avons commencé à élaborer le projet "d'un jardin potager social" avec l'aide de la ville de Neuchâtel.

En plus des divers travaux directement liés à la préparation et à l'entretien de ce jardin, les produits de ce potager serviront de base à la préparation des repas de l'année 1999.

En plus de la satisfaction de pouvoir s'investir dans une activité structurante, avec les rythmes qu'elle impose, nous ne doutons pas que de pouvoir ensuite "goûter aux produits finis" puisse être un facteur de valorisation pour les personnes ayant participé à leur culture et permet ainsi de faire émerger des processus identitaires autres que ceux liés à la toxicomanie.

Soutenir et réaliser ce projet aura certainement une double conséquence : offrir aux personnes toxico-dépendantes une meilleure image d'elles-mêmes et en donner une meilleure à la Cité.

Le secteur des soins

La pièce prévue pour l'infirmierie a été entièrement restaurée par les usagers. Elle est opérationnelle.

Les deux grands types d'offre actuelle sont les suivants :

- Traitement des dommages liés aux injections.
- Echange de seringues.

Peu de personnes ont profité de la première offre : en général les gens qui nous ont demandé des soins suite aux blessures dues aux injections sont des gens connus du Drop-In qui fréquentent aussi l'Antenne de Proximité. On retrouve le type de blessure habituelle, abcès, phlébite, hématome.

Sans doute une méconnaissance du service, ainsi que la gêne et la honte liées à ce type de demande de soins expliquent l'impact encore relativement limité de ce service sur les usagers provenant directement de la zone.

La demande d'échanges de seringues a été un peu plus importante ; elle est en tout cas assez régulière et certaines personnes inconnues de nos services se sont approchées spécifiquement pour cette offre. Cela nous a permis un premier contact intéressant avec une population de la zone qui n'est pas demandeuse de soins visant à l'abstinence ni même encore à la gestion de la consommation.

Nous facturons le prix coûtant du matériel. Le set complet revient à 50 centimes et il comprend : un piston, deux aiguilles, un tampon désinfectant, un sachet d'acide ascorbique, un tampon sec, une ampoule d'eau stérile et un « flyer » explicatif sur les risques d'overdose et les techniques de réanimation.

La règle est l'échange du matériel usagé contre du matériel neuf. Les exceptions peuvent exister.

Le lundi matin, jour habituel de fermeture des pharmacies, correspond à un des moments où les demandes sont importantes. Certains cocaïnomanes qui ont le besoin impérieux de "se shooter" très rapidement ont pu par ce biais obtenir du matériel propre le lundi matin, ou pendant d'autres heures de fermeture des pharmacies entre 12 heures et 13 heures 30. Un des intérêts qui nous a été aussi manifesté par certains est une discrétion plus grande que celle qu'ils peuvent avoir dans une pharmacie où la demande de seringues peut être entendue par les autres clients de l'officine.

Ces moments d'échanges de seringues sont évidemment bien plus riches que le simple échange matériel : ils ouvrent parfois la discussion sur la situation psychique et physique de la personne. Ils sont aussi l'occasion de parler de techniques d'injection appropriées. En effet de nombreuses lacunes existent à ce sujet : oubli de la désinfection préalable, absence de l'utilisation d'eau stérile chez les cocaïnomanes-injecteurs qui ne chauffent pas l'eau avant leur injection.

La douche-buanderie

Durant le courant de l'année, ce service a montré qu'il est un instrument adéquat avec une fréquentation relativement stable. Nous offrons la possibilité de se doucher, de se reposer, ou de manger, dans l'attente que son linge soit lavé et séché.

Accessoirement, ce service propose aussi une activité occupationnelle pour le linge de la maison.

Le coin statistique

- Plus de 70 personnes ont franchi le seuil de l'Antenne.
- 25% des personnes n'étaient pas connues de notre institution, et 4 d'entre elles ont bénéficié par la suite d'un traitement au Drop-In.
- 25% des personnes qui ont fréquenté ce lieu, ont participé régulièrement à des travaux de type occupationnel.
- 70% de personnes sont des consommateurs actifs, plutôt polytoxicomanes alors que les 30% restant présentent une forte marginalisation et une désinsertion sociale.
- 15 personnes ont bénéficié des soins sanitaires.
- En moyenne, 20 personnes sont de passage à chaque ouverture et 15 prennent un repas chaud.
- Plus de 25% des personnes ont eu accès à des soins infirmiers de base, et 400 seringues ont été échangées.

Par ces quelques chiffres, nous remarquons que l'Antenne est prioritairement utilisée par des personnes toxicodépendantes. 1/3 d'entre elles ne sont toutefois pas concernées par ce type de problématique, mais sont demandeuses de services plutôt de type occupationnel et sanitaire.

Cette observation nous encourage et nous permet de voir que l'Antenne n'est pas un « ghetto pour toxicomanes » et que d'autres personnes, aussi fortement marginalisées, ont fréquenté ce lieu. En effet, nous avons rencontré cette année des personnes dépendantes de "drogues légales" ou présentant des troubles psychiatriques. Parfois plus "simplement" des victimes de la situation conjoncturelle qui étaient en rupture de liens sociaux et médicaux.

Ceci nous a amenés à réfléchir sur l'adéquation d'accueillir une population en marge diversifiée.

Est-ce que des problèmes se présenteront en raison de la disparité des habitudes et des besoins de ces usagers ?

Cette année, nous n'avons pas eu de problèmes liés aux différences. Au contraire, nous avons remarqué que certains usagers se côtoyaient en essayant de comprendre la souffrance des uns et des autres, sous-jacente aux symptômes apparents.

Nous sommes restés attentifs à faire :

- un travail d'information à toute personne inconnue de l'équipe éducative sur les objectifs de l'Antenne ainsi que d'éventuelles contre-indications à rester dans ce lieu.

- Un travail d'orientation et d'accompagnement sur d'autres services souvent méconnus, en fonction de la problématique des ces personnes.

En guise de première conclusion ...

Nous avons reçu dans cette Antenne des personnes toxicodépendantes, souvent polytoxicomanes dont la situation pour certaines était catastrophique.

La possibilité d'avoir eu un accès à l'Antenne pour y être accueilli, recevoir des soins de base, ou être « ré » orienté s'est souvent révélée primordiale.

Dans un démarrage minimal, avec des ouvertures à raison de 2 fois par semaine, les demandes ont afflué et n'ont cessé d'augmenter durant l'année.

La possibilité d'engager du personnel va heureusement permettre d'ouvrir davantage, de continuer à développer les secteurs déjà mis en place et de réaliser des projets restés encore au second plan.

Nous pensons notamment au secteur de « l'écrivain public » qui permettra aux personnes de pouvoir bénéficier d'une aide sociale, avec la participation d'intervenants extérieurs qui pourraient proposer leur service (juristes, assistants sociaux, maîtres socio-professionnels, etc.).

L'Antenne de Proximité s'est confirmée être parfaitement complémentaire aux autres services proposés par le Drop-In en touchant une population de la zone qui ne peut être contactée autrement.

Une grande partie de la population des personnes toxicomanes a besoin de soins bien avant d'être à un stade de sa trajectoire qui lui permette de viser à l'abstinence ou même à la gestion de la consommation et, ainsi, de pouvoir bénéficier d'un contact avec le réseau social et sanitaire.

L'automédication que représente l'utilisation du produit, mais aussi tous les rituels qui l'accompagnent, sont souvent momentanément la seule "colonne vertébrale" de ces patients et ne peuvent pas être abandonnés rapidement.

