

# d é p e n d a n c e s

mai 97 / no 1

3

## Editorial

*Gérald Progin*

4

### Aspects médicaux et pharmacologiques des traitements à la méthadone

*Dr Gilles Bertschy*

8

### Méthadone: de l'histoire des traitements aux enjeux éthiques

*Dr Gérard Eichenberger*

18

### Accompagnement psycho- social des personnes en traitement à la méthadone

*Gilbert Fornerod*

21

### Une approche thérapeutique dans les traitements à la méthadone

*Dr Nelson Feldmann*

25

### La méthadone injectable: l'expérience fribourgeoise

*Dr Claude Uehlinger*

27

### Méthadone: mais encore...

*Jean-Dominique Michel  
Sabrina Berreghis*

31

## Manifestations Brèves

# Impressum

**Adresse des éditeurs:**

Institut suisse de prévention de  
l'alcoolisme et autres toxicoma-  
nies, ISPA,  
Ruchonnet 14,  
case postale 870, 1001 Lausanne

Groupelement romand d'études sur  
l'alcoolisme et les toxicomanies,  
GREAT, Pêcheurs 8, case postale 20,  
1401 Yverdon-les-Bains

**Rédaction:**

Rédacteurs:  
Michel Graf, ISPA  
Gérald Progin, GREAT

**Comité de rédaction:**

Pierre-Yves Aubert  
éducateur, Genève  
Étienne Maffli  
psychologue, Lausanne  
Jean-Dominique Michel  
socio-anthropologue, Genève  
Louis-Pierre Roy  
enseignant EESP, Lausanne

**Administration et abonnements:**

ISPA, case postale 870,  
1001 Lausanne, tél. 021/321 29 85,  
fax 021/321 29 40

**Parution:** 3 fois par an

**Abonnement:**

Frs. 45.- par an

Les articles signés n'engagent que  
leur auteur

Les titres et sous-titres sont de la  
rédaction

La reproduction des textes est  
autorisée sous réserve de la men-  
tion de leur provenance et de l'en-  
voi d'un justificatif à la rédaction

**Graphisme:**

Christine Matthey, Lausanne

*Ce numéro de "Dépendances" a pu être distribué à 2500 exemplaires grâce au soutien  
financier de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)*

Gérald Progin  
coordinateur du GREAT,  
rédacteur

**D**epuis près de 30 ans, les traitements à la méthadone sont devenus, en Suisse, très fréquents. Quelque 14'000 personnes en bénéficient. Les effets de ce produit sont relativement bien maîtrisés. L'accompagnement psycho-social de ce type de traitement fait l'objet de pratiques différenciées.

La méthadone est aussi devenue l'un des moyens de ce que l'on appelle la réduction des risques ou l'aide à la survie : permettre aux personnes dépendantes de vivre leur toxicomanie le temps qu'elles trouvent les moyens de s'en sortir. En effet, mourir du sida, d'une hépatite ou se trouver dans une situation provoquant maladies, accidents, pauvreté ou exclusion n'autorise pas l'exigence d'abstinence. La méthadone est, dans ce sens-là, un excellent outil. Elle permet en outre au toxicomane de rester en rapport avec soignants ou thérapeutes; elle offre la possibilité de préserver les acquis sociaux - logement, travail, santé. Enfin, et ce n'est pas à dédaigner, elle diminue de manière très importante la délinquance, donc les peurs vécues par une partie de la population face aux toxicomanes.

La méthadone a aussi permis d'ouvrir le débat sur les questions de pénalisation de la consommation, sur le problème des dépendances en général et des réponses que la société leur donne. Elle nous interroge sur la responsabilité du toxicomane - la toxicomanie rend-elle irresponsable et faut-il donc soigner les personnes dépendantes de force? Elle nous oblige aux réflexions éthiques :

- pris en charge médicalement, les toxicomanes ne sont donc plus "visibles"; ils ne dérangent plus. Quelle est cette société qui pourrait aller vers la camisole chimique de tous les marginaux ? Même si l'on peut comprendre la souffrance que rencontrent les toxicomanes ou les personnes en difficulté, va-t-on trouver un médicament pour chaque problème social ?
- dans notre société, le rapport à la douleur, à la frustration - finalement à la mort - est de plus en plus ignoré, exclu; la consommation devient la règle : une pilule pour dormir, une autre pour se réveiller, une troisième pour soigner son mal-être. Mais vivre, n'est-ce pas être quelquefois mal, dans sa tête ou dans son corps, fatigué ou de mauvaise humeur ?

Une partie des textes que nous vous proposons proviennent du colloque "méthadone" organisé par ARIA/GREAT. Dans le débat sur l'initiative "Jeunesse sans drogue", ce numéro est un outil bienvenu : il offre le recul et les arguments nécessaires pour éviter la simplification. Sans répondre à toutes les questions, il engage la discussion, il lance le débat sur le type de société que nous voulons.

Les toxicomanes nous amènent à faire des choix politiques et éthiques fondamentaux. Dans ce contexte, nous restons d'ardents défenseurs de la pluralité de la société - donc de la pluralité des traitements des personnes dépendantes. Cela sous-entend une société respectueuse de l'individu au sens profond, qui préserve les valeurs collectives - entre autres de solidarité - et qui refuse l'exclusion. Bref, une réelle démocratie.

# Aspects médicaux et pharmacologiques des traitements à la méthadone

*Dr Gilles Bertschy, médecin-adjoint, psychiatrie, secteur 2, H.U.G., Genève*

## Les effets de la méthadone

La méthadone stimule les récepteurs opiacés du cerveau et par là même peut supprimer les signes de sevrage et réduire l'envie de consommer de l'héroïne chez l'héroïno-dépendant. Par rapport aux autres opiacés, elle a l'avantage d'un effet prolongé (une prise par jour est suffisante) et d'autoriser une prise orale. Une fois la stabilisation atteinte à une dose donnée, il n'y a pas de nécessité ultérieure d'augmenter cette dose et le phénomène de tolérance croisé fait que des consommations ultérieures d'héroïne ont peu d'impact subjectif, ce qui permet d'atténuer progressivement certains des phénomènes de conditionnement qui poussent à la reprise d'héroïne. La méthadone est utilisable à long terme sans risque de toxicité.

La cure peut être schématiquement découpée en plusieurs phases : une phase de stabilisation, une autre phase de consolidation/maintenance et, enfin, une phase terminale qui peut être une phase de sevrage ou une phase de maintenance à long terme (voir schéma).

## Des indications

Les indications sont celles d'une dépendance aux opiacés d'une durée minimale d'environ un an. La question de la durée minimale est sous-tendue par la préoccupation de ne pas rendre quelqu'un biologiquement plus dépendant des opiacés qu'il ne l'est déjà; petit à petit cette durée s'est abaissée, peut-être le sera-t-elle encore.

L'âge minimal est de 18 ans et peut être revu en fonction du contexte. En dehors de cela il y a peu ou pas de critères objectifs de sélection. Le patient doit être informé des alternatives thérapeutiques possibles et des avantages et contraintes de chaque système. A partir de là, c'est à lui de se déterminer. Allonger et renforcer la sélection à l'admission permet certes d'éliminer les candidats les moins motivés, mais est contradictoire avec une perspective de réduction de risques - les patients non admis en traitement de méthadone se tournent difficilement vers d'autres traitements.

## La mise en route du traitement

Après évaluation complète de la situation et obtention de l'autorisation administrative nécessaire, la mise en route peut être effectuée. Elle demande de la prudence dans l'utilisation des premières doses (une dose test de 30 mg paraît un maximum; cette dose peut être complétée ultérieurement dans la journée). L'adaptation des doses se fait progressivement dans les jours suivants en n'oubliant pas l'élimination lente de ce produit. Il faut se méfier du risque d'overdose en début de traitement et informer clairement le patient des conditions dans lesquelles apparaissent des risques (consommation d'héroïne et surtout d'autres sédatifs du système nerveux central : benzodiazépines, alcool...). On doit être particulièrement attentif aux problèmes de polytoxicomanie. En cas de cocaïnomanie, il n'y a pas d'interven-

tion à court terme à entreprendre. S'il y a dépendance aux benzodiazépines, il faut assurer une substitution contrôlée et prudente en utilisant de préférence un produit à élimination lente peu recherché pour un usage toxicomane.

## La phase de stabilisation

Cette phase comprend deux aspects à la fois très liés et relativement indépendants : recherche d'abstinence et réhabilitation psychologique et sociale. Ces aspects étant abordés dans l'exposé du Dr Eichenberger, ils seront peu détaillés; ils représentent toutefois des aspects fondamentaux de la prise en charge de ces patients. Les trois-quarts des patients en traitement de méthadone souffrent de troubles psychiatriques associés (dépression, troubles de la personnalité). Sur le plan pharmacologique, par rapport à l'objectif d'abstinence, il faut souligner l'importance de la prescription de doses de méthadone suffisantes (si besoin doses atteignant 100 à 120 mg/j.). Les métaboliseurs rapides posent un problème particulier : ces patients éliminent en effet plus vite leur méthadone que les autres, dès lors celle-ci "ne tient pas" vingt-quatre heures et il faut leur donner la méthadone deux fois par jour. Outre la question des doses suffisantes de méthadone, la probabilité de réussite du traitement de méthadone dépend bien sûr aussi de la qualité des prestations médicales, psychologiques et sociales proposées aux patients, de la qualité des relations thérapeutiques individuelles et



institutionnelles qui sont nouées et de la possibilité de travailler dans la durée.

### La maintenance et l'arrêt de la méthadone

L'arrêt d'un traitement ne peut s'envisager que dans des conditions indispensables d'arrêt prolongé de l'héroïne, d'absence d'autres toxicomanies évolutives, de rupture avec le monde toxicomane, d'état psychique stable et de souhaits clairs du patient; au mieux dans des conditions souhaitables de réinsertion professionnelle, d'absence de stress environnant et d'approbation par l'équipe thérapeutique.

La diminution de méthadone, pour être bien supportée, doit être lente (2 à 3 mg par paliers de 10 à 15 jours et même 1 mg à la fois en dessous de 25 mg/j.). En cas de diminution brutale de la méthadone, le risque de rechute est beaucoup plus élevé et les indications sont donc très limitées (nouvelle orientation thérapeutique, départ à l'étranger...). Dans ce cas, une hospitalisation est souhaitable. Cette diminution demande donc de la patience et peut ne pas aboutir dès la première tentative. Le médecin et son patient ne doivent toutefois pas se décourager. Les rechutes peuvent être anticipées au mieux et s'inscrire dans une stratégie de prévention qui implique notamment leur dédramatisation.

Après l'arrêt de la méthadone, les soins doivent se poursuivre lors d'entretiens, de contacts téléphoniques et éventuellement par l'appui de groupes d'entraide. Un relais pharmacologique peut être utilisé avec un antagoniste des récepteurs opiacés (naltrexone commercialisée en Suisse sous le nom de Nemexin) pour réduire le risque de rechute.

Chez certains patients, plusieurs essais de diminution de la méthadone se sont soldés par des rechutes ou des menaces de rechute et la méthadone doit alors être envisagée à long terme. Avec le recul il apparaît que ces patients - environ 5 à 20% - peuvent préserver les acquis du traitement pour autant que celui-ci se poursuive pour une durée indéfinie. Il paraît alors important, à ce moment-là, de faire la distinction entre dépendance et toxicomanie : on peut être encore dépendant d'un traitement à la méthadone et ne plus être toxicomane. Il convient de dépassionner cette question et se dire qu'il n'y a pas non plus de raison de juger les succès de la méthadone seulement à travers ce qui se passe à l'arrêt du traitement.

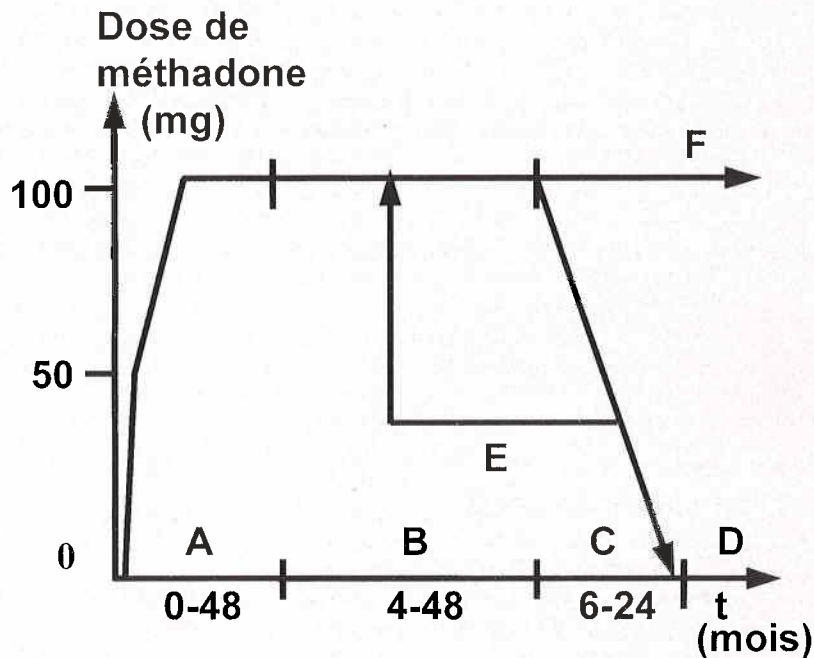
### Conclusion

Les traitements de substitution à la méthadone arrivent maintenant à une sorte de maturité : on connaît mieux leurs possibilités et les conditions dans lesquelles elles offrent le maximum. Probablement qu'à l'avenir, la méthadone ne sera plus le seul traitement de substitution utilisé. Sous peu se développera en Suisse, à l'instar d'autres pays (France, États-Unis), l'usage de la buprénorphine dont l'arrêt est certainement plus facile, mais dont les qualités opiacées intrinsèques sont probablement moins à même de stabiliser les grands toxicomanes. La méthadone restera donc une référence thérapeutique.

Il paraît important de faire la distinction entre dépendance et toxicomanie : on peut être encore en traitement à la méthadone et ne plus être toxicomane

Figure

### TRAITEMENT A LA METHADONE



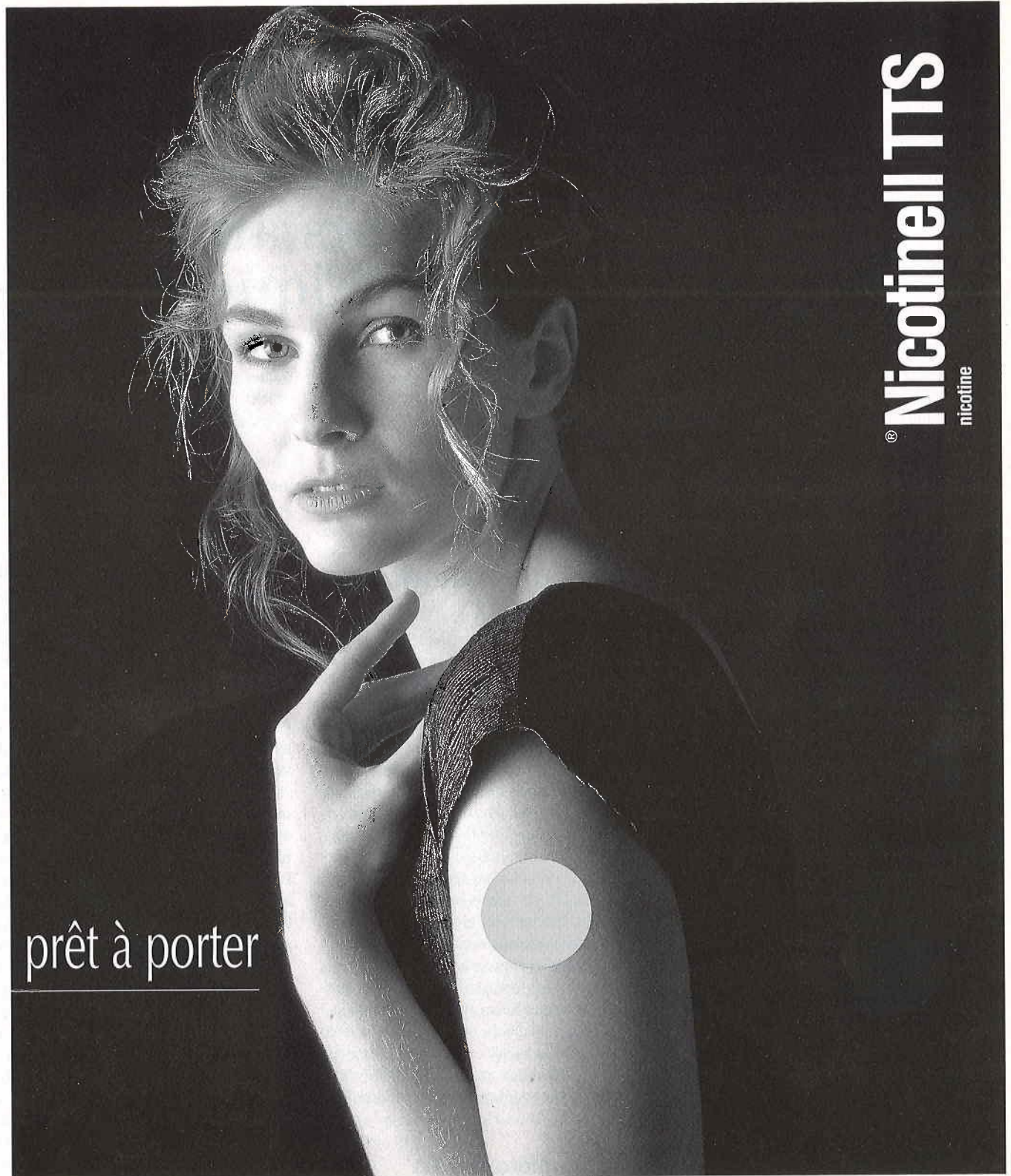
- A Stabilisation/Réhabilitation
- B Consolidation
- C Sevrage
- D Consolidation (continuité des soins)
- E Rechute/déstabilisation
- F Maintenance long-terme

