

TRAITER LES PATIENTS DEPENDANTS DES OPIACES : UN MODELE D'EDUCATION POUR LA SANTE EN MOUVEMENT

Pascal Courty

PAEDI EA 4281-Education à la santé
SATIS Pôle de psychiatrie
CHU Gabriel Montpied
F-63003 CLERMONT FERRAND Cedex 1
p_courty@chu-clermontferrand.fr

Mots-clés : Réduction des risques, traitements de substitution, éducation pour la santé, représentations sociales

Résumé. Les représentations sociales (RS) qui accompagnent les opiacés que ce soit dans un but thérapeutique ou à visée toxicomaniaque sont le plus souvent négatives ; néanmoins, la mise en place d'une politique de réduction des risques depuis 1993 en France ont considérablement modifié la prise en charge des patients dépendants améliorant leur espérance de vie mais pas les RS les concernant. La médicalisation de ce phénomène a permis au champ de l'éducation pour la santé d'y trouver une place possible. Nous décrivons l'historique de cette mise en place à travers l'évolution des traitements mais aussi à travers la modification de comportements des usagers et des soignants, les effets bénéfiques sur la santé publique mais également les limites du système. Malgré des résultats reconnus, les RS perdurent. Nous les analyserons et proposerons des pistes de réflexion pratiques.

1. Introduction

La consommation de substances psychoactives et en particulier d'opiacés est un problème majeur pour tous les états non seulement à cause de la criminalité qu'elle génère mais également en terme de santé publique. Les opiacés qu'il s'agisse de la morphine en thérapeutique ou de l'héroïne comme produit de défonce s'accompagnent de jugements le plus souvent faux à cause de leur utilisation duelle pour soulager la douleur ou pour provoquer du plaisir. S'il y a une tolérance (sic !) dans le domaine de la douleur, il n'en va pas de même pour l'héroïne qui est présentée comme la pire des drogues entraînant dépendance et déchéance dans les plus brefs délais. La propension à s'injecter entraîne de plus le risque de contracter les virus du sida et de l'hépatite C et de les transmettre aux autres. On compte depuis une quinzaine d'années environ 150 à 200 000 usagers d'héroïne en France.

Jusqu'en 1993, ils n'ont bénéficié que de peu de prises en charge spécifique sinon les sevrages en milieu hospitalier. La crainte de la contagion de l'affaire du sang contaminé des hémophiles aux injecteurs de drogue (en nombre bien plus important) a amené les pouvoirs publics à prendre des mesures de mise à disposition de traitements de substitution aux opiacés (TSO) et d'accès libre au matériel d'injection. Ainsi, les programmes Méthadone furent-ils créés et étendus à partir de 1993. Puis, les programmes d'échange - récupération de seringues en 1995 et la mise à disposition d'un second TSO, la Buprénorphine Haut Dosage (BHD) initialement commercialisée sous le nom de Subutex ® en 1996 complétèrent ce dispositif. L'amélioration des thérapeutiques anti virales intervint dans le contexte avec l'avènement des tri et quadri thérapies.

Ceci a entraîné une amélioration de leur condition avec des résultats significatifs mais persistent des résistances. Nous montrerons dans un premier temps comment les choses ont évolué puis

replacerons cet évolution dans le contexte européen. Nous nous attacherons à mettre en avant les intérêts et limites de cette évolution et tenterons de proposer des solutions pour l'avenir.

2. Historique

Si les thérapeutiques de substitution sont connues et utilisées depuis le début des années 1960 aux États-Unis et depuis le début des années 1970 dans de nombreux pays d'Europe, la France a été pratiquement le dernier de ces pays à mettre en place ce type de traitements. Elle l'a fait dans un contexte d'urgence, suite à l'explosion de l'épidémie d'infection par le virus du Sida (VIH). La prise en charge des patients dépendants des opiacés par des traitements de substitution, tels que la méthadone ou la buprénorphine haut dosage (BHD, Subutex®), est donc un phénomène récent en France.

En effet, les représentations les plus répandues en matière de toxicomanie sont que les consommateurs de produits s'adonnent à un vice, une passion morbide qui les amène à se détruire volontairement. Dans le meilleur des cas, on leur trouve des circonstances atténuantes dues à une enfance malheureuse, dans le pire des cas, ils l'ont bien cherché et n'avaient qu'à pas commencer. Le seul traitement qui puisse s'imaginer dans une grande partie de la population est le sevrage sur le modèle de l'arrêt de la consommation d'alcool et de tabac. Ce modèle n'a pas pourtant pas fait grandement preuve de son efficacité.

Néanmoins, « grâce » au sida que Daniel Defert président-fondateur de l'association AIDES qualifiait de réformateur social, des modifications en terme d'approche du soin aux usagers de drogue sont apparues (Courty, 2005).

Le modèle du sevrage apparaissant peu opérant, il a bien fallu mettre en œuvre d'autres actions ce qu'on appellera la réduction des risques.