Ce constat, dicté par les réalités de la pratique sur le terrain, confirme la nécessité d'une approche des populations de toxicomanes bien avant leur capacité à envisager l'abstinence, quitte à les aider momentanément à mieux "gérer leur consommation" et à les aider également quand ils sont encore "complètement dans la zone".

Ce type de prise en charge leur permet de survivre, puis de vivre jusqu'au moment où il est possible d'envisager une demande de soins.

Cette approche permet à ces personnes d'entrer en contact avec le réseau sanitaire et social, ce dont elles ont encore plus besoin que la population bénéficiant d'un traitement visant à l'abstinence ou à la gestion de la consommation.

Il ne s'agit pas là de pratiques laxistes, mais, au contraire, plus exigeantes. Elles nécessitent une analyse précise de la situation et des besoins du patient et doivent déboucher sur une aide individualisée et adaptée à leur situation.

A la prévention, au traitement et à la répression du trafic il s'est donc progressivement avéré nécessaire d'ajouter également la protection de la santé des usagers de drogue n'étant pas "encore" à un stade de leur trajectoire leur permettant de viser à l'abstinence ou même de demander des soins visant à la gestion de la consommation.

Dans cet esprit, le "Concept pour une politique cantonale neuchâteloise relative aux problèmes liés à la toxicomanie des jeunes", concept évolutif qui adhère à la politique fédérale dite "des 4 piliers" (prévention, traitement, "aide à la survie" et répression du trafic) se réalise enfin complètement dans notre canton.

Les mesures prises dans le cadre de "l'aide à la survie" peuvent amener d'importants bénéfices :

- amélioration de l'état social et sanitaire des personnes toxicomanes avec comme corollaire une facilitation de l'accès aux thérapies visant à amener progressivement à l'abstinence;
- baisse de la criminalité;
- diminution des coûts d'infrastructure et des coûts sociaux de la toxicomanie et de ses corollaires;
- diminution des cas d'overdoses.

AIDE AUX PATIENTS CHRONIQUES ET INVALIDES

L'élargissement de l'offre thérapeutique du Drop-In a considérablement augmenté la proportion de patients chroniques et invalides dans notre institution.

Une approche "à haut seuil" destinée à des patients pouvant immédiatement viser l'abandon des produits sélectionne une population où les situations lourdes et difficiles sont moins nombreuses.

Actuellement, dans la réalité, notre travail s'établit dans une continuité entre l'aide à la survie et la réduction des risques jusqu'au programme visant l'abstinence en passant par une grande partie de la population se trouvant à un stade "d'aide à la gestion de la consommation".

Nous nous occupons donc maintenant si possible des personnes toxicomanes à tous les stades de leur trajectoire, mais cette approche permet également de s'adresser à certaines populations qui avaient perdu tout contact avec le tissu sanitaire et social.

Il s'agit en général de patients très désinsérés, marginalisés, présentant des pathologies psychiatriques et souvent somatiques très lourdes.

La prise en charge et l'accompagnement de ces nouvelles populations ont considérablement augmenté le pourcentage dans notre institution de patients chroniques et invalides.

Pour y faire face, grâce à l'aide du canton, nous avons développé des activités d'aide spécifique, centrées sur le "faire-avec", sur l'occupationnel et sur les activités pouvant tendre à la réinsertion.

L'activité consacrée aux patients répondant aux critères de l'Assurance Invalidité à considérablement augmenté le nombre de ces patients aussi !

FORMATION

Formation continue interne

Séminaire

Au cours de 1998, pour la 4^{me} année consécutive, l'équipe du Drop-In a poursuivi son travail de séminaire à l'interne animé par Mme Astrid Reichenbach, psychologue-psychothérapeute.

8 séances de 1.30 H chacune lui ont été consacrées.

Il s'est agi d'un travail de continuité et d'approfondissement par rapport à celui de 1997.

Les séances du début de l'année ont permis de poursuivre notre compréhension des notions théoriques définissant la structure psychique du psychotique (structure qui se retrouve chez un certain nombre de patients présentant des conduites addictives).

Ces notions ont été illustrées au moyen de situations présentées par les participants, et largement commentées.

La suite des séances a été réservée à la forme d'organisation psychique dite "état-limite", telle qu'elle apparaît dans la théorie de Jean Bergeret.

Les notions :

- de dépression (symptôme),
- d'angoisse de perte d'objet,
- de relation d'objet anaclitique,
- ainsi que quelques mécanismes de défense plus particuliers (ex. le clivage de l'objet)

ont été, de la même manière, illustrées, discutées et commentées.

Nous avons consacré beaucoup de temps à ce dernier volet, la majeure partie des problématiques des patients du Drop-In pouvant être, globalement, mieux comprises sous ces éclairages.

La forme prise cette année par le séminaire - l'approche de vignettes cliniques pour illustrer des points théoriques - a particulièrement bien convenu aux participants.

Nous relevons aussi ici que la dynamique de groupe qui s'est créée au fil de ces 4 ans a favorisé un engagement plus personnel des collaborateurs, une fluidité dans leurs échanges d'expériences, de questions, et révélé leur plaisir à cet enrichissement réciproque, ceci, dans un climat de tranquillité apprécié de tous.

L'équipe a souhaité poursuivre ce travail en 1999, cette fois-ci sous la forme "d'Etude de cas".

Supervision

Une supervision consiste en un entretien de 50 - 60 minutes entre une psychothérapeute et un(e) collaborateur(trice) du Drop-In. Ces supervisions, hebdomadaires le plus souvent, portent sur les cas traités au Drop-In, non pas en priorité sur "l'histoire" de la personne, mais sur les relations du référent et du patient, sur "l'histoire de leur relation".

L'histoire de la relation référent-patient sera ainsi presque toujours l'histoire longue et accidentée de la tentative de construction et d'établissement d'une bonne relation objectale.

L'évolution de la prise en charge des patients, devenue de plus en plus réaliste, ne tend plus spécifiquement à une abstinence immédiate des produits mais plutôt à l'établissement d'une relation au travers de laquelle on peut aborder les nombreux problèmes que pose la vie d'une personne toxicomane : travail, logement, dettes, relation avec le(s) produit(s), la famille, le conjoint et les enfants éventuels. La plupart des patients suivent également une cure de maintenance à la méthadone.

Cette évolution dans la prise en charge offre plus de temps et de liberté mais supprime la sécurité pour le thérapeute d'un cadre contraignant.

Il n'y a maintenant presque plus de "passages-éclair" dans l'institution, mais plutôt un accompagnement s'étendant sur des mois ou des années, ponctué de mieux-être, de rechutes, de moments de vie souvent chaotique.

Le traitement moins intransigeant, plus patient qu'auparavant va de pair avec l'élaboration de l'idée de l'importance de la personne plutôt que des produits : les comportements d'addiction prennent leur source bien avant la consommation de drogues.

Etant donné les graves troubles de la personnalité de la plupart des personnes toxicomanes, l'analyse des problèmes en supervision doit "coller" le plus possible à la réalité vécue par le patient. On peut parfois se perdre dans des récits, au demeurant passionnants, en risquant de perdre de vue la réalité quotidienne du patient. Celle-ci doit rester au premier plan, tant elle est souvent déstructurée, avec des vides et des carences extrêmes.

Le fait de prendre quotidiennement leur méthadone au Drop-In et d'avoir un(e) référent(e) que l'on voit régulièrement définissent un cadre.

La réalité vécue du patient ne doit jamais être perdue de vue par le référent et ceci doit aussi être vérifié dans le cadre des supervisions.

Pour certains patients, la demande d'aide est rapidement assez claire : ils peuvent profiter de la stabilisation qu'offre la cure de méthadone, et engagent de bonnes relations avec leur référent. Cet idéal n'est pas atteint rapidement et parfois seulement partiellement.

