

Rue de Gravelone 5
Case postale 2133
1950 SION 2 Nord

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE

La méthadone : Pour qui ? Pour quoi ?

ou

*Pour quelles raisons la méthadone est-elle
utilisée comme substitut aux opiacés,
en Valais romand ?*

RESUME

La méthadone est un médicament "équilibrateur" synthétisé par deux chimistes allemands à la fin des années 1930. Aujourd'hui, elle est utilisée dans de nombreux pays comme traitement de substitution à l'héroïne, après un long chemin entre les préjugés, les craintes et les doutes. C'est principalement l'arrivée du Sida qui a généralisé son usage à travers un changement de mentalité face à la problématique de la toxicodépendance. Elle est maintenant un plus à la palette d'outils des professionnels de la toxicomanie car il a été largement démontré que c'est un outil efficace.

**MOTS-CLES : OPIACES, HEROÏNE, METHADONE, POLITIQUE SUISSE EN
MATIERE DE DROGUE, TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION,
LIGUE VALAISANNE CONTRE LES TOXICOMANIES.**

REMERCIEMENTS

Un grand merci à toutes les personnes qui ont
contribué à mon travail !

Merci à mes amis, surtout Valentine et Guillaume
pour leur patience, leur soutien et leur indulgence !

Merci à Fabrice pour son amour qui
est une vraie motivation !

Merci à ma marraine pour sa présence depuis
mes premiers jours ! Et à mon petit cousin
adoré pour m'avoir changé les idées...

Et surtout un énorme merci à ma maman que j'aime, sans qui,
comme moi, ce mémoