

L'invention des traitements de substitution

Le retour à la normalité est un processus complexe et long. Il est souvent difficile de définir ce qui est normal et ce qui est anormal. La normalité est un concept relatif et changeant. Elle est définie par la société et évolue au fil du temps. La médecine a toujours cherché à définir la normalité et à traiter les anomalies. Les traitements de substitution sont une réponse à ces anomalies. Ils permettent de remplacer ce qui manque ou est défectueux. Ils sont utilisés dans de nombreuses situations, notamment dans le domaine de la nutrition et de la santé mentale.

Les traitements de substitution sont utilisés pour remplacer les nutriments manquants ou les médicaments. Ils sont utilisés dans de nombreuses situations, notamment dans le domaine de la nutrition et de la santé mentale. Les traitements de substitution sont une réponse à ces anomalies. Ils permettent de remplacer ce qui manque ou est défectueux. Ils sont utilisés dans de nombreuses situations, notamment dans le domaine de la nutrition et de la santé mentale.

« Qu'est-ce que les traitements de substitution ? » Cette question est souvent posée par les patients et les professionnels de santé. Les traitements de substitution sont utilisés pour remplacer les nutriments manquants ou les médicaments. Ils sont utilisés dans de nombreuses situations, notamment dans le domaine de la nutrition et de la santé mentale. Les traitements de substitution sont une réponse à ces anomalies. Ils permettent de remplacer ce qui manque ou est défectueux. Ils sont utilisés dans de nombreuses situations, notamment dans le domaine de la nutrition et de la santé mentale.

LE RETOURNEMENT DU CORPS MÉDICAL

Jusqu'en septembre 1992, le consensus du corps médical est entier ; il n'y a pas de débat possible, le mot « méthadone » lui-même est proscrit. Tous s'accordent à reconnaître les dangers du traitement médical des toxicomanes. Lorsque le Subutex, nouveau médicament, est mis sur le marché en janvier 1996, le consensus est tout aussi entier, mais un virage à cent quatre-vingts degrés s'est opéré. Tous les médecins ne sont pas devenus des prescripteurs, mais tous s'accordent à reconnaître l'utilité des traitements.

Avec quelque 90 000 patients, la France est devenue le premier prescripteur en Europe. Environ 10 000 patients sont en traitement par la méthadone et 80 000 avec le Subutex, médicament qui, dans les autres pays européens, n'existe pas ou est très marginal. Comment ce nouveau consensus s'est-il construit ?

« QUELS SONT LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT ? » interroge un journaliste en visite au programme méthadone dont je suis responsable. « Nous ne connaissons les résultats du traitement que partiellement, mais ce qu'on peut dire tout d'abord, c'est que les patients vont nettement mieux ; ils sont en bien meilleure santé. Sur les quelque 500 patients que nous recevons chaque année, le nombre d'hospitalisations est passé de 137 en 1996 à moins de 40 en 2000. Ils vivent moins dans l'urgence. En 1996, 27 % d'entre eux étaient contaminés par le virus du sida ; en 2000, le taux a baissé à 19 % et les malades ont pu avoir accès à des thérapies antivirales. Nos patients ne meurent plus et ils vont moins en prison. Six seulement ont été incarcérés

en 2000, ce qui représente une baisse qu'on peut évaluer à plus de 70 %¹. » Comme je n'ai manifestement pas convaincu mon interlocuteur, j'insiste : la baisse de la mortalité par overdose a été de 80 % en cinq ans au niveau national. Cette fois, j'ai réduit le journaliste au silence. Décontenancé, il n'ose plus répéter sa question : je lui parle de morts, il voulait savoir combien de toxicomanes étaient guéris. Des toxicomanes en bonne santé, mieux insérés, était-ce là l'objectif du traitement ? La question était simple et je pouvais choisir d'y répondre simplement par « Oui, ce sont là, certainement, les premiers objectifs du traitement », mais je savais aussi que cette réponse allait inévitablement alimenter une série de malentendus, ceux précisément qui avaient fait longtemps obstacle à l'introduction des traitements de substitution en France. Manifestement, le journaliste ignorait ce qui était devenu une évidence indiscutable pour les soignants, à savoir que l'objectif de ce traitement, comme de tout autre, c'est que le patient aille mieux. J'ai dû faire un effort pour me souvenir de mon propre étonnement lorsqu'en 1984 j'ai entendu des Hollandais répondre à cette même question dans les termes que j'emploie aujourd'hui. À cette date, il ne m'était pas venu à l'esprit que la santé des toxicomanes puisse être un objectif de la politique publique. Comme j'avais pu constater que les traitements méthadone étaient utiles à « certains », je n'y étais pas hostile et j'ai respecté la tolérance dont les Néerlandais faisaient preuve envers les usagers de drogues, mais il m'aura fallu des années de pratique – et de bouleversement de la pensée – pour que je comprenne ce qu'ils disaient. D'une frontière à l'autre, nous ne parlions pas le même langage.