Les patients présentent en général de graves troubles de la personnalité, l'automédication obtenue par les drogues n'est souvent pas consciente et la souffrance peu exprimée. Les évolutions peuvent être brutales et la dépression peut surgir comme un vide, un désert infini.

Le besoin de combler ce vide peut être la recherche d'une relation fusionnelle, où tout référent apparaît comme le "sauveur potentiel".

Certains patients ont de la relation avec l'autre une vision déformée et "perverse". L'autre est celui qui peut donner, qui peut être porté au nues et être vécu comme "tout puissant" pour être rejeté l'instant d'après.

Il faut se méfier de ce stade qu'on peut être obligé de vivre dans le cadre de la relation d'aide, savoir ce qu'il signifie, et pouvoir passer de "l'état de sauveur potentiel" à celui de "soignant potentiel".

Tout cela demande au référent un fort investissement en même temps qu'une possibilité de distance qui doit le faire demeurer l'élément stable et solide d'une relation accidentée.

Il faut pouvoir se protéger aussi, et cela est un des buts essentiels de la supervision : préserver la bonne santé du référent. Il s'agit là d'une des conditions indispensables à la qualité des prises en charge.

Supervision de la distribution

Dès le début de leur entrée en fonction, Mesdames V. Evard et M. Steinemann qui assurent l'accueil des patients, la distribution de la méthadone et de la médication, bénéficient du soutien de M. G. Fornerod, à raison d'une séance individuelle à quinzaine, en alternance avec des séances de groupe.

Ce cadre de travail favorise leur intégration dans la vie institutionnelle, la compréhension et l'apprentissage de la relation avec des personnes aux pathologies souvent très lourdes et, en particulier, de la notion de "distance thérapeutique" indispensable à la gestion tant de l'accueil que de la distribution de la médication.

Dans le même esprit, l'animateur socio-éducatif, qui assure notamment l'organisation d'activités proposées aux patients, bénéficie en plus de ses supervisions individuelles de ce soutien centré principalement sur l'apprentissage du "faire avec", de l'adéquation des propositions faites aux patients et la coordination avec les autres activités de l'institution.

Formations continues externes

- M. M. Cattin poursuit sa formation en systémique au Centre de Recherches Familiales et Systémiques (CERFASY), à Neuchâtel.

Congrès, séminaires, conférences

- Mme A. Reichenbach a participé, à Montreux, au 3^{ème} Symposium de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent organisé par le Service Universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Lausanne et par la Clinique de psychiatrie infantile de Genève, sur le thème : **"Les psychoses chez l'enfant et l'adolescent"**.
- Mme. L. Oliveri a participé aux 3èmes Journées Romandes des psychologues praticiens, organisées par l'Université de Lausanne, sur le thème : **"L'intrusion du réel dans la consultation psychologique"**
- M. M. Cattin a participé à des séminaires organisés par le Centre de Recherches Familiales et Systémiques (CERFASY) à Neuchâtel, sur les thèmes :
 - * **"Violence et Crise"** développé par les Dr M. Vanotti et M. Rais.
 - * **"Autour de la psychosomatique"**, développé par le Professeur H. Stierlin.
 - * **"L'intervention de crise selon l'approche systémique"**, développé par le Dr G. Ausloos.
 - * **"Travailler avec la compétence des clients"**, développé par le Dr M. de Andrès.

Il a aussi participé au colloque du Centre d'Etude de la Famille (CEF) à Lausanne, sur le thème :

- * **"Psycho-anthropologie de la honte et de l'humiliation. Identité et transmission transgénérationnelle"** développé par le Professeur P. Benghozi.
- M. J.-M. Coste a suivi un cycle de conférences organisé par l'Unité d'Abus de Substances des Hôpitaux Universitaires Psychiatriques de Genève (HUPG) : **"Les thérapies cognitivo-comportementales et addictions"**,
et un séminaire organisé par l'Hôpital Psychiatrique de Cery à Lausanne sur le thème : **"Les thérapies cognitivo-comportementales et les techniques de résolution de problèmes"**.
- M. D. Bugnon a participé au **Groupe de Travail d'InfoSet Direct**, organisé par la Centrale de Coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogue (COSTE).
- M. D. Bugnon a participé au **"Forum Drogues et autres Dépendances"**, à Sion, organisé par la Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies (LVT), la Société Médicale du Valais (SMV) et les Institutions Psychiatriques du Valais Romand (IPVR), sur le thème : **"Les mécanismes de la dépendance"** ou **" Concept pour une meilleure compréhension de la toxicomanie"**

Groupes de travail

Groupement Romand d'Etudes sur l'Alcoolisme et les Toxicomanies (GREAT)

Nous avons participé à :

- à une journée de discussion et d'échanges du "**Groupe de travail - Seuil bas**" à Yverdon, sur le thème :
"Conditions d'injection et prises de risques en Suisse Romande : du conseil médical au local d'injection, quel scénario concret et réaliste pour améliorer la situation ?"
- à une journée à Yverdon, sur le thème :
"Après "Jeunesse sans drogue" : quelle politique face aux dépendances ? Analyse de contexte, réflexion et débat".
- au Colloque de printemps, à Lausanne, sur le thème :
"alcool, médicaments, tabac, drogues illégales, quelle politique ?"
- à une journée à Boudry, organisée par les membres neuchâtelois du Groupe Prévention du GREAT (GPG) sur le thème :
"Le savoir-boire , un message et une approche de prévention efficaces ou un alibi socio-économique?"
- à des journées de formation destinées au personnel administratif, organisées par le GREAT à Yverdon, sur les thèmes :
"créer son dossier professionnel"
"Fonctions et compétences"

Ateliers Romands pour Intervenants dans le domaine des Addictions (ARIA)

Mme A. Smith-Bardet a poursuivi sa participation au groupe de travail "**Femmes, dépendances**" à l'Institut Suisse de Profilaxie contre l'Alcoolisme (ISPA).

Le groupe a terminé son travail et publié une recherche intitulée :

"Points de vue sur les toxico-dépendances des femmes en Suisse Romande - Enquête sur la demande et l'Office d'aide spécialement destinée aux femmes".
Groupe de Prévention du GREAT (GPG)

Mme V. Wenger-Pheulpin et M. C. Descoedres ont participé aux 6 journées de travail du groupe.

Formation proposée aux professionnels externes

- Le Dr P.-A. Porchet, en qualité d'expert praticien, a présenté plusieurs conférences, dans le cadre des Ateliers Romands pour Intervenants dans le domaine des Addictions (**ARIA**)

"Enjeux interprofessionnels face aux produits de substitution".

"L'abstinence".

"La boîte à outils du praticien".

Ainsi qu'à l'Institut Suisse de Prévention de l'Alcoolisme et autres toxicomanies (**ISPA**) :

"Alcool, drogue, s'en sortir".

- Le Dr P.-A. Porchet et G. Fornerod sont intervenus en qualité d'experts-praticiens dans le cadre d'une demi-journée organisée par **ARIA**, sur le thème :

"Enjeux interprofessionnels face aux comorbidités".

- Le Dr P.A. Porchet a participé à un colloque organisé par la Communauté Nationale de travail "Politique de la Drogue" sur le thème :

"Politique des drogues : dépénalisation - légalisation - état de la question".

A cette occasion, il a présenté une contribution sur le thème :

"Dépénaliser la consommation des drogues : effets et risques".