Énonçons quelques idées simples : le virus du Sida peut se transmettre par le sang ; les toxicomanes s'injectent des produits ; dans les seringues qu'ils partagent souvent, il y a du sang et ils peuvent donc se transmettre le virus ; on ne peut pas les empêcher immédiatement de se droguer ; on peut en revanche peut-être les empêcher de se faire trop de mal ; si on leur donne des seringues propres en nombre suffisant et qu'on leur explique que c'est mauvais pour eux de les partager, ils ne les partageront pas ; si on leur donne un produit à avaler qui les empêche d'être en manque et de souffrir, ils peuvent abandonner l'injection.

Si on partage ces quelques idées, on est d'accord avec la notion de « Réduction des risques » (RDR).

L'histoire de la RDR, c'est donc, d'une part l'accès aux seringues à travers la mise en place des Programmes d'échanges de seringues (PES) et, d'autre part, l'histoire de la substitution. Y a-t-il eu en médecine et en santé publique des évolutions comparables récemment ?

Pour les programmes d'échange de seringues, des actions de proximité se développent entre 1990 et 1991, dans le cadre de la prévention du Sida. Les actions de prévention auprès de pharmaciens aboutissent en 1992 à la création du Stéribox (boîte dans laquelle on trouve deux seringues, de l'eau distillée, un préservatif et un tampon alcoolisé au minimum).

Les choses ne sont pourtant pas idylliques. De décembre 1992 à avril 1993, dans le cadre du plan Quilès-Broussard de lutte contre la drogue, des opérations de police sont menées contre les usagers de drogues porteurs de seringues. Les militants d'Act-Up se couchent devant le ministère de l'Intérieur pour protester contre le plan Quilès. L'année 1994 est une année charnière. En effet, l'État annonce le financement de six « boutiques » (lieux d'accueil à bas seuil d'exigence, où les usagers peuvent « se poser », prendre une douche, etc.), de seize Programmes d'échanges de seringues et de 525 « places Méthadone ». Le 7 mars 1994 reste une date importante, avec la publication d'une circulaire qui autorise les Centres de soins spécialisés à prescrire de la méthadone. Enfin, le 17 mars 1995, après des annonces de mesures nouvelles prises par Simone Veil et Philippe Douste-Blazy, paraît le décret concernant le dispositif officiel de soutien de la politique de réduction des risques. Le cadre de la délivrance gratuite des seringues y est défini. On

trouve sur les Stéribox un message du ministre délégué à la Santé définissant cet objet comme un outil de prévention (et non pas un objet pour « se défoncer »).

Le deuxième aspect de la RDR est la mise en place de la politique de substitution. Si cela peut paraître à l'heure actuelle simple, voire évident et routinier, il est néanmoins utile de rappeler les étapes de ce qui a permis de faire accéder aux soins plus de 100 000 personnes en France. Il faut préciser que les traitements de substitution concernent uniquement les personnes dépendantes des opiacés (héroïne, morphine et codéinés) et qu'il n'existe pas d'équivalent substitutif pour le cannabis ou la cocaïne par exemple. Ces traitements n'ont pas à proprement parler d'aspect curatif mais plutôt un aspect correctif. De la même façon que le pancréas du diabétique ne peut plus synthétiser d'insuline, les patients devenus dépendants des opiacés ont besoin d'un traitement correctif venant occuper leurs récepteurs endommagés non plus pour se « défoncer » mais pour retrouver un fonctionnement normal.

Les traitements de substitution par la méthadone, s'ils ont existé à partir de 1973 dans notre pays, n'ont été réservés pendant plus de vingt ans qu'à cinquante patients en même temps et « à titre expérimental ». Seuls deux centres parisiens (l'hôpital Sainte-Anne et l'hôpital Fernand Widal) avaient cette possibilité, alors que sur la même période le nombre de patients usagers de drogues était en augmentation constante.

En effet, leur nombre n'était « que » de 5 000 au début des années 1970 ; il est aujourd'hui estimé dans une fourchette allant de 150 000 à 250 000 personnes. Après une modification législative, la circulaire DGS n° 14 du 7 mars 1994 permet de passer d'un seul coup des 50 places « expérimentales » à un objectif de 1 000 places à la fin de l'année.

Jusqu'en 1995, la diffusion des traitements de substitution n'a donc pu s'effectuer véritablement en raison de la législation en vigueur. De ce fait, les patients dépendants des opiacés n'avaient comme seul recours que « l'autosubstitution sauvage » avec les produits codéinés disponibles sans ordonnance dans les pharmacies (généralement des sirops contre la toux), avec la mansuétude des pharmaciens d'officine, dont il ne faut pas oublier le rôle d'orientation important.

