

ABSTINENCE ET SUBSTITUTION

> Marc Reisinger, Psychiatre¹.

On a souvent opposé abstinence et substitution. Marc Reisinger, l'un des premiers promoteurs des traitements de substitution de la dépendance à l'héroïne, démontre que d'un point de vue théorique, la polémique n'a pas lieu d'être. Par définition, le traitement est toujours « de substitution ». En revanche, la pratique donne à voir une claire et franche opposition, celle des résultats obtenus. Et au psychiatre de s'insurger contre les praticiens ou les Etats qui, aveuglés par leurs préjugés, défendent encore l'interdiction ou le rationnement des médicaments de substitution.

« A l'instant même où la gorgée mêlée des miettes du gâteau toucha mon palais, je tressaillis, attentif à ce qui se passait d'extraordinaire en moi. »

(Proust, Du côté de chez Swann)

On considère généralement qu'il existe deux types de traitement de la dépendance à l'héroïne : le « traitement de sevrage » et le « traitement de substitution ». Pour des raisons idéologiques sur lesquelles nous reviendrons plus tard, il existe une polémique « pour ou contre » le traitement de substitution. Je ne m'engagerai pas dans cette polémique. Je tenterai plutôt de montrer qu'elle manque d'intérêt, car il n'existe pas de traitement autre que « de substitution ».

La dépendance à l'héroïne – nécessité d'en consommer tous les jours – s'installe, après une période plus ou moins longue d'usage occasionnel. Cette dépendance est double. Dépendance au produit, qui entraîne un malaise physique et psychique en cas de manque. Dé-

pendance au mode de vie qui permet de se procurer la drogue. Cette double dépendance ouvre la voie à une double stratégie de traitement. Dans la première on agit sur le produit, dans la seconde sur le mode de vie. Dans les deux cas, il s'agit de substitution : soit on substitue un produit à un autre, soit on substitue un milieu à un autre. Le médicament de substitution (méthadone ou buprénorphine) supprime immédiatement le besoin d'héroïne sans supprimer l'accès à celle-ci. Le milieu de substitution supprime l'accès à l'héroïne sans en supprimer immédiatement le besoin. Ces deux stratégies sont théoriquement équivalentes. Qu'en est-il au point de vue pratique ?

Impact global

Toutes les études publiées concordent sur le fait qu'au maximum 10% des héroïnomanes dépendants sont prêts (« motivés ») à entreprendre un traitement de sevrage en milieu hospitalier suivi d'un séjour dans un centre de postcure. Ce séjour complémentaire est indis-

¹ Vice-président d'EUROPAD (Association Européenne de Traitement de la Dépendance aux Opiacés). Auteur du premier article mondial sur le traitement des héroïnomanes à l'aide de buprénorphine (1985). Co-président de la Conférence de Consensus sur les traitements de substitution en 1994. Consultant pour le développement de traitements de substitution en Europe Centrale (1996-2001). Auteur de : *Arrêter l'héroïne*, Ed. Complexe 1990; *Lacan l'insondable*, Editions du Seuil (1991); *Les traitements de substitution à la drogue*, Fondation Roi Baudouin (1993); *AIDS and Drug Addiction in the European Community* (Ed.), European Monitoring Centre for drugs and Drug Addiction (1993).

pensable pour étayer les résultats de la cure de sevrage. Le taux de rechute chez les patients qui retournent dans leur milieu dès la fin du sevrage en milieu hospitalier est proche de 100%. Les recherches concordent aussi sur le fait qu'un maximum de 30% des patients qui entrent en post-cure y restent pour une période significative de l'ordre de six mois à un an. La proportion de patients qui poursuivent le traitement en milieu de substitution pendant un an est donc de l'ordre de 10% des 30%, soit 3%. J'ai retenu volontairement des chiffres optimistes de 10% de « taux de recrutement » et de 30% de « taux de rétention » en traitement, afin de ne pas défavoriser quantitativement les traitements de sevrage dans leur comparaison avec les médicaments de substitution.

Les recherches montrent que lorsqu'ils sont disponibles et accessibles, les traitements par médicaments de substitution recrutent jusqu'à 70% des héroïnomanes dépendants et que la rétention en traitement de ces patients après un an est généralement supérieure à 70%. La proportion de patients qui restent en traitement de substitution après un an est donc de près de 50%. La stratégie du « milieu de substitution » permet donc d'avoir un impact sur 3% des héroïnomanes, tandis que la stratégie du « médicament de substitution » peut atteindre 50% des héroïnomanes.

