

Table ronde - Chroniques de la substitution

Le Journal du sida, numéro hors série, Été 1995

Intervenants : Dr Didier Touzeau, Dr Bertrand Lebeau, Dr Serge Hefez, Pr Jean Tignol, Dr Philippe Otmesguine, Dr Marc Barry, Malika Tagounit, Nelly Boullenger, Anne Coppel

Le Journal du sida: La première question s'adresse à ceux qui font de la méthadone : quelles ont été vos hypothèses de travail lorsque vous vous êtes lancés, et comment ont-elles évolué avec l'expérience. Jean Tignol ?

Jean Tignol : Le cas de Bordeaux est assez particulier, puisque nous sommes des francs-tireurs de la toxicomanie. Cela fait longtemps que nous travaillons avec des héroïnomanes. L'Anesthélec, un appareil produisant des courants électriques, utilisé initialement pour potentialiser l'anesthésie, et appliqué ensuite au sevrage par mon collègue de Bayonne Jean-Pierre Daulouède, était, dès 1979, la première méthode efficace de sevrage indolore.

Celui-ci nous a valu un afflux massif de toxicomanes de toute la France, en demande de sevrage; mais il y eut aussi un rejet massif des intervenants en toxicomanie qui nous reprochaient beaucoup de ne pas assez faire souffrir les gens. Nous les soulagions trop rapidement, sans poser assez de conditions. C'est par ce biais que nous sommes venus à la substitution. C'était un détour scientifique, en quelque sorte, puisqu'on a porté les méthodes chez les animaux à l'INSERM. Par la suite, on a été en contact avec des équipes américaines, notamment l'équipe d'O'Brien à Philadelphie. L'un des membres de notre équipe, Marc Auriacombe, a séjourné là-bas

pendant deux ans. Il a été au contact du gros centre méthadone du Veterans Hospital de Philadelphie qui avait 300 places et qui en a maintenant un peu plus. Nous étions donc dans l'un des centres américains les plus performants, un de ceux qui avaient les meilleurs résultats dans les études d'évaluation de Bali et Ross.

Puis on s'est intéressé à la prévention de la contamination du VIH par la méthadone, à partir des études de Metzger. Il s'agit d'études qui ont été produites à la fin des années 80, qui ont été publiées pour la première fois oralement en 1991, et qu'O'Brien nous a apportées à Bordeaux. Cela m'a incité à ouvrir à mon tour un centre méthadone. Pour moi, il y avait urgence. Nous avons un début de solution à partir du modèle américain. Il s'agissait certes d'une solution partielle, que nous envisagions sans espoir excessif, mais qui s'imposait à l'évidence en France, au point que cela devenait une nécessité de se mettre au travail.

A partir de là, et malgré des difficultés de toutes sortes, notre but a été de créer un centre de haute exigence pour que les gens puissent se passer de consommer de l'héroïne par voie intraveineuse avec toutes les conséquences sociales et sanitaires que l'on sait, et pour qu'ils puissent reconstruire leur vie après, si possible.

Le Journal du sida: Quelles sont pour vous les clientèles de toxicomanes les plus marginalisées?

Jean Tignol : Ce n'est pas vraiment de cette façon que le problème se pose pour nous. Nous avons commencé dans un climat difficile, avec 25 places pour beaucoup plus de gens. Nous n'avons pratiqué aucune sélection et nous continuons à faire comme ça. Ce serait vraiment très arbitraire d'opérer autrement. Nous soignons tous les gens. Avec mon collègue Jean-Pierre Daulouède, nous avons quand même, et cela bien avant la création du centre méthadone, substitué systématiquement à la buprénorphine les patients qui pouvaient accéder à ce traitement en médecine de ville, ou en psychiatrie de ville.

Ceci est un peu une manière de répondre à votre question, dans la mesure où un tel traitement s'adresse à des toxicomanes qui ne sont pas totalement défavorisés. Prendre de la buprénorphine auprès d'un psychiatre, d'un pharmacien ou d'un médecin, suppose un soutien social qui existe encore, une famille ...

Didier Touzeau : Pour ma part, j'ai commencé à m'occuper de toxicomanes avec de la méthadone de manière assez originale en France, puisque cela se passait à l'hôpital Sainte-Anne. Les premiers toxicomanes que j'ai vus en 1978, dans le service du Pr Denicker, étaient sous méthadone.

Par la suite, j'ai travaillé en prison et dans différents endroits, étant devenu l'assistant d'Aimé Charles-Nicolas au centre Pierre-Nicolas.

Cela dit, il est vrai que nous n'avons pas mené le débat sur l'utilisation de la méthadone en France. On avait la possibilité de mettre des gens sous méthadone très discrètement quand on pensait que c'était utile pour eux, mais l'on n'a pas vraiment cherché à mener un débat national sur cette question pour des raisons assez simples. En effet, à chaque fois qu'on parlait de méthadone, on avait de multiples demandes. Le mieux était de se taire puisque peu de moyens étaient dégagés par l'autorité politique pour soigner. Le soin aux toxicomanes était quelque chose d'accessoire en France. Ce n'était pas une priorité gouvernementale, on nous écoutait gentiment, il y avait quelques commissions, mais le fait de soigner les toxicomanes n'allait pas de soi. Quand je suis allé travailler en prison, au SMPR de Fresnes, j'y ai découvert une unité de sevrage, un lieu tout à fait part, dans lequel les toxicomanes étaient enfermés.

Ils y recevaient des barbituriques, et des cocktails très intéressants qui les rendaient encore plus accrochés. La bagarre que l'on a menée était d'abord de faire reconnaître que la prison n'était pas un lieu de soins pour les toxicomanes. A l'époque, les institutions spécialisées étaient vécues par ces toxicomanes comme une nébuleuse très

éloignée de la réalité. Tout au long des années 80, on a assisté à un afflux de toxicomanes en prison puisque la réponse répressive se maintenait. Et ils étaient de plus en plus en mauvaise santé. Nous avons relié une institution spécialisée, Pierre-Nicole, à la prison, pour s'occuper d'un certain nombre de gens extrêmement marginalisés. C'est comme cela que nous avons changé d'opinion avec Aimé Charles-Nicolas après le décès d'une jeune patiente que nous n'avions pas pu mettre sous méthadone et qui s'est suicidée. Nous avons alors décidé de mettre en place notre propre programme, parce que nous n'arrivions pas à trouver de place pour notre propre clientèle.

Le débat des intervenants en toxicomanie sur la méthadone est un débat qui n'a jamais eu lieu, comme n'a jamais eu lieu le débat sur la codéine. La France est un des pays qui utilise le plus la substitution *via* la codéine. Mais ce n'est pas un traitement codifié, c'est de l'auto-substitution. Cela nous intéressait peu de travailler sur les traitements de substitution dans la mesure où les patients géraient eux-mêmes ainsi leur substitution. La position clinique que l'on a adoptée dans l'institution était une position d'accompagnement des patients, le but n'était pas forcément de leur faire arrêter la drogue, mais d'être là à des moments clés de leur histoire, afin de donner à ces moments et de les aider à maîtriser leur consommation puis à la stopper. La deuxième chose qui nous a fait bouger, c'est l'ouverture d'une unité mère-enfant à Pierre Nicole, ce qui nous amenait à nous intéresser beaucoup plus sérieusement aux jeunes femmes enceintes. Avec la maternité Port-Royal, nous avons commencé à travailler et à découvrir des situations catastrophiques. Je pense à cette jeune femme qui avait eu un enfant mal-formé du fait d'une absorption énorme de

sirop alcoolisé contenant de la codéine; je pense aussi à ces jeunes femmes séropositives dont on voyait bien qu'il était impossible de s'occuper sans traitements de substitution. En 1989, à l'époque où Claude Evin était ministre de la Santé, avec Jean-Paul Jean, nous avons implanté à Pierre-Nicole des programmes de méthadone. L'objectif était très modeste, puisque cela s'adressait à ceux qui étaient en échec dans notre clientèle et qui auraient dû bénéficier de ce traitement, ayant par ailleurs tout essayé en vain.

Plus tard, le démarrage de la clinique de Bagneux s'est fait sur une autre problématique. C'était l'articulation d'un centre de soins aux toxicomanes, qui puisse être un lieu extra-hospitalier intégrant la méthadone et les traitements de substitution comme un traitement à part entière, avec d'autres formes de réponse (accueil, éventuellement hébergement), mais aussi un réseau médico-social dans une zone de trafic de drogues important, dans une zone chaude au contact des populations les plus touchées, quasiment « en concurrence avec le deal ». Ce dispositif devait tenir compte d'autres problématiques: celles de la politique de la ville et des quartiers défavorisés.

On allait pouvoir évaluer les résultats de la méthadone et des autres traitements de substitution dans ce contexte particulier. Les traitements ont donc été un élément de stabilisation d'un certain nombre de populations. Nous avons choisi des populations très particulières, sortants de prison (assez nombreux dans notre zone), femmes enceintes, patients ayant des problèmes psychiatriques ... j'avais remarqué qu'en prison, les patients qui avaient des problèmes psychiatriques (traités ni par les services de psychiatrie, ni par les centres d'accueil pour toxicomanes, ni par aucun service à l'intérieur de la prison) étaient

vraiment marginalisés. Cette population là était très difficile d'accès et, lors de la sortie, les rechutes étaient catastrophiques. Le choix d'un rattachement à un hôpital psychiatrique rendait les choses plus faciles.

Le Journal du sida : Le choix prioritaire de certaines clientèles se fait-il sur des critères de plus ou moins grande exclusion, ou simplement en fonction du manque de places à la clinique Liberté ?

Didier Touzeau : Le programme était complet avant même de commencer. Mais on a toujours gardé de la place pour des femmes enceintes et, au moment de l'ouverture du programme, on a même essayé de traiter quelques cas dans chaque registre pour ne pas avoir un programme uniquement avec des malades du sida, ou uniquement avec d'autres types de profil. Cela dit, tout s'est fait très vite et le passage à 50 places a été immédiat. Il s'agissait de gens que l'on avait refusés sous méthadone, même si je me suis toujours astreint à ne pas refuser de traitement à qui que ce soit. Méthadone mise à part, je me suis mis à prescrire des produits de substitution à 180 personnes tout seul. C'était une politique assez large, de façon à ne pas créer de listes d'attente à la méthadone, sachant que l'on réservait la méthadone à ceux qui avaient le besoin d'un plus fort encadrement psychosocial. C'est là, à mon avis, la question clé du débat sur les traitements de substitution.

Le Journal du sida: Serge Hefez, vous êtes psychiatre vous aussi. Vous avez peut-être lancé votre programme sur des bases similaires ?

Serge Hefez : Un brin d'historique. Comme Didier Touzeau, je suis intervenant en toxicomanie depuis

1982-83. Et il me paraît important de souligner que les outils que l'on a utilisés pendant des années pour soigner les toxicomanes nous ont empêchés de fabriquer vite et bien d'autres outils cohérents pour répondre à l'épidémie de VIH.

Ces moyens centrés sur le sevrage ont créé une véritable cécité autour de ce que pouvait être simplement la santé du toxicomane. Ce critère de santé n'était pas un critère d'inclusion par rapport aux prises en charge et maintenant, quand j'y repense rétrospectivement, cela me donne froid dans le dos de penser que, pendant des années, on a vu défiler dans les centres des toxicomanes malades. Il n'y avait pas encore le sida mais il y avait les hépatites, les abcès, et beaucoup d'autres affections. Au fond, ces critères de sélection là n'étaient pas du tout, ou très peu, pris en compte.

En 1986-87, j'ai été invité avec d'autres intervenants en toxicomanie à Aides, par Daniel Defert, à une soirée d'information sur la toxicomanie. Et nous avons notamment abordé la façon dont on parlait des toxicomanes, c'est-à-dire en fonction de critères de personnalité, de comportement, et de conduite.

A la fin, Daniel Defert a dit: « *c'est bien joli tout ça, mais est-ce que vous avez des paniers avec des seringues dans vos centres?* » j'avoue que cette question simple a été un peu un électrochoc, celui d'une autre logique par rapport à la prise en charge des toxicomanes. C'est vrai que je pense rétrospectivement qu'il a fallu des années pour adapter cette logique au terrain. Avec d'autres, on a commencé à lire la littérature étrangère, à découvrir avec beaucoup d'étonnement que la façon dont on traitait les toxicomanes ailleurs n'était pas la même qu'en France. Toutes ces questions sanitaires, de produits, de prise en compte de la santé, de réseaux, d'interactions avec d'autres instances, notam-

ment judiciaires et les instances répressives, apparaissaient extrêmement logiques, alors que pour nous rien de cela n'existait. Pour comprendre cette logique, cela a pris un certain temps. Et pourtant, j'ai partagé cette expérience avec Didier Touzeau, puisque moi aussi j'ai travaillé comme infirmier dans le service Denicker à Sainte-Anne pendant mes études de médecine. je voyais passer des patients qui prenaient la méthadone. Mais pour moi, c'était quelque chose de tellement marginal, que faire la corrélation entre ça et l'épidémie de sida ... il n'y avait pas de lien logique. Il a fallu près de cinq ou six ans de latence entre l'irruption de l'épidémie de sida chez les toxicomanes et l'ouverture de centres ou de réseaux de médecins généralistes. Une fois de plus, la fabrication d'un discours qui puisse s'adapter aux prises en charge a pris malheureusement tout ce temps-là, avec toutes les conséquences désastreuses sur le plan sanitaire que l'on connaît. Il m'est donc apparu logique qu'il ne suffisait pas de mettre en place l'outil substitution (que ce soit *via* la méthadone ou *via* une coordination de médecins généralistes prescripteurs d'opiacés). Il fallait aussi créer une palette d'outils différents qui puissent, dans leur complémentarité, rendre possible la prescription des traitements de substitution.

D'où le réseau de médecins généralistes, le programme méthadone, et La Boutique du XVIII^e arrondissement de Paris, que j'ai essayé de mettre en place en même temps. Cela rejoint ce que disait Didier Touzeau, à savoir que la seule garantie éthique que l'on puisse avoir en matière de toxicomanie et d'épidémie, c'est d'offrir la palette la plus diversifiée possible de réponses par rapport à toutes les situations, qui vont du seuil le plus bas à des indications d'adaptation sociale extrêmement différentes. Ouvrir une unité méthadone avec 50 places, ça ne

pouvait pas fonctionner s'il n'y avait pas l'appui logistique d'un énorme réseau de médecins généralistes derrière. Moi, je n'ai pas eu, comme Didier, l'expérience de prescrire 180 traitements en même temps ... Déjà quand j'ai 5 ou 6 toxicomanes en substitution et que c'est moi qui prescrit, cela me paraît très compliqué ... Bref, l'appui logistique du réseau de médecins généralistes permet effectivement de moduler un peu les indications entre un centre de soins et des prises en charge ambulatoires, et les aller-retour entre les deux. Quant à la sélection de populations prioritaires, c'est un problème différent. Si l'on imagine une sélection de ce type, à mon avis, cela représenterait à Paris une population de 40 000 à 50 000 personnes prioritaires de toute évidence. Il y a énormément d'usagers de drogues à l'heure actuelle qui pourraient bénéficier de la substitution, ce qui ne veut pas dire que ces traitements soient adaptés à tout le monde, mais en tous cas qu'ils sont adaptés à beaucoup, et que les places prévues à l'heure actuelle sont dérisoires. Les premiers inscrits ont été les premiers servis. En France, nous avons au moins un savoir psychosocial par rapport à la prise en charge de la toxicomanie. Il y a un dispositif en place qui est ridiculement insuffisant par rapport aux besoins. Répondre aux besoins en matière de produits ne veut pas dire supprimer l'offre en matière psychosociale. Il y a des possibilités d'accompagnement psychosocial bas seuil, moyen seuil et haut seuil, et il faut aussi adapter ce type d'outils. La distinction haut seuil/bas seuil tient à la globalité de la prise en charge, aux produits prescrits, et à l'accompagnement psychosocial. Aller distribuer des seringues dans les squatts, comme on l'a fait à La Terrasse, c'est faire de

l'accompagnement psychosocial. Permettre un contact avec des usagers dans des bus de distribution de méthadone bas seuil, c'est aussi mettre en place un accompagnement psychosocial.

Anne Coppel: Bas seuil, cela ne veut absolument pas dire peu d'accompagnement. Bas seuil signifie que l'on ne demande pas au toxicomane d'arrêter sa consommation de drogues; c'est un bas niveau d'exigences par rapport au toxicomane. Mais cela implique en retour un maximum d'accompagnement psychosocial. Nous sommes donc renvoyés au problème de fond - les 50 000 toxicomanes dont Serge Hefez parlait précédemment - nous n'avons pas les moyens de l'accompagnement psychosocial nécessaire, qu'il s'agisse du bas seuil ou du haut seuil.

Serge Hefez : On aurait à la rigueur les moyens de donner de la méthadone à 50 000 personnes parce que cela ne coûte pas trop cher, mais accompagner sur le plan psychosocial, du logement et de la réinsertion, 50 000 personnes, c'est clair qu'on en a pas les moyens.

le Journal du sida : Bertrand Lebeau, comment se situe l'Espace Parmentier par rapport aux autres centres méthadone ?