En juillet 1995, la buprénorphine haut dosage (autre produit de substitution dont la France a été la première à obtenir la commercialisation) obtient son autorisation de mise sur le marché dans l'indication « des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique ». Ce médicament sera disponible dans les pharmacies de ville dès le 12 février 1996 et, contrairement à la méthadone, pourra être initié à l'époque par tout médecin sur carnet à souches (à partir de 1999, les ordonnances seront sécurisées). D'emblée, il a donc existé une différence significative entre les modes d'accès aux traitements de substitution en France.

D'un côté, la prescription de chlorhydrate de méthadone est encadrée par un dispositif lourd, que ce soit au niveau législatif (considéré comme un stupéfiant) mais également au niveau de la prise en charge. Les patients doivent se soumettre à un certain nombre de contraintes majeures en début de programme : analyses d'urine, venues quotidiennes au centre agréé, dispensation au maximum pour sept jours, ce qui limite singulièrement les déplacements. Les centres agréés sont rares (30 en juillet 1994) et ne couvrent pas, loin s'en faut, l'intégralité du territoire. Une évaluation par l'Inserm est prévue exclusivement pour les 5 000 premiers patients¹. Il est également prévu qu'après une période de stabilisation, le relais de prescription pourra s'effectuer par un médecin de ville (et un seul) et une pharmacie de ville (et une seule), après contact des différents protagonistes avec le centre ayant initié la prescription.

Les modalités de prescription de la buprénorphine haut dosage (BHD) sont quasiment à l'opposé de celles du chlorhydrate de méthadone. De l'autre côté, donc, tout médecin peut prescrire le traitement par BHD sans analyse d'urine préalable ni surveillance par contrôles ultérieurs. Même s'il est recommandé de prescrire pour sept jours de traitement au début de la prise en charge (les

¹ Consultable sur <http://www.opiateaddictionrx.info/pdfs/MethadoneFrance.pdf>

boîtes sont idéalement de sept comprimés), la possibilité de prescrire pour vingt-huit jours en une fois donne une accessibilité bien différente de ce produit. Il faut noter que ce dernier produit a été génériqué depuis quatre ans et que ses génériques n'ont jamais pris plus de 30 % du marché alors qu'habituellement les génériques surpassent la molécule-mère en trois à six mois. Ce détail a son importance pour définir le concept de maladie (ou d'état) chronique pour la dépendance majeure aux opiacés.

Un nouveau traitement de substitution dont le nom commercial est Suboxone® et qui est potentiellement moins susceptible d'être détourné de son usage (par injection ou en sniff) peine à sortir en France alors qu'il est disponible dans de nombreux pays européens.

A l'heure actuelle, enfin, le débat porte sur l'opportunité de création de salles d'injection encadrée médicalement qui ont reçu un avis favorable après une expertise de l'INSERM² mais les vieilles chimères sécuritaires et répressives refont à cette occasion leur apparition. Un collectif d'association de réduction des risques a été créé à cette occasion (www.salledeconsommation.fr). Même en plein été 2010, le débat fait rage. Les virus ne prennent pas de vacances.

Nous ferons ultérieurement le bilan des mesures de réduction des risques en France mais nous allons d'abord replacer le débat dans sa composante européenne.

3. Et ailleurs en Europe

La réduction des risques semble être une « invention » anglo-saxonne. En effet, en Grande Bretagne, dès 1924-26, une commission présidée par Sir Humphrey Rolleston autorise les médecins à prescrire des drogues aux toxicomanes incapables d'abstinence afin de limiter les effets secondaires de leur dépendance et permettre leur insertion. Au milieu des années 80, Liverpool mit en œuvre une approche pionnière pour traiter les problèmes de drogues. Ce programme connu sous le nom de Mersey Harm Reduction Model s'est concentré sur les dommages causés par les drogues plus que sur la diminution de l'usage. Comme nous l'avons dit précédemment, c'est l'épidémie de sida véhiculée par l'échange de seringues contaminées qui en fut le moteur.

Pour réduire les risques, du matériel d'injection fut fourni ainsi que la facilitation de l'accès aux programmes méthadone. Les travailleurs sociaux se déplacèrent à l'endroit où se trouvaient les usagers afin de permettre dans un deuxième temps leur éventuel passage dans les structures spécialisées. La police en orientant et en s'abstenant de son rôle répressif eut un rôle important. Les personnes touchées n'avaient pour le plupart jamais été en contact avec les services médicaux ou sociaux auparavant. Ainsi, la région de la Mersey ne connut pas l'épidémie de sida comme les autres régions (taux de contamination inférieur à 5 % contre plus de 20 % ailleurs). En 1988, Russell Newcombe et Allan Parry présentèrent à l'International Conference on Drug Policy Reform à Bethesda, Maryland une communication intitulée : « The Mersey Harm-Reduction Model: A Strategy for Dealing with Drug Users ». La première conférence sur la réduction des risques eut naturellement lieu à Liverpool en 1990 (O'Hare, 2007). Ce modèle de réduction des risques fut utilisé en 1991 lors de l'apparition massive de la MDMA (ecstasy).