Syndrome de sevrage réflexe

En vérité, le déséquilibre quantitatif entre les deux méthodes de traitement est encore plus important, en raison de la fréquence des rechutes. Ces rechutes ont des conséquences plus dramatiques et parfois fatales pour les patients qui ont suivi un traitement de sevrage. N'étant plus accoutumés aux opiacés, ils risquent de faire une overdose, ou de redevenir dépendants de l'héroïne. Ces rechutes doivent donc être comptabilisées comme des échecs du traitement de sevrage. Par contre, les rechutes sont plus faciles à résorber dans le cadre des traitements par médicaments de substitution, car l'organisme des patients n'est pas désaccoutumé des opiacés. Ils risquent donc moins d'overdoses,

et les rechutes peuvent être plus ponctuelles, avec moins de risque d'entrer dans une nouvelle phase de dépendance à l'héroïne.

Le caractère inéluctable des rechutes (reprises d'héroïne) dans la trajectoire des héroïnomanes est lié à une particularité de la dépendance à l'héroïne, découlant elle-même d'une caractéristique générale du psychisme, évoquée par Proust dans le célèbre épisode de la madeleine cité plus haut, où le goût d'un biscuit trempé dans le thé ranime un pan entier d'existence oubliée.

Tout comme le goût de la madeleine, une perception quelconque liée au souvenir de l'héroïne est capable de précipiter un état de manque, qui se traduit par des symptômes psychiques autant que physiques (dilatation des pupilles, chair de poule), même chez un héroïnomanes sevré depuis des mois ou des années. Les toxicomanes ressentent fréquemment cet état dès qu'ils sortent de prison ou de post-cure et retournent dans leur environnement habituel. Ce « syndrome de sevrage différé ou réflexe », ressenti avec autant de force que lorsqu'ils étaient dépendants, les amène à s'injecter une dose d'héroïne à laquelle ils étaient accoutumés auparavant et à décéder par overdose. Le fait qu'ils meurent « guéris » (de leur dépendance à l'héroïne) ne réjouira personne. Les patients qui prennent des médicaments de substitution sont moins sujets au choc du « réflexe de sevrage » car ils restent au sein de leur milieu de vie habituel, où le temps permet à ces réflexes de sevrage de s'éteindre progressivement.

Le phénomène de « réflexe de sevrage » et les rechutes qu'il entraîne expliquent pourquoi la dépendance à l'héroïne doit être considérée comme une affection chronique récidivante, nécessitant un traitement chronique de durée indéterminée - au même titre que le diabète secondaire, l'asthme, etc. Les traitements de substitution ne sont pas pour autant des traitements à vie, mais ils ne peuvent pas être interrompus avant d'avoir atteint certaines étapes. La première est la prescription d'une dose adéquate de médicament de substitution.



Cette dose est différente pour chaque patient et elle varie dans le temps, en fonction des circonstances. Elle peut être déterminée par la réalisation de quatre objectifs :

- 1 arrêt de l'usage quotidien d'héroïne ;
- 2 arrêt de l'abus éventuel d'alcool et de tranquillisants ;
- 3 disparition des envies spontanées d'héroïne (y compris en rêve) ;
- 4 capacité de résister à la « tentation », c'est-à-dire à une offre d'héroïne.

Lorsque ces quatre objectifs sont atteints – et seulement s'ils le sont – les doses de médicaments pourront être réduites, à condition de procéder très lentement, de manière imperceptible afin de ne pas déclencher d'anxiété susceptible de provoquer un réflexe de manque. Selon ma propre expérience, l'ensemble du processus dure de cinq à vingt ans².

Il est important également que la diminution des doses ait lieu à la demande des patients et non des soignants. Ces derniers doivent, au contraire, résister aux demandes de diminution de traitement trop précoces, lorsque les quatre objectifs mentionnés ci-dessus ne sont pas atteints. La position paradoxale du soignant qui résiste à la demande de diminution des médicaments renforce également la motivation du patient à diminuer.

La place relative des traitements

Pour en revenir à l'aspect « quantitatif » des traitements de substitution, il est important de prendre conscience du fait que la consommation d'héroïne, comme celle de tout autre bien, résulte d'un rapport entre l'offre et la demande. Dans une société mondialisée, la production d'héroïne ne peut manquer d'atteindre les consommateurs potentiels où qu'ils se trouvent, et tant que ces consommateurs existeront, la production sera assurée, quels que soient les programmes d'éradication de la culture d'opium. Ce marché s'est mondialisé après la fin de la deuxième guerre mondiale, en commençant par les Etats-Unis dans les années 1950, pour atteindre l'Europe occidentale au début des années 1970 puis l'Europe centrale et orientale depuis 1990.

La consommation d'héroïne a tendance à croître « spontanément » en raison du caractère fortement addictif de l'héroïne et de la nécessité pour les consommateurs de « dealer » à petite échelle. Chaque usager tend à revendre une partie de l'héroïne qu'il achète afin de financer sa propre consommation, d'où un phénomène de « boule de neige ». Tant que la société ne crée pas un phénomène de boule de neige inverse, « l'épidémie » d'héroïne progresse inéluctablement.