d'après MOOLCHAN et HOFFMAN 1994

## Bibliographie

- ARIF A., WESTERMEYER J. (eds) - Methadone maintenance in the management of opioid dependence. Praeger, New York Westport Connecticut London(1990).
- BALE R.N., VAN STONE W.W., ENGEL-SING, KULDAU J.M., ENGLESING T.M.J., ELASHOFF R.M., ZARCONE V.P. - Therapeutic communities vs methadone maintenance. *Arch Gen Psychiatry*; 37 : 179-193, 1980.
- BALL J.C., ROSS A. - The effectiveness of methadone maintenance treatment. Springer, Berlin Heidelberg New York, 1991
- BERTSCHY G. - La toxicomanie : recueil à l'usage du médecin. SFA-ISPA Presse Editeur, Lausanne, 1992
- BERTSCHY G. - Methadone maintenance treatment : an update. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* : in press.
- BERTSCHY G., BAUMANN P., EAP C.B., BAETTIG D. - Probable metabolic interaction between methadone and fluvoxamine in addict patients. *Ther Drug Monitor*, 16 : 42-45, 1994.
- BERTSCHY G., CALANCA A. - Choix de la dose de méthadone : la souplesse reste d'actualité. *Méd Hyg*, 51 : 2238-2241, 1993.
- BERTSCHY G., MARTIN J. - Combien de temps doit durer une cure de méthadone ? *Méd Hyg*, 52 : 2178-2182, 1994.
- BERTSCHY G. - Pratique des traitements à la méthadone. Médecine et Psychothérapie. Masson, Paris, 1995.
- COOPER J. - Méthadone treatment and acquired immunodeficiency syndrome. *JAMA*; 262 : 1664-1668, 1989.
- D'AUNNO T., VAUGHN T.E. - Variations in methadone treatment practice. *JAMA*; 267 : 253-258, 1992.
- DEGLON J.J. - Le traitement à long terme des héroïnomanes par la méthadone. Médecine et Hygiène, Genève, 1982.
- DOLE V.P., NYSWANDER M. - A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. *JAMA*; 193 : 80-84, 1965.
- JARVIS M.A.E., SCHNOLL S.H. - Methadone treatment during pregnancy. *J Psychoactive Drugs*, 26 : 155-161, 1994.
- KANOF P.D., ARONSON M.J., NESS R. - Organic mood syndrome associated with detoxification from methadone maintenance. *Am J Psychiatry*; 150 : 423-428, 1993.
- KREEK M.J. - Metabolic interactions between opiates and alcohol. *Ann NY Acad Sci*; 281 : 36-49, 1976.
- KREEK M.J. - Medical complications in methadone patients. *Ann NY Acad Sci*; 311 : 110-34, 1978.
- KREEK M.J., GUTJAHR C.L., GARFIELD J.W. - Drug interaction with methadone. *Ann NY Acad Sci*; 281 : 350-71, 1976.
- MCGLOTHLIN W.H., ANGLIN M.D. - Long-term follow-up of clients of high- and low-dose methadone programs. *Arch Gen Psychiatry*; 38 : 1055-1063, 1981.
- MCLELLAN A.T., ARNDT I.O., METZGER D.S., WOODY G.E., O'BRIEN C.P. - The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA*; 269 : 1953-1959, 1993.
- MARTIN J., PAYTE J.T., ZWEBEN J.E. - Methadone maintenance treatment : a primer for physicians. *J Psychoactive Drugs*; 23 : 165-176, 1991.
- MEYSTRE-AGUSTONI G., WIETLISBACH V., MARTIN J., HALLER-MASLOV E. - Methadone treatment in medical private practice : Outcome according to the number of courses followed. *Br J Addict*, 85 : 537-45, 1990.
- MILBY J.B. - Methadone maintenance to abstinence : how many make it ? *J Nerv Ment Dis*; 176 : 409-422, 1988.
- MINO A., DEL RIO M. - Marginalisation médico-sociale - toxicomanie - méthadone. *Médecine et Hygiène*; 49 : 2488-2493, 1991.
- MOFFAT A.C., JACKSON J.V., MOSS M.S., WIDDOP B., GREENFIELD E.S. - Clarke's isolation and identification of drugs in pharmaceuticals, body fluid, and post-mortem material. The Pharmaceutical Press, London, 1986.
- NEWMAN R.G., WHITEHILL W.B. - Double-blind comparison of methadone and placebo maintenance treatments of narcotic addicts in Hong Kong. *Lancet*; 8141 : 485-488, 1979.
- OLIE J.P., KECSKEMETI S., POIRIER M.F., LAQUEILLE X., PERRON J.L., LOO H. - Héroïnomanie traitée par méthadone : expérience sur 50 malades. *Presse Méd*; 20 : 1253-1258, 1991.
- ONKEN L.S., BLAINE V.D., BOREN V.V. (eds) - Behavioral treatments for drug abuse and dependence. NIDA Research Monograph 137. Rockville, 1993.
- PARRINO M.W. Consensus Panel Chair (eds) - (Traduction de : State Methadone Treatment Guidelines) - Traitement à la méthadone. Médecine et Hygiène, Genève 1994.
- PRESTON K., GRIFFITHS R.R., CONE E.J., DARWIN W.D., GORODETZKY C.W. - Diazepam and methadone blood levels following concurrent administration of diazepam and methadone. *Drug Alcohol Depend*; 18 : 195-202, 1986.
- RAWSON R.A., LING W. - Opioid addiction treatment modalities and some guidelines to their optimal use. *J Psychoactive Drugs*; 23 : 151-163, 1991.
- ROBINS L.N. - Vietnam veteran's rapid recovery from heroin, a fluke or normal expectation? *Addiction* 88: 1041-1054, 1993.
- SENAY E.C., DORUS W, GOLDBERG F, THORNTON W. - Withdrawal from methadone maintenance : rate of withdrawal and expectation. *Arch Gen Psychiatry*; 34 : 361-367, 1977.
- SIMPSON D.D., JOE G.W., LEHMAN W.E.K., SELLS S.B. - Addiction careers : etiology, treatment, and 12-year follow-up outcomes. *J Drug Issues*; 16 : 107-121, 1986.
- STRAIN E.C., STITZER M.L., LIEBSON I.A., BIGELOW G.E. - Dose-response effects of methadone in the treatment of opioid dependence. *Ann Intern Med*; 119 : 23-27, 1993.
- WEDDINGTON W.W. - Towards a rehabilitation of methadone maintenance : integration of relapse prevention and aftercare. *Int J Addict*; 25 : 1201-1224, 1990-1991.
- YANCOVITZ S.R., DES JARLAIS C., PEYSER N.P., DREW E., FRIEDMANN P., TRIGG H.L., ROBINSON J.W. - A randomized trial of an interim methadone maintenance clinic. *Am J Public Health*; 81 : 1185-1191, 1991.
- ZWEBEN J.E. - Counseling issues in methadone maintenance treatment. *J Psychoactive Drugs*; 23 : 177-190, 1991.





© Nicotinell TTS  
nicotine

prêt à porter

**Présentation:** Système thérapeutique transdermique contenant de la nicotine, disponible en trois dosages (10 cm<sup>2</sup>, 20 cm<sup>2</sup>, 30 cm<sup>2</sup>) libérant environ 0,7 mg/cm<sup>2</sup>/24h.  
**Indication:** Aide à la désaccoutumance du tabac par le traitement de la dépendance nicotinique. **Posologie:** Le patient doit s'arrêter complètement de fumer au moment où il commence le traitement avec Nicotinell TTS. Selon le nombre de cigarettes consommées par jour, le traitement sera initialisé avec Nicotinell TTS 30 cm<sup>2</sup> ou 20 cm<sup>2</sup>. Pour les personnes fumant quotidiennement plus de 20 cigarettes, il est conseillé de commencer le traitement avec Nicotinell TTS 30 cm<sup>2</sup> une fois par jour. En dessous de 20 cigarettes, commencer le traitement avec Nicotinell TTS 20 cm<sup>2</sup>. Les trois tailles différentes, 30 cm<sup>2</sup>, 20 cm<sup>2</sup> et 10 cm<sup>2</sup>, permettent un sevrage progressif de la substitution nicotinique sur des périodes de traitement de trois à quatre semaines. Des périodes de traitement complet de plus de trois mois et des surfaces de libération supérieures à 30 cm<sup>2</sup> n'ont pas été évaluées. **Contre-indications:** Non-fumeurs, enfants et fumeurs occasionnels. Comme pour le tabac, il y a contre-indication pendant la grossesse et l'allaitement et en cas de: infarctus aigu du myocarde, angor instable ou en phase d'aggravation, arythmies cardiaques graves, accident vasculaire cérébral récent, affections cutanées susceptibles de compliquer le traitement transdermique, antécédents d'hypersensibilité à la nicotine ou à l'un des composants du système thérapeutique. **Précautions:** Hypertension, angor stable, atteinte cérébrovasculaire, insuffisance artérielle périphérique, insuffisance cardiaque, hyperthyroïdie ou diabète sucré, ulcère gastroduodénal, insuffisance rénale ou hépatique. Réactions cutanées persistantes au timbre adhésif. Le médicament doit être tenu en permanence hors de la portée des enfants. **Effets indésirables:** L'arrêt du tabac s'accompagne de symptômes de sevrage. Au cours d'essais cliniques contrôlés, les effets indésirables les plus fréquemment rapportés, avec ou sans relation de cause à effet avec la substance étudiée, ont été les suivants: réactions au point d'application du timbre (fréquemment érythème ou prurit), céphalées, symptômes évocateurs de rhume et de grippe, insomnie, nausée, myalgies, vertiges. Moins fréquemment: modifications tensionnelles, autres effets liés au système nerveux central et troubles gastro-intestinaux. Cas isolés d'œdème de Quincke, d'urticaire et de dyspnée. Voir l'information thérapeutique détaillée. **Conditionnement:** Nicotinell TTS 30: 7, 21 ou 28 TTS dosés à 52,5 mg; Nicotinell TTS 20: 7, 21 ou 28 TTS dosés à 35,0 mg; Nicotinell TTS 10: 7, 21 ou 28 TTS dosés à 17,5 mg. Les TTS sont scellés en sachets à l'épreuve des enfants. Catégorie de vente B. Pour plus de détails, veuillez consulter le Compendium Suisse des Médicaments.

# Méthadone: de l'histoire des traitements aux enjeux éthiques

Dr Gérard Eichenberger, Genève

*Pour bien comprendre sur quelles bases les programmes de méthadone ont été lancés, il est indispensable de jeter un coup d'oeil dans le rétroviseur. Le contexte social et culturel de chaque période de l'histoire a influencé les méthodes de traitement et l'approche de la prescription.*

*Aujourd'hui, nous complétons l'analyse de ce type de soins à la lumière d'une réflexion éthique : si nous n'abordions pas les questions de solidarité, de dignité humaine - de démocratie -, il manquerait, en effet, un élément essentiel au débat.*

*Le texte qui vous est proposé est la réunion de deux interventions présentées lors du colloque "Méthadone".*

## Aspects historiques et sociaux

### Pour mieux comprendre

Depuis 25 ans, nous sommes confrontés à la toxicomanie dans son expression moderne. Dans la difficulté du quotidien, nous ressentons parfois le besoin de donner un sens à nos engagements professionnels. Nous saisissons bien la complexité du sujet, mais il n'est pas toujours facile de démêler les tenants et les aboutissants. Il persiste toujours des interrogations fondamentales quant au sens et aux limites de nos actions.

L'aspect historique n'a d'intérêt que dans la mesure où le regard vers l'arrière permet d'orienter notre regard vers le futur. Quant aux aspects sociaux, j'ai pris le terme dans son sens plus large pour analyser l'influence réciproque des faits sociaux sur les choix thérapeutiques.

### La première phase: 1970 - 75/78 Cures courtes

Celle-ci se situe entre l'arrivée des premiers toxicomanes dans le réseau institutionnel au début des années 70, et l'apparition des règlements d'application d'usage de la méthadone après la révision de 1975 de la Loi fédérale sur les stupéfiants (LStup). Durant cette phase, nous avons utilisé la méthadone essentiellement pour des cures de sevrage dont la

durée se situait entre 10 et 30 jours. La demande de sevrage était motivée soit par un projet du sujet, soit par une intervention extérieure telle une incarcération, une hospitalisation ou un passage dans une institution thérapeutique. Nous avions le choix entre deux méthodes : hospitaliser le sujet en milieu psychiatrique; le sevrage se faisait alors avec des neuroleptiques. En raison des effets secondaires, ces interventions étaient mal vécues, et par les donneurs de soins et par les patients. L'alternative était d'utiliser un opiacé à doses dégressives sur le modèle des sevrages alcooliques dont nous avons une longue expérience. Ce système permettait au sujet de rester socialement autonome. Les problèmes ont commencé à surgir lorsque le projet avancé au médecin n'avait pas la suite espérée. On répétait ainsi des sevrages brefs chez le même médecin ou un confrère. Nous utilisions la répétition des rechutes pour signifier au patient la nécessité d'aborder son problème de façon plus sérieuse en acceptant l'entrée dans une institution socio-thérapeutique. Ces institutions, d'inspiration socio-pédagogique, ont été les premières à offrir une réponse à long terme. A l'époque, la consommation de stupéfiants n'était pas pénalisée et le toxicodépendant était un patient comme un autre. La méthadone se prescrivait simplement, comme n'importe quel médicament, de sorte que le seul problème qui se posait au médecin était de savoir s'il acceptait ce genre de patients et comment il gérait les rechutes, les mensonges et les abus qu'il n'était pas évident de démasquer.



## La deuxième phase : 1975/78 - 1984/89 Cures brèves et cures longues à but thérapeutique

Cette période est délimitée par l'apparition des cures longues et par la prise de conscience du problème HIV/sida.

Durant cette période, nous avons pu mettre en place les modalités des cures longues à objectif thérapeutique, en réponse à une situation de facto issue de la répétition de cures brèves. Le modèle accepté fut celui de Dole-Nyswander élaboré aux USA dans les années 60. Il se caractérise par des conditions d'admission restrictives, et un contrat thérapeutique qui vise l'abstinence. L'interrogation critique qui se posait à nous était de savoir si les cures longues allaient empêcher ou au contraire favoriser le passage en institution. Seul le temps pouvait nous donner la réponse. Une question fondamentale nous divisait également : est-il éthique de donner au sujet l'objet de son vice et comment résoudre la contradiction Hippocratique : d'abord ne pas nuire, ce que nous étions suspects de faire en donnant l'opiacé légal, et donner ce type de réponse à la souffrance du patient sans faire intervenir les préjugés moraux de notre part. Une interrogation morale n'a jamais de réponse définitive. Ce problème n'est certes pas original ni nouveau en médecine, mais il était particulièrement difficile à résoudre pour la raison suivante : la pénalisation de la consommation de stupéfiants par la révision de 1975 a fait de tout usager de drogues un suspect et un délinquant. Le toxicomane prend donc un statut différent des autres patients. La rechute n'est plus un événement simple mais devient potentiellement lourde de menaces. La suspicion permanente dont le sujet fait dorénavant l'objet s'est également transmise sur le médecin qui prescrit le produit interdit. Le médecin devient le médiateur de la transgression bien plus que le thérapeute. Dans la pratique, peu de médecins ont accepté la pression morale qui s'exerçait sur eux et pratiquement aucune institution officielle ne conduit ces programmes durant cette période.

Juridiquement le problème de la méthadone est réglé par une réglementation issue de la Lstup : l'objet de la discussion n'était pas la formulation d'hypothèses scientifiques, mais d'entourer la prescription d'un maximum de filets de précautions.

## La troisième phase : 1989 à actuellement Cures brèves, longues et indéterminées

Cette période commence par l'adoption de stratégies de réduction de risque avec l'élaboration de deux nouveaux concepts méthadoniens.

### Cures à durée indéterminée

Les cures de type Dole-Nyswander ont rapidement permis d'observer qu'en Suisse également il était possible d'obtenir une amélioration de l'état de santé, une baisse de la criminalité, et une amélioration de l'aptitude au travail. Les conditions admises au départ pour les cures à but thérapeutique se sont avérées trop restrictives : il est devenu évident que les chances de succès d'une cure sont en étroite corrélation avec des programmes bien dirigés possédant une bonne coordination avec les offres complémentaires, plutôt qu'avec les caractéristiques des patients. Sont également positifs, le taux de rétention dans les cures, les dosages utilisés et la durée des cures. L'expérience prouve que des cures très longues, peut-être à vie, peuvent être des solutions acceptables à condition que les critères d'évaluation accordent autant d'importance à la qualité de la vie qu'au nombre de sevrages définitifs obtenus par les programmes.

### Cures à fin d'assistance

Parmi les mesures propres à ramener des sujets complètement désinsérés dans le réseau social, nous avons estimé possible de proposer des cures de méthadone ou avec le produit de prédilection, avec un minimum de conditions d'admission. Le terme de seuil bas n'exprime pas une cure au rabais, mais que l'on admet dans un projet thérapeutique un sujet qui ne peut répondre qu'à des exigences minimales, ceci ne présument en rien d'une évolution dans le futur.

### Contexte culturel et social

Nous allons tenter de replacer ces trois phases dans leur contexte culturel et social.

Ceci nous permet deux types d'observations :

- il y a corrélation entre les représentations collectives et la signification attribuée aux cures
- l'évolution en Suisse n'est pas un cas

particulier, mais il y a correspondance entre le type de cures admis par divers Etats et la qualité de leur programme d'assistance aux personnes dépendantes.

### Les années 70

*Mots clé : Période d'improvisation - pré-éminence idéologique.*

Dès 1971, les premiers toxicomanes revenant habituellement d'Orient apparaissent dans les prisons des villes frontalières de Bâle et Genève, ainsi qu'à Zurich. Nous ignorons encore tout de l'histoire naturelle du sujet. **Les produits problématiques** pour les douanes sont alors la morphine et le haschisch. Le problème prend rapidement de l'extension. La question de l'émergence du problème, à cette époque précise, n'a pas reçu de réponse satisfaisante. J'en attribue personnellement la cause à l'abolition en temps et en distance des barrières naturelles géographiques par l'invention du moteur à réaction qui permet l'établissement d'un réseau dense et incontrôlable. **Les représentations collectives** sont imprégnées de l'héritage du 19e siècle avec les images de paradis et d'enfer. Il s'y ajoute rapidement un amalgame raciste venu des USA, fondé sur le péril jaune associé à l'opium; le haschisch est associé au Maghreb et aux noirs débordant dans les villes industrielles du nord américain, la cocaïne à l'immigration latino-américaine. L'alcool, drogue du blanc, échappe à la prohibition. Un second amalgame se fait en passant du juvénile asocial vers un délinquant dangereux. De l'amalgame raciste, nous héritons le premier **vocabulaire** pertinent à la drogue : celui de l'invasion épidémique qu'il s'agit d'endiguer puis d'éradiquer comme un fléau.

