

Traitements d'équilibre, traitements d'expérience

M. Valleur. In COLLE F.X. coord. Un autre regard sur les drogues. Programme du Forum européen. décembre 2001.

La promotion des traitements de substitution pour les toxicomanes, dans les années 90, a eu deux grandes séries de causes : d'une part, leur impact, notamment dans la lutte contre le sida, comme instruments de la réduction des risques, d'autre part, la diminution, pour les usagers, de l'impact très négatif des politiques prohibitionnistes, réalisant en quelque sorte une forme médicalement encadrée de légalisation.

Ces deux séries de fonctions ne sont guère d'ordre strictement thérapeutique, mais constituent plutôt des réponses sociales, à travers la facilité d'accès à des substances autrement prohibées.

Les justifications proprement médicales, telles que présentées dans les manuels internationaux, sont d'un autre ordre : initialement par exemple, c'est un modèle métabolique de maladie qui sous-tendait les expérimentations de Vincent Dole et Mary Nyswander aux Etats-Unis sur la méthadone auprès des héroïnomanes.

Dans cette optique, les traitements de substitution sont des « traitements d'entretien » ou « de maintenance », destinés à équilibrer des mécanismes cérébraux : certains auteurs pensent par exemple que les déséquilibres des circuits dopaminergiques, en cause dans toutes les addictions, justifient le recours à des traitements réguliers et au long cours.

Contrairement à la position de John Marks, qui pense, à partir de son expérience de Liverpool, qu'il s'agit d'abord de fournir aux patients les éprouvés qu'ils recherchent, les promoteurs des traitements d'entretien insistent sur le fait que ces traitements, très vite, ne produisent plus d'effets subjectifs.

Il s'agit de garder la dépendance, mais non l'addiction au sens plein du terme.

Cette stratégie, dans nombre de situations, est fondée : il existe des dépendances aproblématiques, et c'est une visée thérapeutique légitime que de transformer en simple dépendance, sans difficulté psychologique ou sociales, une addiction au sens plein...

Nous sommes ici dans un contexte de « traitements d'équilibre », qui prévaut dans l'ensemble du champ des troubles psychiques ou des maladies mentales.

Les neuroleptiques, pour les psychoses, ou les antidépresseurs, sont en effet considérés comme des traitements qui doivent être pris très régulièrement, pour de très longues périodes, sinon pour la vie entière.

Ces « traitements d'équilibre » pourraient avoir pour modèle l'insuline pour certains diabétiques : ils correspondent à une maladie qui est avant tout un dysfonctionnement permanent d'une fonction physiologique, la dépendance au traitement n'étant que la suppléance de la dépendance normale, physiologique, à la substance naturelle produite par l'organisme.

A ces traitements d'équilibre, il est possible d'opposer des « traitements d'expérience », qui ont d'autres visées, et qui correspondent à une conception différente des troubles en cause.

Les hospitalisations pour sevrage, les séjours en centre de post-cures, qu'il s'agisse d'alcoolisme, de toxicomanie, de troubles des conduites alimentaires, constituent essentiellement des expériences de vie différente, notamment fondée sur le changement du cadre, du contexte de vie : la base physiologique de ces traitements peut se trouver dans les expériences animales, qui ont démontré le caractère déterminant du contexte dans le maintien ou la fin de la dépendance.

La visée de ces traitements n'est plus l'instauration d'un équilibre au long cours, mais le vécu d'une expérience, dont le thérapeute espère qu'elle puisse, de façon durable, marquer la mémoire du sujet, modifiant ainsi sa relation à l'objet de l'addiction.

Nous voyons ainsi qu'en matière de dépendance aux drogues, il est erroné, sur le plan logique, d'opposer, comme le font trop d'auteurs, des stratégies thérapeutiques fondées sur le sevrage et l'abstinence, à d'autres stratégies, fondées, elles, sur la substitution et la « maintenance ».

En effet, constituant un état, un équilibre au long cours, la substitution est du même registre logique que l'abstinence, telle que la vivent les membres Alcooliques anonymes, c'est-à-dire un traitement à maintenir toute la vie, sous peine de rechute et de mort.

