LA MÉTHADONE EST-ELLE UN SUBSTITUT À LA PROHIBITION ?

La méthadone donne-t-elle accès à un produit ou à un traitement ? Si la toxicomanie n'est pas une maladie, la prescription médicale revient à une hypocrite mise en vente libre. Or, dans le régime prohibitionniste imposé par les conventions internationales, l'accès libre à un produit n'a pas toujours des effets heureux ; celui-ci peut se mêler aux drogues illicites sans nécessairement réduire les risques sanitaires et sociaux. Au niveau international, les prescriptions médicalisées ont perdu progressivement de leur légitimité ; au début des années quatre-vingt, le sevrage est devenu le seul objectif légitime. Avec la menace du sida, le débat sur les prescriptions médicales s'ouvre à nouveau. L'efficacité de ces prescriptions sur la santé et l'insertion des usagers est démontrée si les pratiques cliniques sont adéquates. Aussi les Pays-Bas et la Suisse s'efforcent-ils de donner accès aux soins au plus grand nombre de patients. C'est aussi l'objectif de la Grande-Bretagne mais l'héroïne de Liverpool fait scandale ; le Dr John Mark, directeur de la clinique de Liverpool, a voulu dénoncer la prohibition. C'est une opinion respectable mais il a négligé que l'accès aux soins et le traitement n'étaient pas des prétextes, ce sont vraiment des objectifs de santé publique. Pour que la prescription médicale réduise les risques sanitaires et sociaux, elle doit être investie comme telle par les médecins comme par les usagers.

Pour ou contre la prohibition : tels étaient d'abord les termes du débat public, puisqu'il était entendu que « la toxicomanie n'est pas une maladie ». Les évaluations internationales ont modifié les termes du débat. La prescription médicale est bien une pratique médicale.

Prescription médicale ou vente libre ?

Il se trouve que trois mois après l'ouverture du projet méthadone de Pierre-Nicole en 1990, j'ai fait un voyage dans le sud de l'Angleterre. J'y ai rencontré des héroïnomanes sous méthadone, quelquefois depuis des années. Par leur mode de vie, ces méthadoniens incarnaient ces toxicomanes chroniques dont la France ne voulait pas. La méthadone était vécue sur le même mode que le RMI en France, comme une sorte d'allocation qui permet d'éviter le pire, à savoir le manque. En début de mois, une part de la méthadone était revendue pour acheter de l'héroïne, une autre part était soigneusement mise de côté pour les jours moins heureux. Leur usage de la méthadone était comparable à celui que certains Français faisaient des codéinés, mais le produit était manifestement mieux adapté et ces héroïnomanes en maîtrisaient l'emploi. J'avais été frappée par leur mode de vie relativement paisible. Comme leurs parents ouvriers, ils habitaient de petits pavillons, travaillaient au noir par intermittence, fréquentaient assidûment les pubs et réservaient les excès au week-end. Leur vie, doucement marginale, était rythmée par les événements familiaux, unions, désunions et garde des enfants, les parents jouant un rôle de recours. Dans cette région frappée de plein fouet par la désindustrialisation, la consommation d'héroïne semblait être une des modalités du repli sur soi, apparemment tolérée par les familles et l'environnement. Ce mode de vie n'avait rien d'exaltant, du moins ces héroïnomanes trentenaires avaient-ils hérité d'une expérience des drogues qui faisait défaut aux Français.

La méthadone devait-elle être considérée comme une substitution à la prohibition des drogues ? Et dans ce cas, ne devait-on pas accepter de la vendre « au bureau de tabac, là où se vendent les poisons », comme le suggérait le Pr Olievenstein ? Et pourquoi pas l'héroïne en vente libre ? Pourquoi pas, en effet, sauf que dans le débat sur la méthadone, le choix ne se posait pas en termes du meilleur des produits dans la société idéale. Les adversaires des traitements de substitution ont tous agité la même menace : la prescription médicale d'opiacés revient à une hypocrite mise en vente libre. Dans le débat, l'argument a pour seul effet le maintien d'une prohibition sans faille, mais la question de l'objectif du traitement méthadone se pose en effet, ne serait-ce qu'indirectement. Si le traitement n'est qu'un cache-sexe, inutile de former les médecins et de financer des centres de soins, la réglementation devrait être la moins restrictive possible, afin de donner l'accès le plus large possible au produit.