Bertrand Lebeau : En ce qui me concerne, je suis un tard venu dans le champ de la toxicomanie, professionnellement parlant. En même temps, j'ai participé à ce qu'il faut bien appeler un combat, en tout cas celui de la réduction des risques, qui s'est focalisé sur la question de la substitution. Et ce n'est pas par hasard. C'est vrai que ce qu'il y avait, disons de plus visiblement caricatural dans le dispositif de soins français, c'était l'absence complète de programmes méthadone, et aussi très peu

de programmes d'échanges de seringues. Il suffisait de comparer avec la situation anglaise, hollandaise, ou suisse, pour se rendre compte du retard français. De tous les gens qui sont ici réunis, Médecins du Monde que je représente avait le moins vocation originellement à se retrouver à gérer un ou plusieurs programmes méthadone. D'une certaine manière, cela a quelque chose de très accablant qu'une association humanitaire, qui avait au départ une vocation internationale, se retrouve aujourd'hui à gérer près d'une dizaine de programmes d'échanges de seringues en France, et quatre ou cinq programmes méthadone. je comprends ce que disait Didier Touzeau tout à l'heure, lorsqu'il indiquait qu'il y a quelques années, l'emploi de la méthadone se faisait très discrètement et que moins on en parlait mieux ça valait. Parce que si on commençait à en parler, on se retrouvait incapable de gérer les demandes que suscitait immédiatement toute information sur cette question.

Pour ce qui concerne MDM, il est intéressant de retracer la manière dont notre programme méthadone est né. Il y a eu une tentative avortée à la fin des années 80, avortée parce que je pense que l'association n'était pas prête, et probablement le débat français sur les questions de toxicomanie n'était pas prêt non plus pour que ce projet aboutisse. Il y a eu une ébauche de projet qui a finalement capoté. Et d'une certaine manière, le passage de la buprénorphine sur carnet à souches a joué un rôle dans toute cette histoire. Pourquoi ? A l'automne 1992, alors qu'un certain nombre d'entre nous rentraient du Ville congrès sur le sida d'Amsterdam, nous avons été très très ébranlés par le fait que les médias n'avaient retenu que l'hypothèse du virus, alors que nous qui étions présents avions assisté à énormément de choses. C'était une volonté des Hollandais

et de l'équipe de Jonathan Mann de parler des problèmes VIH-prostitution, VIH usagers de drogues, VIH-prisons, etc. On n'en avait jamais parlé aussi largement dans un congrès. Et nous étions revenus avec le sentiment que le retard français était absolument abyssal sur ces questions.

Toujours est-il qu'à l'automne 1992, la buprénorphine qui était jusqu'à présent prescrite sur ordonnance simple, est passée brutalement sur carnet à souches. Le fait de savoir s'il fallait passer ou pas la buprénorphine sur carnet à souches est une chose. Ce qui est certain, c'est que la brutalité de ce passage, sans accompagnement, sans période transitoire permettant aux prescripteurs de s'organiser, était une pure et simple folie. Or, quelques mois auparavant, naissait le premier groupe d'autosupport français, ASUD. Ils ont reçu un nombre absolument considérable de demandes de toxicomanes qui étaient dans une situation très compliquée, puisque leurs médecins refusaient de leur prescrire de la buprénorphine sous prétexte qu'elle était sur carnet à souches, qu'ils n'en avaient pas ou ne voulaient pas prescrire sur carnet à souches. Donc plus de substitution, et cela de manière extrêmement brutale ! ASUD a contacté un certain nombre de personnes, dont Anne Coppel, Jean Carpentier, et ils leur ont demandé ce qu'ils pouvaient faire avec des gens qui se trouvent dans des situations terribles, quelle pouvait être la réponse. Et dans les discussions, a germé l'idée qu'après tout, MDM pourrait faire un programme méthadone.

On en est là à l'automne 1992, à l'origine de ce programme. Très rapidement, MDM, après avoir pris des contacts pour le monter avec plusieurs associations, a décidé de le faire tout seul. On a déposé ce projet en mars 1993. En juin -ce n'est pas inintéressant de le souligner -, il a été refusé par la

commission consultative méthadone de l'époque. Il était considéré comme non thérapeutique, et s'inscrivant en rupture radicale avec le protocole existant.

Ce qui, à mon avis, n'était pas vrai. De fait, lorsqu'on a déposé ce projet, il y avait trois différences par rapport au dispositif habituel: la première, c'est qu'on demandait non pas 25 places, mais 50 (au départ, on voulait en demander 200 mais on a considéré que c'était déraisonnable, puis 100, enfin, à force de transiger, 50 places). La deuxième chose que l'on demandait, c'était que la dose maximale sans autorisation particulière ne soit plus de 60 mg mais de 100 mg. La troisième chose que l'on demandait, c'était que les contrôles urinaires soient un peu allégés, qu'il n'y en ait que deux par semaine dans les trois premiers mois, et deux autres par mois dans les mois suivants. Telles étaient les trois différences avec le protocole de l'époque. Il s'avère que l'on était entouré de bons conseillers, dont certains sont autour de cette table, en particulier Didier Touzeau et Anne Coppel, qui nous ont aidé parce que connaissant formidablement bien ce dossier. Nous, on débarquait, on n'avait pas les outils techniques pour monter une telle opération. Ils nous ont aidé à élaborer un dossier technique qui tenait la route, mais qui a quand même été refusé par la commission méthadone. Heureusement, le ministère de la Santé de l'époque, avec le tandem Veil Douste-Blazy, voyait bien qu'il y avait un problème de ce côté-là. Et il a finalement outrepassé l'avis défavorable de cette commission. Finalement, on a pu monter ce programme. Cela a été long, mais il a fini par ouvrir en juin 1994. Au départ, ce qu'il nous fallait, c'était une équipe qui ait de la bouteille, et des gens qui ne fassent pas de la méthadone alors qu'ils détestaient ça. C'était un peu la quadrature du cercle, ce n'était

pas si facile. De ce point de vue là, l'existence du collectif Limiter la Casse, avec les nombreux contacts qu'il a permis entre professionnels qui ne se connaissaient pas ou peu, a tout de même été un grand accélérateur. C'est là que j'ai rencontré pour la première fois Serge Hefez, ou Malika Tagounit qui travaille maintenant dans l'équipe. Cela a aidé. Il y a beaucoup de choses qui se sont créées avec les gens qui se sont rencontrés à cette époque-là. On a donc ouvert ce programme avec un objectif, dont aujourd'hui je me rends compte à quel point il était ambitieux. Il s'agissait de faire une offre de méthadone aux toxicomanes marginalisés ou malades, c'est comme ça que l'on formulait les choses à l'époque. Je me souviens que quelques mois avant l'ouverture, j'avais fait le tour des trois programmes parisiens historiques. J'ai eu une discussion avec Xavier Laqueille qui m'a dit: « *Ce que vous allez faire ne va pas être facile parce que je pense que la méthadone ne peut être utile qu'aux gens qui sont socialement insérés* ». Je lui ai répondu: « *Si vous avez raison, ça va être un échec complet* ».

le Journal du sida: A l'Espace Parmentier, vous avez une clientèle particulièrement désinsérée ...

Bertrand Lebeau : Oui, mais toutes choses égales par ailleurs ! Les gens qui sont complètement désocialisés, on ne les voit pas. La difficulté que l'on a à Parmentier, c'est que l'on est dans le cadre d'un protocole à relativement haut seuil d'exigence (bien qu'il soit à bas niveau de finances), et d'une « population » bas seuil. Il faut malgré tout venir à Parmentier, il faut accepter les contraintes du programme. Je voudrais raconter une anecdote absolument significative du fait que ce seuil reste relativement haut : un jour, Malika Tagounit me demande de l'aider à faire hospitaliser en

urgence une fille qui est dans un état de santé déplorable, avec des abcès partout, un cas malheureusement classique.

C'est une femme, et on sait bien que c'est un facteur de risques très lourd en matière d'injection et d'usage de drogues dures. Elle est donc toxicomane, maghrébine, prostituée, elle est SDF et elle a le sida. Elle cumule un nombre effrayant de stigmates. On est arrivé à la faire hospitaliser. Ensuite, elle est ressortie et on a essayé de la faire rentrer dans notre programme méthadone. Elle est parvenue à tenir trois semaines et au bout de trois semaines, elle a disparu pour ne réapparaître que longtemps après. Il est très clair que notre programme est à un niveau d'exigence inaccessible pour elle.

Il faut donc faire beaucoup de nuances dans cette affaire. Les 50 places méthadone se sont remplies avec les 50 premiers venus, qui sont des personnes plutôt marginalisées (via le camion d'échange de seringues de MDM, les groupes d'auto-support, l'association EGO, des structures qu'on appelle plutôt de première ligne). Souvent, avant leur entrée dans le programme méthadone, nous leur avons prescrit du sulfate de morphine (Moscontin® ou Skenan®), avec toutes les difficultés qui sont liées à ces prescriptions.

Ces difficultés vont à mon avis être d'autant plus évidentes maintenant que l'on va enfin disposer d'un cadre légal pour la prescription de méthadone.

C'est que ces prescriptions n'étaient pas nécessairement prorogées en cas d'hospitalisation, et pouvaient être rayées d'un trait de plume. En cas d'incarcération, elles étaient immédiatement interrompues.

le Journal du sida : A vous entendre tous, il est donc un peu rapide de dire qu'il y a des personnes plus marginalisées que d'autres parmi les toxicomanes, compte tenu de

la situation dramatique de cette population. Dans le même temps, vous dites que vos programmes sont des programmes de haut seuil, qui sont d'une certaine manière inaccessibles à beaucoup de toxicomanes.

Bertrand Lebeau: je suis un peu déstabilisé par ce qui a été dit tout à l'heure par Anne Coppel à propos du bas seuil. Selon elle, le bas niveau d'exigence, ça veut dire accompagnement psychosocial maximum. Moi, je n'avais pas ce sentiment là. Je pense par exemple au bus méthadone d'Amsterdam, il y a peu de villes européennes et de pays européens qui aient mis en place ce qu'on appelle du bas seuil méthadone *ad hoc*, c'est-à-dire qui ne passe pas par les médecins généralistes. Habituellement, le bas seuil méthadone, en Europe, ce sont les généralistes qui le font. Le problème du mot bas seuil, c'est que les gens entendent bas de gamme, et haut seuil, haut niveau d'exigence, donc haut de gamme. Le bas seuil, cela ne veut pas du tout dire ça. Dans le bas seuil d'Amsterdam, c'est vrai que les contraintes sont très faibles. Les gens s'inscrivent, ils doivent voir un médecin quatre fois par an. On leur donne, sans rien leur demander, de la méthadone à petites doses, aux alentours de 40 mg par jour. S'ils veulent un accompagnement psychosocial, alors ils doivent rentrer dans des programmes qui sont forcément à un niveau d'exigence un peu plus élevé. Moi, je croyais que cela fonctionnait ainsi. Dans ces programmes à haut seuil, on leur demande, entre autres, des contrôles urinaires négatifs, faute de quoi ils retournent dans des dispositifs d'exigence moins grande. *A priori*, le bas seuil s'adresse à un très grand nombre de gens. C'est très compliqué de proposer à 5 000 personnes un accompagnement psychosocial lourd.

Ce qui est intéressant, c'est ce qui va se passer dans les mois qui viennent: on va enfin sortir de la méthadone au stade expérimental en France, un stade qui a tout de même duré 20 ans ... On va enfin avoir un cadre légal pour la prescription, on aura des primo-prescriptions dans les centres de soins spécialisés, et puis une prorogation qui sera possible en médecine de ville. Les gens qui travaillent dans les centres de soins spécialisés, et les réseaux de médecins prêts à prendre en charge des toxicomanes, vont pouvoir enfin faire du bon travail, sachant que la méthadone sera, sauf coup d'Etat d'un chef de service caractériel, prorogée en cas d'hospitalisation ou d'incarcération. A ce propos, on commence à avoir un certain nombre de clients incarcérés dont le traitement méthadone est prorogé. On va donc tout simplement disposer d'un cadre légal, ce sera la fin des expérimentateurs qui s'adressent à 30 personnes sur le territoire national ou des irresponsables faisant n'importe quoi.

le Journal du sida: Abordons le rôle des médecins généralistes qui prescrivent des produits de substitution. Grosso modo, votre logique de fonctionnement avec les centres spécialisés consiste à intervenir en amont et en aval, c'est-à-dire avant et après les phases lourdes gérées par les centres spécialisés.

Alex Maire: Ça, c'est le futur. C'est le dispositif qui est proposé aux médecins généralistes travaillant en réseau avec des centres et des hôpitaux, mais pour le moment, ce n'est pas ce qui se passe. Les médecins généralistes sont un peu réticents sur la notion de médicaments dont la primoprescription serait réservée à des catégories de médecins particulières. Dans un premier temps, comme il faut que ce

dossier se débloque absolument et que la France a accumulé un retard et une crainte considérables, je crois que ce qui est proposé par les pouvoirs publics doit être accepté tel qu'il est. C'est-à-dire un système de primo-prescription dans les centres, et des relais par les médecins généralistes de ville. Depuis longtemps, pas mal de généralistes, et cela bien avant que les programmes méthadone ne se développent de façon un peu empirique, avaient accueilli des toxicomanes. Pour revenir sur le traumatisme créé par le décret Kouchner de décembre 1992, il est certain que des médecins généralistes, dès que le Temgésic® a été mis sur le marché, se sont approprié ce médicament parce qu'ils se sont bien rendus compte que cela pouvait aider les patients à décrocher d'une consommation illicite de drogues. Ces médecins, à l'origine, travaillaient dans l'illégalité et la culpabilité les plus totales, du fait que ce produit n'avait pas dans son AMM d'indications spécifiques pour soigner les toxicomanes. Ils étaient stigmatisés par l'ensemble de leurs confrères. Il y avait, dans le XVIII^e arrondissement de Paris, des médecins qui ont prescrit du Temgésic® à leurs patients dès que ce médicament a été mis sur le marché, donc bien avant 1992 et que l'on a appelé « Temgésicologues ». C'est vous dire toute les moqueries que ces médecins subissaient, y compris de la part de leurs confrères. Et en septembre 1992, quand le décret Kouchner est arrivé- maintenant il nous parle de supprimer les carnets à souche, comme quoi il n'a toujours pas compris grand-chose -, ces généralistes ont décidé d'arrêter leurs pratiques parce qu'elles les mettaient au grand jour et les exposaient encore plus aux critiques de leurs confrères.

C'est à partir de ce moment-là que

je me suis engagé à leurs côtés. Il me semblait qu'un des effets pervers de ce décret était quand même d'éloigner le toxicomane du cabinet du généraliste.

Si on devait répondre à la question « Est-ce que le toxicomane/usager de drogues doit être soigné par le généraliste? » par « oui » - et les études d'Yves Charpak ont montré que ces médecins accueillaient et soignaient énormément de toxicomanes à travers la France -, alors le généraliste était bien un médecin de premier recours. Si celui-ci avait comme mission et comme devoir de soigner les toxicomanes, il fallait donc qu'on lui donne les outils nécessaires: outils théoriques, formation, outils de prescription, bref des éléments qui lui permettent de s'organiser pour travailler avec des confrères, et notamment des correspondants spécialisés.

A partir de là, que se passe-t-il actuellement pour les médecins généralistes avec l'AMM méthadone. C'est à nouveau une tentative pour extraire le généraliste d'un certain nombre de ses prérogatives. Parce que le toxicomane a son généraliste en premier recours, il faut que le médecin puisse avoir à sa disposition en premier recours des moyens de le traiter.

On a parlé tout à l'heure de cette patiente qui avait fait tout un parcours par le centre et qui, au bout de trois semaines, avait abandonné. A quel moment le généraliste intervient dans cette histoire si, quelque part, il est court-circuité systématiquement? Il faut qu'il ait les moyens de soigner ses patients, et pour cela qu'il ait des outils théoriques et pratiques.

A propos du débat sur la prescription de produits injectables, ASUD dit que c'est une revendication. Eux s'appellent « usagers de drogues », nous les appelons « dépendants aux opiacés », ce n'est pas exactement la même appellation. On s'est toujours dit qu'on était les

alliés des patients, et qu'il fallait un peu écouter ce qu'ils disaient. Or, on se dit actuellement que focaliser le débat sur le contrôle de l'injection - notamment par rapport à la buprénorphine qui doit bénéficier d'une AMM -, et essayer de contrôler de façon stricte les injections pour éviter les infections, c'est encore une fois une tentative pour éloigner le généraliste des soins aux toxicomanes.

Moi, je demande que l'on me prouve que l'injection de buprénorphine a un effet délétère sur la santé. je n'ai aucune étude là-dessus. L'héroïne non plus d'ailleurs. Donc focaliser les efforts sur le contrôle des injections, c'est encore une tentative de nous éloigner des patients toxicomanes. je suis très content que l'AMM soit enfin arrivée, qu'elle sorte de son cadre expérimental, et qu'il y ait une mobilisation des intervenants dans les centres, des études qui puissent être faites de façon plus large. Et c'est une très bonne chose que les médecins généralistes y soient associés. Mais la méthadone n'est pas aujourd'hui le médicament qui est utilisé par les généralistes. Celui qu'ils utilisent de la façon la plus massive, c'est la buprénorphine.

Il est donc pour nous indispensable que, très rapidement, se mette en place une autorisation légale de prescription de la buprénorphine et qu'il n'y ait pas trop de tergiversations sur le contrôle des injections, sur la forme galénique, sur les dosages.