**Face au problème**, nous agissons empiriquement en autodidactes; notre expérience avec l'alcool nous livre les concepts de sevrage et d'approche socio-éducative fortement imprégnés de morale. Notre besoin de savoir s'adresse d'abord à connaître les effets des produits et le pouvoir judiciaire définit la dangerosité des prévenus par les doses létales trouvées en leur possession à l'arrestation. **Les acteurs** qui émergent dans cet environnement sont issus du privé. Ils agissent habituellement autour d'une idée forte. Encouragés par leurs succès dans ce désert d'ignorance, ils se sentent investis d'un rôle de "sauveur" dont certains auront de la peine à se défaire jusqu'à ce jour. Nous travaillons ainsi dans un climat de rivalité largement répercuté

sur la place publique et dans le politique, où s'affrontent divers modèles allant de la négation du problème à l'abstinence forcée, en passant par des modèles qui ont survécu à ce jour. **L'Etat** intervient en soutenant les programmes qui présentent une certaine continuité et cohérence. Les cures de sevrage faites durant cette période montrent que l'abstinence est facile à produire, mais qu'il faut toute une série de mesures médico-socio-éducatives pour qu'elle dure.

### Les années 80

*mots clé : organisation de la marginalité et dans la marginalité.*

L'impulsion à ce mouvement est issue de la nécessité pour les Etats de réagir face à l'ampleur prise par le mouvement et ses premières répercussions sociales. Dans l'intervalle, les habitudes des utilisateurs ont changé : l'héroïne domine la scène, l'alcool et les benzodiazépines sont utilisés en période creuse puis la polytoxicomanie devient la règle. **Les représentations** sont dominées par la dialectique délinquant/malade. Malheureusement, personne ne ressent la nécessité de délimiter les champs respectifs de la justice et la santé, par exemple au moyen du concept d'auto- ou hétéro-agressivité : ils agiront ainsi de façon concurrentielle; la seule exception pénale prévue reste l'appréciation du sérieux d'une motivation par le juge au moment du jugement. Elle a donc été inopérante dans la réalité. Cette concurrence est largement négative pour tous les acteurs.

**Pour les usagers**, la stigmatisation juridique comme délinquance empêche que la société aborde avec objectivité la problématique de la toxicomanie. La justice distribue, au départ, le bon et le mauvais rôle avec le poids écrasant de l'autorité suprême. C'est aussi l'époque des violents mouvements de jeunes dans toutes les villes suisses. La stigmatisation médicale de "malade" donne une connotation de pathologique à tout retard ou difficulté d'adoption de normes sociales.

**Pour les acteurs** chargés de l'application de la loi, se crée un sentiment d'inadéquation et de frustration face à la répétitivité des situations (revolving door justice). Ils doivent néanmoins poursuivre leur tâche. Pour les thérapeutes se pose la question pesante de complicité de délinquance à propos d'attitudes thérapeutiques élémentaires. La majorité des médecins et des institutions règlent ce problème en refusant la prise en charge. Face au problème, **la justice s'organise;**

sur le plan international les Nations Unies renforcent et globalisent les Conventions chargées d'appliquer les normes de la prohibition. Les messages à l'intention du public et des autorités sont clairs.

La santé s'organise en élaborant des stratégies basées sur la prévention, la thérapeutique et la réinsertion. Ces stratégies deviennent opérationnelles mais ne peuvent empêcher une dégradation générale de la situation car elles n'ont prise que sur une minorité de la population (< de 30 % des toxicomanes). Un point positif : dans le réseau de soins, on observe un passage de la rivalité à la complémentarité; dépassé par les tâches, chacun tend à reconnaître les compétences de l'autre. Le vocabulaire se durcit et utilise une terminologie de guerre. Le savoir dépasse la connaissance des produits et s'intéresse à connaître l'environnement des pratiques. Les scènes ouvertes sont un excellent terrain d'observation et d'intervention. Nous apprenons à identifier les délits liés à l'acquisition - ruine des biens familiaux, micro-traffic, larcins, prostitution, etc - et une série de dommages médicaux liés à la pratique illégale : infections, perte des soins de base, etc. L'Etat, durant cette période, permet l'organisation de la justice et des soins.

Néanmoins, au niveau de la société, un grand flou persiste : le problème est délégué aux spécialistes et l'on voit les uns soigner les mêmes faits et gestes que les autres condamnant, réduisant d'autant la portée symbolique des actes. Cette absence de référence permet toutes les incohérences, entre autres, les scènes ouvertes dans lesquelles les uns voient, avec la même bonne foi, le fruit de la permissivité et les autres le résultat de stratégies d'exclusion.

Il n'est donc pas étonnant d'entendre des voix qui cherchent des références en dehors du système pour échapper aux contradictions : à un extrême de l'éventail, il se crée des rapprochements avec des mouvements intégristes; au centre, des alliances de villes qui cherchent en commun, à leur niveau, des solutions concrètes; enfin on trouve des références morales plus adéquates dans les Droits de l'Homme. L'Etat intervient positivement vers la fin de cette période par divers avis de droit et arrêts du Tribunal Fédéral qui permettront la mise en place de certains programmes litigieux.

Les cures de méthadone sont un des lieux privilégiés où le champ de la réglementation remplace le champ du pénal : il se crée un espace relativement clos dans

lequel un travail spécifique peut être fait selon sa dynamique propre. L'expérience marche.

### Dès fin 80

*Mot clé : politique de réduction des risques.*

Un changement est intervenu sous la pression de trois événements imprévisibles. En 1989, la sous-commission fédérale des drogues publie un rapport dans lequel elle met en cause les résultats de la politique de répression et de prohibition. La finalité d'une telle loi réside dans la disparition ou du moins la forte réduction des produits visés et des usagers. Rien de tel n'est survenu, donc on peut parler d'échec sur le fond. Elle fait également l'inventaire des effets pervers de la loi, notamment sur le plan des risques sociaux et médicaux. Elle propose de réfléchir également en terme d'évaluation type coût/bénéfice. La misère dont s'accompagnent certains parcours toxicomaniaques, visible en particulier sur les scènes ouvertes, alerte l'opinion publique et les médias. Il se crée spontanément un grand courant de solidarité issu de tous les milieux. De nouveaux partenaires se mobilisent dans le public et le privé.

Identifié dès 84, le virus HIV/sida s'est propagé rapidement dans le milieu des usagers de drogue intraveineuse : en quelques années, plus de la moitié sont séropositifs. D'emblée, l'OMS affirme que la réussite du programme de prévention passe par la persuasion, la participation active des partenaires et le renoncement à toute forme de contrainte. Cette approche fait rapidement ses preuves dans le milieu homosexuel et la prostitution et stagne dans le milieu toxicomane où prévaut l'exclusion et, en effet, les mesures propres à la prévention du HIV entrent constamment en conflit avec les mesures en usage pour contenir la toxicomanie. C'est le volontariat face à la contrainte.

Nous assistons ainsi à toute une série de transformations : pour la première fois, il n'est plus possible d'opposer les usagers de drogues au reste de la population pour élaborer des stratégies tant médicales que sociales. On doit apprendre à raisonner à l'inverse : les effets de la prohibition pourraient être plus graves pour les collectivités que la menace directe liée à la diffusion des produits. La paupérisation extrême d'un sous-groupe pourrait entraîner un plus grand coût social que l'assistance. La non-maîtrise du HIV dans un groupe d'exclus pourrait devenir une source de réinfection permanente et



compromettre le résultat d'ensemble. Les usagers de drogue font d'emblée preuve d'esprit de collaboration active. Le taux d'infection baisse rapidement illustrant par là même que la majorité des toxicomanes est intéressée par son avenir et son salut si on lui en donne les moyens. Il faut donc réviser la représentation du toxicomane fondamentalement irresponsable et anti-social. Devenu interlocuteur incontournable, il reprend le statut de citoyen à part entière. L'approche est centrée sur la convergence des intérêts de la collectivité et des toxicomanes. Il s'agit d'aborder tous les problèmes identifiants. L'ensemble de la population doit être atteignable; il s'agit aussi de tenir compte de l'aptitude de réponse très variable des sujets, d'où le concept de seuils. Les résultats doivent être rapidement mesurables, donc à évaluer, pour permettre les correctifs propres à nous rapprocher du but. Nous entrons enfin dans une sphère rationnelle où l'on raisonne en termes d'objectifs et de résultats.

Le vocabulaire se modifie et s'emprunte au monde scientifique.

La nouvelle stratégie peut être appelée stratégie des réseaux. Précédemment, une nouvelle mesure se concrétisait par la création d'une nouvelle institution pour laquelle il s'agissait de sélectionner les sujets à même de bénéficier des prestations offertes. Pour les nouveaux objectifs, il s'agit d'inverser le mouvement : l'offre doit être portée là où se trouve le problème et doit être adaptée à la demande. Cette inversion ne peut pas venir simplement de la base. Elle demande une décision politique et la collaboration de tous les partenaires constitutifs des réseaux de la société. L'information reprend sa place à côté de la formation. Le savoir s'est enrichi, dans l'intervalle, de données neuro-biologiques qui expliquent certains aspects de la dépendance. La prévention prend comme principe l'éducation à la santé et renonce à la diabolisation des produits. Certaines institutions socio-éducatives acceptent de travailler également avec un modèle psycho-pathologique ce qui ouvre leurs portes aux thérapies individuelles et familiales. L'appréciation de la dangerosité inclut le produit, l'environnement et la personne.

L'Etat a repris un rôle de leader. Il propose la politique des 4 piliers : la répression qui s'attache au respect des lois et réglementations, la prévention, la thérapie et réinsertion, enfin les mesures d'assistance et d'aide à la survie. La défini-

tion de plusieurs types de cures illustre qu'à des problèmes diversifiés il faut des réponses diversifiées. L'essentiel n'est pas le produit, mais l'usage que l'on en fait. Le cas le plus innovateur est la cure à seuil bas dont le but est de rompre le cercle d'exclusion. La discussion sur l'héroïne est en parfaite symétrie avec le discours sur la méthadone.

## L'avenir

Dans quelques années, nous aurons mis en place des stratégies efficaces pour réduire les risques et verrons que nous avons mis une énergie considérable à combattre les effets de l'exclusion. Nous nous poserons alors la question de savoir s'il ne faut pas reprendre le problème en amont et étudier un certain nombre de questions telles que :



Interfoto

*La majorité des toxicomanes est intéressée par son avenir et son salut*

- faire la différence entre us et abus de produits licites ou illicites
- faire la distinction entre dommage causé à soi-même, causé à des tiers, et dommages contre la collectivité.

Les réponses, si positives, permettraient la décriminalisation d'un mode de comportement, au même titre que nous l'avons fait dans un passé récent avec le comportement suicidaire, l'interruption de grossesse, la prostitution. Dans ces situations, l'action du législateur n'a pas été perçue comme une approbation. Dans ce contexte, il n'y aurait plus d'indication à utiliser la méthadone dans le seuil bas.

On doit apprendre à raisonner à l'inverse : les effets de la prohibition pourraient être plus graves pour les collectivités que la menace directe liée à la diffusion des produits



## Une démarche idéologique

Discuter de la place des traitements à la méthadone sous leurs aspects historiques et sociaux nous force à reconnaître que durant ces 25 ans notre démarche a été autant influencée par une démarche idéologique que par une démarche rationnelle et scientifique. Je ne suis pas certain que nous ayons toujours été conscients de l'influence sous laquelle nous agissons. Cet éclairage pourra nous permettre, peut-être, d'expliquer rétrospectivement certaines contradictions : mais il me semble que, pour l'avenir, il est essentiel d'apprendre à percevoir dans lequel des deux registres nous oeuvrons. En quoi se distinguent-ils ?

- **La démarche idéologique** consiste à prendre comme référence une ou plusieurs valeurs morales, non contestables du fait de leur caractère général. Les mesures proposées doivent permettre de rejoindre ce but éloigné. Le décalage possible entre le projet et sa réalisation tient à l'insuffisance des acteurs ou des moyens mis en oeuvre. On ne peut jamais renoncer à l'exigence première.

- **La démarche scientifique** consiste à faire l'inventaire des problèmes, formuler des hypothèses sur les causes, rassembler toutes les informations sur le sujet, hiérarchiser les données, fixer les objectifs en fonction des priorités. La validation se fait en comparant les résultats obtenus aux résultats attendus. Ceci permet de fixer les objectifs suivants. Comment répartir les attributions ? Je pense qu'une innovation, une expérimentation, la réalisation d'un objectif précis doivent se faire en obéissant à des règles objectives, de nature scientifique. La décision d'intégrer ou non ensuite cette pièce du puzzle dans l'ensemble doit obéir à une démarche idéologique.

Il est intéressant d'observer comment la société a abordé le problème de la toxicomanie et du sida à 10 ans d'intervalle : ces deux problèmes ont en commun de toucher profondément la sphère intime et affective et toucher la mort de près.

Le sida s'est situé, dès le départ, dans la sphère rationnelle et scientifique. Les mesures de contraintes ont été stigmatisées d'emblée par l'OMS comme allant à fin contraire de la prévention et cette approche reste dominante dans la majorité des pays. La référence à certaines valeurs morales a pu moduler ponctuellement le processus, parfois négativement, parfois positivement. En toxicomanie, nous avons fait le chemin inverse et commencé à travailler dans un registre

dominé par l'idéologie : l'acceptabilité d'un projet en faveur des personnes concernées dépendait davantage de son acceptabilité morale que de sa valeur objective. Les traitements à la méthadone en sont une bonne illustration. Ce n'est que très récemment que la tendance s'inverse et que l'on exige de tout programme des résultats qui correspondent aux objectifs fixés. L'évaluation par un tiers remplace progressivement l'auto-évaluation et la statistique, le témoignage.

Il nous reste donc un travail considérable à faire : reprendre successivement tous les programmes mis en place empiriquement ces dernières années et évaluer objectivement leur pertinence. Il n'est pas invraisemblable que nous ayons quelques surprises. Il est aussi possible que l'ensemble des données objectives nous contraigne à modifier l'idéologie.

## Enjeux éthiques et sociaux

### Définitions

La maintenance et l'abstinence sont d'abord deux techniques thérapeutiques différentes qui concernent la façon de traiter un sujet dépendant. Le terme de maintenance s'applique à une stratégie qui travaille avec la persistance de la dépendance. Il ne présume pas du résultat. Le terme d'abstinence s'applique à une stratégie qui travaille avec un sevrage préalable. Mais il contient un élément supplémentaire, celui du but idéal de toute thérapie. Il définit donc à la fois une stratégie et le but de la stratégie.

Il s'agit de ne pas confondre les deux acceptions du terme lorsqu'il s'agit d'attribuer une valeur au concept. Les variables qui vont déterminer la gestion du problème, dans les deux stratégies, sont la sévérité de la pathologie, l'efficacité des mesures disponibles et notre aptitude à proposer la forme de traitement qui corresponde au stade évolutif. Ce processus, de nature scientifique, est régi par les règles déontologiques des professions engagées.

A un autre niveau, maintenance et abstinence sont **porteuses de symboles** : complaisance ou exigence, pragmatisme ou idéalisme, chronicité ou guérison, libéralisme ou répression. La valeur donnée à ces symboles va déterminer la façon de traiter le problème au niveau social et politique : c'est-à-dire la fixation

des priorités, les moyens à engager, et le modèle de société que l'on entend promouvoir. Les variables qui vont déterminer le cours des événements sont l'équilibre entre les coûts internes et les coûts externes ou, autrement dit, l'adéquation ou l'inadéquation entre le bénéfice attendu et le prix à payer pour les inconvénients de la stratégie choisie. L'ensemble est régi par l'interaction des valeurs éthiques, potentiellement contradictoires, qui prévalent dans une société donnée.

Ces deux niveaux sont interactifs : de façon idéale, l'éthique définit et dessine les modèles qui serviront la société. Le savoir et la science créent les outils performants qui les rendent possibles. A un extrême une science sans conscience fait l'objet des mêmes craintes que l'enfant sans père et, à l'autre extrême, une science au service d'une morale tyrannique peut engendrer toutes les violences.

### Interactions

Une discussion doit avoir un but défini ; celui que je me fixe est de déterminer notre degré de liberté et de choix dans un système limité vers le haut par la force des enjeux éthiques et limité vers le bas par la force du concret.

Je vais donc passer en revue l'opposition maintenance-abstinence, d'abord au niveau des techniques thérapeutiques, puis dans leur dimension des enjeux collectifs. Nous sommes concernés ainsi d'abord au titre de professionnel à travers notre compétence, puis au titre de citoyen.

### Une opposition

Historiquement l'opposition de ces deux techniques est dépassée, mais elle reste encore d'actualité dans certains pays et certains milieux. Il reste intéressant d'identifier certains mécanismes. Nous gardons tous en mémoire la virulence des conflits idéologiques qui sous-tendaient les projets et qui impliquaient le dénigrement de l'autre approche. Le calme n'est pas venu de la victoire d'une idéologie sur l'autre, mais d'un acquis de savoir objectif qui donnait sa part de vérité à chacune des deux approches.

Dans la situation de maintenance, il est possible d'améliorer l'intégration sociale et l'état sanitaire des sujets. Il est possible de mettre en place parallèlement des mesures psycho-thérapeutiques au long

cours. Le prix à payer est la visibilité de la persistance de la dépendance à travers la poursuite de la prise du produit. Le nombre de sujets aptes à bénéficier de ce type de prise en charge, basée sur le volontariat, se situe autour du tiers des toxicomanes avérés.

Dans la situation d'abstinence réalisée dans le cadre d'une institution socio-éducative, il est possible d'aborder à découvert et de façon plus intensive les problèmes sous-jacents.

Une psychothérapie individuelle ne fait cependant pas partie des programmes institutionnels. La dépendance est moins facile à identifier mais persiste certainement sous la forme d'une forte identification à l'idéal porté par l'institution. Le prix à payer est la difficulté de transposer l'acquis dans la situation de réalité après la sortie de l'institution. Le nombre de sujets aptes à bénéficier de ce type de programmes se situe autour du 5% des toxicomanes.