Qu'il s'agisse de méthadone, de codéine, de morphine ou d'héroïne, les produits opiacés s'introduisent dans un double système : le système

régi par la prohibition pour ce qui est des drogues et le système de santé pour ce qui est des médicaments. Au cours de l'histoire récente des drogues, les opiacés ont tous connu des aventures diverses et nous avons maintenant une longue expérience des prescriptions médicalisées de tous ces produits, héroïne et morphine comprises¹. Notre expérience est plus modeste pour ce qui est de l'accès non médicalisé, interdit par les conventions internationales, mais au-delà de quelques expériences de contrôle du trafic, expériences actuellement en cours autour des salles d'injection en Allemagne, en Suisse et aux Pays-Bas, quelques opiacés ont parfois été en vente libre.

Un choix politique : la codéine en vente libre

C'est le cas de la codéine en France, médicament qui exige une prescription médicale dans les autres pays européens et qui, en Allemagne, peut être prescrit comme traitement de substitution. Comment évaluer ce choix politique ? – car il s'agit bien d'un choix que l'administration de la santé, alliée aux spécialistes, impose subrepticement à la classe politique. Georgina Dufoux a bien tenté d'interdire le produit, mais les spécialistes français en ont maintenu la vente libre, en cohérence avec leur refus des traitements de substitution. Le produit devait jouer le rôle de sortie de secours pour soulager le manque à défaut d'héroïne et cette fonction ne devait pas être confondue avec un traitement de la toxicomanie. La vente libre de codéine était justifiée par la relativement faible nocivité du produit. La codéine ne peut s'injecter, elle ne donne pas de flash, et les spécialistes ont pris soin d'en réduire le dosage, pensant ainsi réduire les risques de dépendance. Il semble qu'ils aient surtout galvaudé la crédibilité de ce médicament bon marché. Presque tous les héroïnomanes français l'ont utilisé mais, paradoxalement, la codéine a difficilement rempli l'objectif qui lui était assigné. Elle était trop faiblement dosée pour soulager une crise de manque aiguë. En cas de rupture d'approvisionnement, les héroïnomanes en consommaient effectivement mais plutôt que d'absorber la centaine de comprimés (ou plus) qui aurait été utile, ils ont plus souvent mêlé la codéine à d'autres médicaments, tranquillisants et somnifères, avec des effets à la fois insatisfaisants et inquiétants de pertes de mémoire ou de confusion. Quelques héroïnomanes

1. Pour une présentation synthétique des réglementations actuelles et de leur histoire, voir *Reviewing Current Practice in Drug-Substitution Treatment in the European Union*, INSIGHTS, EMCDDA, Observatoire européen des drogues, 2000.

utilisaient bien la codéine en autosubstitution mais, compte tenu du faible dosage, il était difficile de passer directement de l'héroïne à la codéine. C'est souvent après un sevrage que les usagers commençaient à l'utiliser ; progressivement, ils augmentaient le nombre de comprimés pour atteindre ce que les médecins considèrent aujourd'hui comme une dose d'équilibre et qui, hier, était interprétée comme un symptôme de ce « toujours plus » qui définit le toxicomane. La quantité de comprimés, de trente à quatre-vingt-dix ou plus, était, il est vrai, impressionnante, sans compter les effets néfastes de l'enrobage du comprimé.

La codéine a été aussi l'héroïne du pauvre et, dans cet usage, elle a été mêlée aux médicaments et à l'alcool pour obtenir l'ivresse. Le bilan, en fin de compte, est contrasté, caractéristique des problèmes que soulève l'évaluation des politiques prescriptives. La codéine a indéniablement secouru des héroïnomanes dont la vie aurait été plus dure sans, mais elle n'a pas fondamentalement modifié les prises de risques sanitaires et sociaux, comme l'ont fait ultérieurement les traitements de substitution. La codéine a été abandonnée aux usagers comme une espèce de sous-produit qu'ils pouvaient utiliser à leur guise. Seuls ceux qui avaient une connaissance suffisante de la pharmacologie ont réussi à s'en servir pour gérer leur dépendance, le médicament (la codéine) et l'objectif (gérer sa dépendance) allant également à l'encontre des croyances collectives.

