

Deux regards sur l'addiction et la politique de substitution

*Jean-Dominique Michel, Secrétaire général de Pro Mente Sana, Genève
Barbara Broers, Cheffe de clinique, division d'abus de substances, Genève*

(réd.) Pour aborder la réduction des risques de manière dynamique et critique, nous avons voulu mettre en parallèle, et à travers une interview croisée, deux points de vue: celui d'un socio-anthropologue, critique de la politique de substitution, Jean-Dominique Michel et d'un médecin, Barbara Broers, travaillant, entre autres, dans le cadre du programme expérimental de prescription de stupéfiants, PEPS.

Ainsi, nous espérons soulever les éventuelles contradictions et difficultés éthiques rencontrées par le modèle de réduction des risques.

Le débat s'est un peu élargi à l'ensemble des questions d'addiction.

Gérald Progin: Sur le plan des concepts, voyez-vous une différence entre réduction des risques et réduction des dommages?

Barbara Broers: Dans le cadre de nos consultations, on parle plutôt de réduction des dommages mais on veut éviter les risques et les dommages. En voulant réduire les risques, on cherche à changer le comportement: rendre possible un comportement sans risques qui ne crée pas de dommages. Dans ce contexte, on ne parle pas uniquement de la santé physique mais du fonctionnement médico-psycho-social.

La réduction des risques est un tout - du juridique à la prévention des overdoses en passant par la prévention du sida et des hépatites pour s'arrêter aux traitements psychiatriques.

Toujours sur le plan des précisions, je ferais une différence entre réduction des effets et prévention secondaire. Là, notre raisonnement se traduit aussi en termes de gradation: dans l'idéal, on aimerait que les gens ne prennent pas de produits; s'ils en prennent, on souhaiterait qu'ils ne deviennent pas dépendants et s'ils le deviennent on aimerait bien qu'ils restent en santé. Je vois la nuance dans le sens où la réduction des dommages est celle de toutes les conséquences des abus de substances.

GP: Mais de quels risques parle-t-on?

BB: De toutes les conséquences possibles de cette prise de risques: sur le plan de la

santé et des relations sociales. Comme médecin, je suis évidemment plutôt confrontée aux problèmes de santé. Mais on ne peut pas séparer les risques. Dans ma pratique, il s'agit de vacciner les personnes contre l'hépatite et de les envoyer chez l'assistant social pour les aspects sociaux.

Jean-Dominique Michel: On ne peut évidemment qu'être favorable aux politiques de réduction des risques. Il convient néanmoins d'en discerner les limites, voire certains effets pervers.

Une des difficultés majeures auxquelles elles se heurtent est que l'addiction n'est pas un comportement raisonnable. Si il était raisonnable, on pourrait imaginer qu'en offrant des conditions d'injection acceptables et en apprenant aux personnes toxicodépendantes à modérer leur consommation, on parviendrait effectivement à limiter les dégâts.

Mais l'addiction est un comportement qui n'est ni raisonnable ni maîtrisé. Elle évolue par poussées violentes où la personne va soudainement prendre des risques par des actions ambivalentes ou dangereuses par rapport à sa santé, parfois suicidaires. C'est bien l'addiction en tant que telle qui est dangereuse. Une bonne réduction des risques devrait donc aussi cadrer la consommation, pour éviter qu'elle ne dérape. Malheureusement, les faits démontrent que cela est quasiment impossible. Une stabilisation temporaire peut parfois être atteinte; une stabilisation durable est antinomique à la réalité même de l'addiction.

Le plus gros dommage que subit celui qui

souffre d'addiction, c'est l'addiction elle-même. On peut donc agir pour que cette addiction ait des conséquences le moins dramatique possible, mais le problème fondamental reste. On reporte donc ce qui relève essentiellement des domaines juridique et social dans le champ médical. Si nous tirons un parallèle avec ce qu'a été l'ère de la prohibition de l'alcool, cela nous donnerait la situation suivante: plutôt que de laisser des alcooliques boire du whisky frelaté dans la clandestinité, avec tous les risques que cela implique, on leur proposerait du whisky propre, consommé sous contrôle médical. Ainsi on garantit un bon produit et on réduit les dommages. Le problème chez l'alcoolique, c'est son alcoolisme et le fait de lui donner médicalement du whisky ne règle en rien son problème d'alcoolisme. Au mieux, on entretient l'illusion que sa consommation d'alcool n'est pas si dramatique, alors qu'à tous égards elle l'est.

