

Remise d' héroïne en Suisse

Analyse de la valeur scientifique de la recherche

A propos du rapport final sur les «Essais de prescription médicale de stupéfiants» en Suisse

Auteur: Dr med. Ernst Aeschbach
Spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie
e-mail: aeschbach@compuserve.com

Éditeur: Médecins suisses contre le drogue
© Dr med. Ernst Aeschbach
1re édition en allemand 1998
1re édition en anglais 1998

ISBN 3-9521546-2-8

Table des Matières

Avant-propos 3

A propos du rapport final sur les «Essais de prescription médicale de stupéfiants» en Suisse 4

1. Introduction 4
2. Remarques fondamentales 5
3. Description du projet, objectifs et mise en oeuvre 7
4. Défauts méthodologiques 9

A propos de la méthode scientifique

Méthodes utilisées dans l'expérience de prescription d'héroïne

Fiabilité des données recueillies

Règles de la recherche clinique

5. Discussion des résultats 12

Pharmacodynamie et pharmacocinétique

Nombre de participants/échantillons

Doses et déroulement de l'expérience

Etude bernoise en double aveugle

- A. Statut des toxicomanes à l'entrée dans le projet 15

- B. Modifications intervenues en cours d'expérience 16

Etat de santé physique

Etat de santé psychique

Grossesses

Comportements vis-à-vis de la drogue et prise de risques

Insertion sociale

Remise d' héroïne en Suisse, Aeschbach Ernst, Médecins Suisse contre la drogue, 1998 2

Comportements délinquants

- C. A propos des abandons et des thérapies ultérieures 21

- 6. Critiques de l'interprétation des résultats 24
 - Taux de maintien dans le projet
 - Que signifie un taux élevé de maintien par rapport à l'objectif visé?
 - Quel est le véritable agent thérapeutique?
 - Peut-on se permettre une comparaison avec d'autres méthodes thérapeutiques?

- 7. Résumé et conclusion 26

- 8. Annexe 27

- 9. Bibliographie 28

Avant-propos

Remise d' héroïne en Suisse, Aeschbach Ernst, Médecins Suisse contre la drogue, 1998 3

«Je me félicite de ce que le Conseil fédéral suisse ait annoncé récemment qu'il ne prendrait plus de décisions relatives à l'administration d'héroïne aux toxicomanes avant le milieu de 1997, c'est-à-dire avant que l'OMS ait achevé son évaluation des projets.»

Déclaration du Dr O. Schroeder, président de l'Organe international de contrôle des stupéfiants devant la Commission des stupéfiants de l'ONU en avril 1996

«L'Organe déplore qu'avant même l'évaluation par l'OMS des résultats de l'expérience suisse, des groupes de pression et des responsables politiques préconisent déjà de développer ces programmes en Suisse et de les étendre à d'autres pays.»

Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 1997, 367, publié en février 1998

En Suisse, des «essais scientifiques» de distribution d'héroïne à un maximum de 800 toxicomanes ont été menés de 1993 à 1996 puis poursuivis après la phase expérimentale.

Ces projets devaient se faire «sous contrôle médical et scientifique». Les plus hautes instances gouvernementales ont assuré à plusieurs reprises qu'ils ne devaient pas conduire à une légalisation subreptice des drogues.

La communauté internationale s'est montrée, dès le début, extrêmement sceptique vis-à-vis de ces projets. Elle a exprimé à plusieurs reprises des réserves tout à fait fondées quant à leurs objectifs et à leurs conséquences possibles. Au sein de la Commission des stupéfiants des Nations-Unies, les représentants de différents Etats ont formulé dès avril 1996 de vives critiques à l'égard des essais helvétiques d'administration d'héroïne et des tentatives manifestes en vue d'une légalisation des drogues. Malgré cela, le Conseil fédéral s'est engagé activement à l'automne 1997 dans le combat contre l'initiative populaire pour une «Jeunesse sans drogue». A la fin février 1998, il a même décidé de développer les projets sans limitation du nombre des participants! Les personnes mandatées pour évaluer les essais se sont rendues au cours des derniers mois dans de nombreux pays et villes d'Europe, voire en Australie, pour vanter les mérites de la distribution d'héroïne en tant que nouvelle «thérapie». Et cela, soulignons-le, avant qu'on dispose des résultats du contrôle effectué par l'instance indépendante qu'est l'OMS.

Dans le rapport annuel 1997 de l'Organe international de contrôle des stupéfiants, qui vient de paraître, la Suisse est sévèrement critiquée. Il n'est plus question d'«administration» mais de «distribution» d'héroïne, ce qui correspond à la réalité d'aujourd'hui.

Influencées par la campagne menée par les partisans suisses – privés et officiels – de la distribution d'héroïne, les autorités de différentes villes ou régions d'Europe de plus en plus touchées par la toxicomanie caressent l'espoir que le «modèle suisse» apportera une solution à leurs problèmes. Or, cet espoir est des plus illusoires. C'est ce que montre clairement la présente analyse du Dr Ernst Aeschbach relative aux expériences d'administration contrôlée d'héroïne. Les défauts conceptuels et méthodologiques de cette étude sont si graves qu'on ne peut plus guère parler de recherche scientifique.

La présente brochure apporte une contribution importante à une discussion objective, minutieuse et scientifique des résultats des essais d'administration d'héroïne en Suisse.

Dr Hans Köppel,
membre du Comité de Médecins suisses contre la drogue

Remise d' héroïne en Suisse

Les mandataires de la recherche des essais de prescription d'héroïne en Suisse ont bénéficié d'un large soutien des médias pour présenter leur rapport final. Leurs déclarations euphoriques sur le succès des projets ont fait le tour du monde et ont été colportées un peu partout sans esprit critique. De nombreuses personnes qui s'intéressent à la question et sont sceptiques quant à la prescription d'héroïne ont souhaité disposer d'informations approfondies. Les responsables des essais d'administration médicale d'héroïne en Suisse ont jusqu'ici refusé le débat critique. Dans l'introduction de notre analyse, nous abordons la préhistoire de la prescription d'héroïne et son contexte politique. La partie centrale est consacrée à la scientificité des méthodes et à l'analyse des résultats qui ont été publiés dans le second rapport intermédiaire et dans le rapport final des responsables de la recherche.

1. Introduction

En février 1991, le Conseil fédéral suisse a formulé sa stratégie de lutte contre la toxicomanie pour les années à venir. A l'époque, le recours à l'administration d'héroïne était explicitement exclu.

Toutefois, sous la pression politique, il autorisa, en mai 1992, la mise en place d'un projet de prescription d'héroïne soi-disant contrôlé scientifiquement. Les essais commencèrent en décembre 1993 et furent limités à 3 ans. L'évaluation finale devait indiquer dans quelle mesure une prescription médicale d'héroïne à certains toxicomanes pouvait élargir l'offre thérapeutique existante.

Pour bien comprendre la problématique des projets d'administration d'héroïne dans notre pays, il convient d'apporter des précisions sur les discussions actuelles en matière de politique de la drogue.

Depuis la fin des années 80, certains partis politiques, des membres du gouvernement, des associations privées et des particuliers ont formulé toutes sortes de revendications: dépénalisation de la consommation de cannabis, administration d'héroïne aux toxicomanes, voire légalisation de toutes les drogues.¹ Le dénominateur commun de toutes ces demandes est l'idée – erronée – que les problèmes de toxicomanie proviennent du mode de consommation et de la lutte anti-drogue et non pas des substances elles-mêmes.

Ces milieux ont réclamé avec force la mise sur pied de projets d'administration d'héroïne. Zurich est allé jusqu'à faire dépendre la fermeture de la «scène ouverte» de l'autorisation de ces projets. Leur contrôle scientifique a été accepté plus comme un mal nécessaire que par intérêt véritable pour des résultats inédits.

