

## DES RÉSULTATS REMARQUABLES

*Les traitements de substitution ont joué un rôle déterminant dans l'amélioration des résultats globaux de la politique des drogues à partir de 1994. Ces résultats sont d'autant plus étonnants que la buprénorphine n'est pas le meilleur médicament pour une prescription large. Il y a bien des détournements sur le marché noir, des injections et des consommations associées à des benzodiazépines, mais l'amélioration de la santé et de l'insertion est indiscutable pour plus des deux tiers des patients en traitement. Ces résultats ont été obtenus grâce à l'extraordinaire mobilisation des réseaux de médecins, à l'alliance avec des équipes de réduction des risques et à la qualité des relations entre médecins et usagers. Si puissantes que soient les molécules, elles n'ont pas ce pouvoir magique d'agir par elles-mêmes.*

### Les deux sons de cloche

Dans la baisse de la mortalité par overdoses, dans l'accès au traitement du VIH, la substitution a joué un rôle clé ; sans elle, l'accès aux soins des héroïnomanes était illusoire. Or la France a deux caractéristiques en la matière : ce sont les médecins généralistes qui ont accueilli et soigné ces patients et ils l'ont fait avec un médicament, le Subutex, qui traite plus de huit patients sur dix. Les résultats que nous avons obtenus ne manquent pas de surprendre nos voisins européens. Nous avons choisi une prescription large de la buprénorphine avec le Subutex en contradiction avec les propriétés de cette molécule. La buprénorphine est généralement considérée comme une molécule bien adaptée à des usagers relativement peu dépendants, qui ont renoncé

à la consommation d'héroïne et à l'injection et qui ne recherchent plus l'ivresse ni même le confort de l'opiacé. Ce serait donc une molécule bien adaptée pour les traitements dits « à haut niveau d'exigence », où les patients sont en mesure d'être abstinents. Or il est peu probable que le plus grand nombre parvienne à l'abstinence. Le Subutex n'est-il pas associé aux benzodiazépines ? N'est-il pas injecté ? N'est-il pas détourné sur le marché noir ? Interrogeons nos voisins, surpris ou même suspicieux. Les études présentées dans les conférences internationales sont toutes subventionnées par le laboratoire Schering-Plough. Y a-t-il des études indépendantes avec d'autres méthodologies ? nous demandent-ils. De fait, pour ce qui concerne le suivi des patients, le laboratoire subventionne presque toutes les études. Ce n'est pas dire qu'elles soient biaisées ; les études indépendantes menées par les caisses d'assurance maladie aboutissent aux mêmes résultats. Si certains peuvent être discutés – c'est en partie le cas de l'injection –, une part n'est pas contestable<sup>1</sup>. De quatre de ces études, on peut conclure que :

- 1) la consommation d'héroïne diminue en moyenne de 70 % ;
- 2) le suivi est régulier pour, en moyenne, 70 % des patients ;
- 3) les patients ont accès aux traitements somatiques, principalement du VIH, les progrès étant nettement plus lents pour l'hépatite C.

Amélioration de la santé et de l'insertion des deux tiers des patients, c'est ce que constatent les médecins et ce sont précisément les résultats qui les ont convaincus de l'utilité de ce traitement. Pour une part, la démonstration est difficile à faire puisqu'il est impossible de répondre à la question « Que se serait-il passé pour ces patients sans traitement ? ». La baisse de la mortalité, par exemple, exige une comparaison avant/après, impossible à démontrer sans une mobilisation importante de moyens. C'est seulement en 1997 qu'une recherche a pu démontrer qu'elle est en moyenne de 75 % avec la méthadone. Pour la délinquance, cette comparaison avait été menée ; dans la recherche de Ball et Ross, la réduction est de 79 %. Sur la base des études menées auprès des patients en traitement par le Subutex, nous obtenons des résultats tout à fait comparables.