- M. G. Fornerod a présenté une conférence à **l'Institut Suisse de Police, à Genève**, dans le cadre de cours de formation destinés à des inspecteurs des stupéfiants romands et tessinois, sur le thème :

"La prévention et le traitement de la toxicomanie".

- Le Dr P.A. Porchet, MM D. Bugnon et G. Fornerod, en collaboration avec M. J.-P. Kunz, chef de la brigade des stupéfiants, ont animé une conférence-débat pour les enseignants du Centre de Formation Professionnelle des Métiers du Bâtiment (CPMB) à Colombier, sur le thème :

"La Drogue".

- M. G. Fornerod a participé, à la Maison de Pontareuse, à une réunion de divers professionnels et autorités qui se sont exprimés sur des éventuelles restructurations de celle-ci.

- Mme V. Wenger-Pheulpin a animé le travail d'un groupe d'élèves de l'Ecole Normale de Neuchâtel, sur le thème : **"Prévention - Dépendance".**

Groupe de formation continue des médecins et pharmaciens

Le groupe, composé de 18 personnes, s'est réuni à quatre reprises, toujours sous la conduite du Dr P.A. Porchet.

Les thèmes suivants ont été traités en 1998 :

- * **"La loi dans les cabinets médicaux"**
 - * **"La distribution de méthadone"**
 - * **"Les contrôles d'urine, leur sens et leur indication"**
 - * **"Le contrôle et les mandats judiciaires"**
 - * **"Relations entre les personnes toxicomanes et les assistantes médicales ou assistantes en pharmacie"**
 - * **"Echanges sur les notions et les concepts élaborés dans les rapports d'activité des centres de prévention et de traitement du canton."**
- Le Dr P.A. Porchet et M. G. Fornerod :
- ont participé à la **Commission technique du Foyer André** de la Côte-aux-Fées, constituée à la demande du Bureau de la Commission Cantonale Drogue, auquel participe Mme Claire Roelli, représentante de la Centrale de coordination de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogue (COSTE).
 - ont rencontré régulièrement le Directeur et le Responsable pédagogique du Foyer André pour échanges et soutien.
- M. G. Fornerod a assumé un travail de supervision pour :
- le Responsable pédagogique du Foyer André et son Adjoint, à raison d'une séance mensuelle.
 - un médecin-praticien, à raison d'une fois par mois.

EN GUISE DE CONCLUSION

1997 : rejet massif de l'initiative "Jeunesse sans drogue".

1998 : rejet massif de l'initiative "DROLEG".

Le canton de Neuchâtel s'est clairement positionné face aux propositions émises dans ces initiatives qui, toutes deux, faisaient l'économie de la prise en compte de la complexité des phénomènes liés à la toxicomanie des jeunes.

Nous y voyons un plébiscite de la politique fédérale dite des quatre piliers, à laquelle nous adhérons, mais surtout nous constatons avec une grande satisfaction qu'il s'agit également d'un "marqueur" d'une meilleure reconnaissance sociale de cette problématique comme une manifestation de la souffrance d'une partie de notre jeunesse ... et de la volonté de ne pas l'y abandonner.

L'information permet la réflexion et, par-là même, une meilleure capacité de prendre les mesures et les responsabilités dans un domaine où éthique et pragmatisme se doivent de faire bon ménage.

Si le canton de Neuchâtel, en particulier grâce au Bureau de la Commission Drogue, à la bonne concertation de ses participants et à la bonne collaboration avec l'Etat, mène une politique des plus cohérentes et des plus efficaces, il n'en n'est hélas pas toujours de même au niveau fédéral.

L'Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS) réduit drastiquement ses subventions aux institutions de soins stationnaires, renonçant même à toute subvention pour certaines d'entre elles, voire demandant le remboursement de l'avance de l'année précédente. Depuis de nombreuses années, ces subventions étaient toujours une part importante du budget de ces institutions.

Quatre institutions en Suisse Romande ont dû brutalement déposer le bilan et fermer.

Sacrifiant professionnels et patients, piétinant le travail de nombreuses années et les espoirs qu'il a générés, faisant perdre sa crédibilité à la politique des quatre piliers, une bureaucratie aveugle désigne le talon d'Achille d'un système de financement.

Dans le même Département Fédéral de l'Intérieur, un autre service : l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) s'en inquiète au nom de sa connaissance du terrain et se multiplie pour assurer les professionnels de leur sympathie et de leur soutien !

Il faut comprendre que dans le cadre de l'OFAS, l'Assurance Invalidité veut assainir ses finances en redistribuant aux cantons la plus grande partie des charges qu'implique pour elle la participation au financement des soins stationnaires.

Est-ce bien raisonnable ?

Quelles économies peut-on espérer dans ce secteur ? Ce sont de petites économies qui seront susceptibles de générer de très gros frais par la suite pour l'Assurance Invalidité vu le risque d'évolution des personnes toxicomanes qui ne pourraient être prises en charge de manière adéquate.

Cette incohérence et ces dysfonctionnements atteignent la crédibilité de la Confédération dans sa capacité de gérer complètement le phénomène : on ne peut être inventif et performant pour mettre au point une politique et inadéquat quant à son financement !

Il est le temps d'une concertation des parlementaires des cantons concernés pour aider la Confédération à conserver crédible une politique en matière de toxicomanie qui, par ailleurs, est de valeur et ne méritait pas ça !

ACTIVITES ET RELATIONS EXTERIEURES

Sur le plan cantonal

La collaboration entre les trois centres , le **Centre de Prévention et de Traitement des Toxicomanies des Montagnes Neuchâtelaises (CPTTMN)**, le **Centre d'Aide, de Prévention et de Traitement de la Toxicomanie du Val-de-Travers (CAPTTvt)**, s'est maintenue tout au long de l'année 1998, notamment par des rencontres entre les directions.

Commission Cantonale Drogue et Bureau

La Commission Cantonale Drogue et le Bureau demeurent le lieu de coordination et de décision en matière de lutte contre la toxicomanie dans le canton. Ils permettent de garder un concept évolutif et cohérent qui est la référence pour tous les organismes et institutions du canton.

Service cantonal de la Santé Publique

La bonne collaboration avec le Service cantonal de la Santé Publique s'est poursuivie en 1998, notamment par la présence active du médecin cantonal à divers groupes de travail et à des commissions.

Les hôpitaux

L'excellente collaboration avec les **hôpitaux, notamment de la Ville de Neuchâtel** nous a conduits à plusieurs reprises à intervenir à la demande des médecins auprès de patients hospitalisés en situation de crise et qui nécessitaient un suivi ambulatoire spécifique à leur sortie.

Avec régularité et dans un esprit d'excellente collaboration, de nombreux patients ont pu bénéficier des soins de la **Clinique Psychiatrique de Préfargier**, soit dans des situations de crise aiguë ou de sevrage en vue d'un placement en soins stationnaires.

Nous avons en particulier collaboré de façon soutenue avec la **Maternité** et le **Service de Pédiatrie** dans des situations de mères toxicomanes déjà en traitement au Drop-In pour l'organisation de leur sortie et le maintien du suivi ambulatoire.

Service de Guidance Infantile de l'Office Médico-Pédagogique (OMP)

En étroite collaboration avec le Service de Guidance Infantile, nous avons pu développer des prises en charge spécifiques de mères ou de parents toxicomanes pour les aider à construire le lien avec leur enfant, dès la sortie de la Maternité .

Dans ce contexte, MM. G. Fornerod et C. Jaggi ont participé à un échange, organisé par le Service de la Guidance Infantile de l'Office Médico-Pédagogique (OMP) de Neuchâtel, à propos des procédures mises en place avec l'équipe de la Pédiatrie de l'hôpital Pourtalès en vue de la sortie de la maternité du nouveau-né.

Fondation la Passerelle

Le Dr P.-A. Porchet a poursuivi son activité en qualité de membre au sein du Conseil de la Fondation.

Groupe de Prévention Primaire spécifique aux toxicomanies du Bureau de la Commission cantonale Drogue

Mme V. Wenger-Pheulpin participe régulièrement aux séances de travail.

Groupe Information Sexuelle et éducation à la Santé (GISS)

Cf Chapitre Prévention primaire

Groupe Sida Neuchâtel (GSN)

cf chapitre Prévention primaire

Stand Neuchâtelois Itinérant d'Information et de Promotion de la Santé (SNIIPS)

cf chapitre Prévention primaire

Autres institutions

Dans le cadre de ses activités, le Drop-In est appelé à collaborer avec les institutions et les organismes du canton qui sont concernés par la prise en charge de personnes toxicomanes.

Ces collaborations peuvent être ponctuelles ou, le plus souvent, instituées sous la forme de travail en réseau : il s'agit alors d'établir la meilleure coordination possible entre les différents professionnels afin de garantir à la personne toxicomane la bonne qualité et l'adéquation de son accompagnement.

Nous avons ainsi collaboré entre autres avec :

- **La Société Neuchâteloise de Patronage** avec laquelle nous collaborons intensément et agréablement dans le respect des différents rôles et fonctions.
- **le Service Cantonal des Mineurs et des Tutelles (SMT)**, en particulier lors de la naissance d'enfants de parents toxicomanes et pour des patients au bénéfice d'une tutelle ou d'une curatelle.
- **les Services Sociaux de la ville de Neuchâtel et d'autres Communes**, dans le cadre des réseaux organisés autour des patients.
- des institutions d'accueil tels le Foyer André, la Maison de Pontareuse, la Ruche, le Foyer 44, la Ferme, etc.

Le Dr Pierre-Alain Porchet a eu l'occasion de rencontrer les **Présidents de Tribunaux** pour partager sur l'évolution des phénomènes liés à la toxicomanie des jeunes et leur prise en charge, particulièrement sur l'élaboration de la notion de la "gestion de la consommation".

Sur le plan intercantonal

Le Dr P.-A. Porchet a continué à participer :

- au groupe d'experts "**Médecins Romands Toxicomanie (MedRoTox)**, créé à l'initiative de l'**Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP)**;
- à la Commission d'experts supervisant l'**Etude Comparative des Programmes Méthadone (ECPM)** en Suisse Romande, projet financé par l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP). Le résultat corollaire sur les critères de qualité sera publié en 1999;
- à une recherche mandatée par l'**Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP)** : "Maîtriser la toxicodépendance ?". Elle a été confiée au Département Travail Social et Politiques Sociales de l'Université de Fribourg (Prof. M.-H. Soulet).

Le Dr Pierre-Alain Porchet et M. Daniel Bugnon ont participé :

- au travail du groupe intercantonal réunissant des professionnels des cantons de Berne, Jura et Neuchâtel (**BEJUNE**).
Ce groupe de travail a été mis sur pieds afin de construire une coordination et une collaboration autour de projets et d'expériences communes aux trois régions.

M. D. Bugnon participe, depuis 1996, en qualité de membre, aux activités du Comité du Groupement d'Etudes sur l'Alcoolisme et les Toxicomanies (GREAT).

Mme V. Wenger-Pheulpin a participé :

- au **Fil Rouge** : Programme de Prévention des dépendances dans les institutions pour enfants et adolescents, créé à l'initiative de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP);
- à **SUPRA F** : Programme de recherche en Prévention créé à l'initiative de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP);
- à **FUNTASY PROJECT** : Programme de Prévention à l'usage des jeunes, créé à l'initiative de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP).

Nous avons reçu au Drop-In :

- M. le Conseiller d'Etat J. Guinand, chef du Département des Finances et des Affaires Sociales, accompagné par une délégation du Comité de Gestion du Drop-In.
- L'équipe du Centre Psycho-Social de Neuchâtel.
- L'équipe de l'Unité des Soins aux Toxicomanes (UST) du Centre Psycho-Social de Fribourg.
- L'équipe du Centre de Prévention et de Traitement des Toxicomanies des Montagnes Neuchâteloises (CPTTMN).
- Le Lyon's Club de Neuchâtel - La Tène.
- Le Rotary Club de Neuchâtel - Vieille Thielle.
- Un groupe de responsables de la Case à Choc.

Autres participations et activités :

- Visite au Centre d'Aide, de Prévention et de Traitement de la Toxicomanie du Val-de-Travers (CAPTTvt);
- à l'Assemblée générale du Foyer 44;
- visite au Salon de la Prévention à Bienne;
- à l'inauguration du Foyer Bartimée à Grandson;

DONATEURS ET REMERCIEMENTS

Nous tenons ici à remercier les personnes, sociétés et entreprises qui témoignent par leurs dons de l'intérêt qu'elles portent à notre travail.

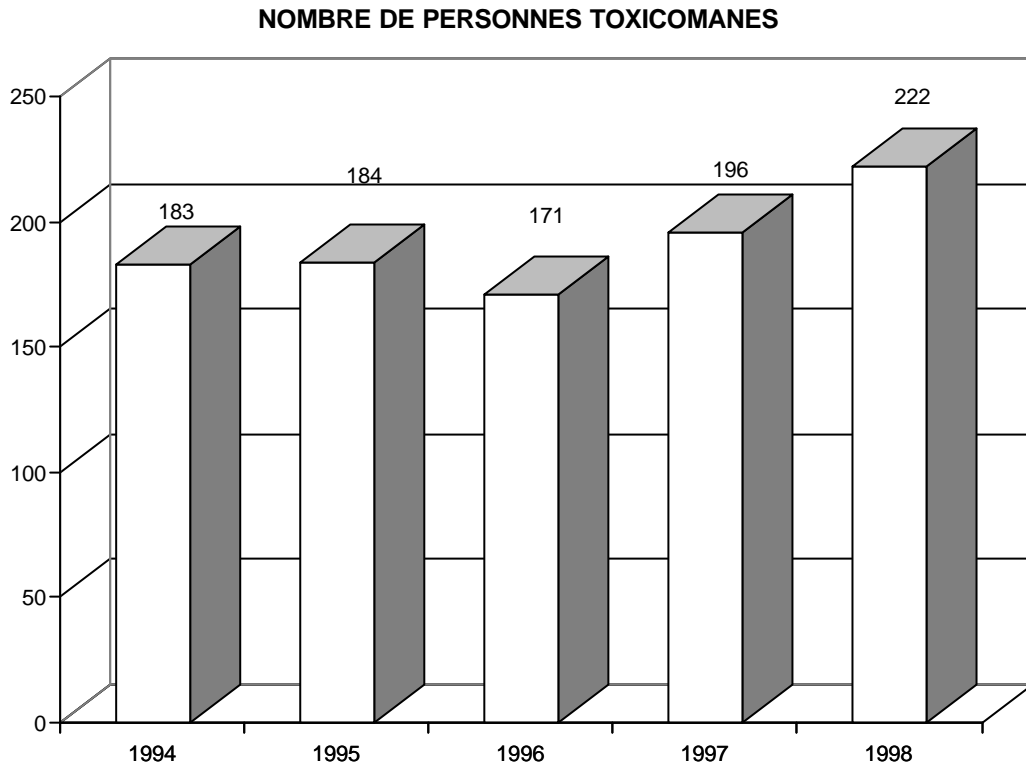
- Anonyme	Fr.	10'000.--
- Fondation Kerma, par M. Bertholet, à Zürich	Fr.	5'000.--
- Rotary-Club Neuchâtel/Vieille-Thielle, à Enges	Fr.	2'000.--
- Etablissement Cantonal d'Assurance Immobilière	Fr.	2'000.--
- Pharmacie du Landeron, M. Touzeau	Fr.	1'000.--
- Centre Cantonal, Formation Professionnelle des Métiers du Bâtiments, à Colombier	Fr.	500.--
- Fondation Haldimann-L'Hardy, à Neuchâtel	Fr.	600.--

Nous remercions également ici toutes celles et ceux qui, en recevant notre dernier rapport d'activité, ont témoigné leur solidarité en nous "garnissant" le bulletin de versement. Nous publions ici les noms des donateurs ayant versé Fr. 50.—ou plus.

- Monsieur A. Wildhaber, Pharmacie de l'Orangerie, à Neuchâtel	Fr.	1'000.—
- Commune de Saint-Blaise	Fr.	500.—
- Monsieur J. Spoerry, à Hauterive	Fr.	300.—
- Fabrique de Tabac Réunies SA, à Neuchâtel	Fr.	200.—
- Monsieur Richard Müller, à la Chaux-de-Fonds	Fr.	200.—
- Commune de Cornaux	Fr.	100.—
- Conseil Communal à Colombier	Fr.	100.—
- Monsieur Thomas Facchinetti, à Neuchâtel	Fr.	100.—
- Dr Giovanni Spoletini, à Saint-Blaise	Fr.	100.—
- Dr P. Arni, à Neuchâtel	Fr.	100.—
- Madame et Monsieur Michel Vautravers, à St.-Blaise	Fr.	100.—
- Cabinet Médical, Uttins 4, à Colombier	Fr.	100.—
- Messieurs J.-P. et F. Bettone, à St.-Blaise	Fr.	100.—
- Monsieur Ph. Ribaux, à Neuchâtel	Fr.	70.—
- Dr Claude Cherpillod, à la Chaux-de-Fonds	Fr.	60.—
- Madame Martine Blum, à la Chaux-de-Fonds	Fr.	50.—

– Madame Monica Boss, au Landeron	Fr.	50.—
– Dr Francine Glassey Perrenoud Francine	Fr.	50.—
– Monsieur Jacques Epiney à Saint-Aubin	Fr.	50.—
– Drs Ph. Erard & Fr. Verdon, à Neuchâtel	Fr.	50.—
– Dr Monique Barrelet, à Neuchâtel	Fr.	50.—
– Dr Philippe Erard, à Neuchâtel	Fr.	50.—
– Dr Jean-François Boudry, à Rances	Fr.	50.—
– Dr Roger Gubser, à Neuchâtel	Fr.	50.—
– Dr Philippe Vuille, à Neuchâtel	Fr.	50.—
– Madame Catherine Paquier, à Neuchâtel	Fr.	50.—
– Dr Pierre Willemin, à Hauterive	Fr.	50.—
– Monsieur Claude Borel, à Enges	Fr.	50.—
– Madame Raymonde Wicky, à Neuchâtel	Fr.	50.—
– Drs Cl. Matthey et J.-P. Studer, à Peseux	Fr.	50.—

STATISTIQUES ET COMMENTAIRES



	1994	1995	1996	1997	1998	
Personnes toxicomanes	183	184	171	196	222	TOTAUX
	127	100	57	63	57	non-substituées à la méthadone
	56	84	114	133	165	substituées à la méthadone

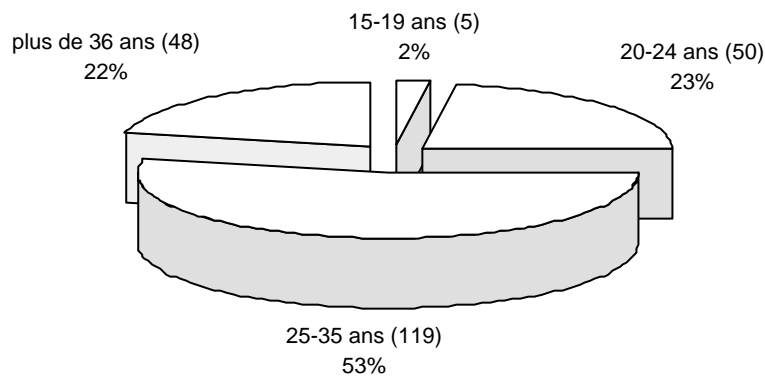
Le nombre de personnes toxicomanes ayant consulté le Drop-In en 1998 est en augmentation par rapport à 1997. **222** personnes toxicomanes sont venues nous consulter en 1998, alors qu'elles étaient au nombre de 196 en 1997, soit une augmentation de 26 personnes (+ 13 %).

Par ailleurs, nous remarquons en 1998, une augmentation de la proportion de personnes toxicomanes substituées à la méthadone.

Cette proportion jusqu'à l'année dernière était environ de 2/3 de personnes toxicomanes substituées contre 1/3 de personnes toxicomanes non-substituées. En 1998, cette proportion est respectivement de 74 % (env. ¾) contre 26 % (env. ¼).

Cette augmentation de la proportion des personnes toxicomanes qui bénéficient d'une cure de substitution à la méthadone est à mettre en relation avec ce que nous décrivions dans le rapport 1997 et qui s'est accentuée l'année dernière à savoir de travailler, pour un certain nombre de nos patients, à les aider à gérer au mieux leur consommation de produits stupéfiants.

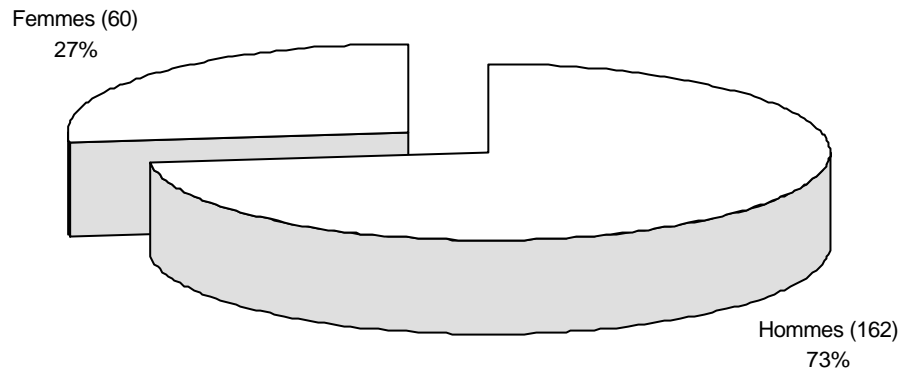
AGE DES PERSONNES TOXICOMANES



15-19 ans (5)	5
20-24 ans (50)	50
25-35 ans (119)	119
plus de 36 ans (48)	48

La comparaison des chiffres entre 1997 et 1998 nous indique que le "vieillessement" de la population consultante que nous constatons depuis plusieurs années s'est encore accentué l'année dernière.