Là, j'ai l'impression qu'il y a démission du politique qui renvoie au médical et, de la part du médical une certaine forme d'ambivalence en s'appropriant un problème qui ne lui appartient pas. Cela ne veut pas dire que le problème de l'addiction n'est pas un problème médical. Mais dans le cadre des politiques de substitution, le problème de l'addiction n'est pas traité. C'est en ce sens une ambiguïté du médical. Ces considérations n'invalident pas l'utilité des politiques de réduction des risques, elles en soulignent en revanche les évidentes limites.

BB: Il y a un certain nombre de théories sur l'origine de l'addiction, entre autres la théorie neuro-biologique. Nos connaissances sont encore lacunaires dans ce domaine. Il n'y a pas qu'un seul type de toxicomane. De multiples raisons d'ordre bio-psycho-social existent pour devenir toxicomane. Pour chacun, il faut trouver un type de soins qui convient. Pour certaines personnes, un traitement de maintenance est un traitement médical, pour d'autres c'est un traitement de réduction des méfaits.

JDM: C'est vrai, aujourd'hui, on met tout le monde dans le même sac. Pourtant, on sait que le terme "abus de substances" recouvre des comportements dissemblables: on a aussi bien des cas d'abus circonstanciel, des cas de dépendance sans grave perte de maîtrise, des cas de maladies psychiques plus ou moins sévères où la personne trouve un soula-

gement dans l'usage de produits et des cas d'addiction véritable.

BB: Et dans ces diverses situations, on doit envisager des traitements fort différents.

JDM: Pour les toxicomanes "véridiques", ceux que tu appelles personnes à problèmes neuro-biologiques, le rétablissement durable passe par l'abstinence. Et lorsque je dis cela, j'insiste bien qu'il ne s'agit pas là d'une position idéologique mais pragmatique. La réalité des faits est implacable: un addict qui a perdu la maîtrise de sa consommation ne la retrouve jamais. En ce sens, il n'y a probablement pas de différence fondamentale entre l'alcoolisme et l'addiction. Et l'on sait combien peut être morbide l'illusion qu'on peut apprendre à un alcoolique à boire modérément. Quand on analyse les résultats des tentatives faites en ce sens, on s'aperçoit que cela ne marche que pour les patients qui n'étaient en fait pas vraiment alcooliques.

A ce titre, il faut bien comprendre les enjeux de la modélisation médicale. C'est un point un peu technique mais qui a des implications essentielles.

Deux théories existent actuellement pour expliquer les comportements d'addiction. L'une, psychiatrique, qui dit que certains individus sont addicts du fait de graves troubles de la personnalité ou de maladies psychiques - appelées comorbidités - soit des pathologies préexistantes, et que c'est pour compenser ces atteintes profondes qu'elles prennent des stupéfiants. Une autre école de pensée, appelée médecine de l'addiction, considère que celle-ci est psychoto-mimétique, c'est-à-dire qu'elle produit des symptômes qui rappellent ceux d'autres maladies mentales. Mais si la personne trouve un bon cadre et une bonne méthode pour traiter sa dépendance, ses troubles "psychiatriques" disparaissent spontanément à mesure qu'elle se rétablit de son addiction.

Dans les faits, les spécialistes sont assez nuancés et à peu près tout le monde reconnaît aujourd'hui qu'on retrouve les deux cas de figure parmi les individus souffrant d'abus de substances. Les proportions sont cependant inversées: pour ceux qui croient à l'hypothèse psychiatrique, 80% des toxicomanes souffrent de comorbidité. Pour les tenants de la médecine de l'addiction, il n'y en a guère que 15 à 20%. Pourquoi cette question est-elle importante? Parce que derrière l'hypothèse de comorbidité, il y a croyance que tant

que le problème psychique fondamental n'est pas résolu, la personne va tellement souffrir qu'elle ne pourra pas se sortir de la dépendance. On dit donc aux patients: n'essayez pas de sortir de la dépendance, réglez d'abord vos problèmes psychiques. Mais des études montrent que tant qu'un addict consomme des produits psychotropes, il ne peut pas faire de travail de développement personnel parce que le psychotrope agit comme un filtre qui bloque les réactions cognitives et affectives. D'où un problème de double contrainte dans les programmes de substitution. On dit aux gens: "N'essayez pas de vous en sortir avant d'aller mieux!", alors même que le fait de nourrir leur addiction à l'aide de médicaments psychotropes les empêche d'aller mieux! Cela revient à les enfermer à long terme dans une camisole chimique dont ils cherchent pourtant désespérément à se débarrasser.