1. Méthodologie et résultats ont été discutés dans le rapport de l'INSERM (LERT F., *Évaluer la mise à disposition du Subutex...*, *op. cit.*). Les études que nous avons retenues sont : « SPESUD », *Ann. Med. Interne*, 152 au n° 3 IS26-IS36, 2001 ; « Comparaison entre quatre réseaux de soin », *Ann. Med. Interne*, 151 suppl. B5, 2000 ; « Le programme OPPIDUM », *Ann. Med. Interne*, 151, suppl. A10-A17, 2000 ; « Réseau ville-hôpital Vaucluse », *La Revue du praticien, Médecine générale*, n° 442, 14 décembre 1998. Nous avons aussi retenu la synthèse des études menées dans le cadre de l'Assurance maladie (22 études), « Faits marquants », Assurance maladie, Éditions 2001. Nous avons confronté les résultats à l'étude menée par AIDES auprès des usagers, *Attente des usagers de drogues concernant les traitements de substitution : expériences, effets recherchés, effets redoutés*, rapport final, 2001.

Les observations ou recherches menées dans la rue, en prison, dans les boutiques auprès d'usagers actifs donnent de tout autres résultats. Le rapport TREND, fondé sur l'observation d'équipes qui interviennent en milieu urbain, constate que, dans la rue, le Subutex est plus disponible, plus accessible et meilleur marché que l'héroïne<sup>2</sup>. Le Subutex peut être consommé occasionnellement, en cas de manque ; il peut être associé à d'autres drogues ou à des médicaments pour rechercher l'ivresse ; il peut aussi être utilisé pour apaiser les descentes de psychostimulants, cocaïne, amphétamines, crack ou ecstasy. Certains jeunes consommateurs de Subutex n'ont pas pris antérieurement d'héroïne. Enfin, le Subutex peut être employé sous forme de sniff ou être injecté. Dans les programmes d'échange de seringues, près de deux usagers sur trois s'injectent du Subutex.

Des recherches qualitatives, comme celle qui a été menée dans la boutique de Marseille, observent par ailleurs une prise de risques liée à l'injection de Subutex. Les abcès sont nombreux ; ils seraient particulièrement dangereux du fait de l'amidon enveloppant le comprimé. La pratique de l'injection du Subutex est souvent compulsive ; les dangers sont redoublés par l'injection de cocaïne, dont l'usage peut être associé à la buprénorphine. Le partage du matériel, comme le partage des seringues, est observé dans la rue comme en prison. Aussi ces recherches concluent-elles à l'augmentation des risques<sup>3</sup>.

D'autres prises de risques sont liées à la consommation de benzodiazépines que les usagers associent au Subutex, le produit ne suffisant pas à faire face aux états dépressifs ou à l'anxiété. Les risques sont graves ; ils peuvent être mortels. Vingt cas de décès sont relevés en 1998 où Subutex et benzodiazépines ont été retrouvés<sup>4</sup>. En d'autres temps, les décès par méthadone ont suffi à restreindre l'accès à ce traitement. Il y a bien eu dans la presse quelques articles dénonciateurs. « Le piège mortel du médicament pour drogués », avait titré *France-Soir*, et *Charlie Hebdo* avait renchéri : « Massacre au Subutex<sup>5</sup> ». Les résultats,

2. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, *Tendances récentes. Rapport TREND*, mars 2000.

3. HARO J., « De l'héroïne à la cocaïne, les risques ont-ils été maîtrisés ? L'expérience ethnographique », art. cité ; BOUHNIC P., JACOB E., MAILLARD I., TOUZE S., 1999, « L'amplification des risques chez les usagers de drogues, prison, polyconsommation, substitution, les "années cachets" », *RESSCOM*, juin 1999.

4. TRACQUI *et al.*, « Overdoses mortelles par opiacés et opioïdes expérimentés à l'Institut de médecine légale de Strasbourg : à propos de 302 observations (1991-1997) », *Journal de médecine légale, droit médical*, 42 (1), 1999, p. 3-10. Voir *Subutex, résultats* dans glossaire.

5. Voir aussi l'article du *Figaro* du 9 juin 1998, « Décès sous Subutex. Les traitements de substitution tuent autant que la drogue consommée. Notre politique est un échec », P. RENAUD TROUVE et MYARD.

attestés par des évaluations nationales, ont interdit une prise de décision à l'emporte-pièce. Il y avait bien mauvais usage ; encore fallait-il mettre en balance risques et bénéfices.