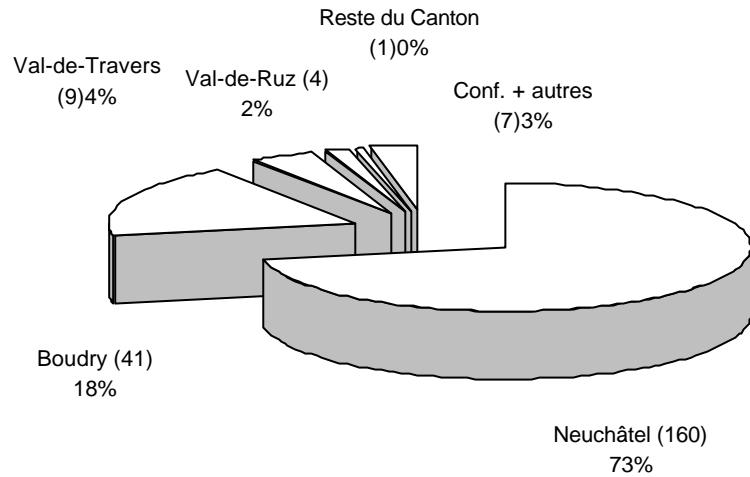
	1997	1998	
- de 15 à 19 ans	1%	2%	(+1%)
- de 20 à 24 ans	23%	23%	-----
- de 25 à 35 ans	59%	53%	(-6%)
- dès 36 ans et plus	17%	22%	(+5%)

SEXE DES PERSONNES TOXICOMANES

Hommes (162)	162
Femmes (60)	60

La proportion «hommes/femmes» consultant notre institution en 1998 était d'environ $\frac{3}{4}$ d'hommes pour $\frac{1}{4}$ de femmes, à savoir : 162 hommes (73%), 60 femmes (27%)

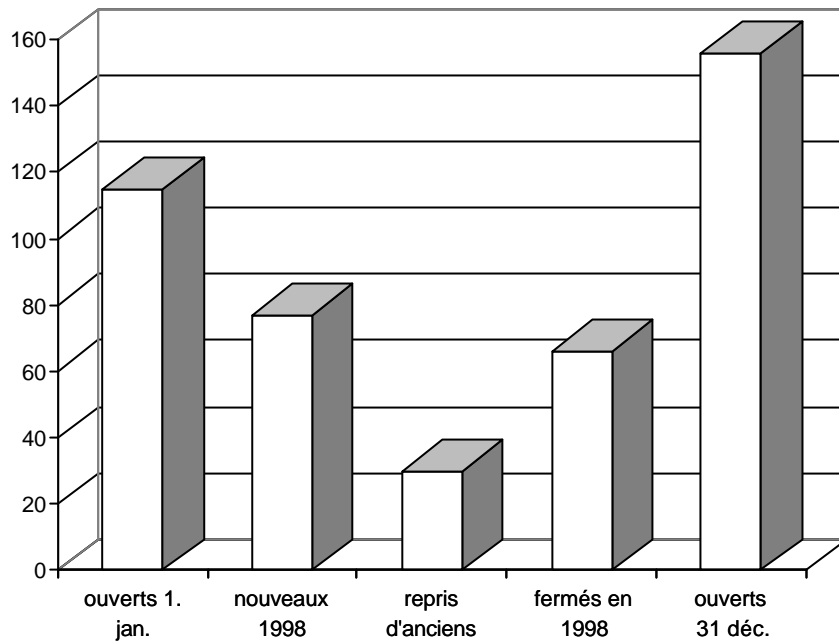
PROVENANCE DES PERSONNES TOXICOMANES



Neuchâtel (160)	160
Boudry (41)	41
Val-de-Travers (9)	9
Val-de-Ruz (4)	4
Reste du Canton (1)	1
Conf. + autres (7)	7

En 1998, comme par le passé, la majeure partie des personnes toxicomanes fréquentant le Drop-In proviennent des districts de Neuchâtel (73 %) et de Boudry (18 %), soit le 91 % des personnes fréquentant le Drop-In.

DOSSIERS DE PERSONNES TOXICOMANES

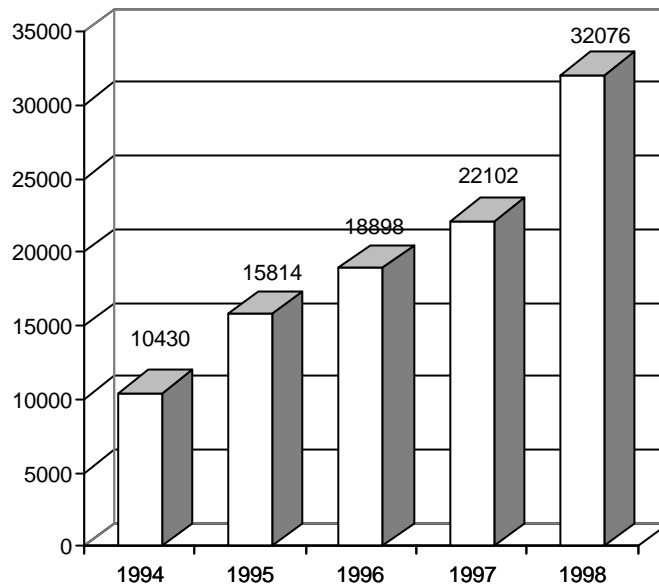


ouverts 1. jan.	115
nouveaux 1998	77
repris d'anciens	30
fermés en 1998	66
ouverts 31 déc.	156

Au 31 décembre 1998, **156** personnes toxicomanes sont suivies au Drop-In (115 au 31 décembre 1997).

Cette augmentation de près de 36 % de patients est bien entendu à mettre en rapport avec notre nouvelle philosophie de travail sans seuil qui permet ainsi à un plus grand nombre de personnes toxicomanes de faire appel à notre centre.