Une grande part des risques que prennent les usagers sont directement ou indirectement liés au caractère illicite des produits, depuis les injections furtives qui interdisent toute hygiène à toutes les formes de délinquance dites « délinquances d'obligation » lorsqu'elles sont dues au prix prohibitif des drogues. Une part de ces risques est supprimée automatiquement avec l'accès libre ou la prescription médicale, c'est le cas de l'adultération, les produits de coupe pouvant être plus dangereux que les drogues elles-mêmes. L'héroïne ou la morphine prescrites par un médecin ne sont coupées ni par du talc ni par du plâtre, aussi longtemps, du moins, qu'elles ne sont pas revendues sur le marché noir, mais l'introduction sans précaution de la prescription ou de la vente libre ne modifie pas automatiquement les comportements des usagers de drogues. Avec la mise en vente libre des seringues, on a pu constater, en Italie notamment, que le changement n'est pas automatique. Pour que les usagers changent de comportement, ils doivent en comprendre la nécessité. L'accès libre aux seringues a été une condition nécessaire mais non suffisante, du moins pour une part des usagers. Le changement de comportement avec l'accès libre à un produit se heurte à une difficulté supplémentaire : la logique économique du marché. Tant que la prohibition est partielle, le produit

s'introduit nécessairement sur le marché noir ; il risque fort de l'alimenter sans le modifier si l'expérience n'est pas réfléchie et contrôlée.

L'échec de la prescription médicale

Le recul de la prescription médicale en Grande-Bretagne commence au milieu des années soixante². En 1954, il y avait 57 héroïnomanes signalés au Home Office, en 1964, ils étaient 342 ; cette augmentation inquiète les autorités, d'autant que les médecins avaient perdu l'habitude de signaler les toxicomanes au Home Office, comme ils étaient tenus de le faire. De plus, les services de police observent qu'à Londres, les prescriptions de quelques médecins alimentent un marché noir naissant. L'année suivante, une commission nationale, *The Brain Committee*, incrimine les prescriptions médicales inconsidérées et fait trois recommandations : les médecins généralistes qui veulent prescrire doivent désormais avoir une licence, ils doivent obligatoirement notifier les toxicomanes au Home Office. La commission recommande en outre la création d'unités de soins spécialisés, les *clinics*. Elles ouvriront à partir de 1968. La commission Brain marque un tournant : la prescription médicale comme politique est abandonnée, elle avait échoué à contenir la « grande épidémie » : les consommations d'héroïne des jeunes initiés au cours des années soixante. La prescription médicale comme traitement n'est pas abandonnée pour autant. Tout au long des années soixante-dix, chaque clinicien pratique comme il l'entend, il est maître à bord, une liberté que lui envient les médecins américains³. La majorité opte pour la méthadone orale selon la méthode américaine, quelques-uns poursuivent partiellement la prescription d'héroïne.

Au niveau national, le débat porte sur l'objectif de la prescription : devait-on privilégier le maintien en traitement et accepter les prescriptions d'opiacés injectables, méthadone ou héroïne, ou bien devait-on considérer que ces prescriptions contribuaient à faire de l'héroïnomanie une maladie chronique ? Le débat est nourri d'études de suivi des patients (*follow up*), mais les résultats se prêtent à différentes interprétations. Dans une des études de patients en traitement à l'héroïne suivis de 1969 à 1976, environ un tiers était devenu abstinent, un tiers avait accepté les prescriptions de méthadone orale, les autres

2. STRANG J. et GOSSOP M. (eds), *Heroin Addiction and Drug Policy, the British System*, Oxford University Press, Oxford, Tokyo, New York, 1994.