## Le tiers exclu

Détournement dans la rue et mauvais usage d'un côté, patients en grande part stabilisés en médecine de ville de l'autre, manifestement, on n'obtient pas les mêmes résultats selon le point de vue de l'observation. C'est aussi que les patients en médecine de ville et les usagers dans la rue ne sont pas exactement les mêmes : en moyenne, les patients de médecine de ville sont nettement mieux insérés que les usagers qu'on peut rencontrer dans la rue ou dans les boutiques<sup>6</sup>.

Dans la rue, dans les programmes d'échange de seringues ou encore dans les centres de soins, voire dans les services d'urgence hospitalière, on observe précisément les patients en échec dans la médecine de ville ; ceux qui vont bien ne traînent pas dans la rue et ne fréquentent pas les programmes d'échange de seringues.

Au regard des études de suivi des patients, on peut considérer qu'environ les deux tiers sont stabilisés ; c'est en tout cas le pourcentage des patients qui suivent régulièrement leur traitement avec une posologie adaptée et un médecin de référence. Ce sont également les résultats obtenus par AIDES dans l'étude menée auprès des usagers : les deux tiers des patients reconnaissent avoir tiré un bénéfice des traitements de substitution. Deux tiers des patients « stabilisés » ne signifie pas deux tiers de patients heureux. Six sur dix des usagers interrogés par AIDES en 2001 sont satisfaits ou très satisfaits des traitements. C'est un résultat tout à fait honorable ; restent néanmoins trois ou quatre patients sur dix pour lesquels l'offre actuelle de traitement est insatisfaisante. La solution de facilité qui a été adoptée jusqu'à présent consiste à abandonner cette part marginale (à laquelle il faut ajouter ceux qui, dans la rue, achètent le médicament au marché noir). De mon point de vue, c'est une erreur, pas seulement en termes humanistes ; elle dévalorise le médicament alors que les représentations sont un des déterminants de sa réussite. Que, dans la rue, le Subutex n'ait pas bonne presse n'a rien d'étonnant ; les produits y sont jugés sur leurs effets plus ou moins euphorisants et ce médicament a précisé-

6. À titre d'exemple, 14 % des utilisateurs des programmes d'échange de seringues ont un emploi ; en médecine de ville, les taux d'emploi varient de 48 % à 55 % selon les études.

ment pour ambition de les neutraliser, mais la mauvaise réputation du Subutex dans la rue retentit sur tous ceux qui, praticiens ou chercheurs, sont en relation avec des usagers actifs ; elle alimente les résistances traditionnelles aux traitements de substitution qui resurgissent régulièrement. Car si les médecins ont pu constater par eux-mêmes l'efficacité de ces traitements, il n'en est pas de même de l'opinion publique. Le tiers exclu est précisément le tiers visible, celui qui fait scandale et qui est à l'origine des troubles de voisinage comme il est à l'origine de la diffusion des prises de risques. En excluant ses marges, la politique de santé perd sa crédibilité.

## Le contrôle délégué à la pharmacologie

Les usagers qui réclamaient la palette des traitements n'ont pas été entendus. Le choix français de privilégier le Subutex a d'abord été un choix idéologique qu'*ASUD Journal* résume dans un titre : « La substitution par défaut. » Le succès « foudroyant », écrit le journaliste, a été bâti sur les « frilosités nationales ». (*ASUD Journal*, n° 4, printemps-été 1998). C'est parce que le Subutex ne devait procurer aucun plaisir qu'il a été accepté. La confiance dans les propriétés pharmacologiques du produit était telle que les contrôles imposés à la méthadone n'ont pas été jugés utiles. Le produit ne pouvait être détourné puisqu'il ne provoque pas de plaisir ; ses propriétés pharmacologiques font qu'il ne peut être associé à la consommation d'héroïne sans risquer de provoquer de violentes crises de manque. Le contrôle du traitement a donc été confié à un gardien qui ne connaît pas de défaillance : la pharmacologie. Ce calcul s'est révélé inopérant. La buprénorphine, antagoniste, a aussi des effets agonistes, c'est-à-dire des effets semblables à l'héroïne que ressentent ceux qui ne sont pas dépendants d'un opiacé. C'est le cas des plus jeunes qui la sniffent. Ceux qui sont dépendants ont simplement ajouté des produits qui leur procuraient ce qui manque à la buprénorphine, le flash, avec l'injection de cocaïne, les benzodiazépines pour apaiser l'anxiété ou pour obtenir des effets d'ivresse. Encore une fois, le médicament ne peut supprimer le désir d'ivresse. Les propriétés pharmacologiques peuvent contribuer à favoriser des changements lorsqu'ils sont souhaités par l'utilisateur ; ils ne peuvent se substituer à ses choix.

