

Le traitement de substitution: une approche systémique

Marc Reisinger

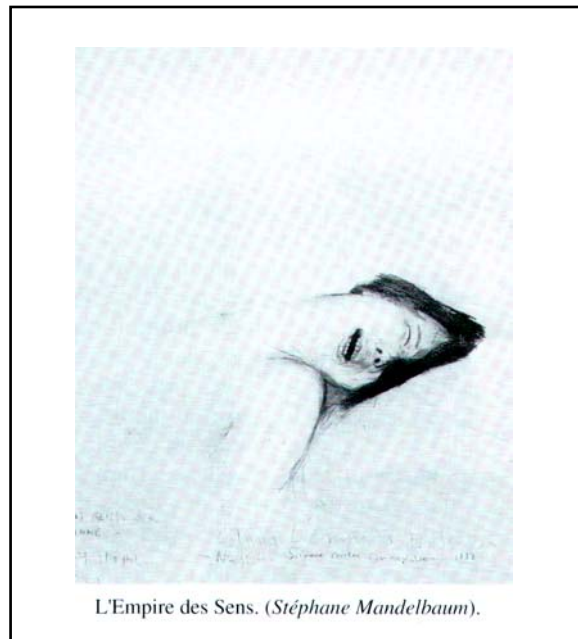
Le traitement de substitution tient compte de l'impossibilité de changer radicalement et immédiatement le réseau de liens et d'habitudes tissé par les héroïnomanes. Ce traitement se contente d'introduire un changement minime dans le système, en substituant la méthadone à l'héroïne. On peut penser (dans une optique linéaire) qu'on n'a rien fait puisqu'on n'a rien supprimé ni personne, qu'on n'a pas mis fin à la dépendance et qu'on n'a même pas expliqué le problème.

Pourtant cette intervention minimale, qui substitue un élément du système à un autre, modifie toutes les interactions et engendre une dynamique de changement qui va se développer progressivement - d'où la nécessité d'un traitement de longue durée.

Le traitement de substitution des héroïnomanes est né aux Etats-Unis au début des années 1960, face à l'inefficacité de la répression et des psychothérapies. Le premier médicament de substitution - qui reste le plus utilisé - est la méthadone. La buprénorphine (ou Temgesic) est également utilisée depuis quelques années. Le principe de ces traitements est de fournir aux héroïnomanes un médicament opiacé, délivré sous contrôle médical et par voie orale.

Quels sont les effets du traitement de substitution ?

- réduire l'usage de l'héroïne (voir graphique);
- réduire la criminalité car les héroïnomanes ne sont plus talonnés par le besoin d'héroïne et d'argent (voir graphique);
- la prostitution diminue pour la même raison;
- favoriser la réinsertion sociale et familiale des héroïnomanes, qui redeviennent aptes à travailler, à faire des études, à fonder une famille et à renouer avec la leur;
- on sait également, depuis peu, que le traitement de



substitution réduit la transmission du SIDA, par réduction de l'usage de seringues;

- ce traitement a en outre un effet favorable sur l'évolution des toxicomanes séropositifs (meilleure préservation de leurs défenses immunitaires). Pourtant il existe une résistance farouche aux traitements de substitution. Ceux-ci sont combattus globalement parce qu'il serait immoral ou illogique de "remplacer une dépendance à une autre".

Je ne vois pas en quoi ce traitement serait immoral (contra-

ire à l'"éthique" dit-on aussi, pour faire plus chic), puisque :

a) la dépendance aux médicaments de substitution entraîne une amélioration incontestable de la qualité de vie des toxicomanes ; c'est pour la même raison que l'on prescrit pour de longues périodes des antidépresseurs aux déprimés et des neuroleptiques aux psychotiques ;

b) la dépendance aux médicaments de substitution est transitoire ; elle est nécessaire pendant un temps suffisant pour que les toxicomanes modifient leur situation psychologique et sociale.

Ce traitement n'a rien d'illogique non plus, de même que la prescription de chewing-gum à la nicotine aux fumeurs (Nicoret)

ou celle de tranquillisants aux alcooliques.

Comment comprendre alors l'opposition aux traitements de substitution ? Peut-être est-il utile de situer cette opposition de manière systémique. Quelles sont les forces principales qui s'opposent aux traitements de substitution en Belgique ?

a) L'Ordre des Médecins: l'Ordre n'a pas à prendre parti dans une controverse thérapeutique;

il met en avant le souci de protéger les médecins contre les rigueurs de la loi. La loi de 1975 sur les stupéfiants permet en effet de condamner un médecin qui prescrit des substances "de nature à entretenir une toxicomanie". Dans la pratique, ces condamnations ne se produisent qu'avec l'assentiment d'experts médicaux qui se réfèrent eux-mêmes aux directives de l'Ordre des Médecins. C'est un bel exemple de système fermé excluant le problème que l'on pourrait considérer comme essentiel à savoir l'intérêt des toxicomanes. L'efficacité des traitements de substitution est complètement évacuée dans ce dialogue circulaire entre la Loi et l'Ordre.

b) Une partie des thérapeutes de toxicomanes s'oppose également aux traitements de substitution. Ils craignent que la réponse à la demande de médicaments de substitution empêche une autre demande d'émerger et que le traitement de substitution empêche la psychothérapie.