Après l'autorisation accordée par le Conseil fédéral, les critiques fusèrent: elles portaient sur le nombre réduit de participants aux projets, sur les conditions mises à la participation et sur la limitation à l'administration d'héroïne. C'est pourquoi de nombreuses personnes considérèrent ces essais comme une étape vers la libéralisation de toutes les drogues. On craignait notamment que la possibilité de se procurer légalement des drogues ne détruise la motivation des toxicomanes à se soumettre à un sevrage et à une thérapie. Et effectivement, des directeurs de centres thérapeutiques firent état d'un net recul des inscriptions. Dans certains cas, ces institutions n'étaient plus occupées qu'à 50%.

Venons-en maintenant aux aspects scientifiques de la recherche sur la prescription d'héroïne.

2. Remarques Fondamentales

1. Le rapport final sur les essais de prescription médicale de stupéfiants, publié en juillet 1997, est basé sur de nombreux rapports non encore disponibles. L'étude du rapport final soulève de nombreuses questions auxquelles on ne peut donc pas encore répondre définitivement. Par conséquent, lorsque les autres rapports seront disponibles, la présente analyse critique devra être complétée.

2. Selon le Conseil fédéral, la décision d'autoriser la prescription d'héroïne relève de sa compétence. Il s'appuie sur l'art. 15c de la loi sur les stupéfiants qui mentionne le recours à des stupéfiants à des fins de recherche scientifique. Il estime pouvoir autoriser par voie d'ordonnance un essai limité dans le temps et dans son ampleur. Mais une introduction définitive nécessiterait une révision de la loi. D'après l'ordonnance du Conseil fédéral, le but principal des mesures de prévention et de traitement est l'abstinence. Aussi l'Office fédéral de la Santé publique (OFSP) mentionne-t-il cette dernière comme étant l'objectif principal du programme global des essais de prescription médicale d'héroïne. L'abstinence est donc le principal critère de l'éventuelle réussite d'un projet.

3. Il est d'usage dans la communauté scientifique de publier les résultats des recherches dans des revues spécialisées afin de permettre leur examen et leur discussion. Mais les responsables du projet ont préféré s'adresser

prématurément – c'est-à-dire avant qu'une évaluation scientifique ait eu lieu – au grand public par l'intermédiaire des médias de masse qui, de leur côté, exercent des pressions sur les représentants politiques. Dans leurs communications, ils n'ont cessé d'insister sur le fait que l'abstinence n'était qu'un objectif parmi beaucoup d'autres. Dans les adaptations du plan global de la recherche publiées ultérieurement, il n'est plus question d'abstinence. Dans l'esprit des responsables, il ne s'agit plus que d'expérimenter de nouvelles modalités de traitement de la toxicomanie. Cet objectif très général s'écarte considérablement du but initial et ne permet plus d'évaluer convenablement les essais. On ne sait plus du tout selon quels critères un éventuel succès peut être mesuré.

4. L'OFSP a indiqué à plusieurs reprises que les projets d'administration d'héroïne étaient expertisés par des spécialistes de l'OMS et jugés positifs par cet organisme. Ce procédé a été sévèrement critiqué par la Commission des stupéfiants de Vienne. Cette dernière signale que la prétendue expertise de l'OMS consiste en réalité dans un ensemble de citations d'un rapport non publié sorties de leur contexte. La Commission déplore le fait que des groupes politiques essaient de prendre prétexte des essais pour étendre l'administration d'héroïne à un plus grand nombre de personnes.

Certes, la Commission a collaboré avec les autorités helvétiques dans le cadre des programmes internationaux pour le contrôle des drogues, mais cela ne signifie en aucune manière qu'elle approuve les essais de prescription d'héroïne.

5. Les essais scientifiques de prescription médicale de stupéfiants ont dès le début fait l'objet de pressions politiques importantes. On demandait avant tout que l'accès aux projets de prescription d'héroïne soit facilité et qu'il n'y ait pas de contingentement, que d'autres drogues, comme la cocaïne, soient proposées et que la prise de drogue puisse se faire au domicile du toxicomane.^{2,3} Or dans le rapport final, on estime que des critères d'admission moins restrictifs et une plus grande liberté de mouvement des patients pourraient avoir des effets positifs. Après la publication du rapport, les responsables des essais ont fait diverses propositions visant à introduire définitivement la prescription d'héroïne. Selon certains d'entre eux, le programme devrait comprendre 8000 à 9000 participants. Il est donc à craindre qu'en ce qui concerne le nombre total des participants, la durée de l'administration de drogue, l'âge d'entrée dans le programme, les critères d'admission et la nature de la drogue, il n'y ait bientôt plus de limites.

3. Description du Projet, Objectifs et Mise en Œuvre

L'étude porte principalement sur les caractéristiques des participants (p. ex. comportement vis-à-vis de la drogue, état de santé, rapports sociaux) au moment de l'entrée dans le projet et pendant l'expérience. Il s'agit de voir si l'administration d'héroïne est préférable – relativement aux critères ci-dessus – à d'autres stupéfiants comme la morphine ou la méthadone. Les données recueillies proviennent d'entretiens avec les participants et d'observations faites dans les centres de distribution de stupéfiants. En outre, un certain nombre d'études complémentaires ont été menées qui concernent des aspects médicaux, sociaux et économiques.

L'objectif primordial de la démarche thérapeutique est que le patient parvienne à mener une vie responsable et autonome dans l'abstinence. Mais il est précisé que cet objectif doit être relativisé, que chacun ne peut pas l'atteindre. Dans une thérapie de substitution, l'abstinence est la conséquence de l'atteinte d'autres objectifs. Pour qu'une thérapie de substitution convienne à un héroïnomanes, il faut entre autres qu'elle corresponde à une demande. Pour comprendre ce que cela signifie, il faut savoir que les responsables des essais d'administration d'héroïne ont maintes fois insisté sur le fait que la dépendance n'était qu'une étape de la vie et que le toxicomane avait tendance à guérir spontanément.⁴ Cette idée a aussi été propagée dans une importante campagne de l'OFSP. «La plupart des toxicomanes s'en sortent» pouvait-on lire sur des affiches géantes dans le pays tout entier. Dans ce contexte, on n'attribue plus à l'administration d'héroïne aucune utilité thérapeutique: elle ne sert plus qu'à la survie en attendant la guérison spontanée.

Les essais sont censés concerner des héroïnomanes chroniques qui ont subi de nombreux échecs thérapeutiques. On estime que seule la prescription d'héroïne peut venir en aide à ces toxicomanes «fortement dépendants». Les conditions d'admission dans le projet sont les suivantes: avoir atteint sa vingtième année, souffrir d'une dépendance grave depuis au moins 2 ans, consommer de l'héroïne quotidiennement, avoir subi au moins deux échecs thérapeutiques, présenter des troubles psychiques et des problèmes d'intégration sociale.

Les données présentées dans les rapports indiquent qu'un nombre important de participants aux essais ne satisfont pas aux critères d'admission. On constate notamment qu'avant d'entrer dans le projet, ils n'ont guère tiré parti des aides qu'on leur offrait. Nous en reparlerons au chapitre Discussion des résultats.

L'expression souvent utilisée de «fortement dépendant» nous amène à faire une remarque critique. C'est ainsi que l'on caractérise maintenant des toxicomanes qui consomment des drogues depuis longtemps, dont l'état de

santé est mauvais et qui ne veulent ou ne peuvent sortir de la dépendance. La question se pose ici de savoir si les décisions prises ces dernières années en matière de politique de la drogue (elles facilitent la consommation de stupéfiants plutôt qu'elles n'offrent aux toxicomanes une aide pour s'en sortir) n'ont pas contribué à la multiplication des cas de «forte dépendance». Les auteurs d'études portant sur les différents traitements de la toxicomanie relèvent toujours l'importance d'une intervention précoce⁵ et donnent constamment la préférence à des thérapies conduisant à l'abstinence.⁶

Nous devons également nous demander ce que le plan de recherche entend véritablement par «thérapie». S'agit-il simplement de l'administration d'héroïne ou cherche-t-on aussi à obtenir un effet thérapeutique par le biais d'une prise en charge? Le rapport final ne permet pas de répondre à la question. Il existe des possibilités de prise en charge psychologique ou psycho-sociale mais les auteurs insistent sur le manque de personnel. Cette offre ne saurait être considérée comme faisant véritablement partie de cette recherche scientifique.