Il y a bien des usagers qui ont tiré les plus grands bénéfices du traitement par le Subutex, et la grande accessibilité du traitement a été un facteur clé de la réussite des années 1994 à 2000. Il reste, à l'expérience clinique, une part des usagers qui se stabiliseraient mieux avec un

traitement méthadone. C'est ce que disent indirectement les usagers sous méthadone et sous Subutex interrogés par AIDES. Sous Subutex, la satisfaction des usagers est un peu inférieure à celle des usagers sous méthadone. Plus euphorisante que le Subutex, la méthadone est une meilleure alliée pour lutter contre la dépression et pour surmonter le désir du flash. Ou pour renoncer à l'injection. Abus de benzodiazépines, injection compulsive et abcès plaident également pour améliorer l'accès à la méthadone. Le blocage est en partie réglementaire. En limitant la mise en œuvre des traitements méthadone aux centres spécialisés en toxicomanie, la réglementation a limité le nombre de patients en méthadone ; il faudrait aujourd'hui revoir cette réglementation, mais sans doute faut-il aussi revoir les pratiques cliniques. En 2000, on évalue à environ 10 000 le nombre des patients en traitement par la méthadone, dont 5 000 en centres de soins spécialisés et 5 000 en médecine de ville. La réglementation prévoit que les patients stabilisés soient orientés en médecine de ville. Dans la pratique, cette orientation se fait difficilement ; elle se heurte à deux types d'obstacles, des obstacles cliniques dans la mesure où la relation avec le patient est investie et où la stabilisation est fragile. Elle se heurte aussi aux pratiques traditionnelles de sélection des patients (les centres de soins préfèrent les « bons patients ») et à un manque de relation entre médecins généralistes et spécialistes<sup>7</sup>.

### Les bons résultats sont dus aux bonnes pratiques

Le refus de la méthadone était fondamentalement le refus de « donner de la drogue aux drogués ». Le Subutex n'avait pas cette image puisqu'il était assuré que le médicament ne donnait pas de plaisir. La confusion entre morale et santé est toujours dangereuse, et la prescription large de Subutex aurait pu donner des résultats catastrophiques si les médecins s'étaient contentés de prescrire le médicament sans prise en compte de leurs patients. Or, avec les deux tiers de patients stabilisés, le traitement par le Subutex a obtenu les résultats qui, selon les études américaines, sont ceux des programmes méthadone, sans les contrôles associés à la délivrance de ces médicaments dans les centres.

7. En décembre 1997, lors des rencontres organisées au ministère de la Santé, les acteurs de santé ont déploré le déficit de places méthadone. L'amélioration de l'accès à la méthadone est également préconisée dans le plan gouvernemental de juin 1999. Un rapport remis en février 2002 au ministère de la Santé identifie précisément les obstacles : il préconise d'améliorer la formation, de renforcer les liens entre spécialistes et généralistes, mais n'envisage pas d'élargir les possibilités de prescription de méthadone par exemple aux réseaux de médecins généralistes.

Pour comprendre l'extraordinaire réussite des traitements de substitution en France, il faut aller au plus près du terrain et saisir ce qui se passe entre le médecin et le patient. C'est ce qu'a fait une recherche qualitative portant sur les relations médecin-patient<sup>8</sup>. Elle décrit des relations investies tant par les médecins que par les patients.

