

# Des traitements de substitution aux opiacés à la maintenance

Vers une médicalisation et une chronicité  
de la dépendance ?

Quelle place pour les sorties de la  
dépendance ?

Marie Jauffret-Roustide

# Les TSO en France, une histoire contrariée

- Dans les années 80, les réticences face aux TSO sont liées à **la crainte du contrôle social** et au **refus de médicaliser l'usage de drogues** « *Allons-nous transformer les toxicomanes en drogués médico-légaux* »
- Primat d'une **lecture sociale ou psychanalytique** de l'usage de drogues.
- Ces résistances ont donné lieu à un **retard important dans la diffusion des TSO en France** : 1995 pour la méthadone et 1996 pour le subutex.
- Des années 70 aux années 90 : **50 places** dans deux hôpitaux parisiens, Saint-Anne et Fernand Widal, et ce, à titre expérimental, puis au début des années 90, au sein du centre Pierre Nicole, changement de contexte (épidémie de sida).

# Les TSO aujourd'hui, un modèle français

- Reconfiguration depuis le milieu des années 1990 à aujourd'hui : le médicament de substitution est devenu la **norme thérapeutique**.
- Actuellement, la France est **un modèle** en matière de couverture de TSO : l'un des meilleurs taux de substitution au monde, avec **près de 200 000 usagers sous TSO** et **85% des UD** reçus dans les centres de soins et de réduction des risques.
- **Logique de santé publique** au niveau populationnel : réduction des risques, faire baisser la transmission du VIH et des hépatites, en faisant l'hypothèse que le TSO réduira la pratique d'injection.
- **Clinique du soin et de la gestion des addictions** centrée sur la molécule médicamenteuse, **modèle addiction-maladie**.

# Conditions de diffusion des TSO : processus de médicalisation

- **Scandale sanitaire de l'épidémie de VIH** chez les usagers de drogues et la promotion de la **réduction des risques**,
- **Changement de conceptualisation** de l'usage de drogues dit « problématique » : de **toxicomanie (souffrance)** à **addiction (maladie chronique)**,
- Émergence du corps des **médecins addictologues** et montée en puissance des **approches neurobiologiques**,
- Constitution d'un **marché des traitements** de substitution aux opiacés en France, **marketing des laboratoires**,
- **Organisation spécifique du système de santé français** avec l'implication des **médecins généralistes**.

# Succès et limites des TSO

- Le développement de l'addictologie en France a créé une **nouvelle clinique des drogues**.
- Selon ce modèle, certaines formes d'usage de drogues devraient être appréhendées comme une **maladie chronique** comme une autre, avec ses **traitements au long cours** et introduisent la notion de **maintenance**.
- **Les TSO sont un succès en matière de santé publique :**
  - Soulage les douleurs du manque
  - Accès aux soins et prise en charge
  - Diminution du VIH et de l'hépatite C
  - Autonomie vis-à-vis des drogues illicites et sortie de l'illégalité
  - Réinsertion sociale et mise à distance du stigmaté
- Mais quelle est l'**expérience des usagers** sur le long terme ?

# Expérience des TSO et ambivalence

- Dans les années 2000, une recherche d'Anne Guichard (*Sciences Sociales et Santé 2006*) sur l'expérience des TSO a mis en évidence quatre profils dominants :
  1. « *le TSO perçu comme une ressource pour s'en sortir* » inclut une vision positive des TSO et des ajustements tournés vers la **réinsertion**.
  2. « *le TSO vécu comme un traitement de maintenance* » : s'inscrit dans une gestion contrôlée des produits et perception du TSO comme un **médicament**.
  3. « *le TSO vécu comme une drogue légale* » qui implique la poursuite de l'usage d'opiacés voire la transformation du médicament TSO en **drogue**.
  4. « *le TSO perçu comme un produit piège* » où le TSO est alors perçu comme une **transition vers une dépendance plus sévère** que celle expérimentée avec l'usage de drogues illicites.
- **Ambivalence** de l'expérience des TSO : « *de la reconquête de l'autonomie à la spirale de l'échec* »