Le rapport ne permet pas de savoir si les responsables s'efforcent d'encourager les toxicomanes à suivre une thérapie conduisant à l'abstinence. Il semble que ce ne soit pas le cas. En effet, les auteurs insistent constamment sur le taux élevé de maintien dans le projet et sur l'importance d'une administration prolongée d'héroïne. Un autre grave défaut du plan de recherche est l'absence de méthodes de traitement standardisées. On ne peut donc pas savoir quel a été, par exemple, l'effet d'une prise en charge psycho-sociale.

4. Défauts Méthodologiques

A propos de la méthode scientifique

Pour évaluer l'efficacité d'un traitement, la médecine moderne a normalement recours à un essai avec groupe témoin, randomisé et reproductible, qui doit montrer que la thérapie envisagée est significativement supérieure à un autre traitement comparable. Lorsqu'un groupe de sujets bénéficie d'un traitement et que l'on compare les résultats avec ceux obtenus avec un groupe de sujets qui ne sont pas traités (groupe témoin), on peut savoir si la thérapie appliquée est efficace ou non. Si les participants peuvent choisir entre le groupe expérimental (thérapie) et le groupe témoin (absence de thérapie), ce choix risque d'être influencé par des facteurs personnels. Mais lorsque l'affectation à l'un des deux groupes se fait au hasard (randomisation), on a plus de certitudes que l'éventuel succès de l'expérience est attribuable à la thérapie et non pas à des caractéristiques

des sujets qui ont déterminé le choix du groupe. Pour éviter des erreurs d'évaluation, la solution idéale consiste à faire en sorte que tant les sujets de l'expérience que le personnel qui les prend en charge et que les évaluateurs ignorent qui est soumis au traitement et qui ne l'est pas (double aveugle). Ensuite, des méthodes statistiques doivent permettre de montrer si une éventuelle différence entre les résultats des deux groupes peuvent être ou non attribuables au hasard.

Lorsqu'on ne peut pas recourir à des expériences randomisées avec un groupe expérimental et un groupe témoin, la preuve d'un éventuel effet thérapeutique repose uniquement sur l'étude de patients qui ont décidé eux-mêmes de se soumettre à telle ou telle thérapie. Naturellement, cette méthode implique le risque que le libre choix du traitement soit influencé par des caractéristiques préexistantes. La méthode consistant à comparer des sujets avant et après le traitement est particulièrement peu fiable. On observe certaines caractéristiques des sujets avant le traitement, pendant celui-ci, à intervalles déterminés, puis après la fin du traitement. En l'absence d'un groupe témoin, on ne peut pas savoir précisément à quoi sont dus d'éventuels changements.

Méthodes utilisées dans l'expérience de prescription d'héroïne

Pour pouvoir répondre à un certain nombre de questions les chercheurs ont eu recours à une procédure quasi expérimentale. Ainsi, ils ont essayé, sur la base de caractéristiques présentes avant le début de l'expérience, de prédire la probabilité pour le participant d'abandonner le projet. Des méthodes statistiques (analyse multivariée) permettent d'identifier l'influence de variables indépendantes sur un résultat. Le deuxième rapport intermédiaire présente une évaluation de cette nature. Les toxicomanes qui consomment depuis longtemps plusieurs drogues, qui sont en mauvaise santé et ont de graves problèmes de relations sociales ont abandonné plus tôt le projet que les autres. Cela montre que c'est justement le groupe visé, celui des toxicomanes «fortement dépendants», qui est relativement difficile à toucher.

Il est très difficile d'attribuer les résultats mesurés aux thérapies mises en œuvre. Quelles améliorations observées sont attribuables à des effets spécifiques de l'administration d'héroïne? Dans quelle mesure les résultats positifs sont-ils dus plutôt à la prise en charge médicale et psycho-sociale? Quelle est l'influence du désir du personnel traitant d'introduire à tout prix une nouvelle thérapie? Autant de questions auxquelles le présent rapport n'apporte aucune réponse.

Fiabilité des données recueillies

Toutes les recherches en toxicomanie soulèvent le problème de la fiabilité des données reposant sur les dires des sujets. L'expérience a montré que les indications relatives à l'ampleur de la consommation de drogue, à l'état de santé, aux relations sociales et aux activités criminelles sont entachées d'erreurs importantes.⁷ Ainsi, dans le projet d'administration d'héroïne qui nous occupe, on n'a effectué des contrôles d'urine que tous les deux mois et seulement avec l'accord des participants.

Règles de la recherche clinique⁸

Les recherches cliniques sur l'efficacité des méthodes thérapeutiques doivent obéir aux règles de la recherche scientifique reconnues dans le monde entier. Les essais thérapeutiques doivent se conformer à une méthodologie précise (Guidelines for good clinical practice, GCP) qui en détermine toutes les phases, de l'établissement du plan de recherche à la publication des résultats. Ces règles garantissent la qualité des recherches scientifiques, et rend possible la réplication en d'autres temps et lieux et permet la comparaison avec d'autres études portant sur la même question.

Ces règles exigent l'indépendance de tous les participants: ceux qui sont responsables de la recherche, ceux qui la conduisent et ceux qui en évaluent les résultats. Dans celle qui nous occupe, ces règles ne sont aucunement respectées. Le Dr Felix Gutzwiller, par exemple, est à la fois mandataire de la recherche, membre du groupe d'experts chargés de l'évaluation et membre du groupe complémentaire d'experts (Safety Assurance Group). Il est tout aussi curieux que certains responsables des centres de traitement qui n'ont rien eu à voir avec l'évaluation, aient déjà fait des déclarations publiques en Suisse et à l'étranger et plaidé pour l'administration d'héroïne longtemps avant la fin de l'expérience.

5. Discussion des Résultats

Pharmacodynamie et pharmacocinétique

Les recherches présentées dans le rapport final et relatives à la pharmacologie des opiacés n'apportent aucune connaissance nouvelle. Relever que ceux qui prennent de l'héroïne, sous quelque forme que ce soit – comprimés, gélules, cigarettes, suppositoires, aérosols, injections – ressentent une «sensation agréable de chaleur», d'«euphorie», de «détente» ne présente aucun intérêt scientifique. L'étude indique quelles doses de stupéfiants sont jugées «suffisantes» par les toxicomanes. Les patients font état d'une sensation «agréable et intense de chaleur» après une injection intraveineuse de méthadone et on en conclut que les injections sont préférables à la prise orale. On ne peut s'empêcher de penser que par le

biais de telles études in vivo on cherche à savoir comment satisfaire au mieux les besoins subjectifs des toxicomanes.

Nombre de participants/échantillons

En tout, 1146 personnes ont été admises dans le projet de prescription d'héroïne (tableau 1). 111 n'ont pas été prises en compte dans l'évaluation parce qu'elles avaient rapidement abandonné ou que leurs données n'étaient pas complètes. On s'étonne que ces 111 personnes aient reçu de l'héroïne avant même que des données complètes aient été réunies à leur sujet. Elles représentent tout de même 10% de l'ensemble, si bien que si leurs données avaient été évaluées, les résultats globaux auraient été sensiblement modifiés.

