

L'addictologie en Algérie

Substance abuse treatment in Algeria

*Un entretien avec le Pr Nadir Bourbon**

Propos recueillis par Alain Dervaux

Quelles sont les tendances récentes en matière de conduites addictives en Algérie ?

Nadir Bourbon. L'Algérie est passée d'une zone de transit à une zone de consommation. Le début des consommations est de plus en plus précoce, dès l'âge de 14 ans. Les conduites addictives les plus fréquentes sont les polyconsommations. Elles varient en fonction des disponibilités. La consommation de cannabis s'est beaucoup banalisée avec des consommateurs qui mettent en avant le côté "naturel" du produit et le fait qu'il soit déjà légalisé dans certains pays. De même, on assiste à une banalisation des conduites d'alcoolisation, notamment du fait que l'alcool est perçu aujourd'hui comme un "produit du terroir", "naturel". Le problème, c'est que les patients arrivent tardivement en consultation, vers la trentaine, lorsque les dommages sont déjà avancés.

Les addictions chez les femmes deviennent de plus en plus visibles, notamment parce qu'elles sont sorties du blâme. Beaucoup de substances arrivent aussi avec les flux migratoires. Beaucoup d'immigrés revenant au pays et traités par buprénorphine, passent fréquemment d'une consommation inhalée aux injections. Parmi les patients injecteurs, 50 à 60 % sont infectés par le virus de l'hépatite C. On observe également une augmentation de la fréquence de l'infection à VIH chez les injecteurs. La consommation d'héroïne reste circonscrite dans certaines zones géographiques. Il y a eu enfin une augmentation importante des quantités de cocaïne saisies, récemment 750 kg dans l'ouest du pays.

La décennie noire (1988-1999) a-t-elle eu des effets sur les consommations de substances ?

N.B. Les consommations ont clairement pris de l'ampleur après la décennie noire. Les traumatismes liés aux massacres ressortent extrêmement souvent en pratique quotidienne addictologique. Les patients décrivent notamment des phénomènes de dissocia-

tion péritraumatique. L'usage de substances se révèle comme réactivation mnésique de la dissociation péritraumatique. Chez beaucoup de sujets traumatisés, on observe que la consommation est de plus en plus précoce, en particulier pour le tramadol et la buprénorphine à haut dosage injectée. On observe également chez ces sujets des problématiques d'états de stress post-traumatiques, intrafamiliales et conjugales, soulevant l'hypothèse de la transmission transgénérationnelle (traumatisé-traumatisant).

Y a-t-il des problèmes émergents dans le champ addictologique ?

N.B. La consommation de prégabaline détournée de son usage thérapeutique pose de plus en plus de problèmes, y compris chez des patients consommant régulièrement de l'alcool, des benzodiazépines et/ou du cannabis. Nous rencontrons des primoconsommateurs de prégabaline développant une dépendance à cette molécule. Certains consommateurs d'héroïne et/ou de buprénorphine détournée utilisent la prégabaline pour atténuer les manifestations de sevrage. Je suis régulièrement sollicité par les magistrats pour donner un avis sur le statut de psychotrope ou de stupéfiant de cette molécule. Associée aux benzodiazépines et aux dérivés opioïdes, cette substance soulève des questionnements sur son implication dans les problèmes de surdoses.

Quel est l'historique de l'addictologie en Algérie ?

N.B. Psychiatre, on m'a confié la mission de gérer un centre intermédiaire de soins addictologique (CISA), avec seulement pour commencer une secrétaire, une infirmière et un agent d'accueil. J'ai été rejoint progressivement par des médecins généralistes dont un dédié aux problèmes somatiques, des psychologues, ergothérapeutes et d'autres internes en formation de psychiatrie. On disposait d'un laboratoire pour le dépistage des infections et de l'évaluation du retentissement somatique inhérent aux conduites addictives.

* Professeur de psychiatrie, université de Blida, Algérie.

Entretien avec le Pr Nadir Bourbon

Psychiatre et chef de service du premier centre d'addictologie ouvert en Algérie, à Blida. Ce centre comprend un service de sevrage libre avec 4 unités d'une capacité de 40 lits (1 unité hommes, 1 unité femmes, un hôpital de jour et une unité de consultations).