Puisque nous avons évoqué le problème des salles de consommation assistée médicalement, les salles d'injection ou shooting rooms, signalons qu'elles sont au nombre de 80 en Europe et existent dans six pays. Elles se dénomment « local de consommation » en Suisse, « chambre pour usagers » aux Pays-Bas. Quatre autres pays disposent de ces salles : l'Allemagne, l'Espagne, le Luxembourg et la Norvège³.

Les traitements par la méthadone sont maintenant bien connus et évalués dans les pays anglo-saxons. Ils sont prescrits aux États-Unis depuis le début des années 1960. En Europe, les traitements sont prescrits depuis la fin des années 1960 en Suède, au Royaume-Uni, aux Pays-Bas

² Consultable en ligne sur <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

³ Libération, quotidien du 13 août 2010

et au Danemark ; depuis les années 1970 en Finlande, au Portugal, en Italie, au Luxembourg ; depuis 1980 en Autriche et en Espagne, et depuis 1990 en Irlande, en Allemagne et en Grèce. Un document datant de 2000⁴ à destination des praticiens européens fait le point sur les données actuelles en matière de traitement par la méthadone.

Pour la BHD, la plupart des études initiées se sont essentiellement attachées à évaluer l'efficacité du traitement (celle-ci a été, le plus souvent, appréciée à partir de critères comme le taux de rétention dans le système de soins et le taux de patients devenus abstinents) et la faisabilité de la prise en charge des patients usagers de drogues en médecine de ville. Ces études n'ont peut-être pas assez abordé les conséquences sociales et économiques des traitements sur la vie des usagers.

Dans les pays où la mise en place des traitements de substitution à la méthadone a été moins tardive qu'en France, des études ont cherché à évaluer l'influence du traitement de substitution sur les trajectoires médico-sociales des patients pharmacodépendants aux opiacés. Ces études montrent que ces programmes sont efficaces en termes de réduction de la mortalité, des risques de transmission du VIH et des autres maladies transmissibles par voie sanguine, mais qu'ils ne permettent pas forcément à tous les patients substitués de stopper leur consommation de drogues injectables. D'autres études ont montré que les programmes de substitution par la méthadone favorisaient la réinsertion sociale, diminuaient les comportements de délinquance et de violence et permettaient une meilleure observance des patients séropositifs envers les traitements administrés dans le cadre de leur infection au VIH.

Les traitements et l'accès au traitement dépendent beaucoup plus de l'histoire politique locale que d'une histoire et d'une culture européenne commune. La méthadone est considérée comme une drogue au Portugal parce qu'elle fût le premier produit utilisé comme traitement mais aussi le premier à être détourné de son usage. De même, la Finlande qui n'avait pas de consommateurs d'héroïne a vu les premiers injecteurs apparaître lors d'un trafic de Subutex® venant de France et détourné de son usage. En effet, la molécule n'ayant pas d'effet par voie normale chez des gens non dépendants sinon un effet négatif, un effet « autre » fût recherché par la voie injectable.

Même si les traitements de substitution sont largement disponibles maintenant, l'accès au traitement reste marqué par les pratiques antérieures. Certains pays vont privilégier l'approche psychosociale en ambulatoire, d'autre la substitution, d'autre encore le traitement psychosocial en milieu hospitalier et enfin, certains restent « accrochés » au sevrage. Un portail sur les meilleures pratiques est disponible sur le site de l'OEDT⁵. Néanmoins, la plupart des études validées par des preuves viennent des Etats Unis.

L'accès au traitement est également conditionné par ceux qui le dispensent.

La Bulgarie, la Grèce, la Finlande et la Suède privilégient les services hospitaliers. Tous les pays de l'UE proposent des traitements de sevrage.

Les traitements de substitution sont délivrés par des centres spécialisés en ambulatoire dans la plupart des états mais treize pays font également appel au réseau de la médecine générale.

N'importe quel médecin peut délivrer un tel traitement en République tchèque, en France, aux Pays-Bas, au Portugal, au Royaume-Uni et en Croatie. Ce qui signifie que les médecins prescripteurs n'ont pas été spécifiquement à cette prise en charge.

A contrario, en Belgique, au Danemark, en Allemagne, en Irlande, au Luxembourg, en Autriche et en Norvège, seuls les médecins spécifiquement formés ou habilités sont autorisés à en délivrer. Certains états limitent le nombre de patients pris en charge par praticiens.

Ce qui aboutit à des situations telles que l'on peut obtenir un traitement de substitution dans la journée en France et que le délai moyen d'attente est de trois ans en Grèce.

En matière de politique commune européenne, ce sont souvent les politiques antidrogues qui semblent retenir l'attention. Néanmoins, le débat apparaît de plus en plus consensuel notamment dans son nouveau plan d'action 2009-2012 qui se veut « pragmatique, déterminé et ciblé » Cette

⁴ Consultable sur http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_33997_EN_Insight3.pdf

⁵ <http://www.emcdda.eu/best-practice/teatment>

approche trouve sa traduction à travers trois axes : le prévention des décès liés à la drogue, le travail mené dans les prisons et l'amélioration de la qualité des traitements⁶.

