

Usage de drogues : l'évidence des traitements de substitution

France Lert

Inserm U88

Au moment où *Transcriptase* émerge, on a compris depuis longtemps déjà que l'interdiction de la vente des seringues avait fait des usagers d'héroïne, presque tous injecteurs en France, la population la plus décimée par le sida : on observe en prison et dans certaines régions des prévalences de plus de 50%. Les quelques lignes du décret Barzach ont permis aux usagers de drogues de braver les réticences des pharmaciens pour acheter des seringues, souvent au prix fort et après quelques refus. Il n'existe encore que trois programmes d'échange de seringues (PES) et 50 places de méthadone, toutes à Paris. Quelques médecins généralistes et des équipes sida bricolent des traitements de substitution avec ce dont ils disposent - des antalgiques opiacés insuffisamment dosés - et en s'exposant judiciairement.

Pour le reste, le système de soins spécialisés reste orienté vers les prises en charge sociales et psychologiques qui buttent sur l'impossibilité pour de nombreux usagers de vivre dans l'abstinence sans aide, sur leur grande fragilité sociale et sur un délabrement physique que les approches psychologiques ont masqué. La réduction des risques reste un modèle exotique, anglo-néerlandais, qui n'a pas cours chez nous malgré les efforts des associations humanitaires et de lutte contre le sida pour le faire reconnaître comme un paradigme efficace pour les politiques de santé envers les usagers de drogues.

Le rôle du sida dans la transformation de la politique de la drogue a été maintes fois décrit. C'est cependant plutôt à partir de l'intolérable de l'exclusion, exclusion de la prévention,

exclusion du soin, exclusion de la citoyenneté comme thème politique, qu'il sera imposé comme principe de la politique de santé. **La politique publique de la drogue demeurant, et encore à ce jour, dans une tension forte entre ces deux principes, la prohibition et son cortège répressif d'une part, la minimisation des dommages d'autre part.**

Le "modèle" français

Le changement majeur de toutes ces années, c'est bien sûr les traitements de substitution avec **le modèle si particulier à la France de la place majeure du Subutex® et du médecin généraliste là où, ailleurs, font référence la méthadone et un cadre spécialisé.** Les médecins libéraux, si rétifs, voire hostiles, à l'accueil du toxicomane dans leur cabinet, ont fini par se faire à la pratique de la prescription d'un traitement de substitution, les pharmaciens à le délivrer, la CMU, des dispositifs sociaux généraux ou spécialisés, les réseaux professionnels permettent aux usagers d'accéder à des services diversifiés si on n'en est pas encore - et d'ailleurs, où cela existe-t-il vraiment ? - à une prise en charge globale. Cet ensemble de traitements et de dispositifs a permis de réelles améliorations des quelques indicateurs globaux dont on dispose (overdoses), et au niveau individuel, une baisse de la consommation de l'héroïne, une certaine amélioration de la situation sociale, une prise en charge médicale des maladies somatiques, tandis que pour les maladies psychiatriques les résultats sont sans doute plus mitigés. Il reste bien sûr des fortes inégalités sur le territoire qui se traduisent par une inaccessibilité des traitements dans certains départements, une absence de choix dans d'autres, des contraintes ou des modalités de traitement sans fondements scientifiques dans certaines structures ou chez certains praticiens.

La banalisation des traitements de substitution, leur relative efficacité (pas plus, pas moins que celle des traitements des maladies chroniques) amènent progressivement à interroger cette exception française qu'est la stratégie non écrite mais profondément ancrée qui consiste à prescrire en première intention la buprénorphine, puis en cas d'échec la méthadone.

Les conditions sont sans doute réunies aujourd'hui pour la remettre en cause et, de fait, mieux exploiter les ressources limitées qui existent face à la dépendance aux opiacés. On s'attache beaucoup, sans grand succès d'ailleurs, à rechercher les preuves de l'efficacité des traitements de substitution mais c'est en réalité l'usage et la dépendance qui ont changé. Les médicaments de substitution s'intègrent à une conduite, à un mode de vie, à une consommation d'une gamme de substances qui permettent aux usagers une gestion moins chaotique et moins dangereuse, mais pas sans risque, de leurs usages de

drogues et de la recherche de sensations, de relations, d'expériences.