Les médecins de cette recherche participent tous activement à un réseau ; ils sont donc particulièrement mobilisés. Leur grande force est de s'être donné les moyens d'un dialogue avec leurs patients. Ils ont accepté que l'usager puisse avoir un autre objectif que le leur, que l'usager vienne d'abord se procurer un produit ; ou encore qu'il vienne « pour décro », pour se sevrer rapidement alors que le médecin a appris que les cures trop rapides sont vouées à l'échec. Ces praticiens ont accepté l'ambivalence de l'usager qui le fait passer d'un objectif à l'autre ; ils ont accepté le désaccord. En médecine de ville, le médecin n'a pas les moyens de contrôle des programmes méthadone, il lui faut consentir à l'autonomie de son patient. L'observance n'est pas un préalable, c'est un résultat que le médecin obtiendra d'autant mieux qu'il sait où en est le patient de sa relation au produit. Si le médecin peut accepter les désaccords ou, du moins, les ambivalences, qui sont le lot commun, c'est que les traitements de substitution reposent sur le pari de l'évolution favorable des patients : à plus ou moins long terme, le patient ne peut manquer de s'approprier l'objectif de stabilisation du médecin puisque tel est son intérêt. Les relations médecin-patient dans le cadre des réseaux relèvent d'une évolution générale des relations entre médecin et patient, qui se veulent fondées sur le respect des choix des patients. Dans le domaine de la dépendance comme dans d'autres domaines, le médecin fournit les outils – médicaments, modalités de prescription et soutien relationnel –, il appartient au patient de s'approprier ces outils en fonction de ses choix.

Tous les médecins ne sont pas compétents et il y a, bien sûr, des médecins qui, selon la formule consacrée « font n'importe quoi » et par exemple, prescrivent les posologies les plus basses en les associant aux benzodiazépines. Au-delà des erreurs de prescription, tous les médecins ne sont pas entrés dans cette démarche de négociation ; en témoigne l'enquête menée par AIDES auprès des usagers sous Subutex dont 34 % seulement sont satisfaits des relations avec leurs médecins tandis que les autres, faute d'un échange satisfaisant, s'interrogent sur le sens et les objectifs de la prescription. Majoritairement, il s'agit de médecins isolés. Les bonnes pratiques cliniques, décrites précisément

8. LALANDE A. et GRELET S., *Tensions et transformation des pratiques de substitution en ville*, OFDT, 2001.

dans des manuels ou guide-line s'acquièrent dans l'échange avec les collègues. C'est dans ces échanges que se sont élaborés les principes de cette nouvelle clinique fondée en partie sur des connaissances scientifiques en partie sur la connaissance des pratiques et des modes de vie<sup>9</sup>. C'est enfin dans le cadre des réseaux que les médecins ont pu tirer parti des expériences menées conjointement avec les acteurs de la réduction des risques hors du cabinet médical.

Il en est de l'usage de drogues comme de toute pratique sociale. Pour soigner des sportifs, des paysans, des mineurs ou des artistes, il vaut mieux connaître leur mode de vie. La relation duelle médecin-malade ne suffit pas, non que le patient soit un menteur, mais pour comprendre ce qu'il dit, il faut connaître ce qu'il vit. La qualité de la relation duelle dépend de la qualité de l'information du praticien et pas seulement de la qualité de la personne. Il y a dix années maintenant, les pionniers des traitements de substitution se sont aventurés hors du cabinet médical ; ils entendaient alors relever un défi : faire du toxicomane un patient comme les autres. Une question reste entière : comment sont traités les autres patients ? La vieille recette « une maladie – un traitement – un spécialiste » a bien été remise en cause par la santé publique<sup>10</sup>, elle n'en continue pas moins de dominer les pratiques et les représentations.

