

Notre pays est partagé depuis quelques temps par le débat sur la substitution des drogues par des médicaments qui atténuent la douleur du manque mais ne procurent pas de plaisir. Certains responsables politiques voudraient la privilégier alors que certains professionnels apparaissent comme plutôt réticents. Les premiers reprochent aux deuxièmes leur immobilisme et leur manque d'imagination, les seconds reprochant aux premiers de présenter la substitution comme une panacée alors qu'il conviendrait de l'aborder comme un outil supplémentaire, probablement accessoire, et aux indications limitées.

Le débat sur la substitution est devenu tout, sauf ce qu'il n'aurait jamais dû cesser d'être, à savoir un débat technique, un débat scientifique au sens large du terme. S'il était technique et scientifique, cela éviterait de persister dans un certain nombre d'erreurs.

La première de ces erreurs est la confusion systématiquement entretenue entre soins aux toxicomanes et lutte contre la diffusion du VIH. La méthadone serait « proposée aux toxicomanes pour les soigner ». Mais dans la majorité des déclarations des responsables politiques, le seul argument qui soutient cette proposition est la lutte contre le sida. La lutte contre le sida est évidemment une de nos préoccupations essentielles. Mais il apparaît également essentiel de ne pas tout mélanger, de ne pas passer de l'un à l'autre sans coup férir, de ne pas, au nom du soin aux toxicomanes, développer en réalité des programmes dont le seul but est la lutte contre la diffusion du VIH. Le débat gagnerait en clarté si ce type de confusion ou d'amalgame n'était pas répété à longueur de déclarations.

La deuxième erreur est de présenter la méthadone comme un produit efficace contre la diffusion du VIH. Aucun élément scientifique ne permet de confirmer une telle hypothèse. New York, où la méthadone est utilisée depuis plus d'un quart de siècle, est une ville où le nombre de séropositifs est un des plus élevés du monde. De même la Suisse, utilisant ce produit depuis plusieurs années, enregistre un taux de séropositivité également élevé. A l'inverse, un pays comme la Suède qui utilise la méthadone de façon limitée et raisonnable (comme en France à l'heure actuelle) enregistre un des taux de séropositivité les plus faibles d'Europe. Nous pouvons raisonnablement penser qu'il n'existe pas de rapport particulier entre l'utilisation de méthadone et le taux de séropositivité. En d'autres mots la méthadone n'est pas un « vaccin » contre le sida ou la diffusion du VIH.

La troisième erreur consiste à ne pas porter les efforts, si l'on souhaite réellement lutter contre le sida, sur une politique d'échange des seringues large et efficace. Pourquoi les distributeurs automatiques permettant d'échanger des seringues neuves contre des usagées ne rencontrent-ils pas le même enthousiasme auprès du ministre de la Santé que les programmes de substitution? Dans le même ordre d'idée, et toujours dans le but pragmatique d'être efficace contre la diffusion du VIH, pourquoi ne pas envisager la gratuité des seringues? Ce serait pourtant une véritable mesure de prévention... Mais serait-elle politiquement rentable? C'est probablement toute la question.

La quatrième erreur consiste à prendre systématiquement exemple sur ce qui se fait à l'étranger. Les systèmes de soins ne sont pas exportables d'un pays à un autre. D'autre part les exemples choisis sont loin d'être au-dessus de tout soupçon. Ainsi pour revenir à la situation suisse, souvent citée dans ce débat, 9 000 toxicomanes étaient inscrits sur les programmes méthadone en septembre 1992. 9 000 personnes, dûment répertoriées, sur une population d'un peu plus de six millions d'habitants, est-ce illégitime de dire que cela commence à ressembler tout de même à un contrôle social qui ne dit pas son nom? (à population égale cela représenterait près de 80 000 personnes en France). Est-ce illégitime de se méfier de ceux qui prennent pour exemple de tels modèles? Il est donc urgent de reconsidérer le problème de la substitution avec les éléments du contexte français et l'expérience des équipes qui, en France, gèrent des programmes de substitution de façon raisonnable, pour dégager une politique adaptée aux exigences de notre pays. Nous devons être pour le protectionnisme en matière de politique de santé. La cinquième erreur est probablement d'avoir « starisé » la méthadone. Les intervenants en toxicomanie proposent d'autres types de réponses, d'autres projets qui attendent encore et toujours les moyens budgétaires nécessaires à leur concrétisation. La méthadone permet de faire croire que l'on fait quelque chose, à peu de frais.

La sixième erreur est de privilégier l'impact médiatique des choix faits en matière de santé, plutôt que l'efficacité réelle des solutions proposées. Nous estimons que la constitution des réseaux d'aide et de soutien au cœur de nos cités de banlieue mériterait autant de considération, de dépense d'énergie et de concentration de moyens que l'acheminement d'un sac de riz dans un coin de désert, même si ce type d'opération, avec lequel nous sommes évidemment d'accord, est médiatiquement plus payant. Enfin la septième erreur est de présenter des réponses

toutes faites avant tout débat sur le problème de la toxicomanie dans notre pays. C'est à ce débat que les professeurs Olivenstein et Benhamou appelaient il y a quelques temps. Ce débat doit être organisé et ne peut l'être que par les pouvoirs publics. Mais le veulent-ils? Nous pouvons en douter parce que l'organisation d'un tel débat aurait pour conséquence de le dépassionner, d'ôter à celui-ci l'impact du sensationnel, de montrer que la réponse « méthadone », dont nous sommes abreuvés, ne constitue pas la panacée à laquelle on veut nous faire croire. Nous pouvons en douter également parce qu'un tel débat sortirait la toxicomanie du champ politique et que nous n'avons pas eu la sagesse, en France jusqu'ici, de ne pas considérer la toxicomanie comme un enjeu politique ou un sujet de campagne électorale.

Nous pouvons en douter, enfin, parce que ce type de débat remettrait en lumière l'existence de jeunes en souffrance que l'on appelle communément toxicomanes, pour lesquels les intervenants en toxicomanie continuent d'élaborer et de défendre une politique de soin véritable, ce qui semble constituer aux yeux de certains une folie, ou pire un luxe.

* Praticien hospitalier. Chef de service.

La « méthadone » et les autres produits de substitution à la drogue, ne constituent pas la panacée à laquelle on veut nous faire croire. Plutôt que de présenter des solutions toutes faites, mieux vaudrait organiser un véritable débat sur la toxicomanie dans notre pays. Mais un tel débat aurait pour conséquence de dépassionner le problème, ce qui n'est sans doute pas compatible avec son utilisation comme enjeu politique ou sujet de campagne électorale.



Mike Marucci/Reuters