Cette mission s'inscrivait dans le plan national de santé de lutte contre les drogues et les addictions de 2007. Ce plan prévoyait la mise en place d'un dispositif national dédié à cette discipline comprenant 15 centres de cure résidentiels et 53 centres de soins ambulatoires. Ce dispositif venait d'édifier un dispositif déjà mis en place en 1996 comprenant 2 centres de cure (Blida et Oran) et un centre ambulatoire (Annaba). En 2016, ce plan a atteint un taux de réalisation de 60 % : 3 nouveaux centres de cure résidentiel (Tizi-Ouzou, Tamanrasset et Sétif) et 46 centres ambulatoires couvrant l'ensemble du territoire national.

Un retard a été pris dans la réalisation des centres résidentiels, 12 centres résidentiels ont été différés pour des raisons économiques. Deux centres prévus pour la capitale en raison de la forte densité de la population, n'ont pas encore vu le jour. Les CISA fonctionnent avec des médecins généralistes, quelques psychiatres, des psychologues, des assistantes sociales, des ergothérapeutes, des éducateurs, des aides-soignants et quelques infirmiers.

Qu'en est-il des traitements de substitution aux opiacés en Algérie aujourd'hui ?

N.B. Il n'y en a pas maintenant, mais la décision d'introduire les traitements de substitution aux opiacés (TSO) en Algérie a été prise par les autorités en 2015. Un programme de traitement de substitution par méthadone devait être mis en place en 2016 avec une phase pilote au centre de Blida, qui malheureusement peine à y arriver.

Et au niveau des autres prises en charge ?

N.B. Les pneumologues, alarmés par la forte prévalence de la consommation de tabac ont mis en place des consultations de tabacologie. Leur approche est plus centrée sur les aspects somatiques, comprenant des programmes de sensibilisation et d'information médicale. Les traitements de substitution nicotinique ont été proposés et recommandés par nos collègues pneumologues, mais n'ont toujours pas été mis en place.

Pour les hépatites C, il y a eu une grande mobilisation des spécialistes des maladies infectieuses, notamment au sein de pôles de référence des maladies infectieuses. Les derniers traitements anti-HVC sont aujourd'hui largement disponibles chez nous. Ils sont fabriqués en Algérie qui fournit aussi d'autres pays d'Afrique. Néanmoins une politique de réduction des risques liés aux infections transmises par voie sanguine peine à être mise en place sur le terrain. Les associations de lutte contre ces pathologies ont fait de grandes avancées sur le terrain concernant le sida. Beaucoup reste à faire pour institutionnaliser une politique pragmatique de réduction de risques.

Comment les problématiques addictives sont-elles perçues dans la société et par les hommes politiques ?

N.B. Il y a eu un tournant dans les années 2013-2014, marqué par une prise de conscience que les addictions devaient sortir du champ de la morale. Beaucoup de thèses de médecine ont commencé à avoir des thèmes addictologiques et ont souligné les aspects multidisciplinaires des prises en charge addictologiques. Les politiques sont très sensibles à tout ce qui touche aux addictions. Le dernier plan de santé mentale, soutenu par l'OMS, a donné une place très importante au champ des addictions. Il a fixé les modalités de fonctionnement des structures ambulatoires et hospitalières et a prévu des moyens. Un autre objectif du plan est d'améliorer la couverture universelle pour la santé mentale. Pour l'instant, on ne dispose que du baclofène et de la gabapentine comme médicaments d'aide à l'arrêt de l'alcool (prescription hors AMM). Une mise en place d'une nomenclature des médicaments dédiées au traitement des addictions est prévue.

Où en est la législation sur les stupéfiants ?

N.B. La loi sur l'injonction thérapeutique de 2004 est aujourd'hui de plus en plus appliquée. Les personnes interpellées pour usage de stupéfiants sont aujourd'hui considérées plus comme des malades que comme des délinquants.

Comment s'est structuré l'enseignement en addictologie ?