Les deux approches sont exposées à un même danger pour les responsables des programmes : encouragés par le pouvoir acquis dans l'exercice de leur travail, ils peuvent céder à la tentation de vouloir maximaliser leur méthode et prétendre à l'hégémonie de leur expérience. La limite à respecter est donnée par la déontologie professionnelle : la finalité ne peut être que l'intérêt supérieur du patient dont on a accepté la prise en charge et non la promotion du produit dont le signe extérieur est le prosélytisme.

## Des synergies

Par la suite, nous avons observé que les meilleurs cas avaient successivement bénéficié des deux types de prise en charge, dans un ordre indifférent. Nous avons aussi pu observer que les cures de maintenance permettaient de préparer les patients à un passage en institution; il y a donc synergie et non concurrence.

Reste à évoquer un point important, celui de la place de la pharmacothérapie dans le dispositif thérapeutique. Nous nous trouvons en fait dans une situation thérapeutique classique : l'opposition ou la combinaison entre une approche pharmacologique et une approche psychothérapeutique a toujours été un sujet d'interrogation pour les patients et les thérapeutes. Le rôle du médicament est de produire une sédation des symptômes : il s'adresse à un immédiat qui peut être intolérable. La psychothérapie s'adresse au long terme, à améliorer les aptitudes

d'adaptation à l'environnement par la résolution des conflits. Contradictoires au départ, les objectifs des deux mesures se rejoignent à long terme et sont donc mutuellement facilitateurs. Le rôle du médicament s'amenuise à mesure que l'adaptation à l'environnement progresse. C'est bien ce que nous observons dans les cures de maintenance : une psychothérapie est parfaitement possible, contrairement à certaines hypothèses de départ et l'accompagnement au long cours permet la découverte progressive des conflits de profondeur. Les doses du produit diminuent avec le temps et à terme, son rôle dans le vécu devient secondaire et même négatif. L'abstinence n'est pas le signe de la guérison mais révélatrice d'une sédation des symptômes et d'une certaine maturation. La guérison apparente exige d'autres critères et un chemin plus long : ceux d'entre nous qui avons suivi des sujets au-delà du renoncement à la drogue en sont témoins. Certaines blessures s'avèrent difficiles ou impossibles à cicatrifier rendant nécessaire une pharmacothérapie au long cours.

Plusieurs points sont choquants dans ce descriptif : le produit est choisi par le sujet, il est illégal en vertu de sa dangerosité, il heurte plusieurs normes déontologiques et morales. Il n'en est pas moins réel, mesurable et reproductible. C'est le poids de la réalité et la force du concret. L'objectif à moyen terme est l'optimisation de chaque méthode par opposition à sa maximalisation. L'objectif à long terme est de maîtriser progressivement toutes les conséquences des toxicodépendances. La liberté laissée à la société sera d'utiliser ou non cet ensemble d'outils et de créer ou non un environnement propice.

## Nouvelles variables

Est-il possible de prédire qui, avec quels moyens, à quel coût et dans quel délai, le toxicomane peut être accompagné vers l'abstinence? Pouvons-nous au moins indiquer des tendances? Pour pouvoir formuler quelques hypothèses réalistes, il me semble indispensable d'introduire une nouvelle variable.

Prédire l'issue d'un conflit ou d'une maladie ne tient pas seulement à l'adéquation des moyens mis en oeuvre pour le résoudre mais aussi à la prise en compte de ses causes. Je vous propose donc, pour répondre à la question : "comment cesse-t-on d'être toxicomane?" de ne pas raisonner seulement selon le "comment

soigne-t-on la toxicomanie?", mais d'y introduire les éléments de connaissance du "pourquoi devient-on toxicomane?", ce qui en constitue la face invisible. Dans ce sujet nous sommes encore largement ignorants.

Pour dire les choses autrement, nous disposons actuellement d'une masse considérable d'informations et d'expériences sur les conséquences de la toxicomanie et leur gestion. Celle-ci semble maintenant bien codifiée et maîtrisable dans les grandes lignes; c'est le dessus de l'iceberg. Le dessous de l'iceberg reste à explorer : nous savons depuis toujours qu'une multiplicité de situations peut conduire à l'addiction. Si tel est bien le cas, il est logique de postuler que le pronostic de l'aptitude à l'abstinence va dépendre de la nature de la question à laquelle la drogue est une réponse. Comme nous n'avons pas encore pris l'habitude de nous y référer systématiquement, je vais consacrer un instant à cette exploration.

Le rapport avec l'éthique est le suivant : un manque de savoir ne peut pas être remplacé par une bonne intention.

## Des facteurs pouvant conduire à l'addiction

J'aborderai ce point en reprenant classiquement l'inventaire des facteurs liés à l'individu, au produit et à l'environnement. Les informations proviennent actuellement essentiellement d'observations cliniques sur des toxicomanes suivis au long cours et de certains travaux analysant les effets à long terme de traumatismes psycho-affectifs de la petite enfance et de l'adolescence pouvant avoir plusieurs issues possibles, dont une fragilisation aux produits psycho-actifs. Des études épidémiologiques devront reprendre systématiquement ces points. Les psychiatres sont en train de franchir ce pas en introduisant la notion de comorbidité avec celle de toxicomanie.

### Les risques liés à la personne...

L'inceste vient probablement en tête de liste chez les femmes. Certaines cohortes de femmes toxicomanes donnent le chiffre de 70%. Réciproquement, des travaux analysent le devenir d'enfants victimes d'inceste et décrivent un pourcentage important évoluant vers la toxicomanie. Il faut encore ajouter que moins de 10% des cas d'inceste sont identifiés rapidement. Reste à éclaircir ce qui est plus toxique : l'inceste en tant que



tel, ou la situation qui a permis qu'il sur-  
vienne et soit occulté si souvent. Ceci  
présuppose une complicité peut-être in-  
volontaire de la mère. Dans un tel con-  
texte, le processus d'identification paren-  
tale devient impossible pour l'enfant et le  
futur adolescent, avec les séquelles de  
"mauvais objet" que nous connaissons.  
Nous disposons encore moins de chiffres  
sur les abus sexuels, particulièrement en  
regard **d'abus sexuels masculins** en  
pédophilie. Là encore, l'enfant est laissé  
sans aide avec son secret dans la majori-  
té des cas.

Nous avons depuis longtemps identifié  
**les couples "toxiques"** : mère possessi-  
ve/père exclu; père sur-autoritaire/mère  
exclue dans lesquels le "droit" à une vie  
autonome est rendu difficile, voire im-  
possible, par l'obligation de la soumis-  
sion à l'injonction parentale. Toute vel-  
léité dans le sens d'une prise d'autonomie  
s'accompagne de culpabilité incontrôla-  
ble allant jusqu'à la culpabilité de vivre.  
L'ambivalence fondamentale quant au  
droit de disposer de sa vie s'illustre bien  
dans le jeu de la seringue avec la mort.  
Nous avons tous rencontré dans nos pra-  
tiques des situations dans lesquelles, mê-  
me une recherche insistante et une obser-  
vation prolongée nous laissent **sans**  
**réponse** sur l'existence ou la nature d'un  
éventuel traumatisme. L'hypothèse que  
la société retiendrait alors volontiers est  
qu'un adolescent "normal, mais peut-être  
faible", peut aussi succomber à la tenta-  
tion de la drogue.

En ce qui me concerne, je n'ai jamais pu  
accepter l'hypothèse qu'un comporte-  
ment addictif ne portait pas en lui une clé  
symbolique qu'il nous appartenait de  
découvrir. Cette clé ne m'a parfois été  
livrée qu'après la mort du patient où lors-  
qu'il est devenu parent à son tour. Dans  
les biographies des toxicomanes nous  
trouvons donc souvent un secret profon-  
dément enfoui. Face au même traumatisme,  
l'adulte peut verbaliser et trouver des  
alliés naturels; le petit enfant n'a pas ces  
moyens, d'autant plus que les acteurs  
sont parfois ceux qui devraient le proté-  
ger. Il met alors en place un mécanisme  
de défense. Le processus de décryptage  
s'avère long et tout se passe comme s'il  
ne pouvait nous livrer que ce qu'il est  
capable d'assumer à un moment donné  
de son évolution. Une insistance de notre  
part ne serait qu'une violence supplé-  
mentaire; je suis prêt à penser que, dans  
certains cas, la poursuite de la dépendan-  
ce contrôlée remplit une fonction protec-  
trice pour le sujet. Nous devons donc  
reconnaître que la volonté d'inclure la

causalité dans la stratégie de soins n'est  
pas toujours tâche facile.

### ...au produit

Les études sur des adultes mettent en évi-  
dence un risque d'addiction chez un cer-  
tain nombre d'entre eux lors de traite-  
ment par des opiacés pour indication  
médicale formelle telle que douleur can-  
céreuse, risque évalué à 0,6 %. Il faut  
donc admettre qu'il y a une **inégalité bio-  
logique** devant la résistance aux opiacés,  
phénomène qui pourrait être opération-  
nel dans certains cas lors de la rencontre  
entre un sujet "normal" et le produit.

La neurobiologie nous apprend que l'usa-  
ge d'opiacés, comme d'autres substances  
psychotropes, induit des modifications  
spécifiques dans le fonctionnement de  
certaines cellules cérébrales. Ces effets  
sont responsables des symptômes de  
manque et pourraient à long terme indui-  
re des modifications de l'humeur.

### ...à l'environnement

Nous observons partout en Europe un  
facteur de risque pour la **première géné-  
ration d'immigrés**. L'adolescent est  
confronté à l'obéissance à deux modèles  
difficilement conciliables : la fidélité au  
modèle ancestral dont la perpétuation  
incombe au père et la nécessité de s'adap-  
ter au modèle environnant pour organiser  
sa vie. Le prototype de ce conflit peut  
être illustré par le problème du tchador.  
L'observation révèle plusieurs issues né-  
gatives possibles : la mort, la fuite, la  
marginalisation, l'inadaptation, toutes  
excellent terrain pour les psychotropes.  
Les Pays-Bas ont mis en place un pro-  
gramme préventif à l'intention des  
mères, davantage accessibles aux  
besoins d'adaptation de leurs enfants.

Les problèmes du **chômage et de la pau-  
périsation** se posent dans les bas-fonds  
des métropoles et certains pays de l'Est et  
du Sud mais pourraient aussi surgir chez  
nous si nous réglons mal le problème du  
chômage prolongé. Dans ces ghettos  
économiques, le trafic de drogue reste un  
des seuls moyens lucratifs à disposition  
des jeunes désœuvrés. Si actuellement,  
chez nous l'usage conduit au trafic, le tra-  
fic peut aussi conduire à l'usage.

**Du côté des minorités raciales**, nous  
trouvons combinés les deux risques  
décrits ci-dessus.

### Des mesures médico-sociales

Ce détour systématique, mais incomplet,  
m'a semblé nécessaire pour suggérer  
l'utilité d'inclure la causalité dans les

stratégies de soin. Je vous propose à pré-  
sent une réponse qui tient davantage de  
l'analyse de la réalité médico-sociale que  
de l'idéologie des intervenants.

**Pour les risques liés à l'environne-  
ment**, on peut prédire que l'abstinence  
doit être possible sans passer par une  
maintenance prolongée. Les mesures à  
prendre sont d'ordre politique et non  
médical. Elles concernent les projets de  
la société avec la place laissée aux mino-  
rités et aux sujets moins performants.  
Les modèles existent dans les pays envi-  
ronnants. L'accessibilité extrême de pro-  
duits à travers des programmes à seuil  
bas serait négative et pourrait facilement  
se pervertir en un objectif de contrôle  
social à bon compte.

**Pour les risques liés au produit**, avec  
ses modifications neurobiologiques, le  
sujet est trop neuf pour permettre des  
prédictions. Si les modifications étaient  
irréversibles, une substitution à vie serait  
une mesure peut-être nécessaire pour un  
pourcentage de sujets qu'il est encore  
impossible de prédire. Il est aussi vrai-  
semblable que l'on découvrira ultérieure-  
ment des moyens biologiques qui pour-  
raient faciliter la réversibilité des  
modifications. En biologie, la régulation  
se fait toujours par une chaîne de méca-  
nismes facilitateurs et inhibiteurs. En  
tout état de cause, les rapports entre la  
biologie du cerveau et le mental sont  
encore terre inconnue. Je propose donc la  
plus grande prudence face à l'utilisation  
finaliste de ces connaissances passion-  
nantes, mais encore fragmentaires, au  
profit d'une théorie.

**Pour les risques liés à la personne**, tout  
reste ouvert et sera déterminé par l'amé-  
lioration de l'outil de travail et l'évolution  
possible de l'éthique qui régit les déci-  
sions politiques.

Dans quel sens pouvons-nous choisir  
d'agir? Ce que j'ai rappelé au sujet des  
biographies des toxicomanes n'est neuf  
pour aucun professionnel : je pense  
cependant que nous devons profondé-  
ment modifier notre perception collec-  
tive et apprendre à voir le tout dans une  
continuité qui va de la petite enfance jus-  
qu'à la place que l'on pourra trouver dans  
la société. La toxicomanie n'est alors  
plus quelque chose d'effrayant mais l'épi-  
phénomène d'un dysfonctionnement qui  
a son histoire et le recours à un produit  
psycho-actif fait partie intégrante de  
l'économie du système.

Nous nous ouvrons ainsi un nouveau  
champ d'actions préventives et thérapeu-  
tiques; il faut coordonner l'action future  
avec ceux qui sont déjà actifs dans le



domaine de l'enfance et la petite-enfance. En travaillant dans le sens d'une action précoce, le score d'abstinents pourra augmenter; si nous restons dans une spécificité toxicomaniaque, nous devons nous accommoder d'une majorité de personnes dépendantes à très long terme.

### Modèle libéral et répressif

Comme nous l'avons dit dans l'introduction, la maintenance et l'abstinence sont, pour les collectivités, lourdement chargées de symboles. De ce fait, elles sont porteuses d'enjeux qui dépassent de loin ceux que perçoivent les professionnels. Il est donc important d'identifier les normes morales dont les normes juridiques sont la traduction. La politique face à la drogue se situe fondamentalement et traditionnellement dans le champ de deux concepts contradictoires : "libéral" et "répressif". **Le modèle libéral** fait appel aux droits d'autodétermination et à la responsabilité individuelle; l'Etat crée l'environnement qui rend ces choix possibles. **Le modèle répressif** prône la société sans drogues qu'il s'agit de réaliser par la mise en application de normes morales et politiques; dans ce contexte, l'Etat s'octroie le rôle de garant de la moralité de ses citoyens.

Certains pays n'offrent, comme choix à leurs sujets dépendants, que l'abstinence immédiate ou le rejet dans l'illégalité : nous y trouvons les pays qui, dans leur tradition, n'ont jamais eu de tolérance pour leurs minorités ou qui ne peuvent plus assumer leurs programmes sociaux. Nous n'avons actuellement aucun modèle de pays "libéral" mais d'autres pays, dont probablement le nôtre, ont des traditions de tolérance qui ont permis que se développent des stratégies de contrôle du problème.

### Au niveau juridique

Le modèle répressif domine largement le champ politique international. La charte des Nations Unies forme le cadre des Conventions Internationales qui dressent l'inventaire des produits interdits et des actes préparatoires prohibés. La politique actuelle tend vers une prohibition complète en y incluant davantage de produits et davantage d'actes préparatoires, y compris aux deux extrémités la consommation simple et la culture des plantes.

Le problème inattendu est venu du fait que le marché n'a pas suivi ces contrain-

tes. La demande a persisté et les grands bénéfiques ont stimulé l'offre. Nous avons ainsi observé rapidement l'émergence d'un marché et d'un trafic illégaux. Ce mécanisme s'auto-perpétue : les bénéfiques incitent de nouveaux pays à produire et à stimuler de nouvelles demandes. Personne aujourd'hui n'en mesure la puissance, mais tout le monde constate l'efficacité du marché illégal dominé par diverses mafias.

Cette perversion, prévisible, a induit, à son tour, un renforcement de l'appareil répressif par l'adoption de droits d'exception, tels que droit d'ingérence dans les Etats producteurs, droit d'exception dans les procédures, jugements sommaires pour consommateurs-trafiquants y compris la peine capitale ou la détention à vie. La légitimation se fait à travers l'exigence du respect à porter au droit et aux valeurs qu'il incarne.



Interfoto

*La toxicomanie n'est plus quelque chose d'effrayant mais l'épiphénomène d'un dysfonctionnement sociétal.*

### Point de vue économique

La dimension économique est aussi à considérer dans ce contexte, car elle donne tout son poids à la réalité d'aujourd'hui. Les Etats ont également comme obligation de défendre les intérêts économiques de leur tissu social, pour garantir leur indépendance. Le problème inattendu est venu de la rapidité avec laquelle les économies ont été influencées par les marchés illégaux, qu'il s'agisse d'agriculture au Sud ou de secteur secondaire et tertiaire au Nord, à travers les services de remboursement de dettes et de recyclage industriel et immobilier.

S'il est théoriquement possible de distinguer l'argent sale de l'argent propre, quelques enquêtes portant sur de petits montants le prouvent, il est très difficile d'identifier le rôle de l'argent demi-noir, gris, demi-blanc. Nous devons donc accepter comme hautement vraisemblable l'idée d'une interférence du pouvoir lié à l'argent recyclé dans les processus décisionnels des Etats et qu'une incitation à un retour en arrière ne viendra pas du secteur économique.

Quel que soit le côté de la barrière où nous nous trouvons, il n'est pas évident, ni légitime, de reprocher aux Etats la défense des situations basées sur le respect du Droit international et la défense de leur indépendance économique. Mais nous pouvons aussi considérer comme une atteinte à la morale un pouvoir décisionnel économique en mains de forces qui échappent à la loi, le financement de guerres civiles et de l'industrie de l'armement par l'argent de la drogue et la mise en position d'exclusion de pans entiers de la société.

## Un correctif

Dans les pays du Sud, les Andes en particulier, se dessine un mouvement qui demande le respect culturel de la tradition andine tri-millénaire d'usage de la feuille de coca. La politique Onusienne y est perçue comme éthnocentrique et dédiée à la défense de l'hégémonie de la race blanche. Il demande que **le respect de la pluralité des civilisations** devienne un principe de Droit universel.