Le rapport européen 2009 met en avant la pauvreté de l'effet dissuasif de la réponse répressive malgré une utilisation de plus en plus fréquente et visible dans certains pays. Il note que les avancées les plus remarquables ont été faites en matière de traitement de substitution. On peut estimer qu'environ 650 000 personnes sont en traitement de substitution aux opiacés en 2007 pour un nombre total de consommateurs problématiques d'opiacés estimés entre 1,2 million et 1,5 million. L'Europe de l'est contribue très peu hélas à ces résultats. L'intérêt pour la santé publique dans le domaine de la toxicomanie devient primordial. L'UE a demandé que le droit à la santé soit l'élément clé de la nouvelle politique anti drogue et que cette dernière soit basée sur des preuves scientifiques.

En matière de prévention, peu de programmes de prévention universelle sont efficaces. Les quelques programmes qui ont fait la preuve de leur efficacité font l'objet d'une étude en Europe baptisée « EU-Dap »⁷. Ces programmes sont basés sur l'approche globale de l'influence sociale qui associe la formation sur le savoir-être à un enseignement normatif et sur l'acquisition de connaissance sur les substances. Les programmes de prévention sélective et ciblée semblent trop récents et surtout trop rares pour être évalués.

Les campagnes médiatiques de masse concernant une substance paraissent peu productives et ont quelquefois des effets non escomptés faisant que des personnes ne s'intéressant pas à une drogue ont indiqué leur intention de la consommer. On peut citer par exemple la campagne écossaise sur la cocaïne « Know the score » (OEDT 2007 a).

4. Intérêts et limites

Il existe pour la France une conférence de consensus sur les traitements de substitution, qui a eu lieu sous l'égide de l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) les 23 et 24 juin 2004 à Lyon⁸.

Elle évalue les effets de ces traitements huit ans après leur apparition.

- Décès par surdoses à l'héroïne : 5 fois moins entre 1994 et 2002.
- Grossesse : 3 fois moins de prématurité.
- Patients « injecteurs » : 6 fois moins entre 1995 et 2003.
- De 1996 à 2003, près de 3 500 vies ont été sauvées. Le résultat du calcul a posteriori des coûts épargnés en 1997 par la politique de substitution de la dépendance aux opiacés est de 595 millions d'euros (- 27 % du coût de la consommation de drogues).
- Situation sociale : 50% des patients ont une meilleure situation sociale.
- Infractions à la législation des stupéfiants (ILS) concernant l'héroïne : 3 fois moins entre 1995 et 2003.
- Point de vue des usagers : Trois patients sur 4 estiment « s'en être sortis » ; plus de 2 sur 3 déclarent une meilleure qualité de vie.

Longtemps invisibles, les usagers viennent dans les centres de soins. Un des premiers résultats de ces mesures fut l'adhésion massive de ces patients réputés à risque aux traitements et aux programmes proposés. L'objectif initial d'enrôler un peu plus de 20 000 patients en phase de plateau fût atteint dès la fin de l'année 1996. Il était de 90 000 en 2000. A l'heure actuelle on estime que près des 2/3 des usagers de drogues est traité par TSO soit un peu plus de 100 000 personnes dont une grande majorité est suivie par la médecine de ville.

Les pharmaciens deviennent des « acteurs de santé de première ligne » avec les seringues et la substitution. Les usagers peuvent mieux suivre les traitements contre le VIH, VHC et autres. Les

⁶ http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_93236_FR EMCDDA_AR2009_FR.pdf

⁷ <http://www.eudap.net>

⁸ Le texte intégral de cette conférence de consensus est consultable sur le site de l'ANAES : www.anaes.fr

relations deviennent moins conflictuelles avec les services sociaux, judiciaires, police...Les usagers se revendiquent citoyens comme les autres et prennent en main leur prévention (association d'auto-support ASUD.).

Les contaminations VHC restaient élevées en 2008 aux alentours de 40% malgré une diminution dans certains groupes en particulier chez les plus jeunes⁹ (Le taux de séropositivité des UD variait avec l'âge : 7% des moins de 30 ans vs 80% des plus de 45 ans étaient infectés). Les usagers de drogues ne représentent plus que 2% des séropositivités au VIH en 2008.

Alors que les résultats positifs de ces mesures ne furent reconnus que tardivement (2004), les effets négatifs furent par contre rapidement stigmatisés tels les décès par surdose de BHD (Reynaud, 1998) ou les détournements de son utilisation (marché noir, nomadisme médical) et mésusage (injection et sniff au détriment de la voie sublinguale).