NOMBRE DE VISITES

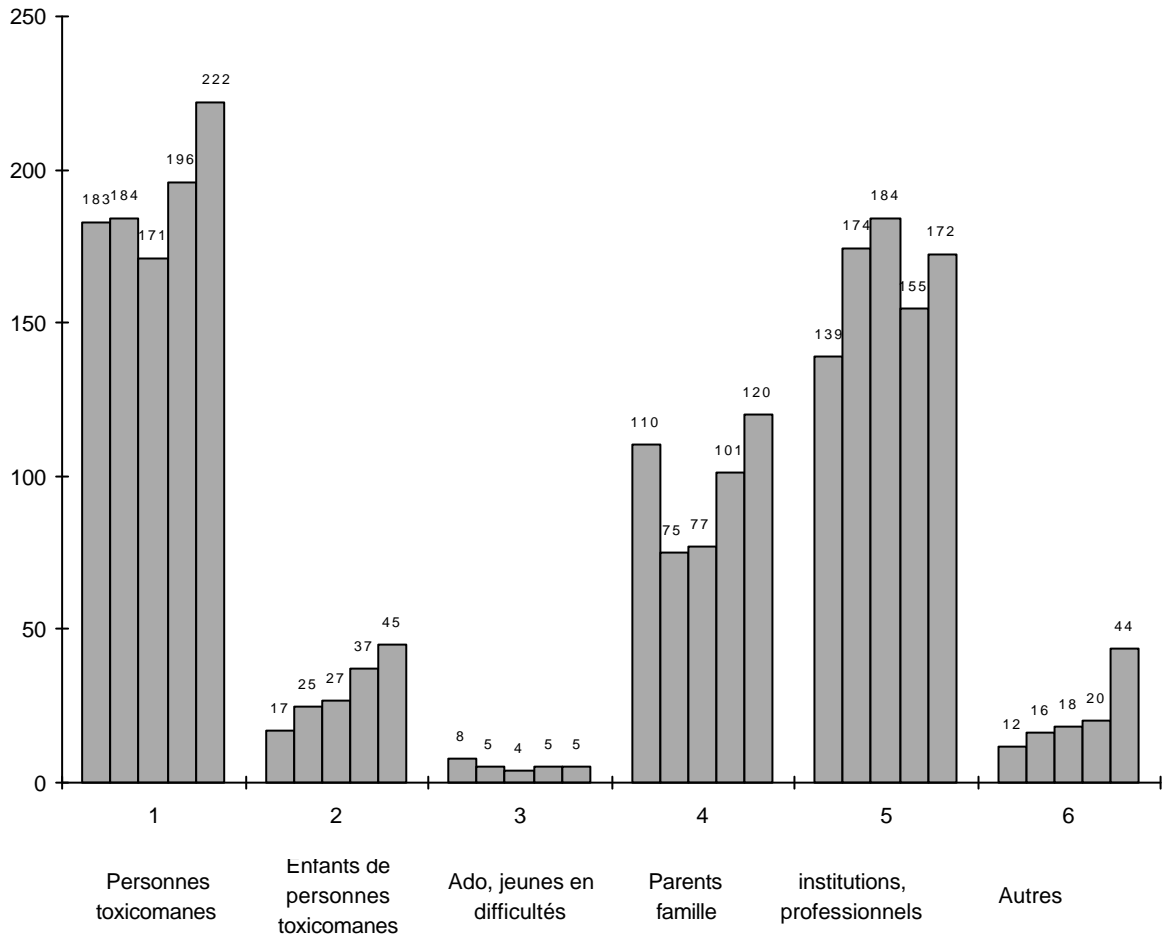


1994	1995	1996	1997	1998
10430	15814	18898	22102	32076

En 1998, nous avons un chiffre global de visites très supérieur à celui enregistré en 1997, soit 32'076 en 1998, 22'102 en 1997.

Cette augmentation considérable (+ 45%) du nombre de visites s'explique par le plus grand nombre de personnes toxicomanes qui sont en traitement ainsi que par la plus grande proportion de ces personnes qui bénéficient d'une cure de substitution à la méthadone et qui doivent, par conséquent, passer quotidiennement dans notre institution.

POPULATION CONSULTANTE

Personnes toxicomanes

Le nombre de personnes toxicomanes qui consultent en 1998 est en augmentation par rapport à 1997

222 personnes toxicomanes en 1998 (196 en 1997) : + 13 %.

Les personnes toxicomanes substituées à la méthadone sont au nombre de **165** (133 en 1997): + 24 %.

les personnes toxicomanes non-substituées sont au nombre de **57** (63 en 1997) : - 10 %.

Enfants de personnes toxicomanes

La présence d'enfants de personnes toxicomanes en traitement est de 45 en 1998 alors qu'elle se montait à 37 en 1997 : + 22 %.

Adolescents, jeunes adultes en difficulté

Le nombre de ces consultants reste inchangé en 1998 par rapport à 1997, à savoir 5 personnes.

Parents / famille

Le nombre de cette catégorie de consultants est en augmentation en 1998: **120** personnes (101 en 1997) : + 19 %.

Institutions, professionnels

172 : + 11 % (155 en 1997) professionnels ont participé l'an dernier, à des titres divers, à différentes prises en charge de personnes toxicomanes de notre institution où à d'autres aspects de notre travail.

Autres

Cette catégorie englobe principalement des amis proches de personnes toxicomanes (non-toxicomanes elles-mêmes) qui viennent consulter notre centre ainsi que des personnes ou groupes qui s'adressent à nous pour divers types d'informations,

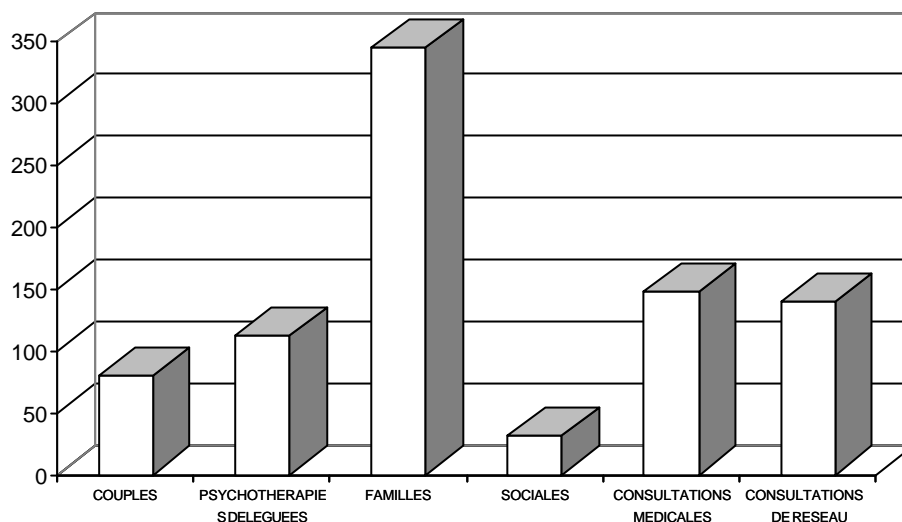
Nous avons eu **54** personnes en 1998 (20 en 1997) : + 170 %.

Consultations individuelles

Nous avons donné **4629** consultations individuelles en 1998 (4511 en 1997) : + 2,6 %. Il s'agit là du nombre d'entretiens réunissant un patient et son référent exclusivement.

Il est à noter, que ne sont pas comptabilisés dans ce chiffre tous les entretiens brefs de moins de 15 minutes ainsi que les téléphones souvent longs, que nous recevons ou faisons pour parler de telle ou telle situation de l'un de nos patients avec l'un ou l'autre des intervenants du tissu social le concernant.

AUTRES TYPES DE CONSULTATIONS EN 1998



COUPLES	80
PSYCHOTHERAPIES DELEGUEES	112
FAMILLES	344
SOCIALES	32
CONSULTATIONS MEDICALES	148
CONSULTATIONS DE RESEAU	140

Consultations de couples

Le nombre de ces consultations est en diminution en 1998 par rapport à 1997 (80 en 1998 contre 97 en 1997) : - 21 %.

Sont comptabilisés dans ce chiffre des entretiens réunissant un référent et soit un patient toxicomane avec son conjoint, soit un couple de patients toxicomanes.

Psychothérapies déléguées

Sont comptabilisés ici les entretiens psychothérapeutiques spécialisés faits par la psychologue-psychothérapeute lorsqu'une indication a été posée par le médecin. Ils sont au nombre de **112** pour l'année 1998 contre 113 en 1997.

Consultations de familles

344 consultations de famille en 1998 (174 en 1997) : + 97 %. Il s'agit là de consultations réunissant soit le patient toxicomane ainsi que ses parents ou sa parenté, soit de consultations d'un référent avec la famille d'une personne toxicomane.

Consultations ou interventions sociales

Le nombre de consultations ou interventions sociales, en 1998, s'élève à **32**.

Il s'agit ici principalement d'entretiens du référent avec la personne toxicomane centrés sur sa réalité sociale ainsi que différents accompagnements dans la réalité ou gestion d'argent de poche.

Il faut noter à ce chapitre qu'en 1998 bon nombre de ces actes dits de "réalité sociale" ont été effectués dans le cadre des activités normales de l'Antenne de Proximité sans faire l'objet d'une comptabilité précise.

Consultations médicales

En 1998, nous comptabilisons **148** consultations médicales (120 en 1997) : + 23 %.

Consultations de réseaux

Ici sont comptabilisées les consultations avec le patient toxicomane ou centrées sur sa situation avec une personne ou une institution concernée par le patient (par ex. employeur, avocat, médecin, etc.)

L'augmentation de ce type de consultation que nous notons en 1998 (140 consultations) par rapport à 1997 (52 consultations) s'explique notamment par la plus grande prise en compte de la réalité dans le type de prise en charge que nous proposons : + 170 %.

En 1998, les personnes toxicomanes ont bénéficié dans notre Institution de 5'485 consultations ou entretiens, (5'151 en 1997) : + 6 %.