Ce mouvement est renforcé par **les défenseurs du droit démocratique** qui constatent au quotidien l'ingérence mortelle des narco-dollars dans le jeu des institutions, l'appareil judiciaire et politique. Ils demandent le renoncement pur et simple à la prohibition pour sauver la démocratie. Dans les petites démocraties du Nord un mouvement de fond s'est créé dans toutes les couches de la population en réaction à certaines conséquences de l'exclusion :

- les foyers de misère sociale avec les scènes ouvertes en raison de la perte du droit à l'assistance
  - une nouvelle catégorie de délits : celle liée à l'acquisition et l'usage de drogues avec une nouvelle population pénale, surchargeant les services judiciaires et doublant la population pénitentiaire
  - un réservoir de maladies telles que le VIH, les hépatites et la tuberculose en raison de l'exclusion des réseaux de soins.
- Dans un second temps, il est apparu que

ces dommages n'affectaient pas seulement les toxicomanes, mais aussi la population en général à travers les mécanismes de contagion et du coût social élevé de ces effets externes. Le prix payé et le risque couru par la collectivité est même d'autant plus grand que le sous-groupe se porte mal.

Réciproquement, les remèdes, s'il en existait, allaient bien bénéficier aux toxicomanes, mais aussi dans une même proportion à la société en général. Cette analyse est basée sur le principe d'une symétrie et non d'un antagonisme du destin.

Ce raisonnement ne se situe absolument pas dans le champ de la logique du "permissif-répressif" dans lequel le bien de la collectivité passe par l'exclusion du porteur du mal, et où un aménagement face aux conséquences de la sanction est perçu comme un signal préventif négatif pour la population. Il est donc devenu nécessaire, pour justifier moralement ce nouveau pôle d'actions, de trouver une nouvelle légitimation éthique. Il s'agit également de trouver un corps social apte à formuler ces concepts pour faire contre-poids au corps des gouvernements nationaux liés par les mécanismes décrits ci-dessus. Ces nouveaux acteurs sont les organismes de santé publique, les responsables des municipalités en prise directe avec les problèmes, certaines commissions ou groupements comme le GREAT.

Les normes sociales sont de l'ordre de la solidarité, les normes éthiques peuvent se trouver dans les Tables de la loi, ou la Déclaration des Droits de l'homme. Comme ces dernières sont spécifiques dans leur formulation, j'en mentionnerai quelques-unes qui paraissent pertinentes : *concernant la solidarité : art 1.*

Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits et doivent agir les uns avec les autres dans un esprit de fraternité.

*concernant la sécurité sociale : art 22.* Toute personne en tant que membre de la société a droit à la sécurité sociale. Elle est fondée à obtenir satisfaction de droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité.

*concernant la santé : art 25.*

Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé (...)

*concernant les limites : art 29.*

Dans l'exercice de ses droits (...), chacun n'est soumis qu'aux limitations (...) en vue d'assurer les droits et libertés d'autrui.

*concernant la généralisation : art 28.* Toute personne a droit à ce que règne sur

le plan social et international un ordre tel que les droits et les libertés de la Déclaration puissent y trouver plein effet.

## Conclusion

Les représentations liées au concept de maintenance et abstinence, à savoir libéralisme et répression, ne permettent plus de formuler une politique cohérente en matière de drogues après 25 ans d'expérience, en raison de la perte de la proportionnalité entre l'effet attendu et l'effet observé. Plutôt que de renforcer l'un ou l'autre de ces deux pôles, il s'agit d'introduire un troisième pôle qui comporte de nouvelles normes éthiques de références tel le respect des aspects ethnologiques, la préservation des droits démocratiques, et d'autres qui permettent de rétablir pour les populations affectées un état sanitaire et social compatible avec la dignité humaine.

Comme citoyen notre devoir est de contribuer à la formation de l'opinion publique pour promouvoir ce dont notre expérience professionnelle nous fait les témoins.

---

DEGLON J.J. Faut-il sevrer les toxicomanes de la méthadone, 1996, à paraître  
CALEFF J. Oekonomische Beurteilung der schweizerischen Drogenpolitik. Hochschule St Gallen, 1996

GERMANN H.U. Drogenpolitik zwischen Anspruch und Wirklichkeit, ECDP, Genève 1994.

MINO A, Analyse scientifique de la littérature sur la remise contrôlée d'héroïne ou de morphine, Berne 1990

BUTSCHI D., CATTACIN S., Le modèle suisse du bien-être. GENÈVE, 1994

- Ethical codes and declarations relevant to health professions. Amnesty International 1994

- Géopolitique et économie politique de la drogue. Futuribles, Paris, Mars 1994

- Bulletins des médecins suisses, divers nos 1996

- La Recherche, divers articles, no 280,287, Paris.

Rapport sur la méthadone : OFSP, Berne 1989

Aspects sur la situation de la politique en matière de drogue en Suisse, OFSP, Berne 1989

Die Kosten der Drogenrepression. Office fédéral statistique, 1991

Cahier de la santé, La toxicomanie à Genève, 1994

Cures de Méthadone à Genève, 1988-93, Service du médecin cantonal, 1994

Rapport HENRION, sur drogue et toxicomanie, Paris 1995

Rapport sur la méthadone, OFSP, Berne 1995

Rapport de la commission d'experts pour la révision de la Lstup de 1951, OFSP 1996



# Highlights

## concernant la désintoxication

### Nemexin®

(Naltrexone HCl)

Admis par les caisses-maladie (I)  
depuis le 15 mars 1994

Le premier sevrage médicamenteux des opiacés sans opiacés qui, parallèlement à une prise en charge psychosociale, prévient efficacement la rechute.

En 1995, aux Etats-Unis, Nemexin® a été admis pour le traitement des personnes dépendantes de l'alcool.

## et du diagnostic

### DART®

Le premier test rapide de dépistage des drogues selon les normes du NIDA, sans réactifs.  
Trois gouttes d'urine suffisent - après 6 minutes, vous connaissez le résultat.

- DART® détecte simplement, rapidement et sûrement:
- DART® 4: opiacés (sans méthadone), cocaïne, THC, ecstasy
- DART® 2: opiacés (sans méthadone), cocaïne
- DART® 1 (tests uniques): opiacés (sans méthadone)  
cocaïne  
THC  
ecstasy  
méthadone  
barbituriques  
benzodiazépines

Conférences,  
informations et documentation:

OPOPHARMA SA, c/o Polymed Medical Center  
Industriestrasse 59, 8152 Glattbrugg  
Téléphone: 01/810 03 14, Fax: 01/818 04 10



# Accompagnement psycho-social des personnes en traitement à la méthadone

*Gilbert Fornerod, assistant social, Drop-In de Neuchâtel*

## Présentation de l'institution

Le Drop-In de Neuchâtel existe depuis 1974. Il faut préciser d'abord qu'il s'agit d'un **centre de traitement ambulatoire médicalisé**, ceci depuis sa création. Sa direction est assumée à temps partiel par un médecin généraliste. Cette précision revêt une grande importance, car elle est déterminante dans la définition de l'approche que nous avons de la toxicomanie : nous la qualifions de pluridisciplinaire de par la diversité de formation de base des collaboratrices/teurs : ils sont psychologues, psychologues-psychothérapeutes, éducatrices/teurs, assistants sociaux, infirmiers en psychiatrie et assistantes médicales/secrétaires, soit une équipe composée de treize personnes.

Cette même diversité, en plus du dynamisme qu'elle apporte dans la qualité du travail, nous amène à une vision et une compréhension élargies de la toxicomanie : nous sommes des "généralistes" dans ce champ d'intervention sur les plans médicaux, psychologiques, sociaux et éducatifs.

Le respect et l'harmonie des différences de formation, des capacités et des limites personnelles de chacun sont la garantie de la meilleure cohérence possible des services que nous pouvons offrir.

Le Drop-In de Neuchâtel prescrit, depuis plus de vingt ans, de la méthadone à des personnes en traitement et qui la demandent. La méthadone, principalement pour ses vertus de bonne absorption par la bouche, de longue durée d'action n'exige qu'un passage quotidien dans l'institu-

tion et elle n'est pas marquée par la lourdeur "symbolique" de l'héroïne.

## De quoi parle-t-on ?

Dans sa définition, la notion d'**accompagnement psycho-social** semble assez claire : c'est le fait d'aller quelque part avec quelqu'un, de conduire ou escorter (cf. définition Larousse), prenant en compte les dimensions psychologiques (la vie psychique) et sociale (la réalité quotidienne).

Je reviendrai par la suite à ces deux dimensions qui détermineront les modalités de prise en charge.

Ce qui m'apparaît moins clair dans sa définition, c'est la notion de "**personne en traitement à la méthadone**". Cet énoncé dit, ou en tous cas pourrait laisser croire, que le traitement c'est la prescription et la distribution de la méthadone. Or, à mon sens, il n'en est rien et surtout pas !

Il est utile de rappeler que la méthadone est un produit morphinique de synthèse et **qu'elle est une drogue**, à l'instar des autres opiacés. Cela revient à dire que nous prescrivons de la drogue, mais de façon légale : **elle n'est pas un médicament, au sens strict, et n'a pas par conséquent de vertu curative en elle-même. La méthadone n'est pas et ne sera jamais un traitement de la toxicomanie.** Elle permet simplement de transformer un héroïnomanie en "toxicomane légal" avec, certes, des bénéfices non négligeables tels "l'apaisement social" et le respect des consignes de prévention contre le sida. Ces acquis ne suffisent

pas, la personne demeure malade de la dépendance. Il ne s'agit donc pas d'un véritable traitement. Rappelons aussi au passage que, dans un autre domaine, tels les soins palliatifs, elle remplit à merveille sa fonction d'analgésique puissant, sans pour autant, évidemment, soigner la maladie !

En conclusion, la méthadone n'a strictement que **la valeur de l'accompagnement psycho-social qu'elle soutient.**

## Un parcours difficile

La demande de substitution est le fait de personnes héroïnomanes présentant une dépendance depuis plusieurs années. Elles ont généralement derrière elles un "itinéraire thérapeutique" déjà bien chargé : plusieurs tentatives de sevrages en ambulatoire ou en milieu hospitalier avec plus ou moins de succès temporaire, des mois ou des années de traitement en milieu stationnaire. Elles portent avec elles le poids des échecs thérapeutiques successifs et n'ont guère d'autre alternative que le choix, peut-être provisoire, de la reconnaissance du statut légal de personnes toxicomanes. Elles ont connu les rechutes, le rejet, l'abandon; elles vivent les pressions familiales si la rupture n'est pas encore consommée, les pressions sociales et judiciaires pour celles qui sont soumises à l'obligation d'un traitement. Bref, elles vivent ce que nous savons de la zone !

Pour une minorité, fort heureusement et nous l'espérons longtemps encore, la

demande peut émaner de plus jeunes dont la trajectoire n'est pas spectaculaire par la durée de la consommation, mais effrayante par la virulence et la vitesse des mécanismes d'autodestruction qui conduisent trop souvent à la mort. D'ailleurs, soit dit en passant, l'on retrouve pratiquement toujours en cours d'anamnèse de sérieux tentamen qui n'ont pas été ou qui n'ont pas pu être traités.

## Des réponses

Beaucoup moins que par le passé, nous avons à répondre à des demandes en urgence provoquées par le manque.

Si le cas se présente, jamais nous ne prescrivons de la méthadone lors d'une première rencontre. Nous y répondons par la prescription d'une médication appelée "médication de soulagement" que la personne pourra venir prendre sur place chaque jour, aussi longtemps qu'une décision de traitement n'a pas été prise.

Donner de la méthadone dans l'urgence signifierait mettre très fortement et en priorité l'accent sur le produit : nous savons que le traitement ne se définit pas par le produit utilisé mais par **la qualité de la prise en charge !**

Les premiers entretiens ont valeur d'anamnèse et permettent de mettre en évidence quelques composantes diagnostiques qui servent à mesurer le bien-fondé ou non de l'indication à la substitution. La décision de traitement avec ou sans substitution est prise lors de la consultation avec le médecin, consultation médicale préparée en équipe sur la base de la présentation de la situation du patient par

la personne qui a conduit les premiers entretiens. Au cours de la consultation médicale, s'il y a prescription de méthadone, le contrat de traitement, présenté préalablement, est précisé : les clauses essentielles sont déterminées par la demande même du patient qui s'est fixé des objectifs d'abstinence ou des objectifs plus modestes de diminution de sa consommation habituelle.

Dans les deux cas de figure, nous entrons en matière et les exigences thérapeutiques sont adaptées à la situation de la personne. Ces mêmes exigences restent en adéquation avec l'un de nos principes fondamentaux de la prise en charge : **la cohérence entre "ce qui se dit et ce qui se fait"**, entre la réflexion et l'action.

Entre parenthèses, plutôt qu'introduire la notion de bas seuil, nous optons pour celle de seuils différenciés et "d'aide à la vie" plutôt "qu'à la survie", tenant compte ainsi des conditions sociologiques de l'évolution de la toxicomanie dans notre région, différentes des grands centres urbains.

La durée du contrat n'a pas de limite.

Le dosage initial de méthadone est établi selon les objectifs définis plus haut : il est évident qu'une personne ne visant pas à l'abstinence bénéficie de moins de quantité de méthadone, ceci dans le souci d'éviter des surdoses. A l'issue de la consultation médicale, un deuxième temps est réservé à ce que nous appelons le "retour des consultations médicales" : nous prenons alors ensemble la décision de l'attribution d'un référent/accompagnant.

Dans certains cas particuliers, rares il est vrai, une indication à une psychothérapie

de soutien ou une psychothérapie d'inspiration analytique peut être posée.

## Quelques règles

Chaque patient bénéficie d'au moins un entretien par semaine avec son référent. Le traitement avec substitution impose un passage quotidien le matin ou le soir dans l'institution. La méthadone, distribuée sous forme de sirop, est bue sur place devant la personne qui la distribue. A l'exception du week-end, où elle est remise pour le samedi et dimanche.

Des contrôles d'urine réguliers, 1-2x par semaine sont effectués. Jusque-là, nous avons décidé de ne pas réaliser ces contrôles en regardant les gens uriner : afin de diminuer les tentatives de tricherie, nous préférons utiliser un traceur que nous ajoutons ou non dans le sirop distribué. Les contrôles d'urine ont pour fonction principale de vérifier, en cours de route, la cohérence du contrat thérapeutique, entre "ce qui a été dit et ce qui se fait". Ils permettent aussi d'éviter que la personne, en situation de rechute, ne se retrouve dans une solitude chargée de sentiments d'échec, de culpabilité et de honte. Lors des passages dans l'institution, les éventuelles manifestations de violence, les organisations de trafic ou les règlements de comptes ne sont pas admis.

Chaque période de distribution, surtout en fin de journée, moment de la plus forte affluence, est assumée par deux collaboratrices/teurs : l'un gère la distribution proprement dite et l'autre en assure le bon déroulement, dans la mesure du possible.

publicité

**2 institutions pour en sortir !**

**ALC O L I S M E**

**L'Estérelle** à Vevey  
au 021/921 84 83

**L'Arcadie** à Yverdon  
au 024/426 11 15

MIX & REMIX



## La réalité sociale

J'ai fait tout à l'heure la distinction entre deux dimensions qui définissent la prise en charge : celle de la réalité sociale et celle de la vie psychique. Généralement, nous veillons à ce que la priorité soit portée sur la première. Il n'est pas concevable, à moins d'encourir le risque de devenir le complice d'une péjoration de la situation, de se laisser "séduire" par des élans aux allures pseudo psychothérapeutiques ou plus simplement des attitudes séductrices dont la personne toxicomane détient la virtuosité. Il s'agit d'abord, et parfois en urgence, de regarder et de bien comprendre le contexte de sa réalité sociale : a-t-elle un gîte, un couvert, de quoi assurer financièrement le quotidien ? La plupart du temps, non. Sa désorganisation et ses dysfonctionnements sont à l'image de sa vie psychique. L'investissement possible d'un lieu de vie, d'un "chez soi", avec son nom sur la boîte à lettres, par exemple, favorise des mouvements de restructuration de la personnalité, dont les bénéfices apparaîtront plus tard. Miser sur la restructuration de la réalité quotidienne, c'est parier sur plus d'autonomie, plus de liberté et plus d'indépendance !

## Un travail en réseau

Cet accompagnement à caractère socio-éducatif doit se développer dans le respect de la personne et de ses particularités : il s'agit de ne pas perdre de vue la demande initiale, de tenir compte de la santé psychique et physique, de veiller à ce que nos exigences soient à la mesure des capacités de la personne. Lorsque c'est possible, le travail en réseau, surtout avec la famille, mais aussi les proches, augmente considérablement les espoirs d'une évolution vers un "mieux-être". De ce "mieux-être", souvent acquis par l'addition impressionnante de petites victoires au jour le jour, pourront émerger parfois des demandes plus spécifiquement thérapeutiques de compréhension sur l'élaboration des problèmes médico-sociaux, de la symptomatologie toxicomaniaque et, au mieux, de la problématique sous-jacente. La souffrance initiale est alors mise en évidence : les formes de pathologie vont de la dépression, installée bien avant la toxicomanie, à des troubles plus graves de la personnalité de type "borderline" ou plus franchement psychotiques. Souvent, une nouvelle consultation médicale permettra d'affiner le diagnos-

tic initial et de prescrire une médication complémentaire adaptée à la maladie psychique jusqu'alors "couverte" par la consommation d'héroïne. Dans certains cas, la maintenance se poursuit au long cours, aussi longtemps que nécessaire. Les objectifs restent alors modestes et se satisfont d'un équilibre, fragile certes, mais qui préserve les acquis d'un peu de confort sur les plans psychologique et social.

L'évaluation du suivi doit rester constante et permettre, si possible, d'éviter des formes de chronicisation de la problématique. Dans d'autres cas, la personne renonce en cours de route, pour des raisons diverses, à la méthadone. Cela ne signifie pas pour autant la fin du traitement : il se poursuit avec la médication qui est investie comme "le bon produit" qui lui convient. La reconnaissance de sa problématique sous-jacente, la possibilité de donner un nom à sa souffrance et de l'appivoiser recaleront la prise de méthadone au second plan. Elle perdra peu à peu de son importance et finira par disparaître.