Quelle est la situation actuelle des généralistes en France? Ils sont soumis à des contraintes et à des pressions de la part de tous les organismes légaux. je peux par exemple parler du procureur de la République qui a mis en prison un médecin à la Réunion parce qu'il prescrivait du Temgésic® ! Il se trouve qu'ils se sont trompés dans la procédure et qu'elle a été cassée par la Cour de Cassation mais imaginez que cette procédure ait pu aller jusqu'au bout, cela

faisait un précédent qui pouvait éventuellement faire jurisprudence ... Nous avons des médecins qui sont actuellement poursuivis par la Sécurité sociale pour prescription hors AMM, et la Sécurité sociale demande aux médecins de rembourser. La situation varie selon les caisses de Sécurité sociale, mais ça existe. Encore une fois, ces procès vont avoir lieu, il va y avoir jurisprudence et, à un moment donné, la loi va être appliquée. Des médecins sont poursuivis par le Conseil de l'Ordre pour prescription de Temgésic®. On ne parle pas d'accidents thérapeutiques, juste de prescription de Temgésic®.

Cette pression est à son maximum en ce moment. Nous demandons très fermement que l'AMM pour la buprénorphine destinée aux généralistes arrive dans les semaines qui viennent. j'ai dans ma clientèle des patients qui s'injectent régulièrement leurs comprimés de buprénorphine depuis des années, et qui se sont stabilisés de cette façon-là avec un retour à une vie sociale satisfaisante; des jeunes femmes qui mettent en route des grossesses où tout se passe bien. je demande donc une AMM pour la buprénorphine *per os* mais je suis preneur d'une buprénorphine injectable, si à un moment du cursus des soins, on est obligé d'en passer par là.

Philippe Otmesguine Globalement, je suis assez d'accord avec ce que dit Alex Maire, à une nuance près. Moi, je n'ai jamais eu d'états d'âme ou de culpabilité. Cela vient peut-être de mon parcours. j'ai commencé à être médecin généraliste en terminant mon internat de médecine générale à Marmottan. J'y suis resté cinq ans. C'est une grande institution, j'y ai beaucoup appris. je suis arrivé là-bas en 1987-88, avec l'idée que je voulais soigner les gens de manière générale. je ne connais-

sais rien à la toxicomanie. Je me suis heurté à un monde dans lequel l'existence du corps était totalement niée.

C'était un scandale de proposer une vaccination contre l'hépatite B. La première hospitalisation d'un patient toxicomane séropositif sous AZT s'est conclue par un échec retentissant, même si elle a aussi permis de faire réfléchir l'institution. Mais cela a été dramatique pour le patient et pour les équipes qui assuraient les gardes. Une bouffée d'angoisse s'était diffusée chez tous les toxicomanes hospitalisés.

A l'époque, le service de médecine générale de Marmottan n'existait pas. En fait, la tentative de sevrage s'est soldée par un échec pour le patient qui a fui au bout de deux jours et qui a entraîné la fuite de quasiment tous les autres tellement l'angoisse était parvenue à un comble dans ce service.

Ça a fait bouger les choses. On était deux médecins, on avait la chance d'avoir une surveillante à nos côtés. Moi, une bonne part, voire l'essentiel, de mon implication là-dedans est liée à l'épidémie de VIH. Peu à peu, on a voulu monter la consultation purement médicale. On a donc créé une consultation de médecine. Cela a été très difficile. Pour répondre par un autre biais à la question sur la sélection des patients, c'était facile. C'était ceux qui passaient et pour lesquels il y avait une demande de sevrage, ou ceux qui pouvaient bénéficier de soins médicaux par le médecin généraliste. Après de longues négociations, on a fini par créer une consultation de médecine hors les murs.

Le postulat que l'on a posé était que ce ne soit pas obligatoirement des consultants pour la toxicomanie. Ils étaient toxicomanes, mais ils pouvaient venir à la consultation sans passer par le dédale de l'accueil, de l'hospitalisation, etc. A la même époque, j'étais impliqué, avec Jean-Pierre Lhomme, dans la

création de la mission d'échange de seringues. C'est une grande histoire ...

Par rapport à ce que Bertrand Lebeau disait tout à l'heure, la tentative avortée de réflexion dans les années 80 sur la création de programmes de substitution à MDM, était déjà dans nos têtes depuis trois ans, depuis l'ouverture du centre de dépistage de la rue du jura et le début de cette mission. Simplement, en 1990, on n'était pas prêt, et ce à tous les niveaux. On a travaillé dur pour que cette mission qui débutait - et la demande était déjà gigantesque - soit acceptée, institutionnalisée, et fasse référence. je me souviens du premier toxico que l'on a vu à l'échange de seringues, il se shootait deux fois par jour ; on lui a donné 67 seringues ... On ne savait rien faire à ce moment-là. je me trouvais dans une institution où je comprenais au fur et à mesure ce qui se passait pour les toxicos - l'absence totale de prise en compte du corps était une évidence -, et où l'on était justement en train de créer une consultation de médecine qui faisait sécession. En même temps, je travaillais dans un cabinet en banlieue Nord, dans une banlieue très défavorisée, où je commençais à prescrire des produits sans états d'âme. Très vite, quand on prescrit des produits et quand on a un peu l'habitude des toxicos, cela peut se passer relativement bien. Et il suffit que cela se passe relativement bien quelques fois pour commencer à penser différemment et à sortir de ce carcan, on parlait tout à l'heure de cécité, moi je parlerais plutôt de surdité.

Au fur et à mesure, j'ai prescrit de plus en plus de produits, j'ai appris un peu mieux à les prescrire, à réfléchir. je dois dire que sept, huit ans après, les choix ne sont pas encore clairs pour moi entre la buprénorphine, le Moscontin® ou le Skenan®. je n'arrive pas à accrocher à la buprénorphine

autant que par exemple Alex Maire peut le faire. Mais ça marche.

le Journal du sida: Par rapport à quels objectifs ?

Philippe Otmeguine: Par rapport à un objectif de stabilisation. J'ai dit tout à l'heure que j'étais rentré dans cette bataille par rapport à l'épidémie de VIH, pour aider les gens à quitter la galère et éventuellement essayer de quitter la shooteuse. Je n'ai jamais eu de hautes exigences au départ. Ce que je souhaitais, c'était que les gens puissent revenir, afin d'instaurer un dialogue. C'était difficile, à cause des mêmes biais que ceux que vous évoquez, c'est-à-dire que ce soit dans un cabinet de ville, même à connotation militante sociale, en institution comme à Marmottan ou ailleurs, hors les murs; il y a toute une frange de population que l'on continue de ne pas voir. Et je reprends l'exemple que vous avez cité du bus d'Amsterdam qui, lui, va dans la rue, là où sont les gens qui ne viendront de toute façon pas, en tout cas pas avant les premiers mois ou pas avant qu'ils n'accrochent.

L'idée d'accompagnement - je ne sais même pas si l'idée du bus, c'est une idée d'accompagnement psychosocial à très bas seuil, l'idée donc, c'était le premier contact, au ras des pâquerettes.

C'était comme ça les premiers contacts pour nous. Les premières descentes dans le sous-sol du métro des Halles, à deux heures du matin, nous ont permis de rencontrer des gens qui dormaient là et qu'on a essayé d'hospitaliser parce qu'ils étaient en train de crever de pneumocystose. Ces personnes n'étaient jamais venues nous voir et ne seraient jamais venues. Il y en a encore.

le Journal du sida : On peut donc presque dire que le premier stade de la stabilisation, c'est d'inventorier les besoins des gens ...

Philippe Otmeguine : C'est aller à la rencontre. Je crois que les besoins des gens, on en a tous maintenant une large idée. Mais il y a ceux que l'on ne voit jamais, même en cabinet de ville, même dans des institutions ou des centres d'accueil complètement ouverts.

Après, par rapport aux gens qui reviennent et qui rentrent dans un suivi, les exigences restent très modérées. Parler de la shooteuse et de l'abandon de la shooteuse, c'est quelque chose de très difficile. Moi, j'ai envie d'aider les gens à se réinsérer même s'ils continuent à shooter. J'ai des patients qui se shootent régulièrement avec ce que je leur prescris. Je ne suis pas dupe. Ils me le disent. Il y a toute une histoire autour du shoot chez ces gens-là. Chaque individu est différent, et il y a des gens qui s'en sortent très bien, même s'ils continuent à shooter.

Ce que je souhaite, c'est que les pratiques à risque diminuent, ce qu'on appelle le shooter propre. Ce que je souhaite, c'est que ces gens aient des contacts au fur et à mesure de ce qu'ils vont pouvoir dire. Le chemin se fera de lui-même, pour eux-mêmes, dans leur tête. En pratique, c'est ce qu'on voit dans la stabilisation. Il n'est absolument pas rare de voir des gens qui d'eux-mêmes modifient leur comportement, sans qu'on ne demande rien, sans qu'on ait envers eux aucune exigence. Cela vient de plein de choses, de la confiance qu'ils ont dans les interlocuteurs, de la confiance qu'ils retrouvent en eux, de l'image que, petit à petit, ils retrouvent d'eux-mêmes. Ils se mettent à exister différemment. L'exigence que l'on a est donc particulière. La stabilisation, c'est ça. Tout à l'heure, on disait que le but peut-être final était qu'ils abandonnent la dépendance, les produits, l'héro, etc. Je n'ai jamais perçu dans ma pratique les choses de cette manière-là. A

terme, je leur dis: Si on pose les choses en termes de maladie, la toxicomanie est une maladie; je ne sais pas si on peut les poser comme ça, ça a été posé comme ça. C'est probablement une maladie, c'est peut-être une pathologie, et on a envie de guérir cette pathologie. Et encore, ça c'est le souhait du médecin, c'est le désir du médecin qui se projette là. On a envie qu'ils s'arrêtent, etc. Pour l'instant, avec les patients que je vois, je n'ai jamais proposé moi-même, par le biais d'un produit de substitution, que les gens décrochent. Il y a des moments où les gens le demandent eux-mêmes. Il y a des moments où les gens viennent demander.

La stabilisation, pour moi, c'est que les gens puissent créer un lien, qui va être multiple, qui va se faire avec des associations, qui va exister sur le plan social, psychosocial, sur un plan médical. Ce qui m'intéresse, c'est qu'ils acceptent de se faire soigner, de voir où ils en sont, qu'ils acceptent de modifier un certain nombre de choses et que cela puisse avancer comme ça. Pour l'instant, en médecine générale, pour ceux qui pratiquent un petit peu ça, on en est là. Je n'ai pas le sentiment qu'on puisse dire qu'on est au-delà.

Je souhaiterais dire une dernière chose par rapport aux buts que l'on s'assigne en fait, et c'est la seule restriction que je mets dans la pratique de la médecine générale en matière de prescription des produits. Il y a quand même énormément de discours autour de la substitution en médecine de ville, et autour de la substitution tout court.

C'est comme si on entendait à force que là se trouvait la seule voie. Et ça, cela me choque beaucoup parce qu'on continue à voir des patients en cabinet de ville qui viennent pour un sevrage et pas pour des produits de substitution. Voilà, moi, je ne suis

pas dans la proposition systématique. Je peux l'être, cela m'est arrivé de proposer, même si ce n'est pas une habitude classique. On travaille surtout sur les demandes. Il y a des demandes très cachées. On peut l'être parce qu'on pense que cela va être la voie, mais ce n'est sûrement pas quelque chose de systématique, et pas la panacée. C'est un des outils. Par rapport aux produits, je crois qu'on n'aura pas de prescriptions très faciles. Peut-être que ça va venir dans les six mois qui viennent ? Je pense que l'absence totale de moyens que l'on a actuellement correspond exactement à ce qu'a dit Alex Maire, à savoir que, de toute façon, tout est absolument fait pour que les patients échappent à la possibilité d'un suivi en ville.

le Journal du sida: Marc Barry, de votre côté, quel rapport avez-vous avec les patients toxicomanes ?

Marc Barry: je suis très en marge par rapport à tout ce qui a été dit. Sauf que je vais rebondir sur ce qu'a dit Philippe Otmeguine : La première prescription, dans une stratégie dont je ne sais quel est le but - arrêter ou pas arrêter? faire une prise en charge ? est très importante. Cela ressemble beaucoup au combat que l'on a mené en 1988 pour avoir la première prescription d'AZT. C'est dit simplement en passant, mais c'est curieux, parce qu'on retrouve à peu près les mêmes façons de procéder, les mêmes problèmes et les mêmes confrontations. Dans l'équipe de ville qu'on a constitué autour de l'hôpital Necker puis ensuite de Paul Brousse, les patients qu'on nous adresse sont séropositifs. Ils viennent pour ça. Au départ, on n'a pas à faire de différences suivant le mode de contamination. Au contraire, on a profité du fait qu'ils venaient chercher du soin pour écouter leurs demandes - le VIH -, et les traiter comme telles. On retrouve le

corps dans cette histoire et on s'occupe avant tout de ça. Curieusement, tandis que vous parliez, je réfléchissais. Dans les années 1991-92, la visibilité des patients toxicomanes, dans mon cabinet ou à l'hôpital, était patente. Surtout après l'arrêt du Temgésic®. On a eu des demandes de sevrage de gens que l'on ne connaissait pas, ou des demandes de prescription de Temgésic®, et là, on était complètement déstabilisés! On ne voyait pas ce qu'on pouvait faire. Des gens arrivaient qui étaient séropositifs, on ne comprenait pas très bien, ce n'était pas vraiment pour un suivi, c'était même éventuellement pour changer de suivi. Visiblement, il y avait un enjeu à la clé, ce qui en soi était radicalement différent de ce qu'on avait vu auparavant. Là, on s'est un petit peu retourné, et on s'est rendu compte qu'on avait beaucoup de toxicomanes dans notre clientèle, ce qu'on avait jamais analysé en tant que tel auparavant, curieusement. En fait, on avait 15 % de toxicomanes, aussi bien en ville qu'à l'hôpital. Maintenant c'est en train de changer puisqu'on est à Paul Brousse, un endroit assez différent de Necker où le recrutement était plutôt un recrutement de ville. On devrait plutôt parler d'un recrutement de banlieue, avec des séropositifs qui faisaient une démarche pour se faire suivre à Paris. Ça sélectionne d'entrée un type de population, plutôt au-dessus de 30 ans et qui fait la démarche de se faire suivre. C'est vrai qu'on n'a pas eu de problèmes avec eux et ce jusqu'à la fin 1992. C'est ce qui nous a d'ailleurs beaucoup étonné. On se disait: si on a des toxicomanes dans notre clientèle, comment va-t-on faire pour les prendre en charge, ils ne vont jamais venir quand il faut, etc. En fait, cela se passe plutôt bien. Ils ne viennent pas toujours aux rendez-vous mais ce ne sont pas les seuls. Donc je ne vois pas

pourquoi on leur lancerait cet opprobre. Il sont en fait très au courant des traitements qu'on leur propose, de la prévention. Ils savent que, pour nous, la priorité c'est avant tout la prise en charge du VIH, avec un peu de prise en charge psychosociale à côté, mais toujours dans l'idée du suivi VIH, sans s'occuper vraiment de la toxicomanie et de la prise en charge de la prévention. Et là, on a les mêmes problèmes que partout ailleurs. En fait, c'est une prise en charge au long cours. Ce n'est pas en cinq minutes qu'il faut faire de la prévention. Un traitement ou un suivi, ça dure très longtemps et donc il y a des périodes avec, et des périodes sans.

Le Journal du sida: Vous n'excluez pas le fait que, comme les autres soignants, vous ne voyiez que la crème de la crème?

Marc Barry: je ne peux pas l'exclure puisque ce sont tous des gens qui ont fait une démarche. On n'a pas les gens qui squattent en banlieue, qui ont 15 ans et qui sont en situation irrégulière. C'est clair. On a vraiment tous des gens qui sont motivés pour se faire suivre pour le VIH. Et on s'en est rendu compte. Lors du déménagement à Paul Brousse, on s'est retrouvés être voisins de la clinique Liberté. On a noué des relations. Nous, on n'a jamais vraiment proposé de sevrages, d'arrêts ou de choses comme ça. On donnait éventuellement des conseils aux patients pour qu'ils continuent à gérer leur toxicomanie. S'ils demandaient à arrêter, on essayait de trouver des choses, mais on ne savait pas très bien quoi faire. S'ils demandaient des produits de substitution (en général c'était très rare parce qu'ils ne venaient pas chez nous pour ça), on les leur donnait. A partir du moment où on a été voisin avec la clinique Liberté -est-ce un hasard ou est-ce que cela correspond à autre

chose, cela correspond aussi à un temps de prise en charge d'un certain nombre de toxicomanes -, ils ont commencé à nous demander: « *Tas pas un copain qui pourrait nous aider?* » Pas forcément pour une demande de sevrage, mais pour être pris en charge pour ce type de pathologie ou de problèmes.

Le Journal du sida: Comment expliquez-vous qu'ils ne demandaient pas - ou si peu - de produits de substitution?

Marc Barry: Parce que je crois qu'ils les demandaient ailleurs en pratique. Nous on était ressenti comme médecins VIH. Donc ils venaient là et pour une fois on ne leur disait pas: « *Tiens, vous êtes toxicomanes, oh la la, ou c'est très bien, ou je ne sais quoi* » ... On parlait d'autre chose, du VIH, et finalement on parlait plutôt des conditions de vie: Comment vivez-vous? Avez-vous des sous? Avez-vous une couverture sociale? Le côté toxicomane n'était pas complètement laissé à l'abandon, on posait quelques questions, mais c'est tout.