BB: Je crois aussi que, pour les toxicomanes "véridiques", les traitements de maintenance peuvent être tout à fait indiqués pendant une période de leur vie où ils ne sont pas prêts à envisager l'abstinence. Je ne conteste pas du tout que leur objectif doit être l'abstinence. Mais, nous avons vu trop de patients qui sont intéressés par des programmes allant vers l'abstinence et qui rechutent fréquemment après la sortie du résidentiel. Et ce sont des moments à très haut risque de morbidité ou de mortalité: overdose due à la perte de la tolérance, au partage de seringues, etc. Si on va jusqu'au bout de ton raisonnement, si on attend que les gens sortent de l'addiction pour se soigner sur le plan psychique, entre temps, ils ont de sérieux risques de mourir!

Je vois vraiment le traitement de maintenance comme un traitement temporaire qui permet de passer une période difficile dans la vie d'une personne toxicomane sans trop de conséquences médico-psycho-sociales. Il y a sûrement un groupe pour lequel on pourrait considérer qu'il y a acharnement thérapeutique. Par contre, nombre d'entre eux ont pu sortir de la zone, prendre du recul et donc entamer un programme basé sur l'abstinence après substitution.

GP: Les programmes de méthadone traiteraient les problèmes de politique et non ceux des personnes dépendantes?

BB: Pour un certain nombre c'est peut

être vrai. Mais si le produit devient légal, cela ne règle pas le problème pour les personnes réellement dépendantes qui auront encore besoin d'aide. C'est sûr.

GP: Et que dites-vous des réflexions de J-D. Michel au sujet de la comorbidité?

BB: La plupart des études sur la comorbidité ont des défauts méthodologiques énormes. Le problème est: quand et comment poser un diagnostic psychiatrique? On ne peut pas poser un diagnostic psychiatrique chez quelqu'un qui est sous psychotropes. Il faut, par définition, qu'il soit abstinent pour poser un tel diagnostic. Il y a différence, évidemment, entre dépression et fonctionnement schizo-phrène. Dans le deuxième cas, on peut fort bien imaginer que les psychotropes soient une manière d'automédication. Malheureusement, pour les raisons évoquées plus haut, les études manquent. Les réponses à ces questions n'existent tout simplement pas.

C'est un peu plus simple avec l'alcool. On voit, là, que beaucoup de problèmes psychiques disparaissent avec l'arrêt de la consommation d'alcool.

GP: Manquerait-il un maillon à la chaîne thérapeutique?

JDM: Actuellement, on considère que seul 5 à 10% des personnes toxicodépendantes ont un profil qui leur permettrait de suivre une cure basée sur l'abstinence. C'est une vision extraordinairement défaitiste de la situation.

En Suisse, on manque d'une vision positive du rétablissement, une valorisation de la personne rétablie. On a de bons centres de traitement, mais il manque la valorisation sociale du traitement basé sur le rétablissement durable. Une relation plus étroite entre les traitements de substitution et les institutions basées sur l'abstinence ainsi qu'avec des partenaires extérieurs, comme les groupes d'entraide, serait également nécessaire. Il faut se rappeler que, pour se sortir de la dépendance, il faut arrêter de consommer des produits et il faut que cela se sache. Les groupes d'entraide ont aussi beaucoup d'importance et nous n'utilisons pas assez les anciens toxicomanes pour dire comment ils s'en sont sortis. C'est le maillon manquant de la chaîne thérapeutique. Pourtant, nous savons tous que ce qui fait rechuter une person-

ne sortant abstinente d'un centre de traitement résidentiel, c'est l'isolement, la solitude, la perte de son univers social de consommation et son non-remplacement par un autre réseau social.

BB: De notre côté, on a accompagné des personnes toxicomanes dans les groupes d'entraide. Mais ils ne veulent pas y aller. J'ai de la peine à savoir pourquoi, si c'est un problème suisse. Côté alcool cela ne marche pas mal, mais pas pour les drogues illégales.

JDM: Il y a partout en Europe croissance des groupes d'entraide. En ce qui concerne notre pays, et pour l'instant, la volonté politique d'associer la ressource des groupes d'entraide au système de soins a manqué.

BB: Autre chose: il y a aussi manque d'intérêt pour le résidentiel; mais ce manque est indépendant de l'introduction des traitements à la méthadone. Quand il y a eu augmentation du nombre de places de cures de maintenance à la méthadone en 1991, il y a eu une hausse des demandes de traitements résidentiels. Il y a des mouvements de balanciers et s'il est en faveur de la méthadone aujourd'hui, cela peut changer.

Dans nos consultations, je crois que chacun souhaite que les patients se libèrent de leurs produits. Mais nous sommes confrontés à des gens qui essaient plusieurs fois de devenir abstinentes mais qui sont dans des situations médico-psychosociales catastrophiques et ne réussissent pas à faire cette démarche.