Tableau 1

	Cohorte A entrée jusqu'au 31.3.95	Cohorte B *) entrée à partir du 1.4.95	Total
Personnes acceptées dans le projet			1146
Sorties rapides, données incomplètes			111
Données d'entrée analysées	385	650	1035

**) Pour la cohorte B les données d'évaluation ne sont pas encore disponibles*

Doses et déroulement de l'expérience

On a de la peine à se faire une idée précise de la nature des substances administrées, de leurs modes d'administration et de leurs associations. L'héroïne, la morphine et la méthadone sont administrées tantôt par injection intraveineuse et tantôt par voie orale. Mais l'héroïne l'est parfois sous forme de cigarettes, de comprimés retard, de gélules, de suppositoires, d'aérosols liquides ou pulvérulents. On propose aux sujets toutes sortes d'associations de substances (jusqu'à trois substances différentes) et de modes d'administration. Ainsi, des toxicomanes peuvent se voir injecter de l'héroïne, recevoir en plus des cigarettes d'héroïne et, pour couronner le tout, de la morphine en comprimés.

Pour s'y retrouver dans cet enchevêtrement de substances et de modes d'administration, les chercheurs ont calculé un équivalent-méthadone. En moyenne, on arrive au bout de quelque trois mois à un dosage stable d'environ 160 mg d'équivalent-méthadone. Les auteurs ne précisent absolument pas à quelle propriété des opiacés se rapporte cette équivalence. Or il existe des études qui montrent l'impossibilité de déterminer des

quantités équivalentes d'opiacés, du moins en ce qui concerne leur propriété analgésique.⁹

Il serait très intéressant de savoir si certains participants ont réussi à réduire leurs doses d'opiacés au cours de l'expérience et si les mesures de prise en charge psychologique y ont contribué. Il serait également intéressant de comparer les améliorations de l'état de santé des participants aux doses prescrites. Cela n'était manifestement pas prévu dans le plan de recherche. En tout cas, le rapport final n'en parle pas. On peut douter que la réduction progressive des doses ait été un objectif. D'après les responsables du projet, on a plutôt conseillé aux toxicomanes de chercher quelles doses étaient de nature à leur procurer une agréable euphorie.

Selon le rapport, des doses relativement élevées augmentent la probabilité que le participant persévère dans le projet. Cette observation ne s'explique pas autrement que par la préférence des drogués pour l'héroïne. Quant à la notion de dose «suffisante», elle se mesure, selon le rapport, à l'aune de la sensation subjective de bien-être.

A titre de comparaison, mentionnons ici les expériences faites avec des programmes de méthadone dans lesquels la question des doses avait un fondement scientifique. Une dose de méthadone est jugée suffisante quand elle conduit à une saturation des récepteurs d'opiacés du cerveau. Un taux constant de méthadone dans le plasma sanguin contribue à empêcher la consommation d'autres drogues.¹⁰ En revanche, des doses insuffisantes de méthadone augmentent la probabilité du recours à d'autres stupéfiants. Cela dit, la cocaïne, par exemple, entraîne à son tour une diminution du taux de méthadone dans le sérum. C'est pourquoi des taux adéquats de méthadone contribuent à réduire la probabilité d'une consommation supplémentaire de drogue.¹¹

Etude bernoise en double aveugle

Une «étude» curieuse a été effectuée à Berne. Selon la méthode dite «double aveugle», on a administré à un groupe de sujets de l'héroïne et à un autre de la morphine. Après un certain laps de temps, on a remplacé l'héroïne par de la morphine et vice versa. Le fait que les participants recevant de la morphine abandonnaient plus tôt que ceux à qui on administrait de l'héroïne n'est pas particulièrement étonnant: on connaît bien le phénomène du «flash» caractéristique de l'héroïne qui passe plus rapidement la barrière hémato-encéphalique. En revanche, ce qui surprend, c'est le commentaire des chercheurs «indépendants» selon lequel l'héroïne a plus de succès parce qu'elle procure des sentiments positifs, un meilleur équilibre et qu'elle provoque moins de frustration.

A. Statut des toxicomanes à l'entrée dans le projet

A l'entrée dans le projet, 49% des sujets n'avaient jamais suivi de thérapie en milieu résidentiel et 26% n'avaient qu'une tentative à leur actif. 11% n'avaient jamais tenté de sevrage physique, 65 % avaient effectué entre 1 et 5 tentatives. 9% n'avaient jamais participé à un programme de substitution et 37% une seule fois (tableau 2). Dans l'ensemble, on peut dire que ces groupes n'avaient guère tiré parti des offres de thérapie existantes, surtout quand on considère que la dépendance à l'héroïne existait en moyenne depuis 10 ans.

Tableau 2: Comparaisons des traitements antérieurs entre les cohorte A et B à l'entrée

Traitements antérieurs	Cohorte A n = 385	Cohorte B n = 650	Total n = 1 035	
Sevrage				
Aucun	11%	11%	11%	
1 à 5 sevrages	65%	65%	65%	
Plus de 5 sevrages	25%	24%	24%	
	md = 4	md = 5	md = 9	C's V.=.01;n.s.
Thérapie stationnaire				
Aucune	47%	50%	49%	
1 thérapie stationnaire	26%	26%	26%	
Plus de 1 thérapie stationnaire	27%	24%	25%	
	md = 4	md = 5	md = 9	C's V.=.04;n.s.
Traitement de substitution				
Aucun	9%	9%	9%	
1 traitement de substitutions	39%	37%	37%	
Plusieurs traitements de subst.	53%	54%	54%	
	md = 4	md = 5	md = 9	C's V.=.02;n.s.

Tiré du Rapport final des mandataires de la recherche. Rapport de synthèse. A. Uchtenhagen. Tableau 11, page 53, Zürich 1997.

Ce qui surprend également, c'est l'état de santé relativement satisfaisant à l'entrée: il est jugé très bon ou bon chez 79% des sujets. Il en va de même de leur état nutritionnel, jugé bon ou très bon dans 80 % des cas. L'état psychique est jugé bon ou très bon chez 60% des sujets et très mauvais chez 2% seulement. Quand on sait que tous les participants au projet étaient considérés comme «fortement dépendants», on peut douter de l'exactitude de ces diagnostics.

Relevons un détail piquant en ce qui concerne la consommation d'héroïne illégale à l'entrée dans le projet: 4% n'en consommaient pas et 14% occasionnellement. Or la condition mise à la participation au projet était une consommation quotidienne d'héroïne et une dépendance à l'héroïne depuis au moins deux ans. Il existe des méthodes fiables qui permettent d'attester la consommation chronique d'héroïne,¹² et leur utilisation aurait contribué à rendre l'expérience plus crédible.

Il faut aussi noter que 61% des participants avaient bénéficié auparavant d'un programme de méthadone. Or le groupe visé dans l'expérience était soi-disant constitué de toxicomanes qui n'avaient pas tiré parti des offres thérapeutiques. Les auteurs du rapport n'expliquent pas pourquoi ils ont recruté des sujets qui avaient bénéficié d'un programme de méthadone.

B. Modifications intervenues en cours d'expérience

Nous ne disposons de données relatives à l'évolution de l'état de santé que pour les toxicomanes de la cohorte A (n=385) qui ont participé à l'essai pendant 18 mois (n=237). Il faut tenir compte de ce fait dans l'interprétation des résultats. A propos de la cohorte B, la plus importante (n=650), nous ne possédons encore pratiquement aucun résultat.

Etat de santé physique

Les changements relatifs à la «santé physique» rapportés par les auteurs sont certes significatifs mais assez modestes. L'amélioration marginale de 79% à 86% de l'état physique s'explique probablement plutôt par la prise en charge que par l'administration d'héroïne. La diminution de 35% à 23% des sujets dont le poids était jugé insuffisant s'explique sans doute plutôt par une meilleure nutrition dans le cadre du projet que par la consommation d'«héroïne légale». Bien que les toxicomanes aient en moyenne un poids inférieur à celui de la population normale, l'état nutritionnel est un problème assez secondaire.¹³

Il était prévisible que le nombre d'abcès diminuerait. On constate toutefois que ce recul n'est pas spectaculaire: à l'entrée dans le projet, on n'avait diagnostiqué des abcès que chez 38 participants. Après 18 mois de traitement, on en relève encore chez 16 participants.