Commence alors une autre histoire d'accompagnement... l'histoire d'une relation.

publicité

### Bulletin de commande

Je commande/  
nous commandons  
.....ex. de l'ouvrage

"Du travail et un logement pour  
les personnes évoluant dans le  
milieu des drogues illégales"  
au prix de Fr. 22.-

No. de commande 311.811.f

Nom: \_\_\_\_\_

Institution: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

NPA/Ville: \_\_\_\_\_

A retourner à l'OCFIM,  
case postale, 3000 Berne.  
Par fax: OCFIM, imprimés civils,  
031/322 39 75

## Du travail et un logement pour les personnes évoluant dans le monde des drogues illégales

Le nouveau manuel pour la mise sur  
pied de centres d'aide à la survie, publié  
par le Bureau de promotion Travail et  
logement sur mandat de l'Office fédéral  
de la santé publique (OFSP)

Arbeit und Wohnen für Menschen im Umfeld illegaler Drogen  
Travail et logement pour les personnes évoluant dans le monde des drogues illégales

Eine Promotionsstelle des Schweizerischen Arbeiterhilfswerks SAH  
Bureau de promotion de l'Œuvre Suisse d'Entraide Ouvrière OSEO



Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, BAG  
Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique, OFSP

Informations: Bureau de promotion Travail et logement, tél.: 026/347 15 75

# Une approche thérapeutique dans le traitement à la méthadone

*Dr Nelson Feldmann, Chef de clinique, Consultation Navigation, Division Abus de Substances, H.U.G. Genève*

*Plus de 1400 toxicomanes sont traités à la méthadone à Genève. Nombre de facteurs permettent d'observer une évolution favorable des patients. La Division Abus de Substances met à disposition des toxicomanes un éventail de possibilités de soins avec, aussi, l'acceptation que le chemin vers l'abstinence peut être long et émaillé d'échecs.*

Depuis 1993, la Division Abus de Substances a développé un programme thérapeutique de la dépendance à l'héroïne avec une prescription de méthadone à long terme. A l'heure actuelle, plus de 300 patients en cure de méthadone sont suivis dans les deux consultations : Navigation sur la rive droite et Rue Verte sur la rive gauche.

L'équipe pluridisciplinaire de chaque unité ambulatoire est composée d'un chef de clinique psychiatre, un chef de clinique interniste, trois assistants en psychiatrie, deux psychologues, deux assistants sociaux, cinq infirmiers et deux secrétaires.

## Indication

A Genève, le Médecin cantonal propose deux critères d'admission :

- une dépendance confirmée à l'héroïne
- un âge minimum de 18 ans.

Dans la pratique clinique, le traitement de cure avec la méthadone est indiqué aux patients ne se sentant pas prêts à un traitement visant l'abstinence dans le court terme, le plus souvent à la suite de tentatives échouées de désintoxication. Le traitement avec la méthadone s'impose comme choix au patient dépendant de l'héroïne en situation de précarité médico-psycho-sociale.

L'élargissement d'un traitement de substitution à Genève a favorisé l'accès aux soins d'un nombre très important de patients (actuellement plus de 1'400) et a diminué les risques médico-psycho-sociaux de cette population. Il a contribué à diminuer l'épidémie du sida parmi les toxicomanes par voie i.v. (1).

Les objectifs de notre programme thérapeutique avec la méthadone sont les suivants :

- attirer les patients toxicodépendants dans le réseau de soins
- retenir les patients en traitement
- diminuer les risques médico-psycho-sociaux
- améliorer l'autonomie des patients.

## Une philosophie

La méthadone est un opiacé à longue durée d'action qui, administrée par voie orale et à dosage suffisant, permet de supprimer les symptômes de manque aux opiacés sans entraîner d'euphorie ni de sédation, ce qui facilite la poursuite d'une activité professionnelle. Cette prescription de méthadone, administrée dans notre consultation, s'accompagne de toute une série d'interventions médicales, infirmières, sociales et psychothérapeutiques en fonction des besoins de chaque patient, contribuant à améliorer l'état de santé et la qualité de vie.

En effet, comme démontré par l'étude de Mc Lellan et d'autres auteurs (2 et 3), les efforts thérapeutiques déployés autour de cette prescription sont, en grande partie, responsables de l'efficacité du traitement. La littérature scientifique a signalé d'autres facteurs décisifs dans les résultats :

- un dosage correct et suffisant
- une durée de traitement suffisamment longue pour permettre des changements durables aux patients (4).

En effet, la complexité de la dépendance à l'héroïne se révèle par la fréquence des problèmes qui lui sont également asso-



ciés et dont je ne peux faire qu'une énumération sommaire :

- co-morbidité psychiatrique
- co-morbidité somatique (HIV, hépatite chronique, abcès, dommages physiques divers)
- ancienneté et gravité de la dépendance avec rechutes au cours du traitement
- ruptures affectives et professionnelles
- précarité et isolement social.

Bien que ces facteurs ne se présentent pas toujours ensemble, leur présence doit aider les thérapeutes et les patients à faire preuve de patience voire de modestie pour donner le temps nécessaire au traitement de cette problématique.

## Les conditions d'admission

L'admission doit être rapide pour favoriser l'accès aux soins, mais l'évaluation doit être approfondie afin de déterminer les problèmes et les besoins de chaque patient. Le médecin responsable et l'infirmier référent participent à cette évaluation qui sera complétée par l'assistant social (bilan social) et par un examen interniste (bilan somatique).

C'est en fonction des besoins du patient que seront définis, avec lui, les objectifs du traitement avec la méthadone et qui serviront de base à une planification à long terme. Un contrat thérapeutique est signé par le patient et les soignants, d'un commun accord, sur les objectifs du traitement ainsi que sur les règles et procédures du programme. Un bilan trimestriel entre le patient, son médecin, l'infirmier référent et l'assistant social est prévu afin d'évaluer les objectifs de la cure définis dans le contrat.

Dans la phase d'admission, l'équipe thérapeutique doit faire preuve de prudence et tenir compte des limites de chaque patient, évitant d'imposer des objectifs inatteignables ou étrangers au patient lui-même.

Chez le patient ayant une très longue trajectoire dans la toxicomanie, le principe des "petits pas" peut être tout à fait approprié dans un premier temps. La présence régulière dans le centre pour la prise de méthadone peut déjà constituer un objectif de soins très important.

## Le cadre thérapeutique

Le traitement avec la méthadone dans notre centre comporte :

- présence quotidienne pour la prise de traitement
- entretiens réguliers avec le médecin responsable et l'infirmier référent

- bilan social en début de cure, et suivi par l'assistant social selon les besoins du patient

- bilan somatique en début de traitement et suivi somatique suivant les besoins
- examens d'urine et/ou de salive au rythme d'une fois par semaine.

Dans un premier temps, le patient prend son traitement au centre, tous les jours ouvrables. Plus tard, la fréquence peut être assouplie en fonction de divers critères :

- stabilité clinique
- exigences professionnelles
- problèmes physiques empêchant des déplacements (invalidité due au sida, par ex.) Dans ce dernier cas, la collaboration avec le Service d'aide à domicile (SAS-COM) se révèle indispensable.

En plus de ce cadre thérapeutique de base, le patient peut bénéficier des prestations suivantes :

- suivi psychothérapeutique individuel
- entretiens de famille
- groupe hebdomadaire d'affirmation de soi et de prévention de la rechute
- groupe hebdomadaire pour parents toxicodépendants avec enfant(s) en bas âge
- soutien, orientation et accompagnement social par un assistant social du service
- hospitalisation en unité spécialisée en cas de crise psychosociale ou de polytoxicomanie (sevrages d'alcool, de benzodiazépines ou de cocaïne)
- prise en charge somatique, dépistage HIV et hépatites, bilans sanguins, soins curatifs (abcès), prévention de l'hépatite B et de la tuberculose (vaccinations), traitement du sida par le médecin interniste.

## Les interventions psychosociales

Elles concernent deux pôles : l'accompagnement social par l'assistant social et le suivi psychothérapeutique par le psychiatre et le psychologue.

Plusieurs auteurs ont signalé la prévalence élevée de troubles psychiatriques chez des patients dépendants aux opiacés (5) (6). Selon l'ECA, une étude épidémiologique américaine, les patients dépendants aux opiacés montrent un risque de troubles psychiatriques sept fois supérieur à la population générale. Parmi les facteurs de co-morbidité les plus représentés, il y a les troubles dépressifs, les troubles anxieux et ceux liés à l'alcool. Tenant compte de ces facteurs, les résultats thérapeutiques seront dépendants du traitement parallèle aux problèmes asso-

ciés à la toxicomanie. C'est dans ce sens que le traitement psychosocial peut se révéler crucial dans les cures de méthadone. Il en va de même en ce qui concerne les traitements de psychotropes qui peuvent accompagner la prescription de méthadone (antidépresseurs par ex.).

### a) Le travail social

L'intervention de l'assistant social se fait à deux niveaux :

- un bilan social en début de traitement, afin d'évaluer les problèmes sociaux et les besoins du patient
- un accompagnement et un suivi social tout au long de la cure.

La présence quotidienne du patient au centre favorise la prise de contact avec le travailleur social et le reste de l'équipe veille à la continuité de ce suivi.

Ce travail peut prendre différentes formes dont je vais faire ici une description sommaire :

- aider certains patients, non assurés, à s'inscrire à une assurance maladie
- aide au logement dans une situation de rupture familiale ou sociale, mais également dans la recherche d'un nouveau logement en vue d'améliorer les conditions de vie (démarches auprès des régies ou des logements sociaux de la ville). Parfois, des accompagnements sont faits pour aider les patients dans ces démarches
- aider certains patients à ré-établir des liens avec l'Hospice Général après une période de rupture de suivi
- participation de l'assistant social aux réunions de réseau du patient où sont convoqués les différents intervenants extérieurs concernés par la prise en charge (Hospice général, Tuteur Général, entourage familial, affectif) afin de définir les stratégies de soins pour une meilleure collaboration entre les partenaires
- une réunion périodique avec le patient pour discuter de son projet de vie et de sa situation sociale
- appui actif pour certains patients qui ont des projets de réinsertion, par exemple en faisant des accompagnements pour un premier contact au Centre d'orientation professionnelle ou à des ateliers spécialisés
- aide dans certaines démarches administratives qui représentent pour les patients de véritables "casse-têtes" (négociations de dettes, information sur les droits des patients, consultations juridiques extérieures)
- travail d'intégration de notre centre dans le quartier.

Dans le cas de patients ayant une très longue trajectoire dans la toxicomanie, n'ayant ni formation ni expérience professionnelle, les possibilités de réinsertion sociale sont très difficiles dans le contexte actuel. Cette réalité pousse un certain nombre de patients à se poser la question d'une demande d'Assurance Invalidité, en particulier quand cela s'associe à des troubles psychiatriques ou somatiques de longue date. Cette situation oblige les assistants sociaux à prendre position et à reconnaître les limites actuelles des projets de réinsertion dans certaines situations.

#### b) Le travail psychothérapeutique

Le travail psychothérapeutique, qu'il soit d'orientation psychanalytique ou cognitivo-comportementale, vise par deux approches différentes à changer les fonctionnements psychiques et les comportements des patients toxicomanes. (7)

Nous utilisons également l'approche groupale, selon le modèle cognitivo-comportemental, qui peut ouvrir l'accès au travail psychothérapeutique à des patients qui ne souhaitent pas entreprendre un travail individuel. Il permet de travailler des situations qui peuvent favoriser les rechutes et permettre au patient de prendre ses responsabilités et de ne pas se placer en position passive. Le travail psychothérapeutique constitue un espace thérapeutique à l'intérieur de la cure de méthadone où le patient peut aborder des questions qui lui posent problème, comme, par exemple, l'angoisse, l'impulsivité ou des points dont il n'a encore pu parler à aucun intervenant. Cet espace donne aussi au patient la possibilité de parler de sa relation avec la drogue et de la fonction qu'elle pouvait avoir pour lui. Un pourcentage important de patients en cure de méthadone entreprennent ce travail psychothérapeutique, preuve de leurs ressources pour passer du faire (dans la toxicomanie) au dire (dans la relation psychothérapeutique).

#### Programme "parents toxicomanes"

Un programme spécifique a été développé pour la prise en charge de mères toxicomanes.

La prise en charge, souvent à travers une cure de méthadone, permet un meilleur suivi de la grossesse avec l'aide à la stabilité familiale et sociale, à travers le soutien pour des démarches administratives.

Sur le plan psychologique, une thérapeute de l'équipe propose un suivi individuel, des entretiens de couple et de famille.

Un groupe "mère", animé par cette psychologue et une infirmière a été créé dans le but de réunir dans le réseau sanitaire le maximum de mères, de les aider à sortir de leur isolement, de faire naître des liens d'aide mutuelle et de parler de leurs expériences avec leur(s) enfant(s).

#### Quelques éléments d'analyse

Une étude du Dr Annie Mino et collaborateurs analyse le résultat d'un programme méthadone dans notre service sur 172 patients pendant deux ans. Il s'agit d'une étude observationnelle de type prospective (8).

La population étudiée est ainsi composée :

- prédominance masculine (77%)



Interfoto

*Le patient peut aborder des situations qui lui posent problème*

- âge moyen 28 ans
  - à l'admission, 65% avaient des gains légaux (travail, aide sociale, A.I., proches)
  - score positif de dépression à l'échelle de Beck chez 57% des patients
  - état de santé : 14% séropositifs HIV, 36% hépatite B, 58% hépatite C.
- A 6 mois de traitement, l'étude a montré une différence statistiquement significative sur les points suivants :
1. Réduction significative de la consommation d'héroïne.
  2. Diminution du nombre de patients présentant un score de dépression à l'échel-

Chez le patient ayant une très longue trajectoire dans la toxicomanie, le principe des petits pas peut être tout à fait approprié dans un premier temps



le de Beck.

3. Sur le plan social, une augmentation des gains légaux et une diminution des dettes financières.

A une année et à deux ans, les résultats ont confirmé ces mêmes tendances et des différences significatives pour ces points.

### La rétention en traitement

Un des objectifs de notre programme est la rétention en traitement afin de favoriser un traitement à long terme, facteur clé du pronostic.

D'après une étude du Dr Del Rio entre 1992 et 1994, le taux de rétention à une année était de 86% et sur deux ans de 76%. (9)

D'après l'étude récente du Dr Annie Mino, le taux de drop-out ou d'échec est de 21% sur 2 ans. Ce résultat confirme le bon taux de rétention relevé par le Dr Del Rio.

### Conclusions

Les programmes de méthadone avec accompagnements médicaux, infirmiers et psychosociaux associés constituent un des piliers essentiels aux dispositifs des soins aux toxicomanes en Suisse.

La qualité des interventions thérapeutiques à tous les niveaux contribue à l'amélioration des patients et en conséquence à de meilleurs résultats thérapeutiques.

A l'avenir, certains moyens plus spécifiques devraient être employés pour améliorer les programmes de méthadone :

- développer davantage les approches groupales et les groupes d'auto-support
- répondre mieux aux patientes femmes
- développer les approches pour les parents toxicomanes et leurs enfants
- développer les protocoles de traitement de la polytoxicomanie associée (cocaïne, alcool, benzodiazépines).

(1) HIRSCHEL B., MINO A., BROERS B., JUNET CHR., THOME F., PERRIN L. LE DECLIN D'UNE EPIDEMIE . LE VIH PARMIL LES TOXICOMANES A GENEVE, 1988 - 1994, La Presse Médicale, 1995, 24 N°24, pp. 1099 - 1102.

(2) Mc LELLAN A.T., ARNDT I., METZGER D.S., WOODY G.E., O'BRIEN C.P. THE EFFECTS OF PSYCHOSOCIAL SERVICES IN SUBSTANCE ABUSE TREATMENT, Jama, 1993, 269 : 15.

(3) BALL J.C., ROSS A., THE EFFECTIVENESS OF METHADONE MAINTENANCE TREATMENT. Springer-Verlag, New York, 1991.

(4) PARRINO M., TRAITEMENT A LA METHADONE, Manuel Américain, traduction Dr JUNET et FONDATION PHENIX, Editions Médecine et Hygiène, Genève 1994.

(5) REGIER D.A., FARMER M., RAE D., LOCKE B., KREITH S., JUDD L., GOODWIN F., COMORBIDITY OF MENTAL DISORDERS WITH ALCOHOL AND OTHER DRUG ABUSE, Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study, Jama,

1990, 246 : 2511-2518.

(6) MEYER R.E., HOW TO UNDERSTAND THE RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHOPATHOLOGY AND ADDICTIVE DISORDERS, IN PSYCHOPATHOLOGY AND ADDICTIVE DISORDERS, Guilford Press, Mew-York, 1986.

(7) CRITS C., SIQUELAND L., PSYCHOSOCIAL TREATMENT FOR DRUG ABUSE : SELECTED REVIEW AND RECOMMENDATIONS FOR NATIONAL HEALTH CARE, Archives of General Psychiatry, août 1996, vol. 53, N°8, p.749 - 756.

(8) MINO A., DUMONT P., BROERS B., BOUSQUET A., ANALYSE D'UN PROGRAMME PUBLIC DE METHADONE SUR DEUX ANS, Rapport, Division Abus de Substances, H.U.G. Genève, février 1997.

(9) DEL RIO M., RETENTION DES PATIENTS EN TRAITEMENT DE MAINTENANCE A LA METHADONE, Thèse N° 9. 467, Faculté de Médecine de l'Université de Genève, 1995.

### Pour en savoir plus :

HUGUENIN J., DOVINEAU G., LEMERCIER M., LA METHADONE, MODE D'EMPLOI, coll. Médecine et Société, Alain Schrotter ed., France, 1996.


METHADONE : RESULTATS, EVALUATION 1995 DE QUATRE PROGRAMMES MEDICO-PSYCHOSOCIAUX, Fondation Phénix, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, 1996.

MINO A., ARSEVER S., LES MENSONGES QUI TUENT LES DROGUES, Calman Levy, Paris, 1996.

BERTSCHY G., PRATIQUE DES TRAITEMENTS A LA METHADONE, Coll. Médecine et Psychothérapie, Ed. Masson, Paris, 1995.


publicité

BOIRE UN PETIT...



C'EST AGREABLE...


BOIRE UN PETIT...



C'EST DOUX...