Le Journal du sida: Certains toxicomanes, lorsqu'ils découvrent leur séropositivité, veulent arrêter leur consommation de drogues, d'autres non ...

Marc Barry: je crois que ce sont des moments. Il y a des moments avec tel type de réactions puis, pour les mêmes personnes, d'autres moments avec d'autres types de réactions.

Alex Maire : Rapidement, on observe le même genre de réactions qu'avec n'importe quel genre de maladies graves. Quand on apprend à un patient qu'il est atteint d'un cancer, il peut avoir une période de déni de sa maladie qui va l'éloigner du système de soins, et c'est peut-être après qu'il va y revenir. Il y a par rapport à

des maladies graves plusieurs attitudes, le déni, la dépression et la super motivation. En gros, on retrouve toujours ces trois attitudes par rapport à l'annonce d'une maladie grave.

Marc Barry: Depuis qu'on a institué cette relation, il y a quelque chose d'autre qui se dégage. Au bout d'un moment, les mêmes patients disent: « *je vous ai, vous, pour le suivi VIH, j'ai la clinique Liberté pour la toxicomanie, j'aimerais maintenant trouver quelqu'un pour parler de moi* ». Et ça, c'est assez extraordinaire ...

Philippe Otmesguine : C'était la première constatation de la première année de la consultation de médecine à Marmottan. On avait des toxicos qui allaient voir le psychiatre en parlant de leur corps, qui montaient voir le généraliste pour parler de leur toxicomanie, et qui ne parlaient de rien à l'assistante sociale, par exemple. C'est un truc assez classique, je crois.

Jean Tignol : Tout cela me frappe parce que cela renvoie à un traitement tripolaire, qui met la thérapie analytique au troisième niveau. Il y a d'abord le traitement de soutien et de substitution fondé sur la prescription du traitement adéquat pour juguler les récives. Après, il y a un traitement comportemental au second niveau de la fusée, si le patient est un peu mieux stabilisé, afin qu'il apprenne à encore mieux se stabiliser. Et le troisième niveau, c'est la réflexion sur soi-même. Peut-être que la réflexion sur soi-même n'est permise qu'au sortir d'un certain niveau de nécessité.

Marc Barry: En même temps, c'est vrai qu'on n'est pas très chauds pour arrêter la toxicomanie chez nos patients, parce qu'on a plutôt des expériences malheureuses. On a l'impression que quand ils arrêtent, ils vont plutôt

moins bien et que cela va plutôt plus vite au niveau de l'infection. C'est un sentiment - ce n'est pas objectif - qu'on partage un peu tous.

le Journal du sida: Nelly Boullenger, quelle est la situation en Seine-Saint-Denis, où il y a relativement peu de traitements de substitution mais un nombre important de situations de grande marginalité?

Nelly Boullenger : je voudrais parler de la façon dont je me suis fait une idée de la substitution, moi qui ne suis pas médecin et qui n'avais pas de grandes idées sur la pharmacologie des produits. Tout a d'abord commencé avec les usagers de drogue, parce qu'avec eux, j'aime bien parler de drogues. Et je trouve qu'ils aiment bien aussi quand ils ont une oreille qui leur permette de raconter tout et n'importe quoi. D'autant plus qu'au fil des entretiens, cette oreille devient plus compétente, et plus on est compétent, plus on peut sauter les étapes et plus on se comprend. Je parle de drogues avec eux dans la rue, dans les cafés, dans les cités, chez eux, et pas dans le cadre d'une institution. Tout à coup, on a accès à des tas d'informations que l'on ne peut pas entendre en institution. On ne peut pas l'entendre, mais le toxicomane ne peut peut-être pas non plus dire certaines choses. J'ai travaillé pendant dix ans en centre de soins. En institution, chez les toxicomanes, il y a un grand principe: on évacue très vite la drogue, on ne parle plus tellement de la « came » et des médicaments, on laisse ça aux médecins. En allant sur le terrain avec les toxicomanes de Seine-Saint-Denis, j'ai appris beaucoup de choses sur l'héroïne, beaucoup de choses aussi sur les médicaments et sur l'auto-substitution. En Seine-Saint-Denis, la substitution, pendant très longtemps, ça a été les produits

codéinés en vente libre en pharmacie. Je suis sortie à ce moment-là du grand mythe: ils prennent tous du Néocodion®. Ce n'est pas vrai. Heureusement que le Néocodion® est en vente libre, ainsi que d'autres produits d'ailleurs. Mais il y a des gens qui n'aiment pas du tout ça et qui essayent d'autres produits. Il y en a un qui est très efficace quand on est en manque, ou qu'on veut éviter le manque, c'est l'Antalvic® : « deux Antalvic®, une bière, on n'est plus en manque ». Ça, ce sont des spécialistes qui me l'ont dit. Et ils me le disent parce que les toxicomanes bien sûr se parlent beaucoup entre eux de produits, de médicaments.

Quand ils sont en manque, ils expérimentent les médicaments. C'est comme ça qu'ils en ont expérimenté beaucoup dans les années 80. C'est le cas de beaucoup de toxicomanes en Seine-Saint-Denis.

Il y a aussi différentes catégories d'usagers de médicaments. Celui qui dit: « je suis pas cachet », c'est celui qui ne se défonce pas avec les produits, mais qui les prend pour décrocher, vraiment pour décrocher, donc aussi avec tous les abus. En gros, l'autosubstitution en Seine-Saint-Denis, c'est Antalvic® ... et bière, Néocodion®, ou codéthyline, etc. Avec des comparaisons subtiles : celui-ci est plus cher que celui-là mais il y en a plus dans la boîte. Et puis on se refille des adresses de médecins, bien sûr. Et puis, il y a eu en Seine-Saint-Denis l'expérience du Temgésic® avant le carnet à souches. Cela a été assez catastrophique. On a vu apparaître un marché noir du Temgésic®, parce qu'on préfère toujours se procurer les médicaments auprès des toxicomanes qu'auprès du médecin. Ils prennent moins la tête finalement. D'autant plus que les médecins n'étaient pas du tout formés. Alors, ils essayaient avec toute leur bonne foi: « T'en prends deux par

jour ». Bon ! Bien sûr, pour ceux qui ont essayé comme ça, le produit ne leur a rien fait, et ils ont jeté la boîte. Le Temgésic® n'était pas connu et puis ils en ont un très mauvais souvenir: « Le Temgésic®, ça ne fait rien du tout, ça n'enlève même pas le manque ».

Il y a ceux bien sûr qui l'achetaient au marché noir et qui trouvaient que ça ne faisait pas du tout d'effet parce qu'on ne leur expliquait ni les doses, ni ce qu'il fallait faire, et qui re-shootaient par dessus. Il y a eu toutes les expérimentations possibles qui ont contribué à donner une très mauvaise image du Temgésic®. Il y en avait quand même qui appréciaient parce que eux avaient trouvé tout seuls la technique, ils savaient que cela enlevait le manque. Et donc c'était aussi bien que l'Antalvic®, finalement. Quand le Temgésic® a été mis sur carnet à souches, beaucoup de médecins ont arrêté d'en prescrire en Seine-Saint-Denis. Quasiment tous d'ailleurs. Il y en a qui étaient plutôt contents parce qu'ils s'étaient fait largement déborder.

C'est vrai que quelqu'un qui est à 100% et qui peut aller voir dix médecins et se faire faire dix ordonnances, et qui revend ses cachets au marché noir, cela lui permet d'acheter sa came finalement. Si je me souviens des prix, c'était à peu près six cachets pour 30 francs. Bref, c'était assez cher. Mais quand on va chez le médecin généraliste, cela coûte 100 francs, puis après, il y a les médicaments qui coûtent aussi 100 francs. Et avec 200 francs, on peut avoir une dose. Le choix est compliqué par moments. Ou alors, il faut être vraiment motivé pour décrocher. Finalement, très mauvaise expérience du Temgésic® ! Et pas de méthadone. Peu de médecins qui prescrivaient.

Donc aujourd'hui encore, on en reste à l'auto-substitution et aux traitements dits classiques. Sauf

qu'il y a eu un changement: un article sur la clinique Liberté, l'année dernière, dans *Le Parisien*, un journal qui est énormément lu en banlieue. Du coup, grosse pub pour la méthadone ! A partir de ce moment-là, quand on allait distribuer nos seringues sur le terrain, on a trouvé des gens qui nous disaient: « Moi, je ne veux pas de seringues, je veux de la méthadone ». Les questions, c'était: « Ça fait quel effet? J'aimerais bien connaître quelqu'un qui en prenne pour qu'il m'explique vraiment l'effet que cela fait. Où est-ce qu'on s'inscrit ? »

Alors on s'est mis à parler du Temgésic® ... parce qu'on avait commencé, nous, à se former sur la substitution. Je me suis formée, non pas auprès des médecins de Seine-Saint-Denis, mais auprès de médecins parisiens ou d'acteurs engagés dans la politique de réduction des risques. J'écoutais parce que je n'y connaissais pas grand-chose.

Je trouvais qu'il y avait des discours très excessifs parce qu'obligatoires, des discours militants ou idéalistes. Mais je me suis quand même bien formée comme ça. J'ai d'ailleurs mis très longtemps avant de comprendre que le Temgésic® ne défonce pas. La guerre de la substitution était très fatigante en 1993. J'étais bien contente que finalement, en Seine-Saint-Denis, les médecins, le service toxicomanie, les acteurs, n'aient pas trop l'air de s'intéresser au débat, parce que je me disais qu'au niveau national, c'était terrible.

On attendait que la vague d'hostilité soit passée. Après, on pourrait discuter plus sereinement. Et puis j'ai découvert, au début de l'année 1994, qu'il y avait une dizaine de médecins en Seine-Saint-Denis qui se préoccupaient du fait qu'il y avait une progression du sida terrible chez les toxicomanes. Ils avaient vu mourir dans leurs bras trois, quatre toxicomanes atteints du sida et du

coup, ils s'étaient intéressés à la substitution, et avaient pris contact avec le Repsud.

Ils s'y mettaient tout doucement, naïvement, ils étaient souvent désireux d'apprendre plein de choses. Il a fallu attendre septembre 1994 pour que l'on puisse faire les premières orientations pour des traitements auprès de médecins de ville. Au départ, on orientait vers des médecins parisiens qui étaient eux-mêmes largement débordés, puis vers ceux de Seine-Saint-Denis. En juin 1994, ceux qui prescrivait étaient quatorze. On avait vite fait le tour. Ils ne voulaient généralement pas plus de trois ou quatre toxicomanes, car ils avaient peur d'être débordés. Ils avaient envie de faire leur apprentissage. Il n'y a eu qu'un ou deux généralistes qui ont accepté de suivre une cinquantaine de toxicomanes. La plupart d'entre eux ne voulait pas entendre parler du fait que les toxicomanes shootent au Temgésic®. je pense encore aujourd'hui que c'est inentendable pour la plupart des médecins et des pharmaciens de Seine-Saint-Denis. je connais un médecin qui a cinq ou six toxicomanes sous Temgésic®. Pour lui, ils ne shootent pas le Temgésic®. Il en a reçu une vingtaine, il en a trié cinq ou six avec qui ça pouvait bien fonctionner, qui pouvaient se réinsérer. Comme ça, il était vraiment content. Il voyait qu'il y avait vraiment des progrès. Et pour lui, ils ne shootaient pas.

Jean Tignol : Qu'est-ce qu'ils en disent du shoot au Temgésic® puisque ça ne défonce pas ?

Nelly Boullenger : Il y a plein de choses à dire sur le shoot au Temgésic®. j'avais rencontré un usager dont l'objectif, avec le Temgésic®, n'était pas d'arrêter la came. C'était d'arrêter d'être accro et de pouvoir se dégager de la dépendance, de continuer de

temps en temps à shooter à l'héroïne, et puis surtout de pouvoir s'occuper de sa fille, d'améliorer ses relations familiales, de retravailler, de se réinsérer, etc. Ça a assez bien fonctionné d'ailleurs. Son médecin avait dû lui expliquer que s'il voulait reshooter de l'héroïne, il fallait qu'il arrête un peu le Temgésic® avant. Le week-end, il se shootait avec le Temgésic®. Il disait qu'il aimait shooter, qu'il aimait se faire un trou au bras.

Nelly Boullenger : Pour l'instant, ce que j'ai entendu dire du shoot au Temgésic®, c'est qu'il n'y avait pas le flash de la came mais que cela y ressemblait beaucoup. En tout cas, trente secondes après, il n'y a plus de manque.

Le Journal du sida: L'apparition du Temgésic® a eu des effets notables, mais inversement, il y a un obstacle structurel à la substitution. La défonce est souvent vécue comme le seul moyen d'oublier la galère. Or ces produits de substitution défoncent trop peu et ne permettent pas d'oublier les difficultés de la vie quotidienne.

Nelly Boullenger: Le Moscontin®, j'en ai entendu parler tardivement, car on n'avait pas de médecins en Seine-Saint-Denis qui en prescrivait. Un jour, un médecin du département se décide. On lui envoie alors un couple d'accros de longue date qui ne voulaient pas entendre parler de Temgésic®, et il leur prescrit du Moscontin®. Ils ont fait cette expérience et la transformation a été absolument extraordinaire! Eux-mêmes, en découvrant le Moscontin® ont commencé à faire de l'initiation à la substitution avec les toxicomanes de leur réseau et à donner des conseils du style : « Commence avec le Temgésic®. Si tu vois que ça ne va pas, essaye d'augmenter les doses, parles-en à ton médecin, ou avec Arcades, et eux

ils en parleront au médecin. Et puis si vraiment tu vois que ça ne va pas, demande lui du Moscontin® ». On en est là.

La méthadone dans les centres spécialisés, ça me fait peur. D'une part, parce que je trouve qu'en Seine-Saint-Denis, hormis quelques personnes, les gens, dans la majorité des centres de soins spécialisés, ne sont absolument pas formés sur la substitution. ils sont encore moins formés que les médecins généralistes, ces 14 ou 20 médecins qui prescrivent du Temgésic® actuellement, et qui font cette expérience de la substitution. Et d'autre part, ce qui me fait très peur, c'est qu'il va falloir attendre longtemps avant que, dans les centres spécialisés, l'on comprenne qu'accompagnement psychosocial ne se limite pas à: on voit le médecin du centre à l'hôpital, il donne son petit flacon de méthadone, et après il dit: « *Mardi, tu vas voir la psychologue* ». Par contre, il y a des médecins généralistes qui seraient tout à fait compétents pour prescrire de la méthadone, et pour la proposer en partenariat avec nous, et faire ainsi vraiment le choix du traitement: avec le Temgésic®, avec le Moscontin®, avec la méthadone, ou avec un traitement de sevrage plus classique. De toute façon, les toxicomanes ont aussi un regard sur la substitution. Certains sont absolument contre et disent: « *De toute façon, on est dépendant à un produit* », d'autres sont profondément gênés d'en être à quatre comprimés de Temgésic® par jour depuis six mois et se disent: « *Quand est-ce que ça va s'arrêter? Est-ce que c'est bien normal d'avoir encore besoin d'un médicament?* »

Anne Coppel: je suis très contente que Nelly Boullenger ait parlé, parce que c'était là où j'en étais pendant toutes les années 80. A savoir que les toxicomanes prenaient des produits que je n'appelais pas de substitution. Ils

en prenaient avec différents usages: des opiacés pour décrocher d'autres opiacés, ou parce qu'ils étaient en manque. Je savais les catastrophes que cela pouvait donner: des gens qui multipliaient les consommations de codéine plus Rohypnol®, de Tranxène®, de toutes les benzodiazépines ... Dans ma pratique - je travaillais dans un centre de post-cure -, je l'acceptais dans le sens où je considérais que j'accompagnais les gens pour qu'ils aillent de mieux en mieux, en fonction de ce qu'ils étaient capables de faire. Mais pour moi ce n'était pas un traitement. Il m'est arrivé, au centre Pierre Nicole, que des gens demandent des cures, et je me rendais compte qu'ils en étaient parfois à la huitième cure, et que ça ne pouvait conduire qu'à un échec. Donc, en cachette, je les envoyais chez Jean Carpentier et Clarisse Boisseau pour qu'ils prescrivent, je faisais ça marginalement quand j'avais vraiment pitié.

Quand on a ouvert avec Didier Touzeau le traitement méthadone en 1989, j'étais persuadée qu'il y avait un besoin de prescription - je n'appelais pas ça un traitement - pour des gens que je savais incapables de se passer de produit et qui étaient en train de mourir du sida. Pour moi, c'était évident qu'il leur fallait des prescriptions. Mais ces prescriptions n'avaient pas vraiment le statut de traitement. J'ai mis très longtemps à accepter le programme en tant que tel, c'est-à-dire la venue quotidienne au centre, que je considérais comme un contrôle social, sans compter la négociation des doses, que je voyais à l'avance comme une horreur, ou les contrôles urinaires que je trouvais monstrueux.

Donc, en 1989-90, cela n'avait pas vraiment encore le statut de traitement. Il a fallu que j'apprenne ce qu'était un traitement en lisant les évaluations étrangères. Ce sont les étrangers qui m'ont appris ça.

Je savais pourtant que le recours à des produits de substitution était nécessaire, et presque la règle sur le terrain, mais je ne le vivais pas comme un traitement. Les toxicomanes, en majorité, non plus. Pour eux, le Néocodion® n'était pas un traitement de substitution.