On a introduit beaucoup de traitements à la méthadone à un époque où c'était nécessaire par rapport à l'épidémie VIH. Je pense qu'on a très bien fait de le faire. On a ainsi pu diminuer l'ampleur de l'épidémie, et maintenant nous devons nous questionner sur le type de traitements que nous proposons.

GP: Finalement, il manque cruellement d'études sur les problèmes de dépendances, sur leurs traitements et sur leurs résultats?

JDM: Je crois que tu as mis le doigt sur quelque chose de fondamental, c'est qu'aujourd'hui encore, non seulement on en sache aussi peu sur l'addiction, mais qu'on en sache aussi peu sur le rétablissement.

Et je crois que la question mérite d'être

posée: qu'est-ce qui fait qu'une personne toxicodépendante va faire un sevrage, suivre un traitement résidentiel et s'engager dans un rétablissement durable là où une autre va essayer de faire vingt-cinq fois le même chemin sans succès? Qu'est-ce qui fait la différence dans ces deux cas de figures? Et est-ce qu'on peut mettre en avant des déterminants anthropologiques dans la globalité de vie de la personne qui font que cela va marcher dans certains cas et pas dans d'autres? Quand on analyse la question sous cet angle on s'aperçoit que c'est une question qui n'a intéressé presque personne jusqu'à maintenant. J'ai épluché la littérature scientifique à ce sujet et j'ai passé des semaines sur des monceaux de documents sans trouver grand-chose. Et cela rejoint à mon sens la question de la culture du rétablissement. Notre système d'aide aux toxicomanes reste largement inefficace du fait d'une faillite à comprendre ce qu'impliquerait le fait de mettre en place une culture du rétablissement.

Je trouve quand même extraordinaire que, sur le sujet de la comorbidité, il n'y ait pratiquement pas d'étude fiable et rigoureuse disponible. Sur l'évaluation des centres résidentiels, on a très peu de données sérieuses. Sur la question quand même fondamentale "Qu'est-ce qui fait qu'un toxicomane s'en sort là où son copain ne s'en sortira pas?" il n'y a aucune étude. Et pour un sujet dont on prétend depuis des années qu'il est au premier rang de la préoccupation de nos contemporains, où on dépense des milliards de dollars à l'échelle planétaire pour essayer de faire quelque chose, on s'aperçoit que les questions les plus fondamentales n'ont jamais été posées.

BB: Il faut tout de même rappeler qu'en général faire de la recherche est difficile, et, en psychiatrie, c'est encore plus difficile. Un diagnostic de troubles psychiatriques est toujours plus discutable qu'une mesure comme l'hémoglobine. Faire de la recherche clinique avec des toxicomanes, c'est un des domaines les plus difficiles qu'on puisse imaginer, à cause des drop-outs élevés, et pour les raisons évoquées avant sur la difficulté de faire de bons diagnostics psychiatriques au bon moment.

Mais il s'agirait, même sans aller jusqu'à de la recherche, de faire de l'évaluation de programmes, de récolter des données de base sur les patients et leurs parcours.

GP: Je reviens sur la question des programmes de méthadone et d'héroïne: Est-ce leur prescription qui permet le rétablissement, ou est-ce l'accompagnement psycho-social?

BB: Pour moi, c'est clair que l'essai suisse de prescription d'héroïne n'a pas pu démontrer si c'est l'héroïne ou les services associés qui ont permis de stabiliser ou améliorer les participants. Et c'est une question qui n'est pas si intéressante que cela: on sait que, sans l'héroïne, les gens n'auraient pas reçu des services psycho-sociaux.

Il reste à discuter de quel type de services psycho-sociaux on a besoin.

JDM: Je suis d'accord avec l'analyse. J'ai l'impression qu'il y a quand même une importance au fait de savoir qu'est-ce qui relève de quoi. Il y a une notion qui est assez importante dont je ne connais que le terme anglais qui est "enabling". C'est le fait de prendre soin de quelqu'un d'une manière qui va l'encourager à poursuivre dans un comportement qui est néfaste pour lui-même. Et se pose la question de la limite de l'aide, notamment sur le plan social et sur celui de l'assistance. Je crois qu'effectivement, il faut que des règles du jeu claires soient mises en place. C'est-à-dire qu'on aide la personne mais qu'on n'aide pas sa maladie. Dans un délire total, on pourrait envisager un alcoolique à qui on retire son permis de conduire en lui donnant des bons pour aller en taxi, et qu'ensuite, au bout de 20 ans, on lui remplace son foie. Il y a un moment où l'aide ne permet plus à la personne de se heurter aux conséquences de ses comportements. La seule conclusion qu'on peut retirer du PEPS, c'est que l'héroïne pure n'est pas dangereuse pour la santé. Cela, on le savait déjà mais c'est bien de le répéter, car il y a trop peu de gens qui le savent. Par contre, l'addiction est très dangereuse pour la santé et le fait de consommer de l'héro "médicale" n'y change pas grand-chose.