Le débat public qui a précédé les traitements de substitution s'est refermé. En 1997, un journaliste a recherché en vain un spécialiste qui prenne publiquement position contre les traitements de substitution. Ceux qui, hier, dénonçaient les « dealers en blouse blanche » étaient devenus des prescripteurs. Par la pratique, les cliniciens français ont découvert les uns après les autres l'utilité de ces traitements. Ce n'est pas dire pour autant que toutes les réticences, les craintes ou les oppositions soient surmontées, mais elles s'expriment désormais à un niveau individuel. Psychothérapies psychanalytiques, systémiques ou comportementales, médecines douces, communautés thérapeutiques ou entraide ont, comme les traitements de substitution, leurs adeptes

1. Bilan d'activité d'Émergence Espace-Tolbiac, service de soins pour usagers de drogues, Institut mutualiste Montsouris.

et leurs adversaires. Nous avons appris que, quelles que soient nos convictions, ces traitements coexistaient de fait, que les usagers de drogues pouvaient se servir de l'une ou l'autre de ces techniques selon leurs choix et leur histoire. Un œcuménisme de bon aloi clôt, ne serait-ce que momentanément, le débat public. Si la proscription n'est plus de mise, les patients ou leurs proches n'en continuent pas moins de s'interroger : « Est-ce que je vais m'en sortir un jour ? » demandent les uns. « À quoi sert de remplacer une drogue par une autre ? » interrogent les autres. « Mais est-ce qu'ils sont motivés, vos toxicomanes ? » questionnait hier encore un voisin. L'homme n'était pas agressif. Il s'était présenté, il n'était pas de ceux qui cherchaient à obtenir la fermeture de notre service, au contraire, il avait observé le travail de l'équipe et admirait, disait-il, notre extraordinaire dévouement, mais manifestement il y avait dans ce travail quelque chose qui heurtait profondément ses convictions intimes. Puisque se sortir de la toxicomanie était affaire de volonté, quelle aide espérons-nous apporter aux toxicomanes ? Le journaliste, lui, cherchait à comprendre pourquoi la France avait adopté massivement les traitements de substitution : la toxicomanie devait-elle être considérée comme une maladie chronique ? Pourquoi ce traitement qui venait d'accéder au statut de « traitement comme les autres » est-il devenu la règle presque générale ? Avions-nous renoncé au sevrage ? Et les « autres méthodes », pourquoi étaient-elles quasi introuvables² ? Le journaliste n'avait pas fini de s'étonner.

Parmi les 300 000 patients en traitement de substitution en Europe, quelque 90 000 sont des Français. Nous sommes ainsi devenus le pays le plus prescripteur d'Europe. Autre spécificité française : plus de huit sur dix de ces patients sont en traitement par le Subutex, un nouveau médicament qui a obtenu sa première autorisation de mise sur le

2. On considère généralement qu'il y a trois grandes catégories de traitement de la toxicomanie : traitements de substitution, psychothérapies ou suivi psychosocial ambulatoires et communautés thérapeutiques. Il y a une seule communauté thérapeutique financée en France et, en matière de psychothérapie, la diversité des techniques est limitée. Les cliniciens reconnaissent aujourd'hui la nécessité de diversifier l'offre en fonction des situations, de la demande, des troubles psychiques qui peuvent être associés, mais l'offre reste massivement monolytique. Il n'y a pas, par exemple, de thérapies cognitives qui se proposent de désengager le sujet de la chaîne des pensées qui conduisent à la répétition ; le *self help* ou plus simplement les groupes de parole sont très rarement pratiqués. Il n'y a pas, enfin, de formations au *counselling* pour usages de drogues qui est cependant la première des réponses, puisqu'il s'agit d'aider une personne à affronter un problème.

marché en France. Partout ailleurs en Europe, le Subutex est très marginal, voire inexistant. La France est enfin le pays où les contrôles sont les moins contraignants. La médecine libérale a intégré ce nouveau traitement devenu un « traitement comme les autres », ce qui pour le médecin de ville ne signifie pas « comme la méthadone » mais comme tout autre médicament. Ce tournant s'est pris en moins de cinq ans.