3. L'expression anglaise est *Each physician is a law on to himself*, de STRANG J., *ibid.*

continuaient de bénéficier de prescriptions d'héroïne⁴. Que conclure ? Les traitements avaient évolué en cours de route et il était impossible de savoir ce qui avait déterminé le maintien à l'héroïne. Il fallait pouvoir comparer plus systématiquement héroïne et méthadone, ce qu'entreprend un chercheur, Richard Hartnoll, avec quatre-vingt-seize patients répartis en deux groupes. Sa conclusion est que tout dépend des objectifs qu'on se fixe : si la priorité est donnée à l'abstinence, la méthadone orale donnerait de meilleurs résultats mais les abandons et les rechutes seraient plus fréquents. La prescription d'héroïne permettrait de maintenir en traitement un plus grand nombre de patients, mieux insérés et en meilleure santé, mais ils seraient aussi moins susceptibles de se désintoxiquer. En 1980, lorsque cette étude est publiée, objectifs de maintenance et objectifs de sevrage sont considérés comme antagonistes, il faudrait choisir⁵. En 1982, la Grande-Bretagne choisit de privilégier le sevrage.

L'échec des politiques prescriptives retentit indirectement sur les États-Unis. En 1964, lorsque les Dr Dole et Nyswander avaient expérimenté la méthadone, la Grande-Bretagne était un modèle. L'extension des programmes américains entre 1969 et 1971 avait pour objectif le contrôle de l'épidémie d'héroïne. L'échec est cuisant. Des overdoses sont constatées sur le marché noir, la méthadone s'est ajoutée aux drogues illicites, elle n'a pas réussi à faire reculer la délinquance. La déception est générale. La politique prescriptive ne peut pas contenir les épidémies de drogues.

Les évaluations portant sur les toxicomanes en traitement contribuent à la désaffection de la méthadone. Au cours des années soixante-dix, deux grandes études américaines ont comparé les résultats des trois principales méthodes de traitement de la toxicomanie : méthadone, communautés thérapeutiques et suivi ambulatoire sans chimiothérapie. Le programme DARP porte sur 44 000 patients suivis pendant six ans et le programme TOPS sur 11 750 patients suivis sur trois ans⁶. Dans les deux études, les trois types de traitements obtiennent environ un tiers de résultats favorables. Les programmes ont été évalués au regard de l'abstinence aux drogues à la sortie du traitement.

4. STIMSON G. V. et OPPENHEIMER E., « Seven Years Follow-up of Heroin Addicts ; Drug Use and Outcome », *Brit. Med. J.*, I, 6121, 1978, p. 1 910-1 192.

5. HARTNOLL R. L., MITCHESON M. C. *et al.*, « Evaluation of Heroin Maintenance in Controlled Trial », *Archives of General Psychiatry*, 37, 1980, p. 877-884.

6. TIMS F. M. et LUDFORT J. P. (eds), *Drug Abuse Treatment Evaluation : Strategies, Progress and Prospects*, NIDA Research Monograph, 51, 1984. Pour une présentation en français de ces deux études, voir LERT F. et FONBONNE E., *La Toxicomanie, vers une évaluation de ses traitements*, INSERM, La Documentation française, Paris, 1989.

L'amélioration de la santé ou de l'insertion en cours de traitement n'a pas été prise en compte puisqu'il semblait avéré, en particulier avec le retour des GI du Vietnam, que la toxicomanie n'était pas une maladie chronique. La conclusion est que, en termes de sortie de la toxicomanie, il n'est pas de méthode qui ait fait la preuve de sa supériorité sur les autres ; cette conclusion-là reste actuelle. À la fin des années soixante-dix, au moment où les résultats sont publiés, les Américains retiennent une autre conclusion. Puisque la méthadone n'obtient pas de résultats supérieurs aux autres méthodes de traitement, rien ne justifie de privilégier ou même simplement de maintenir la prescription d'opiacés, en contradiction avec l'objectif d'éradication des drogues. Au début des années quatre-vingt, presque partout dans le monde, la guerre à la drogue l'emporte sur la protection de la santé. Quelques cliniciens, en Amérique, en Grande-Bretagne ou ailleurs, s'efforcent de résister mais, en terme de politique, les Pays-Bas sont le seul pays à privilégier le maintien de la protection sociale des héroïnomanes, même s'ils continuent de consommer des drogues. L'opinion des experts internationaux est faite, il n'y a pas de justifications à la prescription. L'objectif de sevrage est désormais le seul légitime.

