

EUROPE

L'impact du développement des programmes de méthadone sur la progression de l'épidémie

Laurent Gourarier

Interne en psychiatrie (Paris)

Yves Edel

Psychiatre des hôpitaux (Strasbourg)

**Treatment of
drug addiction
and the
epidemiology of
aids**

Marc Reisinger
in "AIDS and
drug addiction in
the european
community
treatment and
mistreatment"
Proceedings of a
seminar on
AIDS and drug
addiction in the
twelve european
communities
member states,
Bruxelles, 1^{er} et
2 juillet 1993

Dans la plupart des pays de la Communauté Européenne, on observe une relation proportionnelle inversée entre la progression du sida chez les usagers des drogues injectées et le développement des cures de substitution par la méthadone.

La tendance à la progression du sida chez les UDI varie sensiblement d'un pays à l'autre à l'intérieur de l'Union Européenne. Les taux cumulés d'infection à VIH chez les UDI

vont de 3 à 315 cas par million dans la population, représentant un rapport de un à cent entre les Etats. Plus de 90 % des cas de sida dans le groupe UDI sont regroupés dans trois pays: France, Italie et Espagne, qui ne représentent, à eux trois, que 45 % de la population de l'UE. Ces disparités constituent un élément d'interrogation pour la communauté scientifique. Les réactions enregistrées chez les UDI aux campagnes de prévention et à la mise à disposition de matériel d'injection stérile paraissent similaires d'un pays à l'autre. L'existence de spécificités nationales de comportement –d'origine culturelle ou autre– chez ces personnes ne pourrait en conséquence être invoquée comme cause de ces disparités. L'hypothèse envisagée est plutôt celle d'une différence de traitement de l'usage de drogues entre les Etats. Bien qu'elle ait été évoquée depuis plusieurs années par différents auteurs européens, elle n'a pas, à ce jour, fait l'objet d'une exploration systématique. Le rapport publié sous la direction de Marc Reisinger à l'initiative de la Commission de Bruxelles établit un état des lieux de l'extension du sida chez les usagers des drogues injectées (UDI) européens dans les 12 pays membres de la Communauté Européenne (CE) –on ne peut que regretter l'absence de facto de la Suisse, non membre de la CE. Depuis le rapport du CDC d'Atlanta en 1987, qui pointait le rôle préventif de la méthadone, toutes les conférences internationales sur l'infection à VIH ont fourni l'occasion d'explorer les tenants et les aboutissants des interactions individuelles et collectives de la prescription de méthadone avec l'épidémie liée au VIH. Il apparaît dès lors légitime d'examiner les disparités nationales de prévalence et d'incidence du sida chez les UDI en fonction de la disponibilité des cures de substitution à la méthadone dans les douze pays de la CE. Cette comparaison est rendue possible par la cohérence de méthode et de suivi dans l'analyse des nombres de cas déclarés de sida dans les différents Etats. Cependant, le présent travail, qui prend en compte les données de la période 1990-1992, n'exprime que les phénomènes intervenus dans la période 1983-1990, à cause du temps d'évolution connu de l'histoire naturelle de l'infection à VIH. Les conclusions définitives de l'impact de la prescription de méthadone sur l'épidémie de sida en Europe ne pourront pas être connues avant 1997. Avec les éléments aujourd'hui disponibles, il est néanmoins possible de distinguer trois groupes de pays. Groupe I: pays présentant une haute prévalence du sida chez les usagers de drogues injectées (plus de 100 cas par million d'habitants): Espagne, France, Italie; - groupe II: pays à basse prévalence (moins de 50 cas par million d'habitants), avec une incidence en augmentation (plus de 50 % d'augmentation des cas entre 1990 et 1992): Belgique, Eire, Portugal; - groupe III: pays à basse prévalence avec une incidence stable (moins de 30 % d'augmentation des cas entre 1990 et 1992): Allemagne, Danemark, Grèce, Pays-Bas, Royaume-Uni. Dans 9 pays, les différences épidémiologiques notées coïncident avec les différences d'accessibilité des cures de substitution par méthadone. Les pays des groupes I et II, avec une haute prévalence ou une incidence en augmentation, avaient, durant les années 80, des capacités d'accueil dans les programmes de soins par méthadone pour une proportion de 0,05 à 3 % des UDI. La situation est inquiétante dans les pays de ces deux groupes en terme de nombre de patients infectés par le VIH, actuellement comme dans un proche avenir. Dans les pays du groupe III, qui comptaient 15 à 30 % d'UDI sous substitution par méthadone, la situation en terme d'épidémie de sida dans le groupe UDI peut être considérée comme stabilisée. Trois exceptions doivent être notées. Le Luxembourg n'a pas été pris en compte à cause de sa population réduite. La Grèce présente un nombre réduit de cas de

