

Le processus de stabilisation : les phases du traitement

Les modalités du traitement, choix du produit, posologie, fréquence des rendez-vous, examens urinaires, prises en charge psychosociale en relais doivent être négociées. Le processus de stabilisation n'est pas linéaire. On peut retenir cinq étapes indicatives :

- l'initiation du traitement (5 à 10 jours) où doivent être ajustées posologie et modalités de traitement;
- la mise en place du traitement (de 3 à 6 mois), étape où une première stabilisation permet d'élaborer bilans et projets;
- la phase de reconstruction personnelle et sociale (3-6 mois à 2-3 ans), phase qui exige un suivi régulier qui permette de surmonter les différents obstacles;
- la phase de maintenance (plus de 3 ans de traitement), phase où, en principe, la question des drogues n'est plus centrale;
- la fin du traitement.

Nous l'avons vu, chaque usager a sa trajectoire propre, et le processus n'a rien de linéaire. Les étapes seront déterminées par un ensemble de facteurs qui font intervenir les données de départ (situation sociale, type d'usage, fonctionnement psychique, état de santé) mais aussi les événements qui interviennent en cours de traitement : rupture sentimentale ou rencontre, maladie, naissance, incarcération, etc.

Les étapes que nous retenons ici sont donc indicatives.

L'initiation du traitement (5 à 10 jours)

Cette phase est celle de l'ajustement des doses qui doivent empêcher l'apparition des symptômes de sevrage. Le suivi doit être très serré, le contact peut être quotidien (visuel ou téléphonique) avec le médecin, le pharmacien ou avec un soutien de l'entourage. A cet égard, c'est un moment privilégié qui met EL à l'épreuve du quotidien les modalités du traitement.

Passer de l'héroïne de rue à la buprénorphine, ou encore à un produit à longue durée de vie, exige un réaménagement : il faut quelques jours pour que l'utilisateur devienne dépendant de son nouveau produit. Il faudra donc distinguer le malaise qui relève de l'adaptation au nouveau produit et ce qui relève des symptômes de sevrage qui nécessitent une augmentation des doses. Le médecin ou les personnes qui accompagnent le patient (pharmacien, proches) devront rassurer le patient confronté à des difficultés d'endormissement et un inconfort qui devra être traversé sans recourir à la réponse habituelle (consommation de drogue) : d'où la nécessité de cet accompagnement serré.

La mise en place du traitement : bilan et projet (de 3 à 6 mois)

Jusqu'à trois mois de traitement, on distinguera deux cas : ceux qui ont pu obtenir une première stabilisation et renoncer complètement ou à peu près à l'abus de psychotropes et ceux pour lesquels le rapport au produit reste central et la stabilisation problématique. La première stabilisation peut se poursuivre sans accident de parcours pour certains qui parviennent à renoncer d'entrée à l'injection et aux produits illicites. Il y a bien, pour certains usagers, un effet « lune de miel », lié soit au changement de produit, soit au soulagement d'échapper à la galère. Mais il y a aussi des débuts très chaotiques qui peuvent être relativement brefs, ou exiger au contraire un accompagnement très serré sur plusieurs mois.

En principe, cette première stabilisation a des effets immédiatement perceptibles. **Il y a un avant et un après**, le changement de comportement et d'attitude est manifeste.

L'initiation du traitement a permis une première stabilisation

Les usagers de ce type sont uniquement ou très principalement consommateurs d'héroïne, ils ne sont pas ambivalents face au traitement, ils ne sont pas confrontés à une pathologie psychiatrique grave, ils disposent de supports dans leur environnement. L'utilisateur parvient à se contenter de son traitement ou bien les consommations sont occasionnelles, quelquefois régulières (le week-end, par exemple) mais ne mettent pas en danger l'équilibre personnel et social de l'utilisateur.

Cette phase est souvent euphorique : il peut y avoir un effet « lune de miel ». Le patient est soulagé des contraintes qui pesaient sur lui, il se sent « normal » et ce résultat peut être vécu comme miraculeux. Quelquefois, il peut souhaiter à ce moment une désintoxication, demande qui doit être découragée : la toxicomanie est en quelque sorte mise entre parenthèses, elle n'est pas résolue pour autant.