La prévention de l'infection par le VIH était un des principaux arguments justifiant la mise en place des projets de prescription d'héroïne. Selon le rapport final, on n'a observé que quelques rares infections nouvelles, mais les responsables se montrent indûment optimistes. D'une part, les participants n'étaient pas obligés d'effectuer un test VIH. On ne nous dit pas combien de sujets ont effectivement été testés et quelle proportion des

chiffres donnés repose sur les seules déclarations des participants. Si on les avait forcés à effectuer le test, on disposerait au moins de chiffres fiables. La prévention de l'infection à VIH chez les toxicomanes est un problème complexe. Il convient de mentionner ici le fait que la consommation régulière de drogue par voie intraveineuse représente encore le plus important facteur de risque d'infection par le VIH. Les programmes de méthadone peuvent réduire la probabilité du partage des seringues; cela n'est pourtant pas dû au fait que les participants modifient fondamentalement leur comportement mais au fait qu'ils s'administrent la drogue moins souvent par voie intraveineuse.¹⁴

On sous-estime souvent la proportion des infections à VIH dues à des rapports sexuels non protégés. Le fait que les toxicomanes aient de la peine à mettre en pratique les informations relatives aux risques d'infection est, entre autres, une conséquence de la consommation de drogue.¹⁵ Certaines études scientifiques laissent penser que la consommation régulière d'héroïne est un facteur favorisant la progression du Sida chez les toxicomanes séropositifs.¹⁶ En tout cas, il est incontestable que mener une vie saine est très important quand on est infecté par le VIH.

Etat de santé psychique

La proportion de patients dont l'état de santé psychique est jugé «mauvais» diminue de 36% à 18% au cours des 18 mois. On constate que les troubles affectifs, les troubles de la personnalité et du comportement ne nécessitent pratiquement plus de traitement dès le deuxième mois. Les auteurs en concluent qu'il faut s'attendre, dans la suite du projet, à une nouvelle diminution des troubles psychiatriques. Si c'est une prise en charge psychiatrique qui a conduit à ces résultats, on ne peut que s'en réjouir. Toutefois – il ne faut pas l'oublier – l'expérience a montré que la consommation de drogue entraîne souvent des problèmes psychiatriques. Il faut espérer que les responsables de ces projets de prescription d'héroïne n'envisagent pas l'administration de stupéfiants comme une nouvelle thérapie des maladies psychiques.

Grossesses

La toxicomanie pendant la grossesse représente pour la mère et l'enfant un grave problème. Les enfants de mères toxicomanes ont souvent, à la naissance, un poids et un volume crânien inférieurs à la normale. Ils ont tendance à être hyperactifs, inattentifs et manifestent des troubles du comportement. Cela est dû principalement à l'influence négative de la mère après la naissance.¹⁷ Ce qui est également à craindre, c'est le syndrome néonatal de sevrage qui se manifeste souvent quand la mère est polytoxicomane.¹⁸ Bien que la littérature scientifique sur ce sujet soit très riche, les responsables de la recherche ne semblent guère en tenir compte. Ils n'ont rien de particulier à signaler sur le déroulement des grossesses et

des naissances, exception faite d'un avortement spontané chez une mère en sevrage.

Comportements vis-à-vis de la drogue et prise de risques

Si, à l'entrée dans le projet, 81% des patients déclarent consommer de la cocaïne, cette proportion n'est plus que de 52% 12 mois après. Par conséquent, une bonne moitié des sujets consomment encore parallèlement de la cocaïne au bout d'une année! Et il ne s'agit ici que des dires des participants qui n'ont été contrôlés que sporadiquement par des analyses d'urine. A noter toutefois que dans 10% environ des cas, ces tests effectués tous les deux mois se sont révélés positifs. Et ce chiffre ne concerne que les sujets qui ont persévéré au moins 18 mois dans le projet. Il serait sans doute plus élevé si l'on avait pris en compte l'ensemble des participants. Il y a une autre raison pour laquelle ce résultat n'est pas étonnant. On sait depuis longtemps que les stupéfiants sont interchangeable, qu'ils agissent sur le même mécanisme cérébral de dépendance. Lorsque l'on fournit légalement des drogues aux toxicomanes, la consommation illicite diminue d'autant.

Insertion sociale

L'amélioration des conditions de logement relevée par les auteurs est réjouissante. Cependant il convient d'en examiner les causes d'un œil critique. La proportion de ceux qui ont signé un contrat de bail passe de 49% à l'entrée dans le projet à 69% 18 mois après. En l'absence de groupe-témoin, il est à supposer que cette amélioration est due avant tout à une meilleure situation financière des participants et à l'aide qu'on leur a apportée dans la recherche d'un appartement.

Les auteurs signalent également une diminution significative de l'endettement des sujets. Les catégories indiquées varient entre 5000 et 30000 francs. On ne voit pas comment des dettes aussi importantes ont pu être remboursées. Ici encore, répétons-le, on a affaire à un phénomène qui doit s'expliquer, en tout cas partiellement, par la prise en charge psychosociale. Et personne n'a jamais contesté le fait que l'on peut économiser de l'argent quand l'Etat vous fournit la drogue presque gratuitement. Nul besoin de prouver une telle évidence!

Naturellement, on peut se réjouir de l'amélioration dans le domaine de l'activité professionnelle (tableau 3). Toutefois, les chiffres doivent être interprétés avec prudence. Il est question dans le rapport de «situation de travail» et non pas, comme c'est généralement le cas, d'«aptitude au travail» et encore moins d'«aptitude à exercer un emploi». Les catégories ne sont pas établies ici en fonction des critères habituels. Ainsi la première catégorie, «avec emploi», englobe ceux qui travaillent à temps plein et ceux qui exercent un emploi à temps partiel tandis que la seconde catégorie

comprend les emplois temporaires, les travaux ménagers et les patients au bénéfice d'une rente. Cela rend impossible l'interprétation des données.

Tableau 3: Situation de travail à l'entrée et au cour du traitement

	Situation de travail à l'entrée (n=230; md=7)	Situation de travail après 6 mois (n=237; md=0)	A Situation de travail après 12 mois (n=237; md=0)	Situation de travail après 18 mois (n=237; md=0)
Avec emploi	14%	23%	31%	32%
Temporaire/ au foyer, rentier	42%	51%	52%	48%
Sans emploi, sans rente	44%	26%	17%	20%

Tiré du Rapport final des mandataires de la recherche. Rapport de synthèse. A. Uchtenhagen. Tableau 27, page 74, Zürich 1997.

Le nombre des bénéficiaires d'une rente d'invalidité augmente au cours de l'essai. Cela est peut-être dû au fait que le suivi des toxicomanes a permis de constater un besoin réel et justifié. Mais étant donné que les auteurs constatent une amélioration de la situation professionnelle, on s'attendrait à une diminution du besoin de bénéficier d'une rente. Cette question aurait facilement pu être élucidée si on avait précisé les fluctuations (nombre des nouvelles rentes et nombre des rentes supprimées).

Tableau 4: Rente d'invalidité à l'entrée et au cour du traitement

	Rente d'invalidité à l'entrée (n=233; md=4)	Rente d'invalidité après 6 mois (n=237; md=0)	Rente d'invalidité après 12 mois (n=237; md=0)	Rente d'invalidité après 18 mois (n=237; md=0)
N'a pas de rente	82%	78%	76%	73%
A une rente	18%	22%	24%	27%

Tiré du Rapport final des mandataires de la recherche. Rapport de synthèse. A. Uchtenhagen. Tableau 29, page 75, Zürich 1997.