Le sevrage, en tant que simple expérience, qui peut simplement permettre au sujet de « rechuter », de retrouver des sensations de « défoncé » plus fortes, une fois la tolérance dépassée, est, au contraire, non logiquement du côté de l'abstinence, mais de celui de l'éprouvé, de la sensation, de l'expérience, voire de la « défoncé ».

Il est inutile de souligner que les traitements d'équilibre ont la faveur des scientifiques, et celle des laboratoires pharmaceutiques, depuis la grande révolution pharmacologique des années 50.

Il est infiniment plus rentable de promouvoir un traitement régulier, au long cours, si possible pour la vie, qu'une expérience unique, éventuellement renouvelable, mais de façon sporadique.

A point que si l'on imaginait un traitement efficace, en une seule fois, des dépendances ou plus généralement des maladies, il est peu probable qu'un laboratoire accepterait d'y investir des moyens : l'efficacité thérapeutique, dans cette fiction, s'opposerait trop à l'efficacité commerciale.

L'histoire des traitements en psychiatrie montrerait au cours du XX^{ème} siècle un désinvestissement progressif de traitements d'expérience, au profit de traitements d'équilibre.

Longtemps, les traitements furent en effet conçus comme des expériences radicales, voire de véritables épreuves, parfois dangereuses, dont le sujet était censé sortir radicalement transformé.

Depuis Van Helmont au XVII^{ème} siècle[1], s'étaient développés ces traitements de choc, depuis l'immersion subite dans l'eau froide, aux douches, aux tourniquets, et autres mécanismes destinés à surprendre, à déstabiliser les sujets, pour modifier, par une expérience extrême, leurs relation au monde.

Certains de ces traitements eurent leur heure de gloire, parfois justifiée : c'est le cas de la malaria thérapie de Wagner Von Jauregg, qui lui valut le prix Nobel de médecine au début du siècle : il s'agissait, par l'inoculation de fièvre, de traiter la paralysie générale, d'origine syphilitique, et ce fut le premier traitement efficace d'une maladie mentale.

On pourrait noter aussi que la psychothérapie elle-même commença par des expériences, l'hypnose, puis les thérapies brèves, avant d'aboutir à une relation psychanalytique au long cours, presque traitement d'équilibre, si la relation au thérapeute est considérée comme un élément permanent de l'existence... c'est la révolution pharmacologique des années 50, avec pour modèle de traitement les neuroleptiques, puis les antidépresseurs, qui devait imposer une perception de la psychothérapie comme traitement d'équilibre.

Ces rappels peuvent nous aider à comprendre pourquoi les premières expériences de traitements par hallucinogènes, avec le L.S.D. à la fin des années 60, ne devaient pas entrer dans le courant dominant des dogmes médicaux et pharmaceutiques.

Il convient pourtant de faire aujourd'hui une place nouvelle à la notion de traitements d'expérience, et de développer les réflexions sur un champ de recherche pratiquement abandonné.

L'intégration des traitements, à l'intérieur du cadre de la relation psychothérapeutique, est en effet l'un des moyens majeurs d'intégrer les dimensions psychologiques et biologiques de la dépendance.

C'est ici, qu'à côté du sevrage, et parfois de l'aide au maintien de l'abstinence, se trouve la place de l'accompagnement des rechutes (et non simplement de la prévention des rechutes), et que la prescription, pour les toxicomanes, de substances psychoactives majeures, hors d'une optique de traitement d'entretien, pourrait trouver une place.

L'expérience d'une prescription d'héroïne n'aboutirait pas forcément à une substitution à l'héroïne, la prescription de psychotropes pourrait être négociée, et discutée, au fur et à mesure de l'accompagnement thérapeutique.

Nous sommes ici éloignés du consensus entre psychiatres et laboratoires pharmaceutiques, selon lequel « la chimiothérapie rend le patient accessible à la psychothérapie » : ce consensus correspond aux approches dominantes depuis les années 50-60, c'est-à-dire depuis la grande révolution psychopharmacologique.

Ici, il conviendrait plutôt de dire que la qualité de la relation thérapeutique permet l'expérience de traitements, dont la gestion, en fin de comptes, reviendra au sujet concerné.

[1] V.J. Postel et C. Quételet : histoire de la psychiatrie, Paris, Dunod, 1994.