Reste à l'utilisateur à affronter la réalité de sa situation: son état de santé, sa solitude hors du monde de la drogue, l'endettement, sa situation judiciaire ... **C'est l'heure des bilans**, bilans qui doivent être menés sans hâte ; c'est aussi l'heure des projets qui doivent être réalistes pour éviter désillusion et sentiment d'impuissance. Pour les usagers qui parviennent à une stabilisation dès l'initiation du traitement, l'état dépressif très fréquent au moment de la demande de soin disparaît ou s'estompe. Il s'agissait d'un état dépressif en quelque sorte réactionnel. C'est le cas de la grande majorité. À l'heure des bilans, l'utilisateur peut également être confronté à un état dépressif face à une tâche de reconstruction qui peut sembler insurmontable ou encore à un état de santé vécu jusqu'alors dans le déni.

Au contraire des dépressions profondes, qui peuvent se révéler pendant cette période et qui exigent un traitement antidépresseur et/ou psychothérapeutique, **cet état dépressif relève plutôt de l'accompagnement**. Il y a un deuil à affronter, et une tâche lourde de reconstruction. Le soutien de la famille que l'utilisateur peut avoir reconquis dans cette première phase de changement miraculeux est précieux. À défaut, un soutien associatif peut renforcer l'utilisateur.

Trois types de projets doivent être menés conjointement par l'utilisateur :

- *bilan de santé somatique* : une fois la stabilisation obtenue l'utilisateur se prêtera ou souhaitera effectuer un bilan de santé systématique ;

- *projet d'insertion* : la première étape consiste d'abord à mettre à jour la situation, négocier l'endettement, récupérer des droits sociaux. Une fois réglées les premières urgences, un projet d'insertion professionnelle et sociale peut s'élaborer ;

- *relations familiales* : lorsque les relations familiales ne sont pas trop conflictuelles ou dégradées, elles se renouent. Les rôles parentaux en particulier sont réinvestis ; encore faut-il bien souvent récupérer la garde de l'enfant. Des réaménagements mais quelquefois aussi des séparations peuvent s'avérer nécessaires dans les relations de couple.

Le bilan permet d'identifier les partenaires de la prise en charge dans les différents domaines, sanitaire, social, psychique. Ces partenaires seront contactés si l'utilisateur ne parvient pas à faire seul les démarches et qu'il sollicite un soutien, ou encore dans les situations de crise.

La question de la consommation de psychotropes reste centrale dans le traitement

Il est aussi des types d'utilisateurs qui ne parviennent pas à une stabilité satisfaisante immédiate : même si on a pu obtenir un premier répit les 5-10 premiers jours, l'utilisateur continue d'utiliser régulièrement des drogues illicites. Reste à poser le diagnostic sur ces consommations : sont-elles continues ? Menacent-elles l'équilibre personnel, la santé ? L'utilisateur ne parvient-il pas à renoncer à l'injection ? L'utilisateur a-t-il recours à d'autres produits, est-il confronté à une dépendance autre ? Le diagnostic de ces consommations doit être mené avec l'utilisateur afin que les objectifs du traitement soient clairement négociés et que ses modalités soient adaptées à la réalité des consommations. Différents cas de figure peuvent être envisagés.

• **La persistance de la consommation d'opiacés ou de recours à l'injection peut être attribuée à l'habitude** : il y a dans la toxicomanie une part d'habitudes qui deviennent manifestes lorsque l'utilisateur tente de s'arrêter : certains contextes, certains lieux, les personnes avec lesquelles il a consommé déclenchent le comportement habituel : « je ne peux pas me lever le matin sans prendre quelque chose », « des amis sont venus me voir ». Lorsque la consommation peut être attribuée à l'habitude, la réduction est aidée par l'identification des contextes déclenchant le geste habituel. En principe, la consommation d'opiacés sans autre produit se réduit au maximum en quelques mois si les doses et le produit sont adéquats, à l'exception du Palfium, dont l'usage peut être compulsif (voir *infra*). L'injection reste un problème épineux. Certains utilisateurs y renoncent relativement aisément lorsqu'ils sont bien stabilisés, d'autres acceptent d'y renoncer progressivement ; une injection hebdomadaire peut par exemple être tolérée, elle sera d'autant mieux contenue qu'elle peut être avouée. Certains enfin ne peuvent ni ne veulent y renoncer.