Les transformations de la prise en charge de la toxicomanie doivent plus au pragmatisme, à des revirements idéologiques et à la conviction qu'à des progrès scientifiques. La littérature scientifique, en effet, n'a pas proposé d'avancées spectaculaires au cours de toutes ces années, c'est plutôt par l'accumulation et le croisement de résultats partiels, d'indices, d'indicateurs indirects que s'affirme une évaluation positive de la politique de réduction des risques.

C'est vrai pour les programmes d'échange de seringues comme pour les traitements de substitution. Les biais de recrutement des programmes et ceux des études elles-mêmes, plus le manque de sensibilité et de spécificité des indicateurs ou encore la nécessité de mesures multidimensionnelles des résultats amènent toujours beaucoup de réserves sur l'attribution des résultats aux dispositifs mis en œuvre. Ainsi, par exemple, l'expérience suisse de la dispensation d'héroïne sous contrôle médical montrant une bonne amélioration sur de nombreuses dimensions de la situation des personnes prises en charge a mis plusieurs années à être publiée dans le *BMJ*, faute d'un groupe témoin. Les résultats de la cohorte montréalaise montrant un risque fortement accru d'incidence du VIH chez les usagers d'un PES ou ceux de Vancouver sont venus battre en brèche les multiples données descriptives associant au niveau écologique l'accès aux seringues et la baisse de la prévalence de l'infection VIH.

Les problèmes qui demeurent

Infection VHC

Les usagers de drogues ont été touchés tôt et jeunes par l'infection VIH. Les décès par overdoses, très nombreux, et ceux dus au sida ont fortement décimé les générations d'usagers des années 1980. Sans étude d'incidence, l'observation des données de prévalence ou de déclarations obligatoires tend à montrer une baisse continue de la contamination par le VIH chez les usagers de drogues qui restent cependant le groupe de population le plus atteint. Le VHC pose problème à plusieurs titres : la prévalence reste très élevée et ne semble pas baisser, l'accès au traitement est insuffisant pour de multiples raisons (réticence des médecins à traiter un patient qui continue à consommer des produits illicites, consommation d'alcool, problèmes psychiatriques, appréhension de la PBH, etc.), la maladie quand elle est associée au VIH (90% des usagers de drogues séropositifs pour le VIH sont coinfectés) est encore plus difficile à traiter. La gravité du problème posé par le VHC appelle sans doute à des innovations aussi bien en matière de prévention et d'action communautaire

que de stratégies de prise en charge. Actuellement pourtant, ce champ reste en friche.

Palette de produits ou prise en charge d'une maladie chronique

Malgré leurs imperfections, l'accumulation des expériences et des données amène de plus en plus **à considérer la dépendance aux drogues comme une maladie ou une condition de longue durée, voire à vie, face à laquelle les traitements et les prises en charge ont une efficacité relative aussi bonne que celle d'une maladie chronique** ; elle mobilise une grande variété de ressources dans des registres différents. C'est dans ce contexte que doit être envisagée la revendication des associations d'usagers et de certains professionnels d'un élargissement de la palette des traitements de substitution, avec en particulier des galéniques injectables et des produits ayant des effets-droque ; mais aussi plus largement d'un ensemble de modes de prise en charge permettant d'offrir des solutions aux personnes dépendantes tout au long de leurs trajectoires en considérant qu'elles passeront par des périodes d'amélioration, de stabilisation et par des phases aiguës. La flexibilité de l'offre de soins et des stratégies thérapeutiques doit en tenir compte. Il reste que ce dispositif vaut pour des usages et des formes de dépendance dominés par la consommation d'héroïne ou de médicaments opiacés, car face à l'usage compulsif de cocaïne, aux polytoxicomanies associant l'alcool et les médicaments, les stratégies disponibles restent très limitées et pour le moment sans grande perspective.

Au cours de ces dix ans, le renouvellement des façons de penser et d'agir dans le champ de la toxicomanie, né de la problématique VIH, s'en est émancipé ; aujourd'hui, le monde professionnel de la réduction des risques est devenu hégémonique dans le champ de la toxicomanie et s'est autonomisé. La référence au VIH/sida comme argument a quasiment disparu. On assiste, comme dans d'autres domaines, à une forte médicalisation et à la reconnaissance d'un *continuum*, voire d'un recouvrement, de la prévention et du soin.