C'est pourquoi il est important de tenir compte de l'impact quantitatif des différents types de traitements. Par ailleurs, le coût des traitements en « milieu de substitution » est beaucoup plus élevé que le traitement par médicaments de substitution et dépasse les capacités budgétaires de nos Etats. Le traitement par les médicaments de substitution est extrêmement peu coûteux puisque les médicaments ne sont pas chers et qu'ils ne nécessitent aucune infrastructure particulière – le traitement étant essentiellement assuré par des médecins généralistes.

Dans un rapport rédigé pour la Ministre de la

2 Reisinger, M., « Comment terminer un traitement aux agonistes opiacés ? » Premier colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes. Montréal, Octobre 2008.

Santé publique rédigé en 1993, je recommandais la multiplication par dix de la capacité de traitement à la méthadone en Belgique³, recommandation suivie par la Conférence de Consensus sur la méthadone en 1994. Ceci a pu être réalisé rapidement en organisant la prise en charge des héroïnomanes par l'ensemble du corps médical. Actuellement, plusieurs centaines de médecins (généralistes ou psychiatres) prescrivent de la méthadone ou de la buprénorphine (Subutex ou Suboxone) à cinq à dix mille patients.

Les traitements en milieu de substitution sont-ils encore nécessaires ? Je laisse aux praticiens de ces traitements le soin de développer les raisons pour lesquelles ils restent utiles, car ils sont plus compétents que moi pour le faire. Personnellement, je n'en contesterai pas l'utilité, car j'ai rencontré des patients guéris ou aidés par cette voie. Par contre, je m'insurge contre le monopole auquel prétendent parfois ces traitements, en tentant de disqualifier les médicaments de substitution. Le célèbre Professeur Olievenstein a défendu pendant toute sa vie la « ligne Maginot » censée protéger la France contre les médicaments de substitution, au prix d'innombrables vies de toxicomanes, et sans plus d'efficacité que la véritable ligne Maginot. Une autre métaphore utilisée par cette ancienne gloire était de refuser que les toxicomanes « vivent à genoux » dans la dépendance aux médicaments de substitution, sous-entendant qu'il préférerait les voir « mourir debout ». Dans la même ligne d'idée, le psychanalyste Hugo Freda refusait « toute complicité » avec les médicaments de substitution, même s'ils réduisent les risques d'infection HIV. Ce type de critique, qui prétend à une supériorité qualitative ou éthique des traitements de sevrage, relèvent du corporatisme et sont sous-tendues par des préjugés.

Préjugés

Le premier préjugé fréquent est que les héroïnomanes mènent une vie de plaisir pour la-

quelle ils doivent être punis ou « réhabilités », sans quoi ils retomberont toujours dans leur vice. En vérité, au bout d'un certain nombre de mois ou d'années de dépendance à l'héroïne, la souffrance l'emporte sur le plaisir et les héroïnomanes aspirent à mener une vie normale.

Deuxième préjugé ou malentendu : les médicaments de substitution prolongent le plaisir de la dépendance ; ils ne peuvent donc pas aider à retrouver une vie équilibrée. Ce raisonnement néglige un fait fondamental : les médicaments de substitution (méthadone ou buprénorphine) n'induisent pas d'euphorie. Dès le premier jour de traitement, avec un dosage adéquat, le patient se trouve dans un état psychique normal qui lui permet de réinvestir toutes les activités qu'il souhaite.

Une troisième idée fautive souvent entendue, est qu'en rendant la sortie de la dépendance à l'héroïne aisée, on risque d'encourager des jeunes à y entrer. Ce fantasme n'est confirmé par aucune observation et néglige le fait que la transformation des toxicomanes en patients leur enlève l'aura susceptible de fasciner des adolescents. Ces préjugés, qui régnaient en Belgique jusqu'au début des années 1990, restent à la base des systèmes de soins dans de nombreux pays où les médicaments de substitution sont soit interdits (comme en Russie), soit largement sous-utilisés (comme en Norvège, en Suède ou en Grèce, par exemple).

Pour conclure, je pense qu'il n'existe pas d'opposition entre « abstinence » et « substitution », mais une complémentarité nécessaire, tenant compte des caractéristiques propres de chaque type de traitement, sans chercher à imposer l'un ou l'autre. Il en va de la liberté des patients, des soignants et de la société toute entière. A chaque société de consacrer au mieux les ressources dont elle dispose pour résoudre les problèmes psychologiques et sociaux engendrés par les toxicomanies, sur base d'une évaluation scientifique internationale de l'efficacité des traitements. ■

3 De Ruyver, B., Van Bouchaute, J., Reisinger, M., Les traitements de substitution à la drogue, Fondation Roi Baudouin, 1993, pp 43-66.