• **Le produit consommé habituellement est trop facilement accessible** : des mesures d'éloignement doivent être prises. Elles peuvent impliquer une rupture avec certains proches ou leur mise sous traitement, une rupture avec le dealer, un téléphone sur liste rouge. La situation est plus complexe si l'utilisateur lui-même est revendeur ou trafiquant : il y a peu d'utilisateurs de drogue capables de côtoyer le produit sans en consommer, et l'utilisateur devra effectuer un choix.

• **L'utilisateur ne parvient pas à affronter sa réalité personnelle avec lucidité** : il va rechercher systématiquement l'ivresse, à l'aide de l'alcool ou autres psychotropes. Cette situation est la plus difficile à surmonter, elle renvoie le plus souvent à des cas extrêmes, grande exclusion, pathologie psychiatrique ou encore à des moments de crise telle l'évolution d'une pathologie somatique. En principe, le médecin ne peut traiter seul ces situations qui exigent une mobilisation de l'entourage, s'il existe. Autant que possible, des relais sociaux ou psychiatriques doivent être trouvés. Les objectifs du traitement doivent être modestes : le fait de tenir ses rendez-vous peut parfois être considéré comme un premier résultat. Des modalités de distribution contraignantes (par exemple, distribution au quotidien par un pharmacien) sont nécessaires.

• **L'utilisateur ne peut ou ne veut renoncer ni au plaisir ni au monde de la drogue** : il semble bien n'envisager aucun changement ni dans sa consommation, ni dans son mode de vie et le rôle du médecin est réduit à la prescription. Tous les utilisateurs sont, au moins par moment, ambivalents à cet égard mais ici le plateau penche clairement du côté de la drogue. On peut distinguer deux situations types : l'utilisateur revendique l'usage de drogue, il est encore dans une période où les bénéfices qu'il retire de la consommation sont supérieurs à ses coûts ; ou bien l'utilisateur se plaint d'une consommation de type compulsif (dépendance au Palfium, à la cocaïne), il est demandeur de traitement mais ne parvient pas à s'y astreindre. La relation médecin-malade n'est pas la même dans ces deux situations, si ce n'est que le médecin est renvoyé à son impuissance. Dans les deux cas, le médecin doit être au clair avec les objectifs du traitement.

S'il considère, compte tenu par exemple de l'état de santé, des risques suicidaires ou d'exclusion sociale, qu'il vaut mieux maintenir un lien, il peut poursuivre le traitement mais il doit alors énoncer clairement les exigences sur lesquelles il ne transigera pas (par exemple, polyprescriptions, comportements dans le cabinet, respect des rendez-vous ...). Lorsque l'objectif principal est de construire un lien thérapeutique, du moins faut-il que ce lien soit établi sur des bases claires. Les modalités de distribution doivent être contraignantes, ne serait-ce que pour diminuer les risques de détournement.

• **La toxicomanie n'est pas la problématique centrale ou du moins le patient souffre également d'une pathologie psychiatrique :** généralement, ces patients ont de lourds antécédents, hospitalisations psychiatriques, tentatives de suicide, overdoses à répétition, recours aux services d'urgence. Chez certains patients, la prise prolongée d'opiacés fait en quelque sorte fonction de neuroleptiques retard et les patients parviennent à une stabilité satisfaisante. Chez d'autres, le mode de vie reste tout aussi chaotique. Ces patients peuvent poursuivre leurs consommations de psychotropes qui sont souvent des psychotropes licites, alcool, benzodiazépines ou autres médicaments, consommations qui visent à l'anesthésie. Ces patients exigent un suivi très serré, type hôpital de jour.

Ces cinq situations sont inégalement surmontables. Il n'est pas possible d'inscrire dans une temporalité précise l'évolution d'usagers caractérisés par la nécessité de l'ivresse ou par la recherche effrénée de plaisir, ni celle de patients souffrant de troubles psychiatriques. Pour éviter le découragement, il faut avoir en mémoire que le simple fait de tenir et d'éviter une dégradation est déjà une réussite et que ces situations peuvent parfois se débloquer comme par miracle. Pour ce qui est des consommations qui peuvent être attribuées à l'habitude comme à l'accessibilité, nous considérons qu'elles peuvent être surmontées en quelques mois, une fois que la situation est élucidée. L'étape suivante est, comme pour les usagers stabilisés, l'élaboration du projet de soin.