Depuis un an qu'on a ouvert à Bagneux, j'ai travaillé sur la question des conditions d'une bonne stabilisation, forte de plusieurs expériences. Celle que j'avais des toxicomanes qui s'en étaient sortis en passant par des opiacés, mais aussi celle de tous ceux qui avaient échoué, plus l'expérience que j'avais eu en Angleterre, où j'avais vu des gens sous méthadone depuis 20 ans qui l'utilisaient de façon assez particulière (3 jours de méthadone, on revend ensuite pour pouvoir shooter le week-end). Il y avait une espèce de Smic de la drogue qui servait de base et qui permettait de continuer à vivre, mais de manière plus décente et moins marginale que les toxicomanes que je connaissais à Paris. Sans oublier l'expérience de l'échec du Temgésic®. En banlieue parisienne par exemple, ni les usagers de drogues ni les médecins ne le considéraient comme un traitement. Résultats: détournement et polytoxicomanie, due en partie au dosage insuffisant, mais aussi en partie aux prescriptions « *larga manu* » des benzodiazépines.

Ma question c'était: nous allons ouvrir un programme méthadone à Bagneux, un traitement de substitution, mais quelles sont les conditions d'une bonne stabilisation, et que signifie ce terme de stabilisation?

La définition clinique de la stabilisation est simple: il y a un avant et un après. Après, le toxico va mieux, et s'il continue à prendre des produits à côté, ça se fait d'une manière moins violente pour lui. Il est aussi capable de vivre dans un état qui n'est pas celui de

la défonce. Pour moi, c'est ça la stabilisation.

Le Journal du sida: Serge Hefez nous disait qu'il n'est pas là pour offrir de la jouissance aux gens, que ce n'est pas son boulot...

Anne Coppel: je veux bien que les gens aient du plaisir, c'est leur histoire, mais, en tant que soignante, je suis là pour aider ceux qui souffrent à se sentir mieux. Et j'appelle stabilisation le moment où ils se sentent suffisamment bien, où ils le disent eux-mêmes, où ils arrivent à ne pas être constamment dans un état de défonce, et à avoir une démarche de soins quand ils affrontent la maladie. Le démarrage de Bagneux, c'était une discussion qui commençait le matin à 9 h et s'arrêtait à 19 h à la fermeture, puis au café le soir, pour discuter et savoir ce que c'était ce traitement.

Il nous a fallu trouver un langage commun, définir ce que nous pouvions attendre du traitement, soignants et soignés. Quand on a ouvert, j'avais peur parce que je me disais: en banlieue, les toxicomanes ne connaissent pas la substitution; on leur prescrit un produit. Donc on est forcément des dealers. En blouse blanche ou pas, peu importe. Mais les toxicomanes français n'avaient pas cette culture de la substitution qu'on est en train d'apprendre en ce moment. Pas plus que les médecins ou moi-même d'ailleurs! Donc on est en train d'apprendre ce qu'est un traitement, ce que l'on peut en attendre.

Dès l'ouverture du programme, il nous a fallu définir notre rôle en tant que centre spécialisé par rapport aux médecins généralistes. Quand on dit que le traitement suppose un accompagnement psychosocial pour fonctionner, on ne sait pas très bien ce que ça veut dire. Il y a un grand nombre d'usagers de drogues qui arrivent à se stabiliser sans forcément avoir recours à un

suivi psychosocial lourd ou à une psychothérapie. Notre critère d'admission dans le programme consistait à accepter des gens qui ne pouvaient pas se débrouiller chez le généraliste. Ils avaient eu des prescriptions chez ces médecins, les avaient cumulées, et n'arrivaient pas à cette stabilisation. Avec un an de recul, je m'aperçois qu'il y a toujours des gens qui ont besoin de l'accompagnement au quotidien, cet accompagnement que nous offrons à Bagneux. Mais presque les deux tiers de ceux qui ont démarré il y a un an sont passés à un jour sur deux, voire à deux fois par semaine, et donc gèrent en grande partie leur produit par eux-mêmes.

Le Journal du sida: Cela, vous l'acceptez ?

Anne Coppel: Oui, à partir du moment où ils sont stabilisés. Pour moi, l'autorisation de mise sur le marché (AMM) de la méthadone est une assez bonne formule, si toutefois c'est bien fait. L'idée serait qu'à partir du moment où un type est capable de gérer son produit, il passe en cabinet de ville. Il n'a pas besoin de ce que nous offrons dans un centre spécialisé, à savoir l'accompagnement et le contrôle au quotidien. Et cela libère une place. Cet accompagnement doit être réservé à ceux qui en ont vraiment besoin. La contrainte de la venue quotidienne doit avoir un sens. Elle doit être l'occasion d'une écoute, d'un échange - que nous ne parvenons pas à offrir à tous. Nous avons reçu 500 patients, nous donnons beaucoup au démarrage, dans les situations de crise. Après, quand le patient est stabilisé, notre offre de soins n'est pas très différente de celle du généraliste. Il y a d'ailleurs des patients qui se plaignent, qui en demandent plus ...

Jean Tignol : Nos premiers

résultats seront trop favorables, et nous aurons trop donné pour les avoir. Nous ne serons pas capables de donner au long cours comme ça. Et, au long cours, nos patients seront plus difficiles de toute façon.

Anne Coppel: je suis tout à fait d'accord. Nous avons obtenu des résultats excellents à la clinique Liberté, et on n'obtiendra plus ces résultats et encore moins avec l'extension des traitements, c'est sûr. C'est inévitable parce qu'il a fallu que nous y croyions, que nous fassions partager cette croyance aux usagers. C'était très important. Dans l'accompagnement que nous offrons, nous avons une salle conviviale qui a été un élément déterminant parce qu'une grande partie du travail a été faite entre eux. Ils se sont racontés ce que c'est qu'un traitement. C'est ce que les toxicomanes de Seine-Saint-Denis commencent à faire, mais ils n'en sont qu'au début. Les usagers connaissent un peu mieux les produits qu'ils consomment que les médecins qui les prescrivent, mais on partage tous cette même culture ou inculture.

Le Journal du sida: Vous disiez que vous pensiez que les toxicomanes de banlieue étaient ignares; ils se sont révélés ignares ou pas ?

Anne Coppel: Il y a quand même eu beaucoup de boulot, et heureusement que les gens de ASUD Paris sont venus nous aider à trouver des relais sur place pour qu'ils apprennent entre eux quoi utiliser et comment, dans une optique de traitement.

Serge Hefez : C'est très frappant, nous on a ouvert un an après vous, et cette vague d'usagers qui sont arrivés dans le cadre de la substitution était une vague politisée. C'étaient des usagers de drogue conscients de leur statut politique, c'est-à-dire conscients de

leurs droits, porteurs d'un discours sur eux-mêmes et sur la substitution. Pas revendiquant, mais demandant un accès à une politique sanitaire pour laquelle certains s'étaient engagés, en étant à ASUD, en écrivant dans leur journal, en étant à Limiter la Casse, etc. Ceux qui gravitaient autour ont très vite été pris dans ce discours, justement dans cette salle conviviale que l'on a aussi. Ce discours forgé avec eux depuis deux, trois ans, y est pour beaucoup. Mais je sens cela comme quelque chose de très fragile.

Didier Touzeau : Pourquoi avon-nous agi comme ça ? Ce mode de fonctionnement là vient du travail de postcure. On a parlé tout à l'heure des demandes de sevrage et des aspects parfois caricaturaux du système de soins classique. Mais il y a eu une caricature des vrais cliniciens en toxicomanie, qui n'avaient pas, contrairement à ce qu'on veut bien dire, de distance avec les clients dont ils s'occupaient. Quand on faisait du vrai travail avec les toxicomanes, et je prétend qu'on en a fait à l'époque, on avait une proximité avec eux. Le discours passait facilement, les échanges étaient très simples. Il n'y a que les gens encombrés d'un certain nombre d'idéologies-et je pense à certaines institutions très sclérosées - qui n'étaient plus capables de sortir des années 70 pour basculer dans les années 90. Trop de distance, pas de compréhension, pas de partage du langage. Personne n'allait voir en banlieue ce qui se passait, ni en taule. Ils restaient sur des schémas qui n'avaient plus rien à voir avec la toxicomanie. Quand on est arrivés à Bagneux, on a simplement transposé ce qui se passait en postcure à Pierre Nicole. Et je n'ai pas plus de distance avec les patients à la clinique Liberté que je n'en avais à Pierre Nicole. Les gars rentrent

dans mon bureau très facilement, comme dans celui d'Anne Coppel. Nos bureaux sont ouverts, il y a des vitres partout. Et ce modèle-là, on l'a médiatisé pour que les traitements de substitution ne soient pas faits dans un coin d'hôpital, cachés, où les patients auraient été des pestiférés, mais au contraire au grand jour et facilement visibles. C'était une des conditions indispensables pour que ça marche.

Jean Tignol : Ce modèle marche, mais d'autres marchent aussi. Nous savons que ne viendront pas nous voir les gens qui ne peuvent pas pénétrer dans un hôpital.

Anne Coppel: Sur les conditions de bonne stabilisation, je dirais que la condition numéro un, et elle peut se faire partout, c'est une réelle négociation avec l'utilisateur. Il y a aussi une connaissance technique à acquérir sur les produits et leurs effets. Le Temgésic® n'est pas semblable au Moscontin®, tant du point de vue du toxico que sur le plan pharmacologique. Donc les indications ne sont pas les mêmes. Il y a quand même des indications qui exigent d'évaluer la toxicomanie, notamment ce que le patient recherche comme type de stabilisation. Et il faut savoir que plus on en sait et plus ils en disent. C'est clair. Les toxicomanes ne vont pas demander à un endroit ce qu'ils ne peuvent pas obtenir, ils ne sont pas idiots. On ne va pas demander une Mercedes à une assistante sociale, on va lui demander un RMI. Pour pouvoir négocier le produit et la consommation, il faut qu'il y ait un minimum de connaissances. C'est un échange, l'utilisateur connaît la consommation, le médecin connaît les produits, et une maîtrise technique permet une négociation correcte.

le Journal du sida: Pouvez-vous confirmer le fait que des sevrages

amenés au mauvais moment ont pu avoir des conséquences dramatiques, que des gens qui ont été privés de Temgésic® en sont morts, ou que les benzodiazépines ont souvent un effet désastreux, lorsqu'elles se rajoutent à l'alcool dans le cadre d'une « substitution » non maîtrisée ? On pourrait aussi citer les répercussions de l'absence de carnet à souche.

Alex Maire: Oui c'est vrai. Notamment quand les médecins ont interrompu leur relation thérapeutique en 1992, et cela d'une façon assez brutale, avec des patients auxquels ils prescrivaient du Temgésic®. Certains ont dit que c'était aussi une occasion pour se débarrasser d'une clientèle un peu gênante qu'ils avaient du mal à gérer. Le résultat a été qu'il y a eu beaucoup de morts car ces patients étaient déconnectés de leur milieu «contaminant», si on peut appeler ça comme ça, depuis déjà un certain nombre de mois ou d'années. Ils avaient donc perdu contact avec la réalité de la marginalité, et n'avaient aucun autre contact avec le monde médicosocial. Cette rupture dans la continuité des soins les a précipités dans un grand désespoir. Soit ils retournaient dans une forme de toxicomanie mal contrôlée et très dangereuse puisqu'ils ne connaissaient ni les produits ni les filières, d'où le nombre d'overdoses à ce moment-là, soit ils avaient réussi à se réintégrer et à retravailler.

le Journal du sida: Il y a des médecins plutôt réticents face à la substitution qui ont du mal à croire à ce type de réalité, à ces décès.

Alex Maire: Ce n'est pas le manque de Temgésic® en lui-même qui cause ces décès. Ni la prescription de Temgésic® bien sûr ! Il faut savoir que la buprénorphine est un médicament pour lequel il n'y a

pas de cas léthaux enregistrés d'overdose. J'en ai parlé avec les gens de la DGS pour qui il y a un cas d'une personne qui est décédée à l'hôpital après l'injection d'une dose de buprénorphine. Mais c'était quelqu'un qui était en réanimation, et qui n'était pas un toxicomane. La buprénorphine n'est pas génératrice d'overdose. Pour revenir à votre question, je confirme évidemment ce que vous avez dit par rapport au risque de la rupture. En fait, les gens viennent nous voir dans les cabinets de médecine générale souvent parce qu'il y a rupture. S'il n'y a pas rupture de contrôle, il n'y a pas forcément acte de consultation. Et la rupture de contrôle, ça peut être par exemple le dealer en prison, ça peut être aussi simple que cela. Le changement de structure de soin est aussi le signe d'une perte de contrôle. Chaque structure de soin à sa place peut assurer à elle toute seule le contrôle, mais il est bon d'être fédéré ensemble parce que dans la vie du toxicomane, il va y avoir des événements qui vont lui faire perdre le contrôle. Et face à ce patient, au moment où intervient cette perte de contrôle, parfois on ne peut pas répondre parce qu'on est seul. C'est pour cela qu'il est très important d'avoir plusieurs intervenants à différents niveaux. Comme ailleurs en médecine d'ailleurs.

Le Journal du sida: A propos de la coopération étroite généraliste - centre ...

Alex Maire: je voudrais revenir sur le shoot, parce que c'est un point central; l'injection est quand même le vecteur du VIH. J'ai passé beaucoup de temps à interroger ceux de mes toxicomanes qui étaient extrêmement bien stabilisés et qui continuaient à s'injecter. On avait donc un discours avec des gens qui avaient une intelligence en général légèrement supérieure à la moyenne - d'ailleurs si on échappe à la mort quand on est

toxicomane, c'est en général qu'on est un peu plus malin que les autres. On a beaucoup parlé de la signification de cette injection de buprénorphine qu'ils n'arrivaient pas à arrêter. Toutes les prises de buprénorphine l'étaient par injection.

Un petit point de technique: la buprénorphine est un médicament qui a des effets agonistes et des effets antagonistes. La prise de buprénorphine est une concession que nous fait le patient dépendant aux opiacés par rapport à l'effet agoniste. Il dit: « *Moi, je rentre un peu sur votre terrain, et j'abandonne l'effet agoniste* ».

le Journal du sida: Pratiquement, ça veut dire qu'il abandonne l'héroïne ?

Alex Maire: Non, il fait une concession à l'effet agoniste. Il accepte de ne plus être en manque. Il vient sur notre terrain, en l'occurrence la non défonce, la clarté de l'esprit. Et nous on lui donne en échange l'absence de souffrance, l'absence de manque. j'ai eu l'impression que l'injection était un moyen de récupérer une partie du terrain concédé. j'ai eu cette discussion de nombreuses fois, et j'en ai eu un peu marre car à un moment donné, ça bloquait. Ce qui est intéressant, c'est que tant que cette situation de contrôle de l'injection est maintenue, je ne me sens pas moi la possibilité d'intervenir puisqu'il y a une stabilisation des choses. Nous n'intervenons que lorsqu'il y a perte de contrôle de l'injection, et cela arrive avec la buprénorphine. C'est un accident d'évolution du traitement de substitution.

le Journal du sida: Qu'est-ce que vous appelez perte de contrôle ?

Alex Maire : Au lieu d'avoir deux, trois injections quotidiennes de doses à peu près contrôlées de buprénorphine, les patients commencent à partir sur un

dérapiage où ils s'injectent des quantités de plus en plus importantes à une fréquence de plus en plus rapprochée. On peut arriver à des patients qui vont s'injecter trois boîtes de buprénorphine avec des injections toutes les heures. C'est un cas extrême. Là, on est en perte de contrôle. On intervient à ce moment-là, on fait passer les patients à un médicament agoniste oral pur, et du jour au lendemain ils arrêtent toute injection. On les met sur un programme méthadone contrôlé, sur un système de sulfate de morphine, c'est-à-dire du Moscontin®. On leur fait prendre chez le pharmacien du Moscontin®, et, du jour au lendemain, ces patients qui en étaient à s'injecter parfois jusqu'à dix fois par jour de la buprénorphine arrêtent les injections. je l'ai vu. Donc cette « piquomania » dont on parle, je ne sais pas exactement ce que c'est, car au moment de la perte de contrôle, le patient dit lui même: « *Docteur, sortez moi de cette galère !* »

Le passage féroce à un médicament agoniste se fait avec un arrêt total et immédiat. Mais ça ne veut pas dire qu'ils ne vont pas reprendre.

le Journal du sida: Parce que c'est féroce ou parce que c'est agoniste ?

Jean Tignol : Cette expérience réelle, et qui est reflétée dans le livre de Jean Carpentier, révèle une insuffisance technique vis-à-vis du produit. Les doses sont trop faibles et elles sont données plusieurs fois par jour. Et c'est cette faiblesse qui pousse probablement les gens à s'injecter, parce que s'injecter signifie quand même un effet plus rapide. La voie sublinguale va dans le sang aussi, mais en pourcentage moindre. Il ne faudrait pas conclure que c'est ce que doit être le traitement par la buprénorphine. Ce traitement là

doit être donné en une seule dose quotidienne, une forte dose, en moyenne 6 milligrammes. Mais il ne faut pas hésiter à donner plus, pour éviter au maximum le risque de manque léger, ou d'insuffisance d'effet, qui est à l'origine de la recherche d'un effet supplémentaire chez le patient.

le Journal du sida: Que faites-vous avec un patient qui pourrait se voir prescrire de la méthadone, s'il n'y a pas de place en centre méthadone ?