**2 institutions pour en sortir !**

# ALCOOLISME



**L'Estérelle à Vevey**  
au 021/921 84 83

**L'Arcadie à Yverdon**  
au 024/426 11 15

MIX & REMIX

# La méthadone injectable: l'expérience fribourgeoise

*Dr Claude Uehlinger, Médecin-chef adjoint, responsable de l'unité spécialisée en toxicomanie, centre psycho-social de Fribourg*

## Le contexte

Le canton de Fribourg compte entre 500 et 700 toxicomanes. Plus de la moitié sont actuellement en traitement. La majorité d'entre eux bénéficie d'un programme de substitution, notamment dans l'Unité spécialisée en toxicomanie (UST), qui dépend du Centre psycho-social de Fribourg. C'est dans ce cadre que s'est principalement développée, à partir de la fin des années 70, la distribution de méthadone dans le canton. L'UST s'est considérablement développée. Depuis, elle a pris ses quartiers dans les mêmes locaux que ceux de la Fondation le Tremplin (qui offre les prestations sociales), et traite en moyenne 200 toxicomanes par mois. Une cinquantaine de patients sont suivis par des médecins praticiens et reçoivent, pour la plupart, un traitement de méthadone. Le Centre psycho-social de Bulle fait également partie du réseau thérapeutique, avec une quinzaine de sujets, également sous méthadone.

Ce rapide survol de la situation fribourgeoise montre à quel point la méthadone est ancrée dans les traditions thérapeutiques du canton. Celui-ci, en effet, s'est montré très libéral dans sa politique de substitution.

Au début des années 90, Fribourg a fait preuve d'un vif intérêt pour la participation au projet fédéral de distribution contrôlée d'opiacés dans le traitement de la toxicomanie. Les autorités sanitaires, les responsables du Tremplin et du Centre psycho-social ont alors manifesté leur souhait de voir s'établir une offre plus variée de prise en charge auprès des

patients, qui, manifestement, ne peuvent pas se stabiliser, par exemple dans un programme traditionnel de méthadone orale. De ce constat est née la ferme volonté de développer un programme supplémentaire dans le canton.

Il y avait alors un intérêt pour l'héroïne. Cependant, le contexte politique n'y était pas favorable. Finalement, c'est la méthadone sous forme injectable qui fut choisie. De la sorte, Fribourg fut le premier canton francophone à participer à ce projet fédéral de distribution d'opiacés. C'est en 1994 qu'a démarré le projet de méthadone injectable (PROMI) dans le canton. Les possibilités de recruter 50 patients, selon des critères rigoureux, comme cela est le cas dans des évaluations à vocation scientifique, étaient alors réunies. Trois ans plus tard, 29 patients avaient rejoint le projet et s'injectaient de la méthadone à l'UST.

## Une formule déjà ancienne

La forme injectable d'opiacés est un mode d'administration qui n'est pas récent. Annie Mino (1), au début des années 90, a publié une excellente analyse scientifique de la littérature sur la remise contrôlée d'héroïne ou de morphine, expertise rédigée à la demande de l'Office fédéral de la santé publique (1990). Elle a montré que plusieurs pays avaient, soit inscrit dans leurs traditions pharmacologiques, soit expérimenté les formes injectables dans le traitement des toxicomanes. C'est principalement en Grande Bretagne que, depuis de nombreuses années déjà, un grand nombre de toxicomanes bénéficie de la forme in-

table d'opiacés. C'est ainsi que certains ont bénéficié de l'héroïne et de la morphine, mais surtout de la méthadone injectable. Il semble que cette dernière remporte les faveurs des patients, qui, s'ils ont effectivement utilisé de l'héroïne ou de la morphine au début du traitement, se rabattent ensuite sur la méthadone injectable, ce traitement intraveineux devenant ainsi le plus répandu. Actuellement, les programmes de méthadone injectable, en Grande Bretagne, comptent environ 1'500 patients. Malheureusement, aucune approche scientifique précise n'a été opérée auprès des patients recevant cette forme de traitement. Il est dès lors difficile d'obtenir des informations consistantes sur ces traitements.

## Des questions de dosage

En ce qui concerne l'expérience fribourgeoise, pratiquement, le traitement par la méthadone injectable est soumis aux mêmes réglementations que le programme oral. Avant d'entrer dans le projet, tout patient est soumis à une batterie d'évaluations qui, en plus du recueil des données scientifiques, permet une évaluation et l'éventuelle indication d'un traitement avec de la méthadone. L'équipe pluridisciplinaire composée de médecins, d'infirmiers et d'assistants sociaux, insiste pour mettre en avant les objectifs des patients et de les rendre compatibles avec les contraintes du traitement sous forme injectable. En effet, l'expérience a montré que la population de toxicomanes la plus concernée par ce mode d'administration intraveineux était



formée de patients, certes désireux de se traiter, mais ayant manifestement des difficultés à se passer de la seringue et des stimuli qu'elle implique. Dès lors, une fois le patient admis dans le programme, les dosages sont comparables à ceux de la méthadone orale, et le traitement débute avec une prise de 30 mg de méthadone sous forme injectable. Par la suite, plusieurs critères, en particulier le confort du patient, vont permettre d'ajuster le dosage. Dans la plupart des cas, il se stabilise entre 70 et 90 mg de méthadone par jour.

Les variations de dosage entre sujets sont importantes. Si certains patients peuvent se contenter de 50 mg, d'autres utilisent jusqu'à 140 mg de méthadone quotidiennement. Cet écart important est justifié non seulement par la nécessité de maintenir un bien-être physique et psychique chez le patient, mais également par des considérations biologiques. C'est maintenant seulement que l'on se rend compte de leur importance. En effet, on sait que les processus de métabolisation de la méthadone fluctuent d'un sujet à l'autre. Nous effectuons actuellement des études en Suisse romande sur le métabolisme sanguin de la méthadone. Les caractéristiques spécifiques d'un groupe de patients ayant tendance à dégrader plus rapidement la méthadone au niveau du foie sont repérées. Les explications avancées jusqu'ici se réfèrent à des variations génétiques et à l'importance d'isoenzymes (cytochromes P 450) impliqués très significativement dans le métabolisme de la méthadone. Ces variations métaboliques interindividuelles amèneraient un éclairage supplémentaire sur les différences des dosages qui ont longtemps rendu perplexes, voire méfiants, les thérapeutes accompagnant les patients toxicomanes. Combien de fois n'a-t-on pas suspecté les sujets utilisant de très hauts dosages de méthadone de manipuler leur traitement!

Pour ce qui est de la fréquence des injections dans notre clinique, la moitié des patients s'administrent le traitement par voie injectable moins de quatre fois par

semaine. La tendance est à une diminution des fréquences hebdomadaires, avec la durée passée dans le projet. Toutefois, on s'est aussi aperçu que plusieurs patients s'injectent régulièrement la méthadone buvable emportée à la maison. L'espacement entre les injections est motivé par la détérioration du réseau veineux, fortement sollicité. Des réactions locales peuvent survenir chez certains patients, notamment de type allergique. Ces épisodes dermatologiques durent en général de quelques minutes à quelques heures. Il n'y a pas de différence significative quant au dosage de la population qui s'injecte rarement et celle qui s'injecte régulièrement la méthadone.

### Évaluations en cours

Les évaluations plus précises que nous avons recueillies ne sont pas encore accessibles. Elles le seront dans le rapport scientifique final qui sera remis aux autorités fédérales dans le courant de cette année. Néanmoins, plusieurs impressions se dégagent déjà de cette expérience fribourgeoise.

Il apparaît que cette forme de traitement conviendrait à certains patients, certes une minorité, dans le cadre d'un accompagnement pluridisciplinaire. Elle compléterait une offre qui doit être la plus large possible, car les patients qui prennent de la méthadone injectable sont certes ceux qui sont sévèrement atteints dans leur toxicomanie, mais souvent aussi porteurs d'une affection psychique, même si cela ne les empêche pas de se situer en dessous de la moyenne quant à la consommation parallèle de substances addictives.

A ce propos, nous avons constaté une diminution de 50% de la positivité des tests d'urine recherchant la présence de toxiques. La rétention dans le traitement est satisfaisante. Après deux ans de traitement, sur 29 personnes entrées dans ce traitement, seules 6 l'ont quitté. Relevons que trois personnes sont décédées, d'ailleurs sans rapport direct avec le produit ou sa voie d'administration.

Les évaluations des paramètres psychosociaux seraient comparables à celles que l'on trouve habituellement dans des thérapies de substitution à la méthadone orale. Ceci tant pour la stabilisation psychique, physique, que sociale. On relève que les conditions dans lesquelles est administrée la méthadone injectable sont très importantes. Tant l'accueil, l'accompagnement, que l'encadrement social lors de l'injection jouent un rôle dans le bien-être pendant et après l'administration de la substance. En ce qui nous concerne, malgré des contraintes horaires parfois pénibles, nous avons mis en place des cadres qui permettent à chacun de trouver le confort souhaité, l'atmosphère la plus détendue et la chaleur d'un contact thérapeutique propice au traitement. En raison de la préparation et du temps d'administration plus long, le contact entre patient et soignant est prolongé. Dans la plupart des cas, cela contribue à une amélioration globale de la prise en charge et à une meilleure qualité de la relation.

La méthadone injectable serait une possibilité thérapeutique valable dans le cadre d'une offre spécialisée multidisciplinaire. Elle aurait sa place aux côtés d'autres formes de substitution, comme la méthadone orale ou la Buprénorphine, pour autant que la voie intraveineuse puisse être panachée avec la forme orale, au gré des besoins des toxicomanes. La forme injectable de méthadone ne se caractérise pas par une plus grande efficacité, comparée à la forme orale, mais elle permet à certains toxicomanes, plus sévèrement atteints, de se stabiliser dans de meilleures conditions. Un programme de méthadone injectable requiert aussi un cadre approprié qui favorise à la fois le déroulement et les échanges avec l'équipe thérapeutique.

(1) Mino A., Analyse scientifique de la littérature sur la remise contrôlée d'héroïne ou de morphine. Expertise rédigée à la demande de l'Office fédéral de la santé publique. 1990.

# Méthadone: mais encore...

Jean-Dominique Michel, socio-anthropologue, Genève  
Sabrina Berreghis, épistémologue, Genève

*Les programmes de maintenance à la méthadone sont pratiqués depuis une trentaine d'années. S'ils constituent un outil essentiel dans la perspective d'une stratégie globale de traitement de la toxicodépendance, où ils s'avèrent aussi nécessaires qu'irremplaçables, ils n'ont - ou ne devraient avoir - qu'un champ d'application limité. Le recours massif à ces programmes décidé par les responsables des politiques médico-sociales au cours de ces dernières années a induit des conséquences que nous soulignerons dans cet article.*

## Un remplaçant efficace

La maintenance à la méthadone fut développée aux Etats-Unis, en 1964, par Dole et Nyswander. L'idée était de remplacer les opiacés illégaux par un dérivé synthétique qui, aux doses adéquates, n'induit ni euphorie ni altération marquée de l'état de conscience. La durée de l'effet de la méthadone (sa demi-vie est de six à huit fois supérieure à celle des opiacés) permet une prise quotidienne orale qui évite l'apparition de symptômes de manque. Le sujet substitué peut donc mener une vie libérée des contraintes d'avoir à chercher et à obtenir des substances illégales. Cette stabilisation l'autorise à reconstruire ou à consolider ses activités professionnelles et sociales. L'état de santé physique des patients s'améliore rapidement, souvent de façon spectaculaire. Les taux d'activités illicites baissent également dans des proportions appréciables (1).

Le développement de ces programmes fut décidé à grande échelle dans notre pays au cours des années '80 - '90, sous l'effet conjugué de deux contraintes: l'apparition de l'épidémie de sida, qui révéla la situation sanitaire dramatique dans laquelle se trouvait la population toxicodépendante, et la remarquable inefficacité des programmes d'abstinence que l'on imposait jusqu'alors à toute personne toxicodépendante cherchant de l'aide auprès du système de soins. S'imposa alors la nécessité de mettre en oeuvre une politique de "réduction des risques" par laquelle il s'agissait d'offrir à toute personne toxicodépendante inapte à cesser sa consommation les moyens

de sa survie. Les caractéristiques des traitements à la méthadone, dans cette optique, apparaissaient effectivement adéquates (2). Les résultats de cette politique, partout où elle fut appliquée, ne se firent pas attendre: les personnes toxicodépendantes se pressèrent aux portes des centres de traitement, la rétention dans le système de soins atteignit des niveaux remarquables, et l'état sanitaire et social des patients "stabilisés" s'améliora grandement.

Ces résultats positifs sont aujourd'hui fermement établis et, de fait, les traitements de substitution se sont imposés comme modalité thérapeutique majeure dans la plupart des pays occidentaux. Les remettre en cause semble dangereux. Les supprimer aurait des conséquences humaines et sociales considérables: cela reviendrait à renvoyer du jour au lendemain plusieurs milliers (pour la Suisse) de personnes toxicodépendantes à un mode de vie clandestin et à la consommation de produits illégaux. Les programmes de maintenance sont nécessaires aux personnes toxicodépendantes qui ne sont pas encore prêtes à mettre fin à leur abus de substance. Ils constituent un "espace de répit" entre le rétablissement durable et la dangerosité du mode de vie associé à la toxicomanie.

## Une seule et unique forme de l'addiction

Ceci clairement posé, nous pouvons sereinement nous intéresser aux limites de ces programmes. La principale de ces limites tient au fait que la substitution ne



constitue en aucun cas un traitement de la toxicodépendance : si elle traite quelque chose, c'est simplement les conditions générées par le cadre légal de la prohibition de l'usage de stupéfiant. Une personne sous méthadone passe d'un espace criminalisé à un espace médicalisé, de délinquant il devient patient - ce qui, à tout prendre, est déjà un progrès -, il n'en reste pas moins dans une réalité active de toxicodépendance. La réalité des faits à cet égard est impitoyable : les consommations compulsives de produits annexes, afin de potentialiser les effets de la méthadone, sont largement répandues et dominantes. Parmi celles-ci, l'usage de benzodiazépines est de loin celui qui a les conséquences les plus préoccupantes.

Il suffit pareillement de rappeler que l'alcoolisme est la principale cause de mortalité et de réduction de l'espérance de vie des patients en programmes de substitution (3) pour comprendre que ceux-ci ne mènent qu'à substituer un visage de la toxicodépendance à un autre. La nature de l'addiction est telle qu'il n'y a pas diverses formes de toxicodépendance, caractérisées par les produits utilisés, mais une seule et même réalité dysfonctionnelle, qui réside dans l'utilisation compulsive et immaîtrisée de substances affectant le comportement.

L'abus de substances, en tant que tel, est un phénomène polymorphe qui recouvre des réalités dissemblables. Le terme définit en fait un type de relation abusif aux substances psychotropes, un mode d'usage entraînant des conséquences négatives dans la vie de celui qui les consomme.

## Diverses causes

A ce titre, il convient d'être précis et nuancé. Il y a bien multiplicité des usages de produits psychotropes, dans la consommation modérée comme dans l'abus. Dans les faits, les cas de consommation non-problématiques intéressent peu les professionnels et les spécialistes : ceux qui s'y adonnent restent très largement à l'écart des systèmes de soins. Il se déroule un certain laps de temps avant qu'une personne, dont la consommation est devenue problématique, n'entreprene la démarche de demander de l'aide pour la première fois.

Même au sein de la population dite "toxicodépendante", on distingue une certaine hétérogénéité : tout abus de substances n'est pas forcément de l'addiction. Il en est avec les psychotropes illégaux

comme avec l'alcool : une consommation abusive d'alcool n'est pas forcément de l'alcoolisme. La distinction ne s'opère pas tant sur la quantité consommée que, nous le répétons, sur la typologie de la relation au produit (4).

Dans les comportements considérés comme toxicodépendants, on retrouve ainsi des cas de consommations abusives circonstancielles, dans lesquels des individus fragilisés affectivement par des événements de vie se tournent temporairement vers des ingestions exagérées de produits afin de calmer leurs souffrances. Une autre situation, difficile à quantifier pour des raisons de préjugé diagnostique (nous y reviendrons) est celle d'individus souffrant de psychopathologies sévères et se tournant vers les psychotropes dans un mouvement d'auto-médication. L'abus de substances constitue ici la "couche extérieure" du problème, une sorte de béquille pharmacologique que s'accorde la personne. Il semblerait d'ailleurs que la méthadone, au même titre que certains psychotropes illégaux, produise des effets positifs dans ce cas de figure et s'avère au moins aussi efficace que les substances habituellement utilisées dans les prescriptions psychiatriques (notamment les neuroleptiques). Enfin, nous avons les cas d'addiction véritable. Ceux-ci se caractérisent par un mode d'usage dysfonctionnel et chronique. Il existe encore certaines divergences sur la définition exacte de l'addiction. Néanmoins, le développement, au cours de ces dernières décennies, de la médecine de l'addiction, les recherches nosographiques et épidémiologiques en la matière, permettent d'avancer les caractéristiques suivantes. L'addiction est un trouble du comportement révélée par trois éléments décisifs :

- la compulsion, c'est-à-dire une nécessité impérieuse de répéter la prise de produits en dépit des conséquences
- l'obsession, c'est-à-dire que la prise de produits devient prioritaire dans l'économie psychique du sujet
- la perte de maîtrise, c'est-à-dire que la virulence de la consommation entraîne des conséquences graves dans la vie du sujet, notamment une perte progressive des compétences relationnelles et sociales (5).

Les causes de l'addiction sont aujourd'hui largement reconnues comme résultant d'un faisceau de facteurs. Des paramètres génétiques et neurobiologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux sont impliqués. Les espoirs de pouvoir identifier une cause unique recu-

lent à mesure qu'avance la recherche. Nous nous trouvons à l'évidence face à une pathologie complexe, qui présente d'importantes similarités avec d'autres désordres chroniques. Les chercheurs ont ainsi pu remarquer avec une certaine perplexité qu'on trouvait un isomorphisme étiologique et pronostique troublant entre l'addiction et des maladies telles le diabète, l'hypertension et l'arthrite (6). Le fait est qu'en l'état actuel de nos connaissances, hors de l'abstinence, il n'existe pas de traitement médical qui permette de mettre fin à l'addiction (7).

## Une vision systémique

L'autre faiblesse majeure des traitements de substitution tient au fait que l'évolution psychique des patients suit rarement le rythme des améliorations physique et sociale. La perdurance de la consommation, qu'il s'agisse des produits d'élection ou de produits de substitution, constitue à l'évidence un obstacle. On a ainsi pu déterminer que l'adjonction de séances individuelles de psychothérapie n'avait aucun effet sur l'état psychologique des patients et n'entraînait que peu de modifications dans le recours aux drogues illicites, l'intégration professionnelle et sociale ou encore le taux d'activités illégales. Le seul résultat positif est que le taux de rétention dans les programmes est amélioré (8). De fait, les programmes annexes psychosociaux mis en oeuvre dans les centres de maintenance donnent de piètres résultats. Les structures cognitives et comportementales dysfonctionnelles caractéristiques de la toxicodépendance se maintiennent allégrement au long de la substitution et ôtent toute chance de progrès véritable et durable au patient, quelle que soit par ailleurs sa bonne volonté.