Comportements délinquants

Dans l'évaluation des comportements délinquants, il faut tenir compte du manque de fiabilité des données fondées uniquement sur les dires des sujets. Au cours de l'expérience déjà, plusieurs personnes ont soulevé le problème. C'est pourquoi les responsables ont après coup pris en compte l'évaluation de données fournies par la police.

Les déclarations des participants font apparaître une légère diminution des délits commis pour se procurer de l'argent. En revanche, le nombre des délinquants qui ont recours à la violence et à l'usage des armes augmente légèrement. Toutefois, le nombre trop faible de ces derniers délits ne permet pas de calculer si la différence est statistiquement significative.

Les responsables de la recherche ont insisté fortement sur le recul de la criminalité. Cependant cette diminution est la même dans tous les groupes étudiés, si bien qu'elle ne justifie pas la prescription d'héroïne. Seule la comparaison avec un groupe-témoin de non-toxicomanes permettrait de tirer des conclusions valables.

C. A propos des abandons et des thérapies ultérieures

Parmi les 1146 patients admis dans le projet, 350 (30,5%) ont abandonné en cours de route. 84 n'ont pas été pris en compte dans l'analyse parce que l'examen préalable à l'entrée dans le projet n'avait pas été effectué(!). On ne dispose que des résultats relatifs à la cohorte A qui compte 385 participants. 128 d'entre eux (33,2%) ont abandonné. 16% de ces derniers ont entamé une thérapie conduisant à l'abstinence et 39% un programme de méthadone. Par rapport au nombre total des 385 participants, cela représente un «taux de réussite» de 5,2% vis-à-vis de l'objectif principal d'abstinence.

On a comparé ceux qui ont abandonné le projet avec un transfert dans un autre traitement à ceux qui n'ont pas suivi d'autre traitement après avoir abandonné le projet. Diverses caractéristiques ont été examinées: sexe, âge, durée de la dépendance, situation de logement, état de santé physique, etc. Il apparaît que seuls les participants en mauvaise santé psychique ou/et séropositifs sont surreprésentés dans le groupe des patients n'ayant pas suivi d'autre traitement après avoir abandonné le projet.

La comparaison entre ces deux groupes n'est pas probante. En effet, le groupe qui a suivi un traitement après avoir quitté le projet était composé soit de personnes ayant accepté une offre de thérapie conduisant à l'abstinence soit de sujets qui étaient entrés dans un programme de méthadone. Dans le groupe qui n'a plus suivi de traitement, il pouvait tout à

Remise d' héroïne en Suisse, Aeschbach Ernst, Médecins Suisse contre la drogue, 1998 20

Tableau 5: Motifs de sortie pour les cohorte A und B

	Cohorte A		Cohorte B	
	n	%	n	%
Traitement axé sur l'abstinence	20	16%	46	33%
Traitement à la méthadone et sevrage	2	2%	2	1%
Substitution à la méthadone	50	39%	49	36%
Hospitalisation	5	4%	1	1%
Déménagement	3	2%	2	1%
emprisonement	0		4	3%
Exclusion	19	15%	15	11%
Interruption par le/la patient(e)	15	15%	14	10%
Autres motifs	7	5%	4	3%
décès	7	5%	1	1%
Total des sorties	128	100%	(138)₁	100%

1 Une comparaison entre le nombre de sorties de la cohorte A avec celui de la cohorte B est limitée dans la mesure où pour la cohorte B, la durée n'est pas toujours de 18 mois.

Tiré du Rapport final des mandataires de la recherche. Rapport de synthèse. A. Uchtenhagen. Tableau 43, page 87, Zürich 1997.

fait se trouver des personnes qui vivaient dans l'abstinence alors que d'autres consommaient des drogues illicites. Par conséquent, il aurait été intéressant de comparer diverses caractéristiques chez un groupe de participants vivant dans l'abstinence et chez un autre groupe de patients qui continuaient à se droguer. En l'absence d'une telle comparaison, on ne peut qu'émettre des hypothèses au vu des résultats obtenus. Une dépendance à l'héroïne de longue durée, une consommation quotidienne de cocaïne et une mauvaise santé doivent probablement être considérées comme des facteurs de risques par rapport à l'objectif d'abstinence.

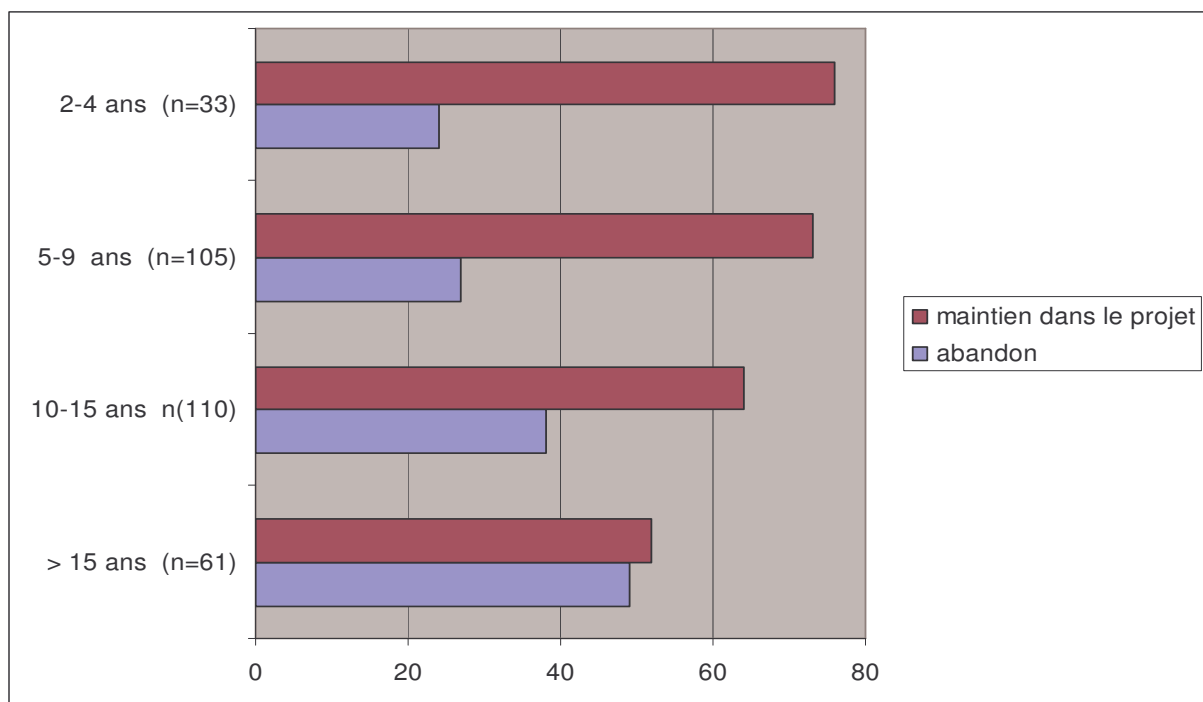
Pour prouver le succès à long terme d'une thérapie, il faut procéder à une catamnèse des participants à intervalles réguliers. Or les résultats des premières enquêtes ne sont disponibles aujourd'hui que pour environ la moitié des 128 personnes ayant abandonné le projet. 17 sont morts, 5 sont allés s'établir ailleurs et 9 sont introuvables. Il est préoccupant de constater que 30 ont refusé de répondre aux questions(!). Comme les études de suivi longitudinal (follow-up) sont censées s'étendre sur plusieurs années, on peut douter dès maintenant que les mandataires de la recherche puissent jamais présenter des résultats valables à ce sujet.