J'habite les Eaux-Vives et je vois régulièrement les usagers du PEPS: eh bien ce sont encore des "tox"! Ils se comportent en "tox", ils s'habillent en "tox", ils parlent en "tox", ils font peur aux gens en "tox". Ce n'est pas grave. Chacun sait que les toxicomanes forment une population qui, dans l'ensemble, est plutôt sympathique et inoffensive. D'ailleurs, dans le quartier, les gens les acceptent plutôt bien. Mais en même temps ce sont des gens qui sont encore complètement toxicomanes. Ils ont moins de problèmes dans leur vie puisqu'ils ont échappé - au moins partiellement - à l'illégalité. Mais leur souffrance n'a régressé que de façon anecdotique.

BB: Deux choses: d'abord, les programmes de prescription d'héroïne sont destinés à des toxicomanes qui ont échoué plusieurs fois dans des traitements conventionnels et qui ont essayé plusieurs programmes de sevrage, d'abstinence et de maintenance à la méthadone. Donc, la population PEPS est quand même un groupe "spécial". Deuxièmement, à Genève, nous avons pu démontrer une certaine supériorité de traitement du PEPS par rapport aux traitements conventionnels, dans une étude randomisée. Un groupe était randomisé dans le traitement PEPS et a reçu l'héroïne et les services associés. L'autre groupe était sur une liste d'attente pendant 6 mois. Durant ce temps, les patients du groupe dit de "contrôle" recevaient un traitement qu'ils avaient choisi - pour la plupart, un traitement à la méthadone. Après 6 mois on a comparé les deux groupes. Ce qui est intéressant: globalement les deux groupes se sont améliorés sur plusieurs plans, y compris ceux du groupe méthadone. Par contre, le groupe traité dans le programme PEPS montrait des résultats supérieurs surtout dans le domaine de la santé mentale: ils étaient moins déprimés, avaient fait moins de tentatives suicidaires. Ils avaient un meilleur fonctionnement social et ils avaient diminué leur délinquance, ils dépensaient moins d'argent pour la

drogue et consommaient moins de produits illicites. C'était une petite étude qui nécessite d'être répétée, mais je pense que les résultats sont très intéressants.

Je voulais aussi dire, à propos de "enabling", qu'un de nos objectifs de soins est de développer l'autonomie du patient. Je sais très bien que ça semble contradictoire: on veut les retenir dans le réseau, en traitement, et on veut qu'ils retrouvent leur autonomie. De temps en temps, nous nous sentons en conflit avec nous-mêmes par rapport à cela. On a aussi l'impression de trop faire pour certains patients et on se demande jusqu'où il faut aller. Un exemple: un patient infecté par le VIH n'arrive pas à prendre son traitement anti-viral. Est-ce qu'il faut lui proposer de lui préparer son semainier et lui donner son traitement en même temps que son traitement de méthadone, ce qui va à l'encontre du développement de son autonomie, ou est-ce que c'est plus important qu'il baisse sa virémie? Je n'ai pas de réponse univoque à cette question.

JDM: Les problèmes éthiques sont réels et je suis en accord avec Barbara pour souligner que ces questions sont complexes et qu'il faut se méfier des opinions trop rapides. Cela dit, pour en revenir au thème de cet échange, je crois qu'il y a un réel danger à construire, comme on l'a fait, une fiction sociale du toxicomane "stabilisé" parce que sous traitement de substitution. A cet égard, il me semble que l'on a pris des libertés douteuses avec les faits. Quand l'OFSP se permettait de placarder sur les murs du pays des messages tonitruants selon lesquels "La plupart des toxicomanes s'en sortent", il prenait des libertés avec la plus élémentaire honnêteté intellectuelle: la vérité est que la plupart des toxicomanes y restent, et pour longtemps. Le fait qu'ils soient vaguement stabilisés et qu'ils donnent l'impression d'aller un peu moins mal ne doit pas faire perdre de vue le cœur de la question: leur problème n'est en rien résolu. Sinon, on en vient à courir le risque de considérer comme des succès thérapeutiques des individus dont la qualité de vie reste effroyable.