S'agit-il toujours de représentations sociales ou y a-t-il de véritables raisons à ce que l'on peut appeler un autre « paradoxe français » qui voit un système envié par d'autres pays, non reconnu et apprécié chez nous ? La médicalisation de ces sujets a-t-elle été si facile à digérer par les différents acteurs ? Quels sont les faits ?

La BHD a fait l'objet de nombreuses attaques alors que l'on reste pudique sur la mortalité par méthadone. Si on analyse les différentes publications sur le mésusage par exemple, on s'aperçoit qu'elles cherchent systématiquement à minimiser le rôle bénéfique au détriment des possibles dérives. On parle de recours à l'injection et non pas de fréquence d'injection par exemple. On évoque le détournement (Obadia, Vidal-Treccan, 1998) pour obtenir plus de produit alors que la dose moyenne prescrite est rarement évoquée. On n'évoque jamais l'aspect possiblement récréatif de l'usage de drogues alors qu'il est bien défini et même valorisé socialement pour l'alcool.

D'autres publications vont s'attacher à décrire mieux les interrelations complexes qui existent entre un médicament, l'utilisateur et le soignant (Courty, 2003). Celles-ci montrent le plus souvent que les mauvaises pratiques sont corrélées avec un défaut de prise en charge par les assurances sociales ou du thérapeute alors que la rencontre avec ce même thérapeute est identifiée comme étant le facteur essentiel favorisant l'accès aux soins (Courty, 2009). Le manque de formation des médecins est clairement identifié comme un facteur aggravant alors qu'une formation adaptée diminue rapidement le mésusage et le nomadisme (Moatti, 1998).

Sur le plan des maladies virales, si l'on a tendance à considérer de plus en plus l'infection à VIH comme une maladie chronique dans les pays occidentaux, de nombreux patients pourraient accéder au traitement de leur hépatite C et ne le sont pas ; Pourtant les usagers de drogues par voie intra veineuse sont infectés par un génotype plutôt plus accessible au traitement et la plupart d'entre eux pourraient être définitivement guéris ; Or, là encore, malgré les équipes pluridisciplinaires, les réticences à traiter semble émaner des médecins plus que des patients.

Chacun semble jouer sa partition chacun dans son coin en pensant détenir la vérité mais personne ne semble plus vouloir de consensus. Comment se sortir de cette impasse ?

5. La dépendance majeure aux opiacés : un état chronique ?

La question vive qui peut structurer ce débat est la suivante : Alors qu'il existe des avancées considérables en matière de santé publique, comment se fait-il que cette politique ne soit pas valorisée alors qu'elle pourrait être le modèle de la prise en charge des maladies chroniques ?

Pourquoi le soin aux usagers de drogues continue-t-il d'être délaissé ? La consommation reste considérée comme un vice, une activité illégale et non pas comme une maladie. Pourtant, nous avons vu que la médecine basée sur des preuves d'une part et l'implication des usagers qui ont été capables de modifier leur comportement a permis ce changement.

⁹ Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n° 37 du 6 octobre 2009

Ce changement que les usagers de drogues et les soignants impliqués ont été capables de faire correspond à un véritable changement de paradigme. Il a entraîné des changements de comportements tels que les UD ont été capables de s'impliquer dans des traitements et par leur attitude responsable ne plus partager leurs seringues usagées quand ils avaient le choix.

Il faut passer de l'idée de sevrage comme rédempteur et salvateur à celle de substitution entachée de défaitisme puisque cette situation reste vécue comme un pis-aller de donner de la drogue aux drogués. Se pose-t-on la question de l'utilisation de l'insuline chez le diabétique ?

Ces représentations sociales concernant les opiacés, nous les retrouvons en France de la même façon dans l'utilisation des opiacés dans le traitement de la douleur. Malgré des actions menées depuis une quinzaine d'années, continuent de régner une sous-utilisation de ces produits. En effet, continue de planer le mythe de devenir toxicomane si l'on reçoit trop d'opiacés. Ce mythe n'est qu'un mythe. Par contre, on sait que si l'on ne traite pas efficacement la douleur, notre corps garde en mémoire cette souffrance et que par exemple, dans les suites d'une intervention chirurgicale, les suites se passent mieux si vous ne souffrez pas. Il n'y a pas si longtemps que l'on systématise avant les soins l'usage de pommades anesthésiantes chez les enfants qui ne pouvaient pas exprimer leur douleur autrement qu'en pleurant ou pire en entrant dans des états de prostration totale. L'enfant était sensé ne pas souffrir.

Une des façons de combattre les représentations sociales est probablement d'appliquer des modèles scientifiquement validés c'est à dire dans notre exposé considérer la dépendance majeure aux opiacés comme un état chronique. Nous employons à dessein le terme d'état ou de condition car en l'état actuel de nos connaissances, il peut encore s'envisager des évolutions vers la sortie de la maladie. Les guérisons de l'hépatite C dans un grand nombre de cas sont là pour nous le rappeler.