Cette considération en entraîne une autre, aux conséquences thérapeutiques et politiques considérables. Les modèles traditionnels, issus essentiellement de la théorie psychodynamique, tendaient à voir toute toxicodépendance comme résultant de psychopathologies sous-jacentes. Cette croyance transparait notamment dans l'évaluation de ce que les psychiatres appellent "co-morbidité", c'est-à-dire, précisément, des troubles psychiatriques identifiables "coexistant", et "participant", si l'on peut dire, à la toxicodépendance. De nombreux spécialistes estiment ainsi que jusqu'à 80 % des personnes toxicodépendantes présenteraient des co-morbidités psychiatriques. Cette vision des choses fait l'impasse

d'une réalité observée depuis longtemps, à savoir que la toxicodépendance génère sa propre psychopathologie. C'est-à-dire qu'un individu toxicodépendant manifeste des comportements et des troubles de caractère similaires, mais non semblables, à ceux de certains désordres psychiques (9). Les récents développements de la médecine de l'addiction ont établi que *"la relation traditionnellement effectuée entre l'addiction et des troubles de caractère préexistants n'existe que dans un petit nombre de cas. L'addiction produit sa propre pathologie. Il n'y a tout simplement pas de profil psychiatrique de l'addiction."* (10)

S'il existe à l'évidence une dimension signifiante au fait qu'un individu se retrouve engagé dans un vécu d'addiction, celle-ci est à rechercher au moins autant dans la relation problématique que l'individu entretient avec son environnement que dans les déficiences de sa psyché. La toxicodépendance est toujours révélatrice de dysfonctionnements systémiques, particulièrement familiaux et sociaux, à l'intérieur desquels la personne toxicodépendante en vient à assumer le rôle de "patient désigné" (11). Cette fonction est repérable tant au sein de l'entourage proche que dans un cadre socio-culturel large. Imposer à l'individu un diagnostic psychiatrique supplémentaire ne constitue pas seulement une erreur de perspective : il s'agit d'un acte grave qui verrouille la problématique individuelle et escamote la question cruciale du contexte symbolique et interactionnel de son parcours.

Les causes de son désordre étant renvoyées à une nébuleuse floue de paramètres psychiques complexes, les perspectives de rétablissement apparaissent effectivement médiocres. La perception se développe alors qu'avant même que la cessation de la prise de produits puisse être envisagée, il est nécessaire que les conflits psychiques sous-jacents soient élaborés sinon résolus. Ces conflits n'étant jamais clairement identifiés, en tout cas pas d'une façon pragmatique apte à fournir au patient les moyens de son rétablissement, on l'enferme dans les faits dans une impuissance à mettre en place les conditions d'un changement de vie durable.

Il faut bien comprendre qu'une personne toxicodépendante désespérée par son vécu au point de demander de l'aide auprès d'un centre de traitement ne comprend plus ce qui lui arrive - c'est ce qu'ils nous en disent en tout cas. L'addiction n'est pas un choix libre et

volontaire de la personne : c'est une perte de contrôle progressive du comportement. Les besoins essentiels d'une personne toxicodépendante sont la reconnaissance des difficultés qu'elle vit, une définition claire du mal dont elle souffre et des perspectives réalistes et encourageantes de pouvoir modifier sa trajectoire de vie.

Le modèle psychiatrique courant, qui sous-tend la prescription de méthadone à grande échelle, est désespérant à chacun de ces égards. L'absence de résultats (moins de 3%) obtenus sur les sevrages n'incite guère à l'optimisme (13). Les éléments d'information cognitifs nécessaires à ce que la personne puisse mettre en perspective son vécu et l'élaborer sont absents. Enfin, l'identification claire et rationnelle des stratégies à mettre en oeuvre pour mettre fin à la toxicodépendance n'est pas énoncée. La reconnaissance des difficultés rencontrées par la personne va dans le sens de considérer

La substitution ne constitue en aucun cas un traitement de la toxicodépendance : si elle traite quelque chose, c'est simplement les conditions générées par le cadre légal de la prohibition de l'usage de stupéfiant



Interfoto

*Le corrolaire de cette vision des choses est une dédramatisation sociale de la thématique*

que le rétablissement - si rétablissement il doit y avoir - sera un parcours long et difficile, parsemé de rechutes. Que la complexité des psychopathologies auxquelles on attribue la responsabilité du désordre est telle que les objectifs thérapeutiques ne sauraient être que fort modestes.

Cette confusion aboutit à une attitude défaitiste quant aux possibilités de rétablissement. Lorsque l'on pose - et nous avons vu en quoi une telle assertion est aberrante - que l'abstinence ne saurait être accessible qu'à une infime minorité



de la population toxicodépendante, on construit une réalité qui établit, arbitrairement, la nécessité de la généralisation et de la banalisation des traitements de maintenance.

D'un point de vue anthropologique, on peut remarquer qu'aucune définition nosologique n'a de valeur absolue : la maladie, qu'elle soit physique ou mentale, est toujours définie à travers le prisme du système de croyances de la culture qui l'appréhende. Même les maladies infectieuses, attribuées généralement à un facteur causatif unique, sont vécues et décrites différemment d'une culture à l'autre. La définition collective d'une pathologie a en revanche des incidences nettes sur ceux qui en sont affligés. Maladie noble ou honteuse, statut socio-culturel du malade, ouverture ou fermeture face aux possibilités de rétablissement sont autant d'enjeux, indirects mais essentiels, de la modélisation nosologique.

### Un modèle multidimensionnel

Le modèle issu de la médecine de l'addiction adopte une approche fort différente de celle du modèle psychiatrique traditionnel. La recherche de paramètres psychopathologiques causatifs passe à l'arrière-plan. L'important est plutôt que le sujet soit rapidement informé de ce qu'il souffre d'une vulnérabilité particulière aux psychotropes caractérisée par la perte de maîtrise progressive de leur usage. L'abstinence, dans cette perspective, est considérée comme une nécessité pragmatique : toute perdurance de la consommation entraînant une perdurance de la pathologie, seul un arrêt définitif permet d'envisager une rémission. Nous pensons que l'efficacité du modèle thérapeutique issu de cette perspective tient à cette clarté fondamentale : l'important n'est pas un travail préalable sur des causes hypothétiques, mais la mise en oeuvre de stratégies concrètes dans le sens de l'établissement d'un nouveau mode de vie. Ce mouvement implique le développement de compétences comportementales, affectives, cognitives et spirituelles.

Ce second modèle a ouvert de nouvelles perspectives dans le traitement de la toxicodépendance : d'abord, et c'est assurément le principal, parce que son application est tout simplement celle qui donne les meilleurs résultats. Les rapports d'évaluation des différentes modalités de

traitement indiquent avec constance que les centres travaillant sur cette base (modèle "multidimensionnel", encore appelé "modèle du Minnesota") obtiennent des taux de réussite sur les sevrages oscillant entre 40 et 50 % sur deux ans. C'est-à-dire que sur cent patients admis, deux ans plus tard, 40 à 50 sont pleinement abstinents et ont retrouvé une qualité de vie appréciable (12). Cet avantage pragmatique pourrait suffire.

Il en est d'autres. Nous pensons ainsi que la déculpabilisation de la personne toxicodépendante induite par ce modèle est précieuse : l'individu n'est plus considéré comme un cas psychiatrique ou moralement déficient mais comme souffrant d'une pathologie, au même titre que n'importe quelle personne atteinte dans sa santé. Il est responsabilisé dans la prise en charge de son rétablissement, non dans le fait qu'il est atteint d'une maladie.

Le corollaire de cette vision des choses est une dédramatisation sociale de la thématique. L'incompréhension de la nature du désordre est un paramètre déterminant dans la construction de représentations sociales négatives autour du vécu de l'addiction. L'important est d'introduire dans les mentalités que des ressources individuelles et collectives existent qui permettent d'y répondre.

### Solution ou problème

Tout ceci éclaire le glissement auquel on peut assister en ce qui concerne les programmes de maintenance à la méthadone : d'espace de répit, ils ont tendance à devenir impasse. De solution, ils risquent de devenir problème.

On peine à comprendre par quel mystère une méthode qui marche est ainsi écartée au profit de méthodes qui ne marchent pas. C'est pourtant le cas dans notre pays où, à notre connaissance, aucun centre de prescription de méthadone n'a adjoint à ses services un module de préparation au rétablissement basé sur le modèle "multidimensionnel".

On se retrouve donc dans cette situation absurde où le recours à la méthadone est justifié par l'absence de résultats des sevrages - les centres de traitement proposant les deux taquent les 0% de réussite sur les sevrages - alors même que l'on s'abstient d'appliquer les méthodes qui donnent des résultats. La conclusion logiquement inférée est que le rétablissement est un objectif quasiment inatteignable. Singulière quadrature du cercle

qui a pour conséquence d'enfermer les patients toxicodépendants dans une "camisole chimique" à long terme qui, tout en améliorant quelque peu leur situation, ne résout rien.

### Un long processus

La nécessité d'associer programmes de maintenance et programmes d'abstinence est pourtant à peu près universellement reconnue. La "Bible" des cures de substitution, traduite par la fondation Phoenix, insiste lourdement sur le fait que les programmes de maintenance ne prennent leur sens qu'en tant qu'étape intermédiaire sur la voie d'un rétablissement durable (1). Dans cette perspective, la méthadone révèle toute son utilité, en ce qu'elle permet effectivement de "stabiliser" des personnes qui ne sont pas encore prêtes à franchir le pas de l'abstinence. L'expérience a montré que celle-ci ne peut être imposée de l'extérieur. La décision de changer radicalement d'histoire de vie se fait à l'issue d'un long processus de maturation, qui peut cependant être encouragé et soutenu. Dans un contexte de prohibition, les cures de substitution semblent bien être l'espace idéal pour que la personne puisse élaborer librement cette décision.

C'est de toute manière la revendication principale des personnes toxicodépendantes elles-mêmes : le vécu de la méthadone n'est ni un vécu agréable, ni un vécu heureux (2). L'interpellation est vivace, et il serait temps qu'on y réponde. Il devient urgent d'offrir à ceux et celles qui le désirent et qui le demandent la possibilité d'accéder à un rétablissement durable. S'il est temps de "laïciser" la problématique, il est également temps de la "pragmatiser". Une personne toxicodépendante désireuse de s'engager sur la voie du rétablissement durable a de bonnes perspectives d'y arriver, pour autant qu'on lui fournisse l'aide adéquate. Dans ce trajet, certains auront à passer par la méthadone. Celle-ci ne constitue pas, à un niveau individuel, une solution au problème de la toxicodépendance. Elle n'en est guère que l'antichambre.

(1) Parrino M.W. & al., Traitement à la méthadone, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, 1994.

(2) Mino A. & Arsever S., J'accuse les mensonges qui tuent les drogués, Calmann-Lévy, Paris, 1996.

(3) Barthwell A. & Gastfriend D., Traitement de la polytoxicomanie, in Parrino & al., op.cit.

(4) American Psychiatric Association, Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders : Alcohol, Cocaine, Opioids, Am J Psychiatry 152:11, 1995.

(5) Seymour R. & Smith D.E., Guide to Psychoactive Drugs, Harrington Park Press, New York, 1987. Dit autrement, c'est aussi l'approche diagnostique adoptée par la psychiatrie depuis le DSM-III. Sur cette question, cf. Wilson M., DSM-III and the Transformation of American Psychiatry : A History, Am J Psychiatry 150:3, 1993.

(6) O'Brien C.P. & Mc Lellan A.T., Myths about the treatment of addiction, Lancet, 1996 ; 347.

(7) Smith D.E., Wesson D.R. & Tusek D.J., Treating Opiate Dependency, Hazelden, 1989.

(8) Rounsaville B.J. & Carroll K.M., Individual Psychotherapy for Drug Abusers. In : Lowinson, Ruiz & Millman eds., Substance Abuse, a Comprehensive Textbook, Williams & Wilkins, Baltimore, 2ème éd., 1992.

(9) Mirin S.R., Meyer R.E & Mc Namme B., Psychopathology and mood duration in heroin use : acute and chronic effects. Arch Gen Psychiatry 1980, 33.

(10) Seymour R. & Smith D.E., op.cit, p 141.

(11) Kaufman E. & Kaufman P. éd., Family therapy of drug and alcohol abuse, Gardner Press, New York, 1979.

(12) Hoffmann N. & Harrison P., CATOR 1986 report : findings two years after treatment, St Paul, MN : CATOR, 1986.

Community Works, Evaluating the California Drug & Alcohol Treatment Assessment (CALDATA), 1995. La "Villa Flora", en Valais, travaillant sur la base du modèle multi-dimensionnel, obtient les mêmes résultats.

(13) Seivewright N. & Greenwod J., What is important in drug misuse treatment ?, Lancet 1996 ; 347.

publicité

# d é p e n d a n c e s

La revue "Dépendances" s'adresse à toute personne intéressée au champ des toxicomanies légales et illégales. Elle paraît trois fois l'an et traite de ces questions sous les angles social, politique, de prise en charge, de prévention, de réduction des risques.

Abonnement 45,- frs par an

## Thème traité :

Ecstasy: phénomène de mode ou danger pour la jeunesse?

## Prochain thème:

numéro 2 : Traitement des personnes alcooliques: quels résultats?

## A consommer sans modération!

Exemplaire gratuit sur demande à "Dépendances", case postale 870, 1001 Lausanne, tél. 021/321 29 85, fax 021/321 29 40

Editée par:



Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies



Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies



## MANIFESTATIONS

### Approche méthodologique de l'évaluation des actions de prévention

J-P. Gervasoni, D. Cordonier  
Mardi 3 juin, 9h - 17h

*Renseignements et inscription:*  
GREAT/ARIA, case postale 20,  
1401 Yverdon-les-Bains, 024/426 34 34

### Animation et gestion des groupes institutionnels

J. Henriod, A. Matthey  
Lundi 8 septembre de 9h à 17h.  
29 sept. - 27 oct. - 10 nov. - 24 nov. -  
15 déc. de 14h à 17h

*Renseignements et inscription:*  
GREAT/ARIA, case postale 20,  
1401 Yverdon-les-Bains, 024/426 34 34

### Modèle d'introduction à l'intervention dans le domaine des dépendances

Jeudi et vendredi 11 et 12 septembre  
de 9h à 17h

*Renseignements et inscription:*  
GREAT/ARIA, case postale 20,  
1401 Yverdon-les-Bains, 024/426 34 34

### Marketing social, relations publiques, communication

Albert-Luc Haering  
Jeudi et vendredi 25-26 septembre  
de 9h à 17h

*Renseignements et inscription:*  
GREAT/ARIA, case postale 20,  
1401 Yverdon-les-Bains, 024/426 34 34

### L'entretien motivationnel

Dr C. Davidson  
Jeudi 9 octobre de 14h à 19h

*Renseignements et inscription:*  
GREAT/ARIA, case postale 20,  
1401 Yverdon-les-Bains, 024/426 34 34

### La prévention de la rechute

F. Bourrit  
Jeudi 23 octobre de 14h à 19h

*Renseignements et inscription:*  
GREAT/ARIA, case postale 20,  
1401 Yverdon-les-Bains, 024/426 34 34

### Relation d'aide et conduite d'entretiens

J. Zufferey, A. Matthey, F. Neu  
Jeudi 6 et vendredi 7 novembre  
de 9h à 17h

*Renseignements et inscription:*  
GREAT/ARIA, case postale 20,  
1401 Yverdon-les-Bains, 024/426 34 34

### Addictions, exclusion et intégration sociale

Jeudi 20 novembre de 9h à 17h

*Renseignements et inscription:*  
GREAT/ARIA, case postale 20,  
1401 Yverdon-les-Bains, 024/426 34 34

### 3rd European methadone and other substitution treatments conference

together with  
**Regional meeting of Central and Eastern european countries on treatment programmes**

with emphasis on  
**Outreach and open community approach**

17 - 20 september 1997  
Congress centre "Cankarjev dom"  
Ljubljana, Slovenia

*Inscription :*  
Dr Andrej Kastelic, psychiatric Clinic  
Ljubljana  
Department for Mental Health,  
Zaloska 29, SI-1000 Ljubljana, Slovenia  
tél. +386 61 142 13 50, 140 20 30  
fax +386 61 140 21 58  
E-mail: andrej.kastelic@guest.arnes.si  
Internet:  
<http://www.sigov.si/MZ/inddrog2.htm>  
ou  
<http://www.cc.si/congress/addiction>

## BREVES

### Moins de victimes de la drogue par overdoses en 1996

"Seules" un peu plus de 300 victimes de la drogue en 1996. Ce sont les statistiques officielles de la police. L'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, ISPA, signale, lui, que le nombre de victimes de la drogue est nettement supérieur. En effet, les calculs de l'ISPA font supposer que le nombre des victimes de la drogue se situe très vraisemblablement entre 600 et 800 par année. Il faut ajouter aux overdoses environ 300 victimes du sida qui se sont infectées en consommant de la drogue par injection intraveineuse. Le nombre de morts augmente aussi en raison des hépatites et autres infections ainsi que des accidents provoqués sous influence de la drogue.

Notons que les décès surviennent en particulier dans la classe d'âge des 25 à 44 ans et que la consommation de drogues illégales doit être comptée parmi les causes de décès les plus importantes de cette tranche d'âge (*ISPA/info fév. 97*).

### Avez-vous du feu ?

L'ISPA propose une augmentation de l'impôt sur les cigarettes afin d'obtenir une politique du contrôle du tabac plus stricte. Des études ont en effet montré qu'une hausse de l'impôt sur le tabac en réduit sa consommation.

Une enquête téléphonique réalisée à la demande de l'ISPA auprès d'hommes et de femmes âgés de 15 à 74 ans dans les trois régions linguistiques de la Suisse montre que la majorité de la population suisse est favorable à un impôt plus élevé sur les cigarettes visant à dissuader les gens de fumer. Seuls 39% se sont déclarés opposés à une telle mesure. Les femmes sont plus nombreuses (60%) à accepter cette augmentation ainsi que les jeunes adultes conscients de leur santé; nos concitoyennes et concitoyens âgés sont aussi majoritairement pour une telle augmentation (*ISPA/info fév. 97*).