Alex Maire: On a le Moscontin® quand même. Ce dont je vous parle ce sont des réalités, et on a quand même les moyens de les contrôler. Ça ne veut pas dire que les personnes abandonnent définitivement l'injection. Rien n'est définitif en matière de dépendance. Mais je voudrais qu'on sorte de ce mythe de l'injection comme étant quelque chose auquel on ne peut pas échapper. On peut aussi en réchapper et cela fait partie de la prise en charge. Une petite anecdote : j'utilise des doses assez fortes de buprénorphine. je n'utilise pas six comprimés, mais de temps en temps je passe à des doses assez fortes. j'ai des patients, de vieux toxicomanes, qui me demandent du Moscontin®, donc un produit agoniste, et à qui je refuse ce médicament parce que je veux les maintenir sur la buprénorphine parce que je pense que c'est adapté à leur cas. Et j'en ai au moins deux qui m'ont dit: « *Docteur, la buprénorphine ça me change* ». Ils ont eu cette impression que, parce qu'ils faisaient des concessions sur mon terrain, ça les changeait.

Donc ce sont des médicaments qui sont quand même relativement différents. La buprénorphine a des indications qui méritent d'être précisées. Les médicaments agonistes, c'est-à-dire la méthadone, le sulfate de morphine, ont des indications qui sont différentes et qui méritent

également d'être précisées. Je dirais que nous sommes à la recherche de précisions par rapport aux indications de tous les médicaments qui sont éventuellement utilisés chez les toxicomanes. Qu'il s'agisse de la codéthyline, de la codéine, qui sont des produits opiacés ou paraopiacés, mais aussi des benzodiazépines ou des antidépresseurs qui ont des indications chez les personnes dépendantes aux opiacés. Tous ces médicaments sont actuellement utilisés de façon un peu empirique et un peu anarchique. Et nous, médecins généralistes, sommes demandeurs de véritables études qui nous disent que tel médicament peut être utilisé dans tel cadre. Il faut que la dépendance aux opiacés soit reconnue de la même façon que l'alcoolisme est reconnu comme une pathologie. A partir du moment où la dépendance aux opiacés est reconnue comme une pathologie, cela signifie qu'il y a éventuellement des médicaments à utiliser.

Didier Touzeau : je n'ai pas du tout le même point de vue sur l'état de défonce. Pour moi, l'état de défonce, c'est un mode de vie, quels que soient les médicaments prescrits aux toxicos. On peut par ailleurs être dans un « état de défonce sans défonce ». j'ai vu des gens qui n'avaient rien pris et qui étaient défoncés, et avec lesquels on avait beaucoup de mal à communiquer. On a fait aussi l'hypothèse d'une dépendance biochimique, c'est-à-dire des gens qui, physiologiquement, avaient besoin de prendre des produits. Entre ces deux extrêmes, ceux qui sont défoncés sans produit et ceux qui ont besoin d'un produit pour fonctionner normalement, il y a toute une gamme de situations. Alors les produits qu'on va utiliser, contrairement à ce qu'on pense, ne guérissent pas l'état de défonce. Ils fournissent un état de vigilance

différent. j'ai personnellement une toute autre description des produits que celle qui a été signalée: avec la buprénorphine, le toxico peut maîtriser sa consommation d'héroïne, s'il est submergé par l'héroïne. Il peut être amené à utiliser le caractère agoniste ou antagoniste du produit, le dosant. Il augmente lui-même les doses pour obtenir l'effet agoniste, puis antagoniste quand il veut maîtriser sa consommation d'héroïne. Effectivement à ce moment là, s'il reprend de l'héroïne, il ne ressent plus d'effet. Il diminue alors sa consommation d'héroïne dans un second temps. Si on avait une forme fortement dosée, ça serait encore plus commode. Et puis après, il y a toute une gamme de produits qui vont être utilisés, qui permettent éventuellement de retrouver des états antérieurs, ce que moi j'appelle la « sensation opiacée ». C'est-à-dire quelque chose qui était vital pour l'individu, afin qu'il puisse fonctionner au jour le jour. Le Moscontin® est le produit qui donne le plus de sensations opiacées et qui permet d'arrêter effectivement d'injecter (à doses suffisantes). Mais si on baisse la dose de Moscontin®, le toxico réinjecte immédiatement des opiacés pour sentir cette euphorie dont il n'a pas fait le deuil. Maintenant, on peut se poser une deuxième question: qu'est-ce qu'on fait lorsque l'on discute avec une personne qui nous dit que l'injection la gêne? Si elle vient nous voir, c'est que l'injection la gêne à un moment donné. Pour elle, le meilleur produit c'est quand même l'héroïne ! il ne faut pas se mettre en concurrence avec le « meilleur produit » et le « meilleur fournisseur ». Là, on est perdant de toute façon. Là-dedans, je dirais que le médecin ne gère qu'une toute petite partie du problème. Si il s'entoure d'un certain nombre de personnes qui l'aident dans sa prescription, alors là les choses changent

complètement. Le toxico pourra maîtriser sa vie, arrêter les injections et en parler avec différents intervenants qui ne sont pas forcément le prescripteur du produit. C'est ce qu'on voit au quotidien dans les équipes qui comprennent des infirmiers, des éducateurs ...

Jean Tignol : Vous disiez tout à l'heure qu'il y a des gens qui s'en sortent quasiment seuls, avec une prise en charge donnée. Pour certains, elle est purement psychologique, pour d'autres purement psychosociale, et pour d'autres purement médicale. Je ne vous connaissais pas, mais je connaissais vos courants de pensée. Et je trouve assez fantastique cette diversité d'expériences, et aussi, il me semble, cette part de vérité de chacun. Les expériences de chacun ne sont pas similaires, les patients rencontrés ne sont pas similaires, leur passé non plus. je pense qu'il faut se partager les tâches. Moi, je resterais volontiers très médecin, d'autres seraient plus psychothérapeutes, d'autres seraient plus sociothérapeutes, d'autres plus somaticiens, mais dans des cadres où les compétences se superposeraient un peu. Cela suppose que l'on ne s'ignore pas. Chacun dans sa spécialité a un peu de connaissances du travail de l'autre. je ne connais pas le travail sociologique mais il m'intéresse. Depuis longtemps, je vois des patients défavorisés, en psychiatrie, etc. On ferait-là des espèces de ponts où les expériences des uns et des autres se recouperaient. je crois qu'il faudrait essayer de les clarifier vraiment, et que chacun essaie de ne pas trop déborder de son expérience par plein de présupposés. Il faudrait d'autre part que l'on dispose d'études scientifiques à tous les niveaux, y compris sur le plan sociologique et psychologique. je crois que cela peut se faire.

le Journal du sida: Didier Touzeau et Anne Coppel parlaient dans leur rapport d'activité de la difficulté qu'il y avait pour certains patients à augmenter les doses, parce que soit certains s'imaginaient qu'ils allaient s'en sortir sans, soit, au contraire, ils ne voulaient pas reconnaître qu'ils prenaient des produits par ailleurs ...

Philippe Otmeguine : Le parcours du toxicomane en pratique de ville, c'est autant un tâtonnement pour lui qu'un tâtonnement pour nous. Tant par les produits, par les expériences qu'il a, que par les événements qui nous touchent, notre manière de réagir, ou par rapport à d'autres rencontres qu'il fait, ou encore par rapport à d'autres produits. Dans le mot stabilisation, j'entends quelque chose d'assez linéaire auquel je crois relativement peu. C'est pour ça que les buts que je peux me fixer sont toujours au départ des buts extrêmement limités. C'est un contact, quelque chose comme ça, qui doit aboutir au maximum à éliminer la shooteuse, à se réinsérer, etc. Sur ce point, chacun a son expérience. La pratique de réseau, c'est quelque chose d'absolument indispensable, que ce soit par rapport aux institutions, au psychosocial, aux généralistes ou aux bureaux d'aide sociale. Quand on est médecin généraliste, on peut difficilement endosser un rôle et s'y tenir complètement, surtout quand on est arrivé dans cette problématique plutôt par le biais de l'épidémie et par une réflexion par rapport à cette épidémie. je ne peux pas mettre une casquette de psychothérapeute parce que je ne suis pas psychothérapeute, même s'il y a des choses que je sais faire. Et pourtant, je vais voir des gens que je n'examinerais pas forcément dans des longs entretiens. je ne peux pas mettre la casquette de psycho-thérapeute avec des toxicomanes qui vont

avoir à gérer des entretiens avec d'autres personnes, et ne pas les examiner en même temps. On est en permanence dans cette dualité par rapport à la pharmacologie, par rapport à la prescription des produits. Cela pour une raison extrêmement simple : c'est le patient qui gère sa situation. En fait, notre rôle est de l'aider à apprendre à gérer ce qui est le mieux pour lui, et aussi ce qui est le mieux selon nous. La pratique de ville est une activité presque tentaculaire, qui part en fait dans tous les sens.

Jean Tignol : Tout de même, votre position est particulière vis-à-vis des produits injectables. Par ailleurs, ce n'est pas non plus la position habituelle des généralistes, qu'ils s'occupent ou pas de toxicomanes. Vous avez structuré votre expérience et votre clientèle à partir d'une position qui me paraît assez exceptionnelle et dont je n'ai pas entendu parler souvent.

Bertrand Lebeau : je suis un peu embarrassé en vérité, parce que d'une part je crois que tout ce qu'Anne Coppel a dit sur le statut du traitement me semble absolument essentiel et, en même temps, les choses sont compliquées. Il y a par exemple une chose qui me frappe beaucoup quand il s'agit de parler de la proportion des gens qui shootent le Temgésic® ou le Moscontin®. L'immense majorité de ceux qui s'expriment à ce sujet sont soit des gens tout à fait opposés aux prescriptions de substitution, soit au contraire des usagers organisés dans des groupes d'auto-support qui sont tout à fait favorables à la prescription de produits injectables. Je voudrais raconter une histoire qui m'aurait peut-être rencontré dans le cadre d'une consultation hospitalière, mais qui m'était envoyé par l'association Espoir Goutte d'Or. Quand j'ai vu ce type de 40 ans, je l'ai trouvé très

sympathique. Il vient d'une famille de voleurs professionnels et lui, c'est un voleur raté. Il avait déjà quinze incarcérations, quatorze ans en prison. De toute façon il n'était jamais resté dehors plus de six mois. J'ai donc commencé à lui prescrire du sulfate de morphine. Ensuite je l'ai suivi lorsque notre centre d'accueil a ouvert. Les choses se passaient plutôt bien. Il était sur le chemin de la réinsertion, il cherchait du boulot, il était par ailleurs très déprimé mais il tenait le choc, c'était miraculeux. Et puis finalement, avec des hésitations parce qu'on avait d'autres clients dont on se disait qu'il fallait les mettre sous méthadone, on lui a proposé de rentrer dans notre programme méthadone. Après être rentré sous méthadone, il est venu me voir. On a été nombreux à s'occuper de lui, on a été plusieurs à le tenir à bout de bras à un moment où on sentait qu'il avait envie de tenir, mais que c'était terriblement fragile. Il m'a dit à quel point il était soulagé d'être sous méthadone, que vraiment il n'en pouvait plus. Je lui demandai alors ce qui s'était passé. Il me répondit: « *Ben, le Moscontin®, je ne shootais pas tout mais j'en shootais une bonne partie, c'était l'enfer. Il m'en manquait toujours, je sais pas comment j'ai fait pour tenir, etc.* » Vraiment, s'il y avait quelqu'un dont je pensais qu'il ne se shootait pas, c'était bien lui.

le Journal du sida: Pourquoi pensiez-vous ça ?

Bertrand Lebeau : Parce que je le trouvais plutôt stable et déprimé, parce que je ne l'avais jamais vu défoncé. Pour mille raisons, je n'avais pas ce sentiment. D'ailleurs, comme il dit, il ne shootait pas tout, il en shootait la moitié, et c'est pour ça d'ailleurs qu'il a tenu. Parce que s'il avait tout shooté, ça n'aurait pas tenu. Il avait 200 mg de Moscontin par jour, il en shootait 100 mg et il en prenait 100 mg par voie orale. Et

c'est comme ça qu'il est arrivé à tenir comme il a tenu.

En tout cas, il a été sacrément soulagé d'être sous méthadone. Je raconte cette histoire parce que je crois que ces histoires de produits sont compliquées.

Pardon, mais je passe complètement à autre chose : il y a une commission sénatoriale qui a proposé récemment qu'on supprime le carnet à souche. C'est évidemment très drôle. Dans un pays qui a diabolisé les opiacés dans le cadre de la substitution comme dans celui de la douleur, on a par ailleurs prescrit comme des cachoux du Rohypnol® - 2 mg parce que 1 mg c'est court -, du Tranxène 50®, un très grand nombre de psychotropes, et pas seulement des benzodiazépines, tout ça étant prescrit par des médecins de ville et par des psychiatres.

Ces gens pensaient avoir prescrit des traitements tirés au cordeau alors que l'utilisation qu'en faisaient les patients était en fait totalement erratique. Mais sur les opiacés, il y avait une espèce de chape de plomb effrayante - qui a d'ailleurs fini par bouger un peu. Cette commission sénatoriale a donc proposé la suppression du carnet à souche. On s'est dit: « *Pourquoi pas* ». Mais moi, même si je ne devrais peut-être pas dire ça, je ne suis pas sûr du tout que ce soit une bonne idée. Car c'est vrai qu'il serait souhaitable que les médecins soient un peu plus responsables de la prescription de tout produit qui a un pouvoir psychoactif. La liste de ces produits est considérable. Nous à l'Espace Parmentier, on passe notre temps à faire la guerre aux cachetons parce qu'on voit les gens dans des états effrayants. Avec deux boîtes de Rohypnol® par jour plus de l'alcool, ils ne savent plus comment ils s'appellent, oublient tout, perdent leurs papiers, ils sont vraiment perdus ...

On est dans cette situation un peu paradoxale de proposer des opiacés et de faire la guerre par ailleurs à des produits qui sont prescrits avec une extrême facilité. J'ai personnellement vu de ces prescriptions !. ..

Il y a un médecin que j'ai appelé une fois. J'ai compris que le patient qui recevait ses prescriptions lui faisait peur, et que le toubib s'en débarrassait. Il y avait cinq benzodiazépines sur l'ordonnance, du Tranxène 50®, du Lexomil®, du Rohypnol®. C'était extraordinaire. Je pense en fait qu'il serait salutaire qu'il y ait un cadre général de prescription pour les produits psychotropes, mais qui ne soit pas aussi contraignant que le carnet à souche. Il faudrait par exemple, que l'on puisse choisir - après tout, cela fait partie des références médicales -, le plus petit dosage, qu'on ne mette pas forcément cinq boîtes de Tranxène 50® dans l'ordonnance ...

le Journal du sida: Les médecins achètent leur tranquillité en faisant ça ...

Bertrand Lebeau : Non, pas nécessairement, certains achètent leur tranquillité, certains croient bien faire. S'il y a eu en France un tel tabou sur la prescription d'opiacés, c'est tout de même parce qu'à une époque aujourd'hui lointaine, les médecins ont prescrit très largement de la morphine, de l'héroïne, et ont accroché un nombre considérable de gens à ces produits, cela d'une manière qu'on peut juger aujourd'hui comme étant extraordinairement irresponsable.

Je suis comme Didier Touzeau, je pense que le rôle des médecins est très limité. Par exemple, à l'Espace Parmentier, il y a une chose qui me plaît beaucoup: nos clients disent à Malika Tagounit des choses qu'ils ne me disent pas à moi. Je trouve ça très bien, je ne lui demande pas ce qu'ils lui racontent, je vois bien qu'ils en ont

besoin. Ils n'ont pas la même chose à dire aux uns et aux autres. Moi je suis docteur, et ils me parlent comme à un docteur.

le Journal du sida: On va justement demander à Malika Tagounit de raconter un petit peu ce qu'elle voit...

Malika Tagounit : En fait, moi je vis au quotidien tout ce que vous vous avez énoncé en termes d'analyse. Tout à l'heure, quand Didier Touzeau parlait de la recherche que les gens avaient par rapport à un produit de substitution, je pense que sur ce point il y a, par moment, un grand mensonge. Les médecins vont prescrire une substitution pour éviter à la personne de se retrouver en manque, ou pour l'aider dans sa vie. Mais beaucoup de toxicos, lorsqu'ils sont dans une surenchère au niveau des dosages, ne cherchent qu'à être défonçés.

On a plus de 50 personnes à la méthadone, et on a environ une trentaine de personnes qui viennent, tous les jours, tous les deux jours, ou deux fois par semaine, chercher du Moscontin®. Et parmi ces trente personnes, il y en a sans doute beaucoup qui shootent le Moscontin®. On parlait du shoot du Temgésic®, qui ne procure pas de flash mais qui procure quand même une certaine euphorie. Le shoot du Moscontin, par contre, c'est un grand flash. C'est de la morphine. Cela signifie que quand la personne sait que c'est shootable, elle va essayer, même si c'est dangereux. Avec mes collègues, on essaye de dissuader la personne. Non pas en la punissant et en ne lui donnant plus son Moscontin®, mais en l'avertissant des risques qu'elle court. Et il n'empêche que la grande majorité continue.