N.B. Compte tenu du faible nombre de psychiatres, des programmes de formations de base diplômantes d'addictologie générale, appelés certificats d'enseignement spécialisé pour l'addictologie, ont commencé pour les médecins généralistes. Sa durée est de 1 an et comprend 6 modules théoriques, des stages pratiques 2 fois par semaine. La formation est validée par un examen comprenant l'analyse de dossiers de malades, une épreuve au lit du malade et un mémoire. Cette formation a été parrainée par le ministère de l'Éducation supérieure et de la santé. Deux promotions ont d'ores et déjà été formées.

Cet enseignement entraîne beaucoup d'adhésion et il y a eu beaucoup de demandes de formation par des psychologues, des ergothérapeutes, des gastroentérologues et des médecins internistes. La création d'un certificat d'enseignement et de surspécialisation sur 2 ans pour les médecins psychiatres, pédopsychiatres, gastroentérologues, internistes, ORL, spécialistes des maladies infectieuses et pneumologues est prévue début 2019-2020 à la faculté de médecine d'Alger.

Une dynamique s'est créée. C'était la première fois qu'un psychiatre s'intéressait à l'addictologie. Les étudiants en psychiatrie ont commencé à réclamer des stages en addictologie. De plus en plus de thésards en psychiatrie travaillent maintenant sur des thèmes addictologiques. Il y aura bientôt un MCU et 3 doctorants en addictologie. Les autres facultés s'y sont mises : Alger, Oran, Constantine, Annaba, Bougie, Tizi-Ouzou, Tlemcen, Sidi-Belabes, Batna, Ouargla, Laghouat, Adrar. Une rivalité constructive a émergé. Les psychologues ont commencé à s'intéresser aux addictions comportementales.

Et la formation continue ?

N.B. Cela a été un travail de militant. Au début des années 2010, j'ai été l'un des premiers à promouvoir la formation devant le constat que les personnels médicaux et paramédicaux n'étaient pas formés pour s'occuper des patients et se retrouvaient seuls et désarmés devant les patients, dont beaucoup rechutaient après les cures de sevrage, perçues dès

lors comme des échecs. Je me suis inspiré de ce qui se faisait en France, après mon passage à l'hôpital Sainte-Anne, et de ma formation sur les entretiens motivationnels avec le professeur Philippe Corten à l'université Libre de Bruxelles. Celui-ci est venu former des soignants en Algérie qui ont diffusé cette formation dans le pays. Des séminaires euro-méditerranéens ont été organisés avec le Groupe Pompidou. Les politiques qui sont très conscients et sensibilisés ont mis le paquet. L'Office national de lutte contre les drogues et toxicomanies, sous la tutelle du ministère de la Justice, qui a des missions similaires à celles de la Mildeca en France, a organisé des actions de prévention et de formation et il soutient des manifestations scientifiques. Il organise régulièrement des études de prévalence de la consommation des drogues en population générale et en milieu scolaire. À titre d'exemple, une étude sur le repérage précoce en milieu scolaire est prévue en 2019.

Y a-t-il des sociétés savantes d'addictologie ?

N.B. Oui, des sociétés savantes d'addictologie sont en train de s'organiser, à partir de la Société algérienne de psychiatrie, de la Société algérienne d'épidémiologie psychiatrique et de la Société des psychiatres d'exercice privé, notamment en termes de formation. Le tissu associatif de la société civile s'occupe de la prévention et de la réduction des risques, en particulier de la distribution de matériel d'injection stérile.

La recherche se développe-t-elle également ?

N.B. Oui, surtout au niveau épidémiologique. Des enquêtes épidémiologiques en population générale et en milieu scolaire ont eu beaucoup d'écho, notamment parce que l'une d'entre elle a révélé que plus de 40 % des jeunes avaient expérimenté une drogue. Ce chiffre était probablement sous-estimé du fait que les questionnaires étaient remplis par le chef de famille. Le Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe a défini 3 pays référents pour la recherche : le Maroc, la France et la Belgique. ■

A. Dervaux déclare ne pas avoir de liens d'intérêts en rapport avec cet article.