Avec le sida, le renouveau des évaluations

La menace du sida impose brutalement un renversement des priorités. En 1985, à l'hôpital de Beth Israel, le plus grand programme méthadone de New York, le taux de contamination des patients était de 11 % alors que, dans la rue, plus d'un héroïnomanes sur deux était contaminé⁷. Parallèlement, les experts britanniques font le même constat : à Liverpool, le taux de contamination des héroïnomanes était de 1 %, alors qu'il était de 10 % pour le reste du pays. Dès 1985, les cliniques de Widnes, de Warrington et de Liverpool dans le comté de Mersey s'étaient donné comme objectif l'accès au traitement du plus grand nombre. Le sevrage était proposé aux plus jeunes, mais les patients dépendant d'un opiacé étaient en majorité à la méthadone orale tandis qu'une petite minorité était en traitement à l'héroïne ou à la méthadone injectable⁸.

7. Ces résultats sont présentés dans BRETTE R., « VIH and Harm Reduction among Injecting Drug Users », *AIDS*, n° 5, 1991, p. 125-136.

8. Pour une présentation en français des objectifs et fonctionnement des cliniques du Mersey, voir MINO A., *Analyse scientifique de la littérature...*, *op. cit.*

De chaque côté de l'Atlantique, le débat sur les traitements de substitution s'ouvre à nouveau avec une même question : dans quelle mesure la prescription d'opiacés peut-elle contribuer à la protection de la santé ? Les termes du débat sont toutefois différents parce qu'ils sont déterminés par l'histoire des pratiques cliniques de chacun des pays. En Grande-Bretagne, le débat porte sur la gamme des traitements : prescription orale ou injectable, méthadone ou héroïne ?

Aux États-Unis, cette gamme était depuis longtemps limitée à la méthadone orale. La mémoire des tout premiers traitements de maintenance, héroïne ou morphine, s'était effacée, après une répression violente des médecins prescripteurs. Entre 1920 et 1930, il y aurait eu quelque quarante mille médecins et pharmaciens incarcérés pour « prescriptions abusives » à des personnes dépendantes d'un opiacé⁹. Les médecins américains avaient compris la leçon et ils s'étaient désintéressés de ces patients dangereux. À quelques exceptions près, la santé des toxicomanes n'était pas l'objectif des traitements. Même lorsque l'urgence du sida est reconnue et que la protection de la santé est devenue un objectif légitime, le traitement par la méthadone n'a pas fait la preuve de son efficacité. Les toxicomanes en traitement par la méthadone continuaient-ils ou non de consommer de l'héroïne ? Continuaient-ils de s'injecter des drogues ?

Les résultats de la méthadone dépendent des pratiques cliniques

Aux résultats obtenus par les pionniers du traitement par la méthadone, de nouvelles équipes opposent des évaluations qui démontrent la persistance de l'injection, de la consommation des drogues et des conduites délinquantes. Devait-on attribuer les différences de résultats aux opinions des chercheurs ou des praticiens ? En France, le premier bilan d'activité du programme méthadone de Pierre-Nicole que j'ai rédigé démontrait une réduction de la consommation d'héroïne et donc de l'injection, tandis que la direction qui a succédé au Pr Charles-Nicolas arrivait au résultat inverse.