A propos de cette personne soulagée d'être sous méthadone que Bertrand Lebeau citait tout à l'heure, j'ajouterais cette précision: il ne pouvait plus quitter le foyer où

il vivait en sachant qu'il avait un comprimé de Moscontin® qui restait. C'est-à-dire que sachant qu'il avait le comprimé de Moscontin® chez lui, il ne faisait pas ce qu'il avait à faire. Il retournait au foyer pour se faire son shoot de Moscontin®. Tandis qu'avec la méthadone, il lui arrive, notamment le samedi et le dimanche, de la prendre un peu plus tard, de partir puis de l'oublier et de se dire: « *Tiens, j'ai pas pris ma métha aujourd'hui, il faut que je rentre* ». Pour lui, la méthadone c'était effectivement un grand soulagement. Je voulais indiquer cette précision parce qu'elle est de taille. Nos patients sont dans la surenchère parce que, ce qu'ils cherchent, c'est d'être défoncés même si c'est très peu, même si c'est infime. Pour le Moscontin®, on leur conseille deux ou trois prises par jour, parce que le Moscontin® a une demi-vie plus courte que la méthadone, même si c'est plus long qu'avec l'héroïne. Mais attendre 24 heures, c'est difficile avec le Moscontin® ! Alors, on leur dit d'essayer de bien répartir les prises dans la journée. Ce sont d'abord des testeurs, ils goûtent, ils essaient, comme Nelly Boulenger le racontait. Ils fonctionnent à partir des conseils des uns et des autres. Et puis ce sont eux qui gèrent le produit et c'est donc à eux de trouver leur rythme. Et bien, malgré nos conseils, très vite ils prennent la totalité de la dose en une seule fois le matin. Ils se rendent compte effectivement qu'avec le Moscontin®, il y a une chaleur, il y a des petits picotements légers, légers. Tout ça, c'est savamment étudié. Ils avalent ça à jeun, avec une boisson chaude. Bien évidemment, ils sont en manque plus rapidement que s'ils suivaient régulièrement les dosages que nous leur conseillons pour le Moscontin®. Si l'on considère ceux qui sont à la méthadone, on a près de 42 % de séropositifs, et il y a, parmi eux, beaucoup de femmes

très marginalisées, toxicos, prostituées, voire même malades du sida pour certaines. Plusieurs d'entre elles, depuis qu'elles sont à la méthadone, sont dans une forme merveilleuse. Elles sont stabilisées au niveau du traitement et même au niveau social. Elles font des stages, elles sont à l'heure, elles ne ratent pas de journée parce qu'elles ont un réflexe: « *Si je rate une journée, on m'enlève une journée de mon salaire!* ». D'une façon générale, la difficulté de la substitution, c'est qu'il y a bien évidemment tout un contexte d'accompagnement psychosocial. Donner une substitution à quelqu'un qui est marginalisé, cela va l'aider, lui apporter un confort mais ce ne sera pas l'idéal dans la mesure où l'héroïne illicite fait partie d'un système de survie pour tenir dans la galère. C'est dire l'importance de ce milieu dans lequel ces gens gravitent, dans lequel ils trouvent leur produit, leur argent. .. C'est comme ça qu'ils mangent, qu'ils parviennent à trouver un lieu où dormir. C'est comme ça aussi qu'ils ont un réseau relationnel. Ce qui prouve bien que la substitution, sans moyens derrière, ne sert pas à grand chose. C'est le gros problème. L'AMM méthadone va libérer effectivement quelques places dans les centres, pour des gens désireux d'entrer dans un programme, ou même pour des gens qui ne fréquentent pas nos centres. Mais il y a un bruit qui a couru chez les toxicos, c'est qu'à partir du 31 mars 1995, il suffirait d'aller chez le généraliste pour avoir de la méthadone. Pour eux, ce n'était pas plus compliqué que ça.

le Journal du sida: Comment expliquez-vous que des toxicomanes, a priori plus mal engagés que d'autres au départ, s'en sortent mieux au final ?

Malika Tagounit : Tout à l'heure, on faisait allusion aux programmes méthadone de bas seuil. Le produit dans ces cas-là est véritablement accessoire. Pour les filles qui se prostituent, par exemple, il vaut mieux, compte tenu des risques de contamination par le VIH, avaler chaque jour 40 mg de méthadone et ne pas être en manque.

Elles peuvent alors être en mesure de refuser le client qui refuse de mettre un préservatif. C'est déjà pour elles, en termes de santé publique, une sacrée protection et une sacrée prévention. Dans ce contexte, la méthadone est un outil dont l'intérêt se trouve essentiellement dans le lien social que l'on crée avec la personne.

le Journal du sida: Dispose-t-on déjà d'un cadre thérapeutique qui permette de dire que, dans le cas de la toxicomane prostituée qui cherche à éviter des contaminations par le VIH, telle prescription marcherait mieux qu'une autre ?

Malika Tagounit : jusqu'à présent, il n'y avait pas le choix, compte tenu des places qui étaient limitées. C'était le premier arrivé qui était inscrit à la méthadone. Pour celui qui arrive après, il y a le Moscontin®. Un autre intérêt qui n'a pas été évoqué, même pour des gens qui sont très marginalisés, c'est qu'une substitution au Moscontin® permet - quand ces gens sont malades, qu'ils ont le sida, des septicémies, ou des infections dues à des abcès - de les envoyer à l'hôpital et permet aussi qu'ils puissent y rester. Sinon, sans produits de substitution, elles fuient au bout d'une journée.

Jean Tignol : Ça, c'est très très important.

le Journal du sida: On touche là à une revendication des médecins prescripteurs de produits de

substitution qui souhaitent qu'il y ait prorogation du traitement à l'hôpital ou en prison.

Jean Tignol : Dans les hôpitaux, on n'utilise pas assez les traitements de substitution. Si on ne propose rien aux toxicomanes quand ils sont hospitalisés, c'est catastrophique, parce que ou bien ils s'en vont, ou bien ils font venir le dealer dans le service et s'injectent dans les toilettes ! Il y a quelquefois des types qui sont en sevrage dans les mêmes services. C'est mauvais à tous points de vue. Pour les patients d'abord, mais aussi pour le personnel médical. S'il y a un domaine dans lequel on pourrait faire avancer les choses, c'est celui-là. Et ça marcherait tout de suite. C'est à portée de main.

le Journal du sida: Marc Barry, quels sont les échos que vous avez dans les équipes qui s'occupent du VIH ?

Marc Barry: Pour un infectiologue bien né, un toxicomane shoote toujours, et ça toujours avec une seringue. Si on lui donne quelque chose, de toutes façons, il sort l'après-midi, le matin, entre deux examens. Et on le retrouve toujours shooté. Pour l'infectiologue, c'est systématique!

Jean Tignol : Cela tient au fait que les gens sont mal substitués.

le Journal du sida: Un toxicomane sous substitution n'est plus un toxicomane pour eux. Donc les médecins perdent leurs repères. C'est ce que vous voulez dire, Marc Barry ?

Marc Barry: Oui, les médecins ne savent pas très bien ce que cela veut dire. Ils n'en ont pas encore l'expérience. Que ce soit du Temgésic® ou un autre produit, le patient est, de toutes façons, suspect de se l'injecter. A notre décharge, il faut voir qu'on est en

bout de chaîne. C'est nous qui récupérons les endocardites, les abcès, etc. Tout à l'heure, j'entendais dire : « *Quel mal y a-t-il à s'injecter du Temgésic®* ou à ne pas se l'injecter? » Il faut savoir que pour un service d'infectiologie, c'est l'endocardite à tous les coups, un jour ou l'autre. Donc cela change absolument la manière de voir. La méthadone n'est pas encore suffisamment entrée dans les mœurs pour que cela change les manières de voir.

Jean Tignol : Ce n'est pas tellement différent. Toutes les choses n'arrivent pas merveilleusement du premier coup ; notamment quand on est dans un service d'infectiologie, on ne peut pas proposer de substituer les toxicomanes qui arriveraient avec un sida sans rencontrer de résistances de toute part. Le bénéfice supplémentaire de la substitution, c'est qu'au bout du compte, on peut garder ses patients, en l'occurrence ceux qui auraient mordu au traitement de substitution. Pour nous, ça nous paraît une occasion manquée de ne pas le faire. Il n'y aurait même plus besoin d'aller poursuivre les toxicos avec un bus méthadone dans tous les coins pour garder le contact...

le Journal du sida: Bertrand Lebeau, quand on entend Alex Maire et Philippe Otmesguine dire que finalement on arrive à se débrouiller avec les gens qui shootent le Temgésic®, on pense à une de vos grandes revendications, à savoir que dans la mise en place d'un cadre légal des produits de substitution, on puisse réfléchir à des galéniques, notamment une galénique du Temgésic®, qui le rende non injectable. Est-ce que vous avez varié sur ce discours-là ?

Bertrand Lebeau : Les questions de galénique sont importantes en particulier lorsque les gens ne sont

pas stabilisés. je ne voudrais pas avoir l'air d'un ayatollah de la substitution orale, mais je crois qu'il faut essayer de lever un certain nombre d'hypocrisies. je préfère qu'on conserve le système Néocodion® en vente libre plutôt que de le mettre sur carnet à souche. Si la substitution est un traitement, alors il faut penser à des galéniques. Enfin il faut soit que les galéniques soient orales, soit que les galéniques soient injectables. je crois que l'entredeux pose un gros problème.

le Journal du sida: L'entredeux, ça serait quoi?

Bertrand Lebeau : C'est tout ce qui se présente sous une forme qui finit par être injectée. je suis partisan de la réduction des risques, je n'ai pas envie que les gens meurent des prescriptions de certains produits. Pour en revenir à la méthadone, il y avait tout de même deux bonnes raisons au moins d'obtenir sa prorogation en ville. La première, c'est qu'il n'y avait pas de discussion sur le fait de savoir si la méthadone était ou pas un traitement de substitution puisque telle avait toujours été son utilisation en France. Donc ce débat là, qui porte sur le Temgésic®, sur le Moscontin®, était évacué. Et la deuxième raison, c'est qu'on ne pouvait pas nous dire que les toxicos pilaient les comprimés et se les injectaient, car la galénique était orale. Donc on avait deux arguments très solides pour avancer sur la question de la méthadone. Moi, je ne suis pas du tout opposé à ce qu'il y ait des programmes de substitution à l'héroïne par exemple, mais si on pose la question des programmes de substitution à l'héroïne, cela va aussi poser la question des galéniques. Il y a des programmes de substitution à l'héroïne sous forme de ce que les Anglais appellent des *reefers*, des cigarettes qui se fument. Il y a

beaucoup de manières d'intromission des opiacés dans le corps. Il peut y avoir des suppositoires d'opium, enfin que sais-je ... Mais on ne peut pas ne pas s'intéresser à ce que les gens font des produits qu'on leur prescrit, et à la capacité qu'ils ont à les gérer. Il vaut certainement mieux distribuer, à des gens qui sont incapables de gérer leur consommation, de l'héroïne au quotidien que de les laisser en tête-à-tête avec 20 boîtes de Temgésic®. Surtout quand ils sont encore dans des consommations complètement erratiques.

Le Journal du sida: Vous pouvez réagir sur ce débat qui agite le monde des toxicomanes politisés, à savoir ce calcul un peu pervers qu'ils font: les seringues existent en vente libre, la substitution se répand, donc on va réclamer l'un plus l'autre et on finit par militer pour la substitution injectable. C'est peut-être le dernier tabou que les médecins ne peuvent pas accepter, à savoir de fournir de la drogue aux drogués.

Anne Coppel: Attendez, moi il me semble, et c'est d'ailleurs ce que dit Bertrand Lebeau, que l'on peut très bien imaginer des programmes d'injectables dans une stratégie de traitement.

Didier Touzeau : je crois que lorsque quelqu'un s'adresse à des soignants, ceux-ci doivent négocier le niveau d'exigence pour l'aider. En dernier ressort, quand il sort du bureau, il faut qu'il sente que le soignant est intéressé par son devenir. C'est la seule chose qui va rester ensuite. Qu'il soit en vie, qu'il ait une estime de vie et qu'il reprenne en main sa vie. Ce n'est pas le problème des produits, ni celui du mode d'injection, etc. Ce qui compte, c'est la façon de le faire. Et ça, si on ne le fait pas, je crois qu'on est à côté de la plaque.

Jean Tignol : Ce que vous dites là m'intéresse beaucoup, parce que c'est vrai que pour moi, cela fait plusieurs mois que la question de la substitution injectable est difficile à admettre, à la limite l'héroïne parce qu'après tout. .. Cela me renvoie à des questions de gradation du niveau de soins, de gradation des moyens employés pour atteindre tel résultat. Là-dessus, on devrait avoir un consensus relatif. Dans les traitements, il est assez facile de savoir quels sont les produits qui sont les meilleurs, enfin les plus faciles et les plus difficiles. Le meilleur, c'est la buprénorphine, parce que c'est celui qui monte le moins haut, donc qui rappelle le moins les expériences opiacées. C'est aussi le moins dangereux parce qu'il a son effet auto-limitatif de l'effet morphinique par son effet antagoniste. C'est celui qui devrait être le premier utilisé, le premier libéralisé dans les circuits non spécialisés, avec sa dose de 2 à 8 mg. Et, éventuellement plus tard, non pas pour des questions de danger mais pour être logique avec notre travail, il devrait être conçu sous une forme non injectable avec de la Naloxone® qui serait incorporée, ce qui interdit vraiment l'injection. Cela sera possible dans deux ans. *Per os*, la Naloxone® n'est pratiquement pas absorbée, alors que la buprénorphine l'est. La Naloxone® est absorbée à hauteur de 7 %, donc on a l'effet buprénorphine. Maintenant si on le prend par voie intraveineuse, on a l'effet Naloxone®, parce que là, elle passe en direct. Donc ça, ce serait logiquement l'idéal. C'est-à-dire que l'on ne propose pas aux gens un traitement injectable en leur proposant un traitement *per os*. Après, il y a la méthadone. La méthadone est un très bon produit de substitution, tout le monde le sait. Mais c'est dangereux. Et en particulier ça va être dangereux en médecine de ville. Les overdoses de méthadone sont fréquentes soit parmi les gens qui se sont arrêtés

un moment (parce qu'ils sont en prison ou ailleurs) et qui reprennent les mêmes doses, soit dans les familles où ceux qui ne sont pas dépendants font de grosses overdoses en prenant par inadvertance le produit des patients. il faudrait qu'à ce moment-là, la délivrance soit plus contrôlée par exemple que celle de la buprénorphine. Mais ce sont deux formes de traitement de substitution qui peuvent permettre aux gens de sortir vraiment des habitudes toxicomaniaques. Après, tous les autres produits sont de la substitution par des opiacés. C'est-à-dire que l'on change le produit, il a un petit avantage, mais cet avantage n'est que relatif. Je crois que les opiacés retard, surtout quand on les injecte, n'ont qu'un avantage relatif. C'est vrai que l'on monte moins haut avec la morphine qu'avec l'héroïne, mais c'est relatif.

le Journal du sida: Là, vous pensez au Moscontin® par exemple ...

Jean Tignol : C'est ça. Le Moscontin®, le Skénan® (ou morphines-retard), c'est moins bon. Si on est sûr qu'on les prend *per os*, ça va. Mais comment en être sûr sans distribuer le produit à l'hôpital soi-même, en disant aux patients de l'avaler devant vous ... Avec le Palfium®, on monte plus haut plus vite, et on redescend plus bas plus vite. C'est très proche de l'héroïne.

Anne Coppel: Reprenons l'histoire naturelle de la toxicomanie. Au départ, le toxico se défonce comme un fou, il est très content. A ce moment-là, en principe, il n'est pas en demande de soins. Ensuite, il rentre dans une période avec des hauts et des bas, où le rapport coût/bénéfice commence à être plutôt du côté coût que du côté bénéfique. Il a envie de s'arrêter puis de reprendre, etc. Et puis avec le temps, les coûts

deviennent de plus en plus élevés, et les bénéfiques de moins en moins importants. En bout de course, il finit par arrêter. La question, c'est à quel moment le soignant intervient-il ? Nous, jusqu'à présent, on intervenait complètement en bout de course. On a compris que ça ne voulait rien dire, parce que ce que l'on croyait être la fin n'était que le début de la fin, et qu'il fallait donc intervenir largement en amont. Je crois que cette idée d'accompagner le toxicomane tout au long de sa consommation est l'idée même de la réduction des risques. En effet, quand on offre une seringue à un type qui est en plein en train de shooter, on est déjà très en amont. Nous avons besoin de dispositifs qui interviennent à chaque niveau, parce que plus tôt on interviendra, moins il y aura de décès. La trajectoire est peut-être plus courte, mais en tout cas elle est moins violente et moins douloureuse pour tout le monde. Donc c'est mieux. C'est aussi à chacun de savoir comment il se situe par rapport à cette trajectoire. Je comprends très bien que des médecins disent: « *Tant que le toxico continue à injecter, je ne peux pas encore l'aider* ».

Jean Tignol : Oui, mais il faudrait, parce qu'on ne peut pas le faire tout seul, un consensus qui soit relativement large mais qui soit quand même un consensus; qu'on fixe, même provisoirement, des paliers ...

Anne Coppel: je ne crois pas justement qu'il faille un consensus. Je pense par exemple que les missions des services ne sont pas les mêmes pour tout le monde. Un éducateur doit intervenir bien avant auprès des jeunes qui sont en train de se défoncer et qui n'ont pas forcément envie de s'arrêter d'injecter. Et il y a évidemment quelque chose à faire à ce moment-là, consensus ou pas.