Le rapport prétend que les améliorations intervenues au cours de l'expérience se maintiennent, qu'il y ait eu un traitement ultérieure ou pas, Remise d' héroïne en Suisse, Aeschbach Ernst, Médecins Suisse contre la drogue, 1998 21

mais cette affirmation n'est pas étayée par des chiffres. De même, aucune précision n'est donnée sur les améliorations intervenues en relation avec les variables «maintien dans le projet» et «abandon».

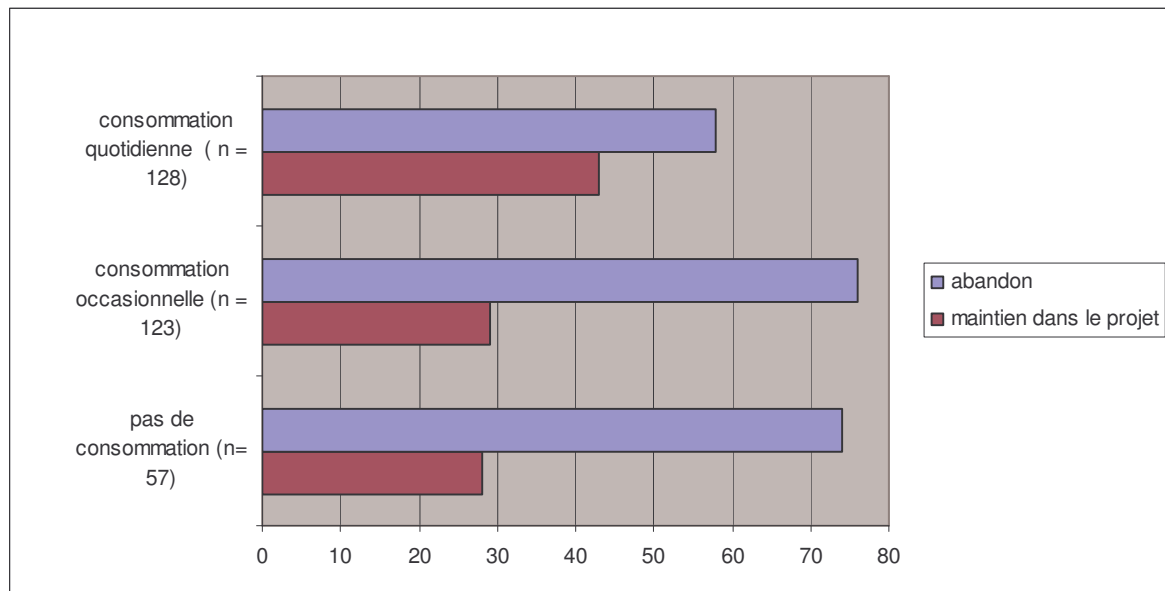
Un des résultats du second rapport intermédiaire montre qu'une longue durée de dépendance, une consommation quotidienne de cocaïne et un statut VIH positif augmentent le risque d'abandon précoce (figures 1 et 2). On constate donc que les toxicomanes dits «fortement dépendants», c'est-à-dire ceux qui constituent la véritable cible de l'expérience, n'ont manifestement guère été touchés.

Figure 1: Durée de la consommation régulière de drogues dures avant l'entrée dans le projet et fréquence d'abandon (n = 317; md = 8)



Tiré du 2^e rapport intermédiaire des mandataires de la recherche. A. Uchtenhagen. Figure 3.2.1, page 95. Zürich 1996

Figure 2 : Consommation de cocaïne au cours des 4 semaines précédant l'entrée dans le projet et fréquence d'abandon (n=317; md=8)



Tiré du 2^e rapport intermédiaire des mandataires de la recherche. A. Uchtenhagen. Figure 3.2.2, page 96. Zürich 1996

6. Critiques de L'interprétation des Résultats

Taux de maintien dans le projet

Les responsables de la recherche ont fortement insisté sur les taux élevés de maintien dans le projet et ils ont en particulier établi une comparaison avec les taux dans les thérapies conduisant à l'abstinence (tableau 6). Il convient donc d'examiner de plus près la notion de «taux de maintien».

Le rapport final ne donne aucune indication sur le sens attribué à «taux de maintien». Généralement, on fixe un taux de participation de 75% ou la venue à 2 rendez-vous sur 3 dans les centres de traitement. L'absence de définitions précises rend difficile l'utilisation de ces données.

Que signifie un taux élevé de maintien par rapport à l'objectif visé?

Une méthode thérapeutique réussit lorsqu'elle s'avère efficace par rapport à l'objectif visé. Il faut évidemment qu'elle soit acceptée par les patients, mais c'est l'efficacité qui prime car la thérapie en question doit avant tout permettre de guérir effectivement la maladie. L'acceptation de la thérapie

par le patient n'est qu'une condition préalable, non un substitut de ses effets. Lorsqu'on met au point de nouvelles thérapies, on fait évidemment en sorte

Tableau 6 : Taux de maintien dans le projet

	6 mois	12 mois	18 mois
Cohorte A (n=385)	89%	76%	69%
Cohorte B (n=650)	89%	(80%)	(77%)

Tiré du Rapport final des mandataires de la recherche. Rapport de Synthèse. A. Uchtenhagen. Tableua 16, page 58. Zürich 1997

que les patients l'acceptent et la supportent le mieux possible, mais on ne doit pas perdre de vue le véritable objectif, qui est la guérison. Or les responsables des essais de prescription d'héroïne se sont empêtrés dans un dilemme encore plus fondamental: ils veulent appliquer une «thérapie» qui n'est efficace que si elle n'est plus sollicitée.

Quel est le véritable agent thérapeutique?

Ces réflexions nous amènent à poser la question de savoir quel est le véritable agent thérapeutique dans ces essais. Les responsables attribuent-ils à l'héroïne un effet thérapeutique en soi? Dans la présentation des résultats, ils ont indiqué à plusieurs reprises qu'ils n'avaient pas apporté la preuve que l'administration d'héroïne avait un lien de causalité avec les modifications observées. Ou bien considèrent-ils l'administration d'opiacés simplement comme un moyen de maintenir les toxicomanes dans un cadre thérapeutique ? Dans ce cas, il aurait fallu définir des méthodes thérapeutiques standardisées et prouver leurs relations de cause à effet avec les résultats mesurés. Le rapport final reste muet sur toutes ces questions.

Un aspect de la problématique du soutien apporté aux drogués mérite d'être abordé ici. Une aide valable et constructive requiert une bonne compréhension des problèmes liés à la toxicomanie et doit être individualisée. Le toxicomane éprouve le besoin quasi irrésistible de se droguer sans arrêt. Bien qu'il souffre des effets négatifs des stupéfiants, ce besoin est la plupart du temps plus fort que la volonté de s'engager dans la voie difficile du sevrage et de la thérapie. Pourtant les drogués conservent toujours le désir et l'espoir de vivre sans drogue. L'expression courante mais quelque peu inadéquate de «carrière de toxicomane» caractérise cette alternance d'espoirs et de sentiments d'échec. Si l'on n'interrompt pas cette spirale, les toxicomanes ont de moins en moins de chances de s'en sortir.

Une offre d'aides variées disponibles sans conditions risque d'inciter les toxicomanes à satisfaire uniquement leurs besoins immédiats et leur facilite Remise d' héroïne en Suisse, Aeschbach Ernst, Médecins Suisse contre la drogue, 1998 24

l'accès à la drogue. On ne touche absolument pas à la racine du mal. Les mesures d'aide ne sont efficaces que si elles s'inscrivent dans le cadre d'une thérapie complète. Sinon les drogués – comme ceux qui s'occupent d'eux – risquent de se satisfaire de demi-succès et restent exposés aux dangers liés à la toxicomanie.

Le sevrage physique représente l'étape la plus importante sur le chemin qui mène à une vie sans drogue et peut constituer le point de départ vers une maîtrise des problèmes existentiels. C'est pourquoi les mesures prises pour aider les toxicomanes doivent permettre de parvenir à l'abstinence. C'est la seule aune valable pour mesurer l'efficacité et le succès des méthodes de traitement pour toxicomanes.