sida dans la population des UDI, alors que la méthadone n'y est pas accessible. Sans frontière commune avec les autres pays de la CE, ayant une population générale qui voyage peu, l'épidémie liée au VIH n'y est vraisemblablement pas au même stade de développement que dans les autres pays de la CE. Quant à l'Allemagne, son cas reste original et délicat à modéliser. La méthadone n'y est que peu disponible et son profil épidémiologique VIH/UDI se rapproche de celui du Royaume-Uni ou des Pays-Bas. La mise en place de programmes de substitution à la codéine dans certains Länder et le nombre des patients allemands pris en charge aux Pays-Bas voisins peuvent fausser l'interprétation. En toute éventualité, dans la plupart des pays de la CE, on observe une relation proportionnelle inversée entre la progression du sida chez les UDI et le développement des cures de substitution par la méthadone. ↗ Parmi les trois éléments de la réduction des risques, les campagnes de prévention du sida et l'accessibilité des seringues ne rencontrent plus d'opposition significative chez les professionnels. Seul le débat sur la disponibilité des traitements de substitution (également appelés traitements adjutants ou de maintenance), principalement à la méthadone, demeure encore ouvert. A la résistance des professionnels s'ajoute l'insuffisance quantitative de données d'études cliniques sur l'efficacité de la substitution dans la prévention du sida, formant un véritable cercle vicieux. Les résistances freinant la réalisation de travaux cliniques exhaustifs, les lacunes expérimentales alimentent à leur tour les résistances... Aujourd'hui, de nombreux spécialistes de la toxicomanie s'opposent toujours à ce type de traitements. Il peut paraître surprenant que le concept d'échange des seringues, qui «fournit le matériel d'une activité illégale et autodestructrice» (Donoghoe, 1990), ait recueilli plus facilement l'assentiment des professionnels que la substitution, qui permet la réduction, voire l'arrêt de la consommation d'héroïne. L'un des principaux effets de la méthadone au long cours a été décrit comme étant l'abandon de la voie injectable par les usagers traités. Il semble donc cohérent de réserver les programmes d'échange de seringues à ceux qui ne veulent ou ne peuvent abandonner l'usage d'héroïne injectée. Un large spectre de produits de substitution existe, dans le but d'adapter la prescription à chaque cas particulier. Chez certains, la nalorphine ou plus encore la buprénorphine peuvent jouer efficacement un rôle thérapeutique. Pour d'autres, la méthadone injectable, voire la morphine ou même l'héroïne sont les seuls recours possibles, à titre humanitaire ou transitoire. Il n'en demeure pas moins que la méthadone orale constitue le plus ancien et le mieux connu de tous les opiacés de substitution. En trente ans, ses effets ont été étudiés à travers plusieurs milliers de publications. Son intérêt en terme de réduction de la consommation d'héroïne, de maintien du statut social, de diminution de la mortalité, de la morbidité et de la criminalité associées à la prise chronique d'opiacés illicites est établi depuis plusieurs années. Aujourd'hui, son rôle positif dans la prévention de l'infection à VIH s'est précisé. L'actualité des débats (1, 2) en France sur les stratégies de réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues IV et l'extension programmée par le Ministère de la Santé des traitements de substitution par la méthadone semble enfin marquer l'arrêt de l'isolement des polémiques hexagonales centrées sur le seul modèle français du dispositif spécialisé. «L'exception française» n'a eu que trop d'effets paralysants en terme de réorganisation des modèles de soins face à l'infection par le VIH. Combien de temps faudra-t-il encore regretter les oppositions de principes entre les intervenants en toxicomanie dans le dispositif spécialisé et les acteurs de Santé Publique, alors que la majorité d'entre eux peuvent se mettre d'accord

avec la proposition de Claude Jacob (3) «qu'aucun toxicomane ne soit considéré comme réductible à aucun autre et qu'aucun savoir ne puisse et ne doive être isolé des acteurs qui s'en emparent (...) Il n'y aura pas de prévention, efficace durable sans reconnaître le rôle que (les toxicomanes) ont déjà joué dans la prévention qui ne peut se faire qu'à travers une reconnaissance de leur sens civique et donc de l'exercice d'une certaine citoyenneté, à l'intérieur même de leurs pratiques toxicomaniaques (...) L'alliance avec le toxicomane pour combattre le virus (est) le fondement même du dispositif français spécialisé.» ↗ A l'heure actuelle, seuls trois Etats de l'UE offrent des capacités d'accueil en cure de substitution par la méthadone supérieures à 10 % de la population des UDI. Devons-nous attendre la preuve définitive du rôle de la méthadone avant de rendre la substitution suffisamment disponible pour répondre à la demande? Les vérités «scientifiques», à la différence de celles des religions, doivent être adoptées comme temporaires. «L'ultime vérité» ne peut être attendue avant de fixer des objectifs et une ligne de conduite. Une vue d'ensemble de la littérature scientifique semble indiquer que la limitation délibérée des places de traitement par la méthadone pourrait être bientôt vue comme une erreur de jugement inexcusable. Il semble aventureux de laisser aux historiens de demain le soin de tirer les bilans de nos conceptions du traitement des usagers de drogue. - L.. Gourarier, Yves Edel

1 - Loo H., Laquoille X., Remi P. et al.

«Les traitements de substitution des héroïnomanes par la méthadone»

Rapport présenté à l'Académie de Médecine

2 - Gentilini M., Duneton P.

«Toxicomanie et sida»

Rapport présenté à l'Académie de Médecine

3 - Jacob C.

«Toxicomanie et sida»

article complémentaire au dossier «Sida, toxicomanie: une étude documentaire»

publié par Toxibase et le Crips (1993)