## Les nouveaux atours de la médicalisation

Avec les traitements de substitution, le piège de cette médecine traditionnelle se referme irrésistiblement. Une maladie, qui est, dans ce cas, la dépendance aux opiacés, un traitement qui, en France, peut être ou la méthadone ou le Subutex, la vieille recette s'est montrée d'une redoutable efficacité. Il y a dix ans, il n'y avait pas de médecins français qui fassent de la dépendance une maladie ; c'est désormais le seul discours autorisé. La conviction commune, qui faisait de la toxicomanie un symptôme et de la psychothérapie le seul véritable traitement, résiste souterrainement. Elle est battue en brèche ; le médi-

9. Outre les publications du laboratoire Schering-Plough, signalons SPCI, *Toxicomanie, guide pratique des réseaux*, 1999. Voir aussi les rencontres cliniques organisées par le REPSUD entre 1997 et 1999, CARPENTIER J., *Des toxicomanes et des médecins*, L'Harmattan, Paris, 2000, ouvrage dont la lecture est aisée et qui illustre bien la diversité des situations.

10. MURARD L. et ZYLBERMAN P., *L'Hygiène dans la santé publique, 1877-1916*, Flammarion, Paris, 1996.

cament triomphe jusque dans ses derniers retranchements. Nombre de thérapeutes étaient persuadés que les bons résultats de la méthadone devaient être attribués à la psychothérapie associée au traitement. À moins qu'ils ne les contestent, les bons résultats obtenus en médecine de ville, le plus souvent sans psychothérapie associée, les laissent sans voix. Est-ce à dire que le médicament agit seul ? Ce n'est pas exactement mon point de vue, même s'il y a effectivement des situations où la prescription se suffit à elle-même. Entre le médicament et la psychothérapie de type psychanalytique, il existe une gamme d'outils dont le soutien que peut apporter un médecin généraliste fait partie<sup>11</sup>. Mais quels que soient les modèles thérapeutiques auxquels se réfèrent les praticiens de la relation, tous s'affrontent aujourd'hui à la toute-puissance du médicament.

Tous les thérapeutes étaient convaincus qu'« il n'y a pas de médicament miracle ». Voilà que la recherche scientifique nous en promet un pour demain qui, nous assure-t-on, s'accompagnera d'une véritable révolution conceptuelle : il aura la capacité de traiter toutes les dépendances, de la cocaïne au tabac<sup>12</sup>. Hier, j'aurais éclaté de rire, je m'en garde bien aujourd'hui. La révolution est déjà en marche avec l'avènement des médicaments psychotropes, qui, dans la psychiatrie comme dans le traitement de la toxicomanie, se sont imposés par leurs résultats, contre les croyances collectives. L'efficacité du médicament psychotrope a quelque chose d'impensable : comment une petite pilule peut-elle agir sur ce que nous éprouvons et même sur ce que nous pensons ? Le bonheur serait-il une question de dose ? Drogue ou médicament, la puissance des psychotropes n'est pas seulement impensable, elle est scandaleuse. La médecine moderne a ses techniques pour exorciser le scandale : le psychotrope a conquis le statut de médicament en passant par la série d'épreuves qui fait le médicament moderne, non sans quelques troubles de la pensée. Si le psychotrope est un médicament comme les autres, alors les maladies mentales sont des pathologies comme les autres. Édouard Zarifian s'est attaché à déconstruire le discours de la science, qui aboutit aujourd'hui à « la dépression est une maladie qui est guérie par un antidépresseur » et

11. On peut considérer que le soutien qu'apporte le médecin relève du *counseling*.

12. Ces recherches sont menées par l'équipe de Pierre Solokoff, de l'INSERM, en collaboration avec l'université de Cambridge. La nouvelle molécule doit agir sur des récepteurs de la dopamine impliqués dans les phénomènes de dépendance, avec pour objectif d'inhiber le comportement de recherche éfrénée de drogues et de diminuer le risque de rechute après sevrage.

dont on nous promet qu'il va aboutir dès demain à « la dépendance est une maladie qui est guérie par un antidépendant ». La méthodologie de la psychopharmacologie, démontre Édouard Zarifian, est une « construction totalement artificielle, fondée sur des compromis, des conventions et bien entendu totalement extrapolée à partir du modèle médical<sup>13</sup> ». La psychopharmacologie n'en poursuit pas moins son chemin.