Jean Tignol : Ne mettons pas du consensus partout. C'est vrai que, dans l'absolu, une politique de réduction des risques en direction d'un toxicomane, c'est lui fournir une héroïne propre, avec une seringue propre dans un centre propre. La question qui se pose ensuite, c'est que devient l'individu en question. Que sera le devenir d'une substitution à l'héroïne? On le saura peut-être cinq ans après.

Philippe Otmesguine : Au-delà du débat pharmacologique, je crois qu'il y a une immense hypocrisie. Ça nous ramène à un questionnement propre à la France. Je n'ai toujours pas compris, au-delà de toutes les théories judéo-chrétiennes, pourquoi les médecins français avaient autant de mal avec la douleur. C'est quelque chose qui a été complètement éludé dans la perception que l'on avait en tant que soignant de la douleur de l'autre. D'où notre incapacité à penser les expériences de Zurich et de Montpellier dans la panoplie des traitements.

Didier Touzeau : La question de la douleur recoupe deux problèmes différents. Il y a d'une part le problème de l'appréciation de la douleur et du soin de la douleur par les médecins, problème parasité par l'idéologie judéo-chrétienne. Et ensuite, il y a la prise en charge des toxicomanes. Ce n'est pas le même problème.

Philippe Otmesguine : Ce n'est pas le même problème mais la prescription d'opiacés a toujours été très compliquée, indépendamment du problème de la toxicomanie.

Jean Tignol : La question de la non-prescription d'opiacés pour la douleur vient du risque théorique de devenir toxicomane.

Didier Touzeau : Hmm ...

Jean Tignol : Si, si, si ! Je l'ai vécu, ça. J'ai quelques années de plus que vous, Didier Touzeau, et quand j'étais interne, c'était ce qu'on voyait.

Didier Touzeau : J'ai travaillé dans une unité de soins palliatifs. Quand on a mis en place le traitement au sirop de morphine, on a aussi rencontré de grandes résistances. J'ai travaillé sur la douleur avant de travailler sur la toxicomanie, c'est pour cela que je me permettais de dire que ça n'était pas le même problème. On a donc eu à vaincre les premières résistances en ramenant des cliniques de Londres qu'on avait visitées le sirop de morphine en France; il a fallu tenter de convaincre nos collègues ... Je le rappelle, le sirop de morphine est un produit peu toxicomanogène.

Jean Tignol : C'est contre la douleur. Ce n'est pas grave, ça.

Didier Touzeau : Ce qui était compliqué, là, c'était de soigner des cancéreux, d'arriver à ce qu'ils ne souffrent plus de leur maladie, qu'ils vivent dans des conditions confortables les traitements que nous leur donnions. La douleur, c'est ça qui était le plus inacceptable, avant même le risque toxicomanogène de ces produits. J'ai vécu ces problèmes quand on a commencé à parler de l'accompagnement. Et il se trouve que je suis sorti de ce service-là pour aller m'occuper de drogués sous méthadone, à Sainte Anne. On ne peut donc pas dire que le cas du toxicomane qui cherche son produit soit le même que celui du malade qu'on essaie de calmer. Il y a un deuxième problème: effectivement, pour arrêter, il faudrait souffrir. Cela renvoie à la même tradition. Le médecin, lui, n'a que des scrupules à donner des opiacés, à cause de l'inconvénient qu'il y a à maintenir un haut niveau de tolérance. Je me souviens très bien des discussions

de l'époque, lorsqu'on employait des opiacés en ayant beaucoup de mal à sevrer les gens. L'idée, effectivement, c'était de chercher la Clonidine® pour trouver un produit qui soulage les douleurs. On se demandait si, par hasard, on n'aurait pas trouvé un produit qui n'entraînait pas de dépendance, mais qui soulagerait aussi bien. On a fait un essai Clonidine® contre méthadone. Et on s'est rendu compte que la Clonidine® ne soulageait pas aussi bien que la méthadone. Il ne faut pas oublier que si les premières cures de sevrage sont trop « douloureuses », ce souvenir terrible contribuera à l'échec des tentatives futures ... Ceci nous amène à la question de la maintenance qui devrait aller de soi. Mais, pour le moment, il n'y a pas de maintenance aux opiacés. Dans notre culture médicale, nous faisons tous là comme si c'était acquis. Or, ce n'est pas admis. Et même dans la tête des médecins qui prescrivent actuellement des traitements de substitution. Il n'y a jamais eu officiellement en France de traitements de maintenance. Nous avons mis en maintenance à Sainte-Anne des toxicomanes pendant longtemps, qu'on a passés de mains en mains au fur et à mesure que l'on s'occupait du programme méthadone.

Jean Tignol : Dans le rapport Taboada, on en compte, je crois, treize. **Didier Touzeau :** Pour un certain nombre d'entre eux, on faisait des hypothèses de dépendance biochimique, sur lesquelles on n'avait pas d'explications. Il n'y avait pas de justification psychopathologique, on avait des gens qui étaient effectivement parfaitement bien. Partant de là, le fait aujourd'hui de généraliser les traitements de maintenance est un problème complexe ...

Anne Coppel: C'est vrai que la maintenance, il faut se le rappeler, est interdite dans le protocole français. A une réserve près: il n'y a pas de durée spécifiquement limitée. Mais cela dit, pour tous les gens qui sont séropositifs dans notre programme, je ferai le maximum, en ce qui me concerne personnellement, pour qu'ils n'arrêtent pas.

Didier Touzeau : Bien sûr !

Anne Coppel: Pour moi, ces gens-là sont en maintenance. je ne le leur dis pas, parce que j'ai peur de le dire. Sauf à certains, ceux qui me le demandent. Mais pour moi, pour tous les gens qui sont séropositifs et qui sont à la méthadone chez nous, il n'est pas question qu'ils s'arrêtent, sauf s'ils nous y obligent.

Jean Tignol : Ni les autres.

Anne Coppel: Les autres, je n'en sais rien.

Philippe Otmesguine : La non reconnaissance de la maintenance correspond, dans mon esprit, en allant plus loin, à la non reconnaissance depuis toujours du fait que la toxicomanie soit une pathologie. Parce que quand même, quel que soit le produit, que ce soit l'héroïne, que ce soient les produits de substitution quels qu'ils soient, vous l'avez évoqué tout à l'heure, ce sont quand même, pour beaucoup de toxicomanes, de formidables antidépresseurs. Les plus formidables antidépresseurs qu'ils aient jamais connus. Vous allez peut-être m'arrêter, vous avez peut-être une autre expérience, je ne suis pas psychiatre ...

Jean Tignol : C'est-à-dire qu'il ne faut pas confondre : dans le manque au long cours, comme pour l'alcoolique, il y a une forme de dépression. Mais qui n'est pas la dépression de tout le monde:

c'est la dépression des gens qui ont été dépendants, en tout cas à l'alcool et aux opiacés. Chez les alcooliques, on file des kilos d'antidépresseurs aux types sevrés, et ils restent toujours déprimés, pas bien. L'alcool compense ça, le hasch, aussi. Seulement, ils n'ont pas l'habitude d'en fumer.

Anne Coppel: Ah ? Le hasch, ça marche pour les alcooliques?

Bertrand Lebeau : je pense. Pour certains, en tout cas. -

Jean Tignol : A mon avis, oui. Mais c'est entre nous. Sur ce point, je voudrais encore dire un mot: actuellement, les psychiatres ont de plus en plus tendance à prescrire des psychotropes en maintenance dans des pathologies qui ne sont pas du tout toxicomaniaques. Il y a le lithium qui est bien connu, mais maintenant il y a aussi d'autres thymorégulateurs, et les antidépresseurs au long cours dans la dépression à rechutes. Et ça, ça vous transforme la vie des gens, ils ne rechutent plus après ça. Il y a pourtant une certaine résistance des gens, de certains de leurs médecins, et de leur entourage, à la prise de médicaments de maintenance. «*Quoi, vous allez prendre ça à vie?*», leur demandent. Alors que là, il n'y a pratiquement aucun risque connu. Donc la question qui se pose là, au niveau des familles, c'est le fait de prendre un produit à vie ...

Didier Touzeau : Moi, je maintiens les patients déprimés sous de très longues périodes d'antidépresseurs. Parce que c'est justement quand ils sont sous antidépresseurs qu'ils ne sont pas malades. Donc ce n'est pas une pathologie, plutôt une pathologie en négatif. C'est ça qui est compliqué. j'ai prescrit de la codéine en postcure. C'est même la plus grosse provocation que j'ai faite, car j'étais

convaincu que le patient avait besoin d'opiacés pour vivre.

Jean Tignol : Les domaines des opiacés et de la dépression s'éclaircissent mutuellement. Pour nous, c'est plus parlant que l'analogie avec les soins somatiques. Parce que avec l'insuline, on dit: «*Oui mais l'insuline, c'est l'insuline. Une hormone, on en a besoin. La thyroïde, c'est la thyroïde*». La médecine somatique est plus familière aux gens. Il faut promouvoir le soin psychique ..

le Journal du sida: C'est l'argument des prescripteurs de méthadone aux Etats-Unis, lorsqu'ils font référence aux insulino-dépendants qui ont aussi besoin d'une injection quotidienne

Jean Tignol : C'est l'argument de Dole et Nyswander. C'est l'argument des premiers inventeurs de la chose.

Didier Touzeau : Si je vais jusqu'au bout du raisonnement, la méthadone peut être considéré comme un neuroleptique retard ... je sais que ça choque beaucoup chaque fois que je dis ça.

Philippe Otmesguine : C'est exactement ça.

Jean Tignol: C'est mieux, c'est mieux.

Didier Touzeau : Simplement, c'est le «*neuroleptique retard*» des personnes qui ont du mal à maîtriser leur vie sans opiacés, un peu comme le neuroleptique retard permet à certains psychotiques de maîtriser leurs pulsions destructurantes et de reprendre contact avec la réalité. La méthadone fonctionne comme ça.

Jean Tignol : C'est plus efficace.

Didier Touzeau : Certes, et les neuroleptiques retards sont des médicaments à perfectionner.

Anne Coppel: C'est plus efficace, les gens sont mieux, et il est possible aussi qu'il y ait des gens qui, à l'heure actuelle, sont soignés par des neuroleptiques, et pour lesquels les opiacés ne seraient peut-être pas une mauvaise réponse. On le faisait dans les asiles, et on le faisait à Sainte-Anne.

Jean Tignol : C'était le seul traitement de la dépression avant les électrochocs.

Anne Coppel: Cela dit, il y a une chose qui m'a toujours un peu déprimée chez les Américains, c'est quand même de considérer que les dépendants lourds aux opiacés l'étaient à vie.

Jean Tignol: Ils sont assez réalistes. Et puis, ils ont le parti pris de dire des vérités qu'ils ne contrôlent pas complètement. Moi, je ne dis pas ça. Ni pour le lithium, ni pour rien. La vie, c'est long. On a le temps. je ne dis jamais à un patient qu'il sera traité à vie, mais au long cours.

Anne Coppel : Y-a-t-il des gens qui se soient arrêtés au long cours ?

Malika Tagounit : je pense, moi, que des toxicomanes qualifiés de lourds peuvent un jour s'arrêter.

Jean Tignol : Moi aussi.

le Journal du sida: Bertrand Lebeau, vous avez dans votre clientèle un certain nombre de gens qui viennent de *Stalingrad* et qui prennent du crack et de la cocaïne. Est-il vrai que les opiacés de substitution ne peuvent que relativement mal fonctionner avec ce genre d'addiction?

Anne Coppel: Difficile de faire une réponse brève à une question à laquelle personne n'a de réponse!

Jean Tignol : Non, il y a une réponse: c'est non. Les opiacés substituent les opiacés mais pas la cocaïne.

le Journal du sida: Bertrand Lebeau, vous êtes d'accord là-dessus?

Bertrand Lebeau Bien évidemment.

le Journal du sida: Comment expliquer des expériences aux Etats-Unis où l'on soigne avec du Temgésic® des gens dépendants au crack et à la cocaïne?

Jean Tignol : Le Temgésic® serait meilleur comme traitement de substitution à l'héroïne pour éviter le recours à la cocaïne, ou pour les gens qui prennent de la cocaïne. Meilleur que la méthadone.

Didier Touzeau : Mais il y a quand même un intérêt à mettre les toxicomanes sous méthadone. Au moins, on les voit et on peut leur proposer une aide.

Anne Coppel: Et les descentes sont moins violentes.

Malika Tagounit: Certains de nos patients vivent actuellement une épidémie de crack. C'est la lune de miel parce que ça ne fait pas longtemps qu'ils se l'injectent. Nous sommes un centre de méthadone, donc normalement les gens ne doivent pas shooter. Normalement. Et on se retrouve ma collègue et moi à soigner des gens qui ont des abcès suite à des injections de crack. Et puis pendant qu'on soigne ces abcès, la relation avec le toxico va très loin. Et lorsqu'il y en a un qui se soigne, cela fait boule de neige, un autre me montrera aussi ses abcès. Ce qui montre qu'un centre de méthadone, ce n'est pas simplement un endroit où les gens avalent un petit sirop. Quant à la consommation de crack avec la méthadone, je crois que l'effet du

crack n'est plus le même, qu'il y a une potentialisation de l'un et de l'autre. Certains patients m'ont dit qu'ils arrivaient même à piquer du nez à la suite d'un shoot de crack quand ils avaient bu leur méthadone avant. Et la descente n'est pas aussi forte.

Anne Coppel: Il y a un matelas opiacé.

Malika Tagounit : Oui, il y a un matelas opiacé très important. Quand je travaillais à la Boutique, j'ai vu des gens qui étaient en descente de crack, et à l'Espace Parmentier, d'autres qui avaient consommé du crack après avoir pris leur méthadone, l'effet n'était pas le même.

Bertrand Lebeau : On ne va tout de même pas expliquer à nos clients que maintenant qu'ils sont sous méthadone, ils vont avoir des descentes de crack ou de cocaïne moins dures.

Malika Tagounit : Mais ils s'en sont rendu compte.

Bertrand Lebeau : Ils vont le découvrir tout seuls.

Philippe Otmesguine : Les toxicomanes savent toujours tout avant nous.

Anne Coppel: Et c'est là où on se pose la question de savoir à quel moment de la trajectoire on doit intervenir. Parce que c'est vrai que lorsque les gens sont en train de s'injecter leur crack ou leur cocaïne, il y a des moments où on se demande exactement où ils en sont et à quoi on sert ?

le Journal du sida: je voudrais revenir, pour conclure, sur l'histoire de la salle d'injection d'ASUD à Montpellier, pour une raison assez simple. Notre débat a rappelé un certain nombre de choses patentes: que la seringue propre, le shoot propre, permettent d'éviter

les contaminations, que la méthadone vise à la stabilisation, qu'il existe aussi d'autres produits pour ça. Vous avez également expliqué que l'empirisme dans lequel vous travaillez ne vous empêche pas d'avoir un certain nombre de satisfactions, de constater que les choses peuvent avancer. Mais l'expérience de Montpellier semble tout de même difficile à décoder, puisque l'expérience des produits injectables se fait là-bas avec des produits de substitution, et non plus avec des produits illégaux comme en Suisse. Où se place la médecine là-dedans? Peut-elle cautionner ouvertement ce détournement des produits, même si elle sait que ça existe sous le manteau ?

Nelly Boulenger : je voudrais rappeler qu'en Seine Saint-Denis, nous distribuons des seringues stériles à des toxicomanes, qui vont ensuite shooter dans des caves, et dans des conditions d'hygiène absolument déplorables, et qui jettent leurs shooteuses n'importe où après. On est quand même là dans une telle contradiction !

Bertrand Lebeau : La situation de Montpellier est paradoxale pour plusieurs raisons. La première, c'est que, à ma connaissance, nulle part ailleurs en Europe un groupe d'auto-support a pris l'initiative d'ouvrir une salle d'injection. Ça, c'est tout à fait extraordinaire. La deuxième remarque, c'est que la situation à Montpellier est effectivement particulière. Les gens d'ASUD-Montpellier ont pensé que l'une des manières de se protéger des foudres de la loi, c'était de dire et de faire savoir - même si ça n'est pas complètement vrai - que les produits qui étaient injectés dans cette salle d'injection étaient des produits prescrits. De là est née une grande ambiguïté : certains médecins prescrivaient du Valium®

injectable, ou encore de l'Ortenal®. Les toxicos les shootaient, et dans la presse, ces produits-là sont apparus comme des produits de substitution ! Ce qui fait qu'à un moment, le mot «substitution» ne veut plus rien dire si on n'ajoute pas: « à l'héroïne». Car il est clair qu'en aucune manière, l'Ortenal® n'est un produit de substitution à

l'héroïne. C'est un mélange de barbituriques et d'amphétamines, ce n'est pas un produit facile à gérer. Il y avait donc brutalement une ambiguïté sur ce mot de substitution. Maintenant, le fait que ce soit un groupe d'auto-support qui ait créé cette salle d'injection, et qu'il se soit protégé en expliquant que tous les produits injectés dans cette salle étaient

des produits prescrits - il n'y avait donc pas de drogues illégales prescrites dans ce lieu, contrairement aux lieux d'injection des autres villes européennes -, est une bonne idée. je ne refuse absolument pas cette idée-là. Pour le toxicomane qui, de toutes façons, irait se shooter dans des cages d'escalier, dans des sanisettes ou dans des squatts,

mieux vaut le faire dans un lieu d'injection propre. Maintenant, il reste à savoir comment ce groupe d'auto-support va pouvoir travailler avec d'autres structures. Ça ouvre toute une série de questions qui se posent également en Europe dans les différentes salles d'injection.