Peut-on se permettre une comparaison avec d'autres méthodes thérapeutiques?

A l'occasion de l'information des médias sur le rapport final, les mandataires de la recherche ont déjà souligné la supériorité de l'administration d'héroïne par rapport à d'autres offres thérapeutiques, c'est-à-dire aux traitements résidentiels conduisant à l'abstinence. Or, au vu des remarques critiques faites ci-dessus quant à la notion de «taux de maintien», cette comparaison n'est pas valable. Le fait de rester dans un programme n'est pas une garantie de succès final. A preuve des études longitudinales suédoises qui montrent que certains toxicomanes sont restés de 20 à 30 ans dans un programme de méthadone et ont replongé après de nombreuses années. On ne peut établir de comparaisons que par rapport à l'atteinte d'objectifs clairement fixés. Dans le cas qui nous occupe, l'éventuel succès du traitement se mesure à la capacité du sujet de renoncer à la drogue. A cet égard, un taux élevé de maintien dans une thérapie basée sur l'abstinence peut être considéré comme une certaine réussite. Les participants y ont tout de même déjà renoncé à consommer des stupéfiants.

7. Résumé et Conclusion

La présentation positive des essais de prescription d'héroïne dans le rapport final est en contradiction avec les faits rapportés. La conséquence logique serait d'interrompre immédiatement les essais et de revenir à des méthodes thérapeutiques qui ont fait leurs preuves. Les études particulières annoncées ne vont sans doute quasiment rien changer à ce jugement.

Comparé au but principal d'abstinence, le taux de succès de 5,2% est décevant. Suite au manque de coopération des participants l'étude longitudinale (follow-up) ne saura livrer de résultats probants. Ainsi il ne faut pas s'attendre à des résultats utilisables concernant les effets de longue durée de la prescription d'héroïne.

Les succès observés dans des domaines particuliers comme l'amélioration de l'état de santé, la stabilisation des rapports sociaux, etc. sont évidemment réjouissants. Cependant, l'expérience n'a pas pu apporter la preuve que ces résultats sont attribuables à la prescription d'héroïne.

La diminution de la délinquance chez les participants a été un argument souvent avancé pour faire accepter la prescription d'héroïne. Toutefois les chiffres indiquent que ce recul n'est pas limité à ceux qui recevaient de l'héroïne mais s'observe également dans tous les autres groupes. Cela montre que des thérapies éprouvées basées sur l'abstinence ont donné des résultats tout aussi bons, sinon meilleurs.

Manifestement, on a eu de la peine à toucher les individus «fortement dépendants». Une statistique du deuxième rapport intermédiaire montre que les patients de ce groupe ont été nombreux à abandonner en cours d'expérience. C'est donc justement pour ce genre de toxicomanes que l'administration d'héroïne semble ne pas être une solution valable. En outre, les responsables de projet et les mandataires de la recherche ont perdu leur crédibilité en faisant dans les médias, pendant tout le déroulement de l'expérience et sans esprit critique, des déclarations enthousiastes qui ne correspondent pas aux faits. Un exemple particulièrement frappant en est l'apparition du responsable du projet bernois KODA dans une émission de la télévision australienne. Sa naïve campagne de propagande en faveur des projets suisses de prescription d'héroïne – avant la publication du rapport final – constitue un grave manquement au devoir d'indépendance des responsables de projet et des mandataires de la recherche.

Les autorités sanitaires responsables seraient bien inspirées d'en revenir, pour le traitement de la toxicomanie, aux thérapies éprouvées basées sur l'abstinence. L'«Alleingang» suisse n'a en général pas été goûté à l'étranger et a suscité chez les spécialistes avant tout du scepticisme. C'est ce que montre très clairement la prise de position négative des Etats signataires de

la Convention des Nations unies lors de la session de cette année, à Vienne, de la Commission des stupéfiants.

8. Annexe

La présente étude se fonde sur les rapports suivants:

- Ordonnance sur l'évaluation de projets visant à prévenir la toxicomanie et à améliorer les conditions de vie des toxicomanes du 21 octobre 1992
- Modifications de l'Ordonnance sur l'évaluation de projets visant à prévenir la toxicomanie et à améliorer les conditions de vie des toxicomanes du 21 octobre 1992, 1er janvier 1997
- Essais de prescription médicale de stupéfiants, plan global de recherche, Office fédéral de la santé, 1er novembre 1993
- Essais de prescription médicale de stupéfiants, deuxième rapport intermédiaire des mandataires de la recherche, Institut für Suchtforschung Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, septembre 1996
- Essais de prescription médicale de stupéfiants, rapport final des mandataires de la recherche, rapport de synthèse, Institut für Suchtforschung Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, juin 1997

9. Bibliographie

- 1 FDP, *SonntagsBlick*, 29.10.1989
- 2 «Die kontrollierte Heroinabgabe ist machbar», *NZZ*, 16.8.1995
- 3 Kokain – der nächste Streitpunkt, *Tages-Anzeiger*, 11.7.1997
- 4 Klingemann K.H. How much treatment does a person need? Addiction, spontaneous remission and «family» as biographical leitmotiv, Schweiz. *Rundschau Med Prax*, 46(34):937- 49, 1994 Aug 23.
- 5 Hovnanian L. The four stages of drug addiction (based on clinical experience with 5000 addicts). *Bull Acad Nat Med*, 178(6):1029-37; discussion 1037-42, 1994 Jun.
- 6 Täschner K.L. Are there new methods in therapy of drug dependency? *Z Ärztl Fortb (Jena)*, 90(4):315-20, 1996 Jun.
- 7 Hartnoll et al. Evaluation of Heroin Maintenance in Controlled Trial. *Arch Gen Psychiatry* – Vol. 37, 1980 Aug.
- 8 Vgl. WHO Technical Report Series (TRS), No 850, 1995. Sixth report of the WHO Expert Committee on the use of essential drugs. Annex 3. Guidelines for good clinical practice.
- 9 Reichle et al. Comparative Analgesic Potency of Heroin and Morphine, *Postoperative Patients*. 1992, Vol 136.
- 10 Vincent P., Dole M.D. Implications of Methadone Maintenance for Theories of Narcotic Addiction, *JAMA*, Vol 260, No 20, Nov 25, 1998.
- 11 Tennant F, Shannon J. Cocaine abuse in methadone maintenance patients is associated with low serum methadone concentrations. *J Addict Dis*, 14(1):67-74, 1995.
- 12 Casas M, Guardia J, Prat G, Trujols J. The apomorphine test in heroin addicts. *Addiction*, 90(6):831-5, 1995 Jun.
- 13 Santolaria FJ et al. Nutritional assessment of drug addicts. *Drug Alcohol Depend*, 38(1):11-8, 1995 Apr.
- 14 Caplehorn JR, Ross MW. Methadone maintenance and the likelihood of risky needle-sharing. *Int J Addict*, 46(6):685-98, 1995 May.
- 15 Helal H, Momas I, Prétet S, Marsal L, Poincard R. HIV prevalence and risk behavior among intravenous drug users attending HIV counselling and testing centres in Paris. *Addiction*, 90(12):1627-33, 1995 Dec.
- 16 Ronald PJ, Robertson JR, Elton RA. Continued drug use and other cofactors for progression to AIDS among injecting drug users. *AIDS*, 8(3):339-43, 1994 May.
- 17 Ornoy A, Michailevskaya V, Lukashov I, Bar-Hamburger R, Harel S. The developmental outcome of children born to heroin-dependent mothers, raised at home or adopted. *Child Abuse Negl*, 20(5):385-96, 1996 May.
- 18 Fundaro C, Solinas A et al. Neonatal abstinence syndrom and maternal toxicological profile, *Minerva Pediatr*, 46(3):83-8, 1994 Mar.