9. Cité par ESCHOHOTADO A., *Las Drogas, De Los origenes a la prohibicion*, Alianza Editorial, Madrid, 1994, traduit en français (version abrégée), *Histoire des drogues*, Éditions du Léopard, Paris. Sur l'histoire de ces cliniques américaines, voir MINO A., *Analyse scientifique de la littérature...*, *op. cit.*, et RIHS-MIDDEL M. *et al.*, *La Prescription de stupefiants sous contrôle médical*, *op. cit.*

Effectivement, nous n'avions pas les mêmes opinions mais nous n'avions pas non plus les mêmes critères. Si l'on considère le problème précis de l'injection, il a d'abord fallu comprendre que le recul de l'injection était progressif. Avant de devenir abstinents, les héroïnomanes commencent par renoncer à l'injection quotidienne. L'héroïne devient un luxe qu'ils s'offrent par exemple le week-end. Or le test d'urine hebdomadaire ne permet pas de différencier trois ou quatre injections quotidiennes et une injection hebdomadaire. On peut en apporter la preuve si l'on s'en donne les moyens, par exemple avec deux analyses d'urine hebdomadaire, ou bien, comme je le faisais parfois, en faisant des analyses d'urine quand les usagers me signalaient qu'ils avaient été abstinents pendant quatre jours de suite (nécessaires pour une analyse négative). Au regard d'un objectif exclusif d'abstinence, l'injection est poursuivie par une part majoritaire dans les six premiers mois, mais la fréquence de ces injections est réduite de 70 % en moyenne. C'est le résultat des évaluations internationales, c'est aussi ce que j'ai pu constater à Pierre-Nicole, comme ultérieurement à la clinique Liberté. L'abstinence s'obtient avec le temps ; elle devient effective, pour 90 % des patients, après deux ou trois années de traitement¹⁰. En revanche, la réduction des risques, elle, est immédiate, l'injection cessant d'être quotidienne très rapidement. Encore fallait-il en accepter le principe.

Au-delà de l'injection, l'évaluation du traitement par la méthadone devait résoudre une autre question : comment expliquer qu'avec les mêmes critères, les études de suivi et les recherches évaluatives obtenaient des résultats différents ? Dès 1985, les pionniers du traitement par la méthadone orientent la recherche évaluative sur les pratiques cliniques. Ils sont persuadés que la limitation des doses et autres contraintes imposées par la réglementation des États américains ont dénaturé le traitement. Les premières évaluations quantitatives portent sur la posologie, un critère relativement facile à évaluer. Dès 1985, puis successivement en 1987 et 1988, des recherches font la démonstration de la corrélation entre mauvais résultats et posologie insuffisante.

Une recherche subventionnée par le NIDA tranche définitivement le débat entre les cliniciens¹¹. Cette recherche ne s'est pas contentée de décrire l'évolution des patients (profil des patients à l'entrée, évolution

10. Le pourcentage de 90 % est le résultat obtenu après quatre ans de traitement dans les six programmes de l'évaluation américaine de Ball J. C. et Ross A.

11. BALL J. C. et ROSS A., *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*, Springer-Verlag, New York, Berlin, Heidelberg, 1991 (voir en annexe *Méthadone. Résultats internationaux*).

pendant et après), elle porte sur ce que les chercheurs ont appelé la « boîte noire du traitement ». Les chercheurs, John Ball et Alan Ross, ont comparé les résultats de six programmes sur quatre ans et ont mis en relation les résultats (consommation de drogue, délinquance, état de santé) et les pratiques cliniques (posologie, durée de traitement, services associés au traitement médical et enfin relations conflictuelles ou non avec les patients). La recherche de Ball et Ross apporte la preuve, qui n'a plus été contestée ultérieurement, que les programmes qui adaptent les modalités de traitement à chaque héroïnomanie (posologie, services associés, *take home*, c'est-à-dire possibilité pour le patient de ne pas venir quotidiennement au centre de soins) obtiennent de meilleurs résultats dans tous les domaines. Les six programmes obtiennent une réduction de 70 % de l'injection en moyenne à six mois, mais, dans le plus mauvais des programmes, la réduction est seulement de 45 %, alors qu'elle est de 85 % dans les meilleurs des programmes.

Il en est de la méthadone comme de tout autre médicament : à dose insuffisante, le traitement est inefficace ; au-delà de la posologie, c'est l'adaptation du traitement aux besoins de l'usager qui détermine les résultats.

Au-delà du « pour » et du « contre », quel dispositif pour quels objectifs ?