On peut se demander - à nouveau - si cette crainte concerne les toxicomanes ou les psychothérapeutes eux-mêmes, qui pourraient craindre de se retrouver sans travail (ou du moins de perdre un certain prestige). Leur inquiétude repose sur une dichotomie entre l'organique et psychique et ne se vérifie pas. L'usage des médicaments de substitution entraîne en réalité une stabilisation psychologique des toxicomanes qui favorise leur prise en charge psychothérapeutique;

Approche linéaire? systémique?

Je voudrais maintenant montrer en quoi l'opposition au traitement de substitution dérive d'une vision linéaire, simplificatrice, de la toxicomanie qui empêche de penser l'ensemble du problème et de le résoudre.

L'approche linéaire d'un problème se caractérise par la tentative d'isoler des causes, tandis que l'approche systémique s'intéresse plutôt au fonctionnement global d'un système.

Je voudrais maintenant montrer en quoi l'opposition au traitement de substitution dérive d'une vision linéaire, simplificatrice, de la toxicomanie qui empêche de penser l'ensemble du problème et de le résoudre.

1) Une des conséquences les plus caricaturales de cette recherche des causes réside dans le fait de considérer l'abstinence comme l'objectif primordial du traitement des toxicomanes. On observe le lien entre un individu et un produit. On se focalise alors sur ce lien que l'on cherche à rompre pour résoudre le problème. L'obsession de l'abstinence constitue le fondement de programmes thérapeutiques divers, ainsi que de l'opposition au traitement de substitution.

2) Cette focalisation sur l'abstinence est corollaire d'une idéologie prohibitionniste, où la répression prend le pas sur toute autre approche des problèmes de dépendance. L'idéologie prohibitionniste se traduit dans le champ thérapeutique par le refus des traitements de substitution. Elle exerce même un effet pervers sur le traitement des blessés et des malades en phase terminale à qui on refuse parfois des doses de morphiniques qui leurs seraient nécessaires.

3) Le climat de prohibition entraîne une exacerbation des punitions frappant ceux qui sont pris dans le système de la drogue. Dans certains pays on recourt à la peine de mort pour de petits trafiquants-consommateurs. Le côté punitif d'un certain nombre de trai-

tements appliqués aux toxicomanes n'échappera à personne. (Exemple: Synanon). L'obligation imposée par la justice de suivre une psychothérapie (injonction thérapeutique) ne vaut guère mieux.

4) La recherche des causes qui caractérise la pensée linéaire dérive tout naturellement vers la recherche des coupables ("causa", en latin, veut dire cause et procès). Les coupables sont-ils les toxicomanes, les trafiquants ou les producteurs de drogues ? Ceux-ci sont tour à tour accusés et emprisonnés, avant de reprendre leur place dans le système ou d'y être remplacés par d'autres individus. L'approche systémique est, au contraire, attentive à la complexité des liens qu'entretiennent les toxicomanes, les trafiquants et les producteurs. Chacun contribue à faire fonctionner un système dans lequel il n'y a pas de "coupable" à proprement parler. Le sentiment de la culpabilité des toxicomanes inspire sans aucun doute l'indifférence des autorités médicales (Ordre des médecins) à leur égard. Un représentant de cette digne assemblée considérerait qu'il ne fallait pas donner aux toxicomanes leur "bonbon" (méthadone).

5) La recherche des causes et des coupables entretient un climat de moralisation très caractéristique du problème. Les médias, par exemple, donnent la parole aux toxicomanes dans la mesure où ceux-ci se confessent et expriment leur déchéance et leur repentir. Dans certains cas se sont les parents qui se livrent à ce genre d'expiation publique. La morale imprègne aussi le champ thérapeutique. Nous avons vu, par exemple, que l'argument moral tient la première place dans l'opposition aux traitements de substitution. Ceux qui refusent de pratiquer ces traitements invoquent souvent des raisons morales.

6) L'approche linéaire entraîne également une tendance excessive à psychologiser le problème et à négliger le rôle des facteurs physiologiques et sociaux dans la genèse du problème aussi bien que dans sa résolution. C'est ainsi que la majorité des intervenants en toxicomanie considèrent

la psychothérapie, comme le facteur clé de la guérison.