Hier, les psychotropes ont pu prétendre au statut de médicament en se différenciant des drogues traditionnelles, haschisch ou opium. Aujourd'hui, armée des progrès des neurosciences, la psychopharmacologie est suffisamment puissante pour intégrer des drogues qu'elle rejetait hier ; en faisant de la méthadone un médicament, ou encore, en acceptant de mener des recherches sur le cannabis thérapeutique, elle reconnaît que la coupure entre drogues et médicaments n'était que le produit d'une convention. C'est là une concession politique, c'est aussi une concession épistémologique. Si modeste qu'elle apparaisse, elle sape indirectement l'édifice qui fabrique le médicament. Ce qui différencie le médicament moderne du remède des charlatans ou du philtre des sorcières, c'est sa capacité à mettre à distance la subjectivité humaine, celle du chercheur, celle du praticien et enfin celle du patient. Avec les médicaments psychotropes, les hommes, leurs préjugés, leurs croyances, leurs enjeux et leur subjectivité surgissent à chaque étape de la recherche. Ils interviennent dans le choix de la molécule du candidat médicament ; les uns interviennent sur les indications, c'est-à-dire sur la définition qu'ils donnent de la pathologie, les autres interviennent par leurs choix d'user, d'abuser ou de refuser tel ou tel médicament ; ils interviennent même au cœur de la recherche la plus fondamentale, les effets des médicaments pouvant susciter de nouvelles hypothèses sur les mécanismes d'action. Leur action est passée sous silence : les hommes n'ont pas leur place dans les sciences dures et les chercheurs ont dû inventer le « pouvoir de conférer aux choses le pouvoir de conférer à l'expérimentateur le pouvoir de parler en leur nom<sup>14</sup> ».

Sous mes yeux, j'ai vu la méthadone, drogue de substitution, devenir un médicament. Avec l'autorisation de mise sur le marché (AMM), le produit a fait la preuve de sa fiabilité tandis qu'ont été

13. ZARIFIAN E., *Des paradis plein la tête*, Odile Jacob, Paris, 1994.

14. Cité de Latour B. et Stengers I., in PIGNARRE P., *Puissance des psychotropes, pouvoirs des patients*, PUF, coll. « Science, histoire et société », Paris, 1999.

étudiées la tolérance et la posologie. Chacune de ces étapes a été l'objet d'« après négociations » : « De nouveaux acteurs ont été mobilisés, chimistes, spécialistes de la galénique et de la pharmacocinétique, toxicologues, statisticiens. » Les serviteurs de la chimie n'étaient pas seuls ; la transformation a également sollicité « des journalistes, des juristes, des policiers, des hommes politiques<sup>15</sup> ». Comme acteur de la réduction des risques, je pense avoir joué un rôle actif dans cette transformation, que j'interprète, pour ma part, comme le produit d'une interaction entre usagers de drogues et médecins. Je n'en reconnais pas moins le rôle du médicament, mais la pharmacologie rationnelle n'a pas les mêmes égards avec moi ; elle n'a que faire de mes arguties. Les sciences humaines ne font pas le poids au regard des « vraies » sciences, les sciences fondamentales. Les progrès des nouvelles technologies de la biologie moléculaire parlent d'eux-mêmes. Entre sciences et scientisme, la frontière est mouvante. Convient-il de s'éclaircir les idées ? Dans le domaine des drogues, la confusion présente quelques avantages : la recette « une maladie-un médicament-un spécialiste » fonctionne, elle plaît à l'opinion, les héroïnomanes en tirent les plus grands bénéfices même s'ils n'apprécient pas toujours d'être transformés en malades. Jusqu'à présent, la médecine a été le seul contre-poids à la répression.