# Résistances et adaptations des usagers

- Malgré le retard français en matière de diffusion des traitements de substitution dans les années 90, **les usagers vont tenter de s'adapter à la pénurie et de s'auto-substituer en particulier avec des produits codéinés.**
- Depuis la large diffusion des TSO en France :
  - des **stratégies d'intégration du traitement**, acceptation du modèle de l'addiction-maladie chronique.
  - des **stratégies de contournement (marché noir), de diversion du traitement (dosages, injection), de changement de molécule (sulfates de morphine).**
- Ces pratiques souvent appelées mésusage peuvent également être interprétées comme des **stratégies de résistance vis-à-vis de la norme médicamenteuse et de l'imposition du modèle de l'addiction comme maladie chronique.**
- Logiques d'**émancipation.**

# Résistances et adaptations des usagers

- Une partie des usagers tente de négocier une **sortie de la substitution** par une demande d'arrêt du traitement ou la **limitation progressive des dosages**, pouvant entraîner des conflits autour de la norme médicamenteuse entre l'utilisateur patient et son médecin prescripteur.
- Dans les années 1990, au moment où les TSO se sont développés en France, les usagers et les collectifs d'usagers dénonçaient la faiblesse des dosages de méthadone et/ou de buprénorphine imposée alors par certains médecins prescripteurs.
- Actuellement, **renversement de perspective** : émergence de **revendications autour d'une possible diminution des dosages et une volonté d'arrêt/de sortie de la substitution de la part des usagers, crainte du contrôle social.**



# Résistances et adaptations des usagers

- Ces demandes de sortie de la substitution peuvent parfois se **heurter au système de croyances de certains addictologues** qui ont des réticences à envisager l'arrêt du traitement pour les patients, invoquant les risques de rechute voire de décès associés à ces arrêts présentés dans la littérature internationale (logique evidence-based).
- **Tensions entre l'évidence-based medicine et l'expérience du patient.**
- Nombreuses sont les études internationales qui ont mis en évidence **les difficultés du dialogue médecin/usager** : la moitié des usagers déclaraient avoir diminué leur TSO ou envisager une baisse sans en parler à leur médecin et 30% pour le sevrage (AIDES 2001).

# Tensions politiques produites par la médicalisation

- Au niveau politique, focalisation sur les TSO a favorisé le **choix d'un modèle de réduction des risques** neutre et sanitaire dominé par le **registre biomédical** et axé sur la **réponse médicamenteuse**.
- **Succès des TSO** en France, mais parfois réduits à une somme d'instruments sanitaires **déconnectés d'une vision politique** de la réduction des risques.
- **Médicalisation** de la réduction des risques s'accommode avec la **criminalisation** persistante de l'usage de drogues, ne prend pas en compte les facteurs structurels qui accentuent les risques auxquels s'exposent les usagers et est donc moins efficace.

# Tensions politiques produites par la médicalisation

- **Modèle intégrationniste français** tend à opposer réduction des risques et sortie de l'usage, au détriment d'un processus gradualiste qui réconcilie les deux approches.
- Une approche **gradualiste** renvoie à l'idée ouverture → écoute des besoins des usagers, optimisation de la prise en charge des usagers et collaboration avec les professionnels.
- **L'approche gradualiste de la RDR n'envisage pas l'abstinence comme un dogme**, mais simplement comme une possibilité pour les usagers qui le souhaitent dans une optique de **continuum de soins**. Elle favorise le dialogue entre l'utilisateur et le médecin prescripteur.
- **Integrative Harm Reduction Psychotherapy** : modèle gradualiste de RRD en pratique, patients acteurs de leur propre prise en charge, rapprochements entre les professionnels de l'addictologie et les programmes en 12 Etapes (NA).

# Conclusion

- Au niveau épistémologique, la médicalisation de l'usage de drogues tend à produire la domination d'une vision neurobiologique de l'usage qui tend à réduire l'usage à une **maladie chronique** dans laquelle ne se reconnaissent pas tous les usagers.
- Au niveau social, la médicalisation de l'usage se centre exclusivement sur une **logique pharmacologique** tend à **occulter l'importance des dommages liés au contexte social et politique de l'usage de drogues**.
- Au niveau politique, la médicalisation de l'usage ne prend pas suffisamment en considération l'**expérience** et le choix des patients.
- Nécessité d'intégrer les TSO dans une **logique du care** et des **capabilités** : accorder une place centrale à la **vulnérabilité du sujet** mais aussi **aux choix éclairés** qu'il peut faire en l'articulant au **collectif**.
- S'appuyer sur **les ressources des individus** et non uniquement sur des formes d'hétéro-contrôles qui sont perçues comme des injonctions normatives décalées vis-à-vis des attentes des usagers (*Jauffret-Roustide & Granier, Esprit 2017*).