C'est ce modèle qui tend à s'imposer comme standard international à l'heure actuelle. En effet, il paraît le plus opérant pour expliquer les rechutes entrecoupant les périodes d'accalmie ; d'autre part, le traitement au long cours authentifie l'aspect médical avec de surcroît des explications neurobiologiques validées. La médecine basée sur les preuves est de plus en plus utilisée pour justifier les politiques publiques comme le prouve un livre récent d'un groupe d'experts internationaux (Drug Policy and the public good, 2010).

Si l'on admet alors que nous avons à faire à un état chronique, le champ de l'éducation thérapeutique peut advenir car c'est dans ces domaines (diabète, asthme, etc.) que s'est implantée cette pratique. Elle nécessite l'implication de tous les déterminants (thérapeutique, patient, soignant) afin de viser l'amélioration de la qualité de vie des usagers.

- Les progrès thérapeutiques ont amené un mieux être indéniable dans la substitution et le soin des maladies virales (Randl, 2009). On enregistre également de nets progrès dans les prises en charge des comorbidités psychiatriques (nouveaux antidépresseurs et neuroleptiques atypiques mieux tolérés)
- Les usagers de drogues ont modifié notablement leurs comportements autrefois jugés irresponsables en intégrant les programmes de soins et d'échange – récupération de seringues.
- Le troisième acteur, souvent le médecin que nous appellerons soignant ou éducateur pour la santé semble encore à la traîne. L'absence de formation initiale dans ce domaine et le peu d'intérêt pour une formation spécifique semblent être des notions clés dans ce tableau. On s'aperçoit alors que c'est le principal facteur limitant de la prise en charge. Pourtant, et c'est ce que nous appelons, un autre paradoxe français, ce sont des médecins non formés qui font tourner le système.

Faut-il chercher les réticences des médecins à soigner ces patients à cause de l'aspect illégal de la prise de drogues ? Comme dans le cas de la douleur, on reste imprégné de la notion de souffrir pour guérir (Mialou, 2010). Faut-il aussi y voir la difficulté des médecins à

abandonner une fois de plus leur toute puissance à guérir tout de suite au détriment d'une prise en charge de longue durée ?

Quelles peuvent être les propositions de nature à faire évoluer ce système ?

6. Perspectives et conclusions

Quelle peut être la place de l'éducation pour la santé ? L'adaptation permanente du soignant à la demande du soigné dans un partenariat vraiment interactif autour des compétences des deux côtés ne peut se faire que dans un réel effort de formation des thérapeutes non seulement à des connaissances nouvelles mais à un autre rapport à la souffrance de l'autre.

Par exemple, la réduction du mésusage de BHD passe par l'adaptation des posologies. En effet, si le médecin qui prescrit est souvent bien investi par son patient, il prescrit souvent avec des réticences. Il lui semble que s'il prescrit trop, il va être responsable de la chronicisation de son patient. Les usagers, en miroir, vivent mal les réticences des soignants et au lieu d'une confiance mutuelle s'instaurent de nouveau des rapports basés sur la méfiance. La connaissance de la bonne dose permet de changer les attitudes. Parce que le patient ne ressent plus le manque, il ne prend plus de drogues et n'a pas envie de s'injecter son traitement. Se pose-t-on la question de la dose quand il s'agit de prescrire un antibiotique ? On prescrit la dose efficace même si on oublie souvent de dire qu'il est important de prendre le traitement pour la durée prescrite. Cette façon d'agir dans l'implicite montre bien les difficultés du monde médical à fonctionner face aux maladies chroniques. C'est à dire à revoir son rôle dans le champ du soin.

Le rôle du médecin n'est plus seulement celui du sauveur immédiat face à la maladie. La perte de la toute puissance du savoir médical mise à mal par une meilleure information des patients par eux-mêmes et grâce au groupe d'usager fait du médecin un partenaire. Cela nécessite d'accepter que les patients aient besoin d'un traitement de longue durée. Cela ne semble facile ni pour les usagers ni pour les soignants. Il faut admettre aussi que nous sommes dans le registre du soin et non plus dans le registre de l'illégalité ni du traitement de confort d'une conduite à risque.

Même s'il s'agit d'un état chronique, il va falloir aussi s'adapter à des patients de plus en plus jeunes qui non seulement ont un cerveau en voie de maturation mais sont également en quête identitaire. Il convient là aussi d'être les accoucheurs attentifs de ce travail en orientant, accompagnant et non pas en imposant ou ordonnant.

L'échange, l'acceptation des différences et des attentes doivent être la préoccupation des soignants devenant ainsi des éducateurs thérapeutiques. Car, même si les patients ont des compétences, on a vu que le médecin était le pivot de l'accès aux soins dans notre système de santé. Il semble que néanmoins, ce soit eux les plus difficiles à « éduquer ».