La preuve par les résultats est d'une telle efficacité que la médicalisation des toxicomanes a gagné des nouveaux partisans. Des anti-prohibitionnistes, qui dénonçaient hier le pouvoir médical, se sont convertis à la médicalisation et proposent désormais la prescription médicale d'héroïne ou même de cannabis. On tiendrait enfin une réponse qui peut convenir à tous. Tandis que, pour la médecine positiviste, les bons résultats tiennent au médicament, pour les anti-prohibitionnistes, ils tiennent à l'accès au produit. Les uns et les autres ont d'excellents arguments ; chacune de ces deux interprétations reste partielle. Les bons résultats obtenus en France se devraient d'être universels pour le médicament et internationaux pour l'accès au produit (la prohibition étant un système international), ce n'est pas tout à fait le cas. Ceux que nous avons obtenus en France ne sont pas exceptionnels si on compare des cohortes précises de patients, ils sont exceptionnels par leur incidence sur les indicateurs nationaux : baisse des overdoses mortelles et des interpellations. Pour une part, la

15. PIGNARRE P., *Les Deux Médecines, médicaments, psychotropes et suggestion thérapeutique*, La Découverte, Paris, 1995.

démonstration tient au changement brutal des pratiques médicales françaises, alors que les Pays-Bas ou la Grande-Bretagne, qui pratiquent ces traitements depuis longtemps, ont les plus grandes difficultés à établir leur incidence sur les statistiques nationales. En outre, les pratiques n'ont cessé d'évoluer, or elles déterminent en partie les résultats, ce qui indirectement démontre qu'il ne suffit pas de distribuer un produit.

Si la France a obtenu des résultats aussi démonstratifs, c'est que les médecins de réseaux ont investi le traitement, et s'ils ont été convaincus de l'efficacité des traitements, c'est que les patients s'y sont soumis de leur plein gré. Dans la conversion du corps médical comme dans les résultats, le « moment socioculturel » – pour reprendre une formulation qu'utilisent parfois les praticiens – a joué un rôle déterminant. Dans ce cas particulier, le contexte, c'est dix à quinze années dominées par un mode de consommation de l'héroïne. Avec les galères, avec le sida, la dépendance était devenue pesante. Et cependant, la transformation de l'usager d'héroïne en patient ne s'est nullement faite de façon automatique. Dans le nord de la France, à Nanterre, en prison, des chercheurs ont rencontré des héroïnomanes hostiles aux traitements de substitution et fermés à la réduction des risques. Le changement est passé par un processus d'appropriation qui donne un sens aux nouveaux comportements. C'est le travail qu'ont effectué les associations d'usagers mais elles sont loin d'avoir pénétré tous les milieux sociaux où les drogues sont consommées. Il en est de même pour les professionnels du soin, qui peuvent favoriser les changements par la qualité de la relation avec l'usager ; ils peuvent aussi, au contraire, enfermer leurs patients dans des rôles stéréotypés.

Drogues ou médicaments, si puissantes que soient les molécules, elles n'ont pas ce pouvoir magique d'agir par elles-mêmes. L'action des psychotropes dépend en bonne part de la signification que les hommes leur donnent, de ce qu'ils en attendent, de la façon dont ils les utilisent. Les interprétations simplistes sont dangereuses parce qu'elles sont impuissantes à rendre compte des évolutions. Aujourd'hui, les médecins prescripteurs sont sûrs d'eux ; leur pratique est fondée sur un socle de connaissances scientifiques et le traitement a fait ses preuves. Aussi, le traitement se banalise, les médecins hésitent moins à prescrire, ils n'ont plus rien à démontrer. De l'extraordinaire mobilisation, il reste un médicament qui, à lui seul, peut difficilement répondre de façon adéquate aux nouveaux usages : ni les usagers de cocaïne ou de crack, ni les polyusagers n'ont spontanément recours au médecin. Quand ils y ont recours, les résultats sont moins probants, moins susceptibles de convaincre la famille et les proches. Ajour-

d'hui, les bénéfices de la prescription médicale l'emportent sans discussion sur les risques, demain, la prescription de Subutex à un usager qui n'a jamais consommé d'héroïne pourrait faire scandale ; la médicalisation apparaîtra peut-être comme une curieuse illusion dont le sens s'est perdu en chemin. Le balancier du médical au répressif, qui a marqué l'histoire des drogues depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, n'a pas encore trouvé sa position d'équilibre.