A ce propos il ne me paraît pas inutile de revenir sur un article fondamental de Gregory Bateson, le père de la pensée systémique: "La cybernétique du "soi": une théorie de l'alcoolisme" in (vers une écologie de l'esprit). Il y oppose l'"épistémologie de la cybernétique" à l'épistémologie conventionnelle du Moi occidental. (Epistémologie = ensemble de prémisses qui régissent l'adaptation ou l'inadaptation de l'homme à son environnement physique). Bateson part du fait que la cybernétique a résolu un vieux problème philosophique, celui de la transcendance ou de l'immanence de la pensée (la matière peut-elle penser ?). Il montre que si l'esprit et la pensée (et donc la décision) ne doivent pas être considérés comme "transcendants" (c'est-à-dire extérieurs à la matière), ils ne peuvent cependant pas être considérés comme immanents au cerveau, ni à l'ensemble constitué par le cerveau et le corps. La pensée est immanente à un système plus vaste, comprenant l'homme et son environnement. La pensée, c'est de l'information qui circule. Exemple du bûcheron qui abat un arbre: l'information circule dans une boucle comprenant l'oeil-le cerveau-le bras-la hache-l'arbre.

Ils ne peuvent cependant pas être considérés comme immanents au cerveau, ni à l'ensemble constitué par le cerveau et le corps. La pensée est immanente à un système plus vaste, comprenant l'homme et son environnement.

Pour comprendre l'aspect mental d'un événement biologique, il faut tenir compte du système, c'est-à-dire du "réseau de circuits fermés au sein duquel cet événement biologique est déterminé". Bateson montre ainsi que l'alcoolique tend tout le temps à

placer son problème en dehors de "lui-même", en voulant "résister" à la bouteille, et que par là même il échoue. Alors que le succès thérapeutique des "Alcooliques Anonymes" vient précisément du fait qu'ils tendent à placer l'alcoolisme au sein du moi (qui n'est pas identifié à l'organisme). Le premier principe de leur credo est : "nous sommes sans pouvoir sur l'alcool". L'essentiel dans cette réflexion de Bateson n'est pas la justification du système thérapeutique des Alcooliques Anonymes, mais son utilisation pour mettre en évidence l'importance fondamentale des relations de l'individu à son environnement dans les problèmes de dépendance. Il faut renoncer à l'illusion de soigner des individus, de localiser leur problème, que ce soit dans le produit, dans le psychisme ou dans la famille. Il faut comprendre "l'ensemble des circuits" qui déterminent cette dépendance.

Ainsi l'héroïnomanie n'est pas seulement dépendant de l'héroïne. Il dépend aussi de l'ensemble des liens qui se sont tissés avec son environnement à l'occasion de sa pratique de consommation de l'héroïne.

(Voir interDelille : réseaux élargis). Toute intervention qui néglige cet aspect de la dépendance est vouée à l'échec. C'est pour cela que les désintoxications courtes en milieu fermé ont un taux de réussite proche de zéro. C'est pour cela que des patients qui ont effectué un long séjour en communauté thérapeutique ressentent un besoin pressant d'héroïne dès leur sortie (de même qu'à la sortie de prison) ce qui entraîne fréquemment des overdoses, car ils ont tendance à prendre la même dose qu'avant, dose à laquelle ils ne sont plus accoutumés.

En découvrant qu'il n'a plus un besoin vital d'héroïne, le toxicomane modifie profondément son image de lui-même et ses activités. Plus besoin de sommes d'ar-

gent importantes (arrêt de la délinquance et de la prostitution). Plus besoin de garder le contact avec les "dealer" et les autres toxicomanes. Reprise de projets personnels. Augmentation de la confiance en soi. Possibilité d'entreprendre une psychothérapie. Une expérience à grande échelle a montré que l'offre de traitements de substitution pouvait faire disparaître complètement la toxicomanie à l'héroïne dans une zone urbaine.

Le traitement de substitution peut donc être conçu comme une application de l'approche systémique aux problèmes de toxicomanie.

Ce point de vue n'a pas été défendu jusqu'à présent. Le fait que la question des traitements de substitution n'ait même pas été abordée au cours de congrès de systémique antérieurs est peut-être une conséquence de la résistance à ces traitements. Il me semble pourtant que la pensée systémique a quelque chose à apporter à ce débat, au-delà de la thérapie familiale qui risque de se limiter à une "psychologisation" légèrement élargie du problème. La pensée systémique peut se fixer la tâche plus ambitieuse de penser "l'ensemble des circuits" qui déterminent la toxicomanie, en incluant les trois pôles complémentaires que sont l'individu, la société et le produit.

1. John C. Ball et al., Méthadone Research Project, University of Maryland School of Medicine, 1985-1986.
2. Ibid.
3. D. Serraino, S. Francheschi, Methadone Maintenance Programmes and Aids, The Lancet, December 23/30, 1989.
4. J.C. Ball, Ibid.
5. M.J. Kreek, Methadone Maintenance for Harm Reduction, First European SYmposium on Drug Addiction and Aids, Vienna, 22-23 /2/ 1991.
6. Hughes P., Behind The Wall of Respect, CHicago University Press, 1977.