De même, les actions en matière de prévention doivent viser d'abord le bien-être des jeunes et leur information plutôt que de ressembler à des campagnes de publicités au ton démagogique. Des actions ciblées concernant certains groupes d'usagers peuvent envisagées en tant qu'elles ont fait la preuve de leur efficacité.

C'est pourquoi, nos travaux futurs s'orientent vers la constitution d'un groupe de travail international sur le curriculum minimum à proposer pour les médecins prescripteurs. En direction des acteurs de la réduction des risques, nous allons continuer de travailler sur le savoir minimum à acquérir en formation dans les suites d'un travail de master 2 que nous avons codirigé sur ce sujet (Marcillac, 2010).

Reste alors le plus difficile, convaincre le politique que ces notions sont les pré requis d'une bonne pratique clinique et qu'elle doit s'intégrer dans la formation professionnelle ou dans l'acquisition d'une formation continue non obligatoire mais qui donnerait lieu à l'établissement d'un certificat que les médecins pourraient afficher dans leur cabinet, les patients sachant si le professionnel a été

formé ou pas. On peut également envisager que chaque médecin ne puisse voir qu'un nombre limité de patients dans ce domaine garantissant ainsi la qualité du soin.

Ces propositions semblent aujourd'hui du domaine de l'utopie mais nous pensons que ce modèle éminemment éducatif, s'il peut s'appliquer aux usagers de drogues doit pouvoir d'adapter sans mal à toutes les autres maladies chroniques. C'est tout l'enjeu de l'avenir des interrelations patient/éducateur pour la santé et d'un changement radical de notre approche du soin. Imaginons encore plus difficile. Pourrons-nous poser un jour une fois la question du soin réglée celle de l'usage récréatif des drogues y compris de l'héroïne ?

7. Références et bibliographie

- Conférence de consensus sur les traitements de substitution aux opiacés, Lyon (2004) (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/TSO_court.pdf)
- Courty, P. (2003). Buprénorphine haut dosage (Subutex®) et pratique d'injection : A propos d'une enquête auprès de 303 personnes. *Annales de Médecine Interne – Supplément Médecine des Addictions*. 154, Hors série I, IS46- IS50
- Courty, P. (2005). Prescrire la substitution aux opiacés : de l'illégalité à la banalité. *L'Information Psychiatrique*. 81 : 409-15.
- Courty, P. (2005). *Intervenir en Toxicomanie*. Paris, La Découverte.
- Courty, P. (2009). Use and abuse of High Dosing Buprenorphine (HDB) obtained without prescription: a French survey. *Heroin Addict Relat Clin Probl*. 11(1): 23-30.
- Drug policy and the public good: a summary of the book (2010) *Addiction*. 105, 1137–1145
- Marcillac, A. (2010) Les compétences des acteurs de la réduction des risques: de la formalisation à l'évaluation. Mémoire de Master 2 Sciences de l'éducation Montpellier 3 soutenu le 25/06/2010
- Mialou, M. Kauffmann, J. Richard, B. Llorca, P.M. Courty, P. Authier, N. (2010). Stratégies antalgiques et médicaments de substitution aux opiacés. *Le Courrier des Addictions*. 2 (12). 24-26
- Moatti, J. P. Souville, M. Escaffre N., Obadia Y. (1998). French general practitioners' attitude toward maintenance drug abuse treatment with buprenorphine. *Addiction*. 93 1567-1575.
- Obadia, Y. Perrin V. Feroni, I. Vlahov, D. Moatti, J. P. (2001): Injecting misuse of buprenorphine amongst French drug users. *Addiction*. 96 267-272.
- OEDT (2007a), Rapport annuel 2007: l'état du phénomène de la drogue en Europe, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- O'Hare, P. (2007). Merseyside, the first harm reduction conferences, and the early history of harm réduction. *Int J Drug Policy*, Vol 18, 2, 141-144
- Peretti-Watel, P. Moatti, J.P. (2009) *Le principe de prévention : Le culte de la santé et ses dérivés*. Paris, Le Seuil Coll. La république des idées.
- Randl, K. Courty, P. Dubost, S. Boyé, A. Harrand, A.M. Chakroun, N. Dalla Zanna, C. Abergel, A. (2009). Une prise en charge multidisciplinaire est-elle suffisante pour inciter les usagers de drogue sous traitement de substitution aux opiacés à traiter leur hépatite chronique C? *Gastroenterol Clin Biol*. 33:86.
- Reynaud, M. Tracqui, A. Petit, G. Potard, D. Courty, P. (1998). Six deaths linked to misuse of buprénorphine-benzodiazépine combinations. *Am J Psychiatry*. 155 (3): 448-9.

Reynaud, M. Petit, G. Potard, D. Courty P. (1998) Six deaths linked to concomitant use of buprenorphine and benzodiazepines. *Addiction*. 93 (9): 1385-92.

Vidal-Trecan, P. Boissonas, G. (2001). *Usagers de drogues injectables et buprénorphine haut dosage: Analyse des déviations de son utilisation*. OFDT, Paris.