La phase de reconstruction personnelle et sociale (3-6 mois à 2-3 ans)

Pour les usagers stabilisés en trois à six mois, il s'agit maintenant de réaliser les projets élaborés précédemment : soins, logement personnel, restauration des liens familiaux, garde de l'enfant, insertion professionnelle. Tous ces objectifs sont autant d'obstacles, d'autant plus difficiles à surmonter qu'ils exigent souvent un changement de comportement. Les équilibres antérieurs doivent être renégo-ciés, relations de couple, relations amicales. C'est une phase où l'usager souffre de solitude, il n'y a pas encore d'autres investissements qui permettent de créer de nouvelles relations affectives et sociales. Les usagers « mode de vie » intègrent progressivement une nouvelle identité personnelle et sociale: ils ne sont plus « toxico » même s'ils gardent des liens avec le milieu, ils ne sont pas encore autre chose, ils sont dans un entre-deux. Certains, trop isolés ou trop bien insérés dans le monde marginal, ne dépasseront pas cette phase. L'insertion reste marginale, toutefois on peut considérer que l'objectif du traitement est atteint si le patient parvient à une qualité de vie qui lui convienne.

À cette phase, le patient est dans l'ensemble stable mais cette stabilité reste fragile. Des consommations perlées peuvent accompagner cette phase sans menacer la reconstruction de l'équilibre personnel et social mais il peut aussi y avoir des moments d'abus de drogues ou d'alcool, moments de crise qui peuvent être attribués à la difficulté de la tâche de reconstruction, au sentiment d'impuissance, à l'ennui ou enfin aux opportunités qui peuvent réactiver des comportements ancrés sur des années d'habitude. Les rendez-vous peuvent être espacés de 7 à 14 jours selon les cas. Il faut toutefois pouvoir réajuster rapidement fréquences des rendez-vous et modalités de distribution, en cas de difficultés. Une utilisation abusive d'alcool ou de cocaïne peut exiger de reconquérir une stabilisation. Une augmentation momentanée de la posologie peut être envisagée, accompagnée de modalités de distribution plus contraignantes, avec, par exemple, l'aide du pharmacien. Peuvent être proposés à cette occasion un séjour de rupture ou encore un soutien psychothérapeutique.

La phase de maintenance (plus de 3 ans de traitement)

Après deux ou trois ans de traitement, on peut considérer qu'un nouvel équilibre a été construit, plus ou moins conforme aux normes sociales et plus ou moins satisfaisant selon les cas. Les rendez-vous peuvent être espacés et l'accompagnement psychosocial n'est plus requis.

À partir de trois ou quatre ans de traitement, si l'étayage psychosocial paraît solide, une réduction progressive de la posologie peut être envisagée. Des patients souhaitent être maintenus à de très petites doses pendant de longues périodes. On ne sait si le traitement joue encore un rôle, antidépresseur par exemple, ou si cette consommation doit être attribuée à l'habitude. Quoi qu'il en soit, cette prescription peut être maintenue tant qu'elle est considérée comme utile par le patient.

La fin du traitement

Le traitement peut-il se terminer ? Il n'y a pas de consensus sur cette question. On sait du moins que plus les traitements sont courts, plus le risque de rechute est important. Lorsque l'héroïnomanie est bien installée, la durée du traitement est au minimum de trois ans, temps nécessaire à la reconstruction personnelle et sociale. La sortie prématurée du traitement doit donc être découragée.

Le sevrage, lorsqu'il est souhaité par le patient et que la qualité de vie, l'état de santé physique et psychique le permettent, peut être envisagé. En Suisse, ce sevrage se fait en un an, milligrammes après milligrammes. D'autres techniques ont également été expérimentées, tel le passage de la méthadone à la buprénorphine, produit moins euphorisant qui témoigne d'une plus grande distance avec le produit.