Les Français ne le savaient pas mais depuis 1991, date où la recherche de Ball et Ross fut publiée, le débat « pour » ou « contre » la méthadone était tranché. Les experts savaient désormais précisément ce qu'on pouvait en attendre. Ils avaient apporté la preuve que ces traitements amélioraient la santé et l'insertion et que les résultats étaient meilleurs lorsque les pratiques cliniques étaient adaptées aux patients. En France, ces résultats étaient peu connus, ou encore ils ont été interprétés en fonction des croyances des praticiens. Persuadés que l'efficacité du traitement par la méthadone tenait à la psychothérapie ou au suivi psychosocial, ils ont défini les « bons programmes » par les services psychosociaux associés au traitement, ce qui justifiait la réglementation limitant la prescription de méthadone aux seuls centres spécialisés, les médecins généralistes ne pouvant offrir ces services. Or l'évaluation américaine ne permet pas de trancher sur ce point. L'accès aux soins du plus grand nombre n'est pas l'objectif des programmes américains. Aux Pays-Bas, comme à Liverpool, à la diversité des trai-

tements correspond une hiérarchie d'objectifs. Aux Pays-Bas, le dispositif avait été rationalisé dès 1978 en faisant coexister des programmes avec objectif de sevrage à moyen terme, des prescriptions de méthadone en médecine de ville à terme non défini pour des héroïnomanes stabilisés et enfin des programmes dits « à bas niveau d'exigence », tel le bus d'Amsterdam, dont l'objectif est seulement le maintien du lien avec des héroïnomanes qui ne veulent ni renoncer à leur consommation, ni changer de mode de vie. Pour les Pays-Bas, ces différents objectifs peuvent coexister, le lien établi au plus bas niveau d'exigence est une opportunité dont l'héroïnomane peut se saisir à un moment ou un autre de son histoire. C'est aussi l'expérience suisse : avec les traitements par la méthadone, le nombre de sevrages augmente et surtout les cures de sevrage, choisies librement, obtiennent de meilleurs résultats.

L'expérience de Liverpool

En 1988, la Grande-Bretagne a, elle aussi, préconisé une extension des traitements avec prescription d'opiacés, mais il lui a fallu surmonter l'opposition entre objectif de sevrage et objectif de maintenance qui avait dominé le débat pendant les années soixante-dix. Lorsque le Dr John Marks, directeur de la clinique de Liverpool, met en place son dispositif en 1985, il privilégie la maintenance selon la tradition. John Marks considère que la dépendance à l'héroïne est une maladie chronique de longue durée. L'objectif du médecin doit être de maintenir le meilleur état de santé possible pendant la durée de la dépendance, la sortie relevant sans doute d'un processus de maturation spontanée sur lequel le soignant n'a pas de prise. Cette position justifiait les prescriptions de médicaments injectables, méthadone ou héroïne, l'héroïne pouvant aussi être prescrite sous forme orale avec des cigarettes préparées par le pharmacien. Si libéral qu'ait été le système de Liverpool, il n'était en aucune façon une simple distribution des drogues. Les prescriptions d'héroïne, très minoritaires, étaient réservées aux *scousses*, terme argotique de la région nullement spécifique à la consommation de drogues, qui désignait dans ce cas les « vrais de vrais », ceux qui pour rien au monde n'auraient accepté de renoncer à leur vie avec héroïne. Entre 1985 et 1987, 6 % des 1 019 patients avaient reçu une prescription d'opiacés injectables, majoritairement à la méthadone. En 1994, date où le Dr John Marks a dû démissionner, neuf patients avaient une prescription d'héroïne injectable, onze une prescription mixte de méthadone et d'héroïne, deux une prescription de morphine et de cocaïne. Au total, vingt-trois patients bénéficiaient

d'une prescription de médicaments injectables. Neuf se voyaient délivrer des cigarettes préparées en pharmacie (*refers*).

L'expérience de Liverpool a fait scandale à plus d'un titre¹². Aux prescriptions d'héroïne s'ajoutait le rôle actif d'un groupe d'usagers qui avait organisé les actions de prévention sur le terrain. Ces actions ont été menées dans un contexte très différent des États-Unis où les toxicomanes, radicalement exclus de la société, vivaient dans le « monde de la drogue ». Les usagers d'héroïne britanniques, mieux intégrés, n'avaient pas le sentiment d'appartenir à une communauté définie uniquement par le produit, leurs appartenances culturelles étaient aussi diverses que leur trajectoire, leur génération, leurs choix personnels, mais ils avaient en commun d'appartenir à ces sous-cultures jeunes, contestataires ou marginales. Ni la *scouss*, cette culture issue du monde ouvrier dont John Lennon pouvait aussi se prévaloir, ni la recherche d'intensité de la *skunk* ou autre mouvement culturel ne les prédisposaient à jouer le rôle de modèle devant les autorités et experts internationaux. Entre les logiques contre-culturelles des usagers et la logique institutionnelle des services, des dysfonctionnements ont été brutalement mis en lumière et exploités, dysfonctionnements auxquels le Dr John Marks se montrait indifférent : « J'ai constaté que la plupart de mes patients n'ont qu'un seul problème, celui de l'approvisionnement, annonçait-il en 1990 dans un congrès à Washington, C'est un effet pervers de la prohibition, bien sûr. Au Royaume-Uni, on a essayé de résoudre ce problème créé de toutes pièces par la médicalisation, le *British system* de délivrance contrôlée de stupéfiants. Mais personnellement, je n'ai plus envie d'être le "barman de la pharmacie" » (cité par Henman, voir note 12). Cette prise de position, au demeurant légitime comme citoyen, était difficilement compatible avec la fonction de directeur médical. Elle l'a conduit à accorder peu d'importance aux conditions de l'exercice médical, indications, prescriptions et délivrance. Les critères de sélection des patients, plus culturels que médicaux, ont donné lieu à de nombreuses critiques qui ont porté plus généralement sur l'organisation des soins. L'expérience a été interrompue ; dans la foulée, les services ont été réorganisés sur des critères administratifs. La mobilisation communautaire des premiers temps s'est essoufflée et l'objectif d'accès aux soins et à la prévention du plus grand nombre ne semble plus d'actualité. John Marks a commis la même erreur que ses ennemis. La

12. Sur l'expérience de Liverpool, voir l'enquête de l'ethnologue HENMAN A., *Drogues légales, l'expérience de Liverpool*, Éditions du Léopard, Paris, 1995.

médecine ne peut résoudre le problème de la drogue, en revanche, elle doit accepter de traiter ce qui relève de son champ de compétence avec l'éthique et la méthode qui définissent la médecine. « La pratique montre que la maintenance à l'héroïne n'a été ni ne semble devoir être une solution dramatique ou utopique », telle est la conclusion du chercheur Richard Hartnoll, qui avait procédé à la première évaluation des traitements à l'héroïne. Cependant, l'organisation des soins, comprenant indication, prescription et délivrance, doit être rigoureuse à un double titre. Outre le contexte de son action (marché noir et types d'usages), qu'elle doit prendre en compte, l'organisation des soins doit se soumettre aux impératifs qui sont ceux de l'exercice de la médecine¹³. Il en est du médecin comme de tous les autres acteurs. Il peut faire beaucoup, à la condition de rester dans son champ, sans prétendre se substituer à ceux qui font les politiques de drogues.

13. Les principes prévalent dans les expérimentations d'héroïne médicalisées en Suisse comme aux Pays-Bas. En Suisse, 1 700 personnes ont été traitées en 1999. Les patients prennent leur prescription le plus souvent en injection, trois fois par jour et ont recours à la méthadone lorsqu'ils ne peuvent se rendre dans le service. 50 % ont connu une amélioration dans tous les domaines selon l'évaluation. En Suisse comme aux Pays-Bas, les programmes héroïne sont proposés aux patients mal stabilisés par la méthadone, ce qui à terme pourrait représenter environ un tiers des 17 000 patients actuellement sous méthadone aux Pays-Bas. En France, un projet a été déposé en 1998 et redéposé en septembre 2000 : l'examen de ce projet semble prendre un certain temps. Voir compte rendu de la 40^e rencontre du CRIPS in *SWAPS*, « Les programmes européens de prescription médicale d'héroïne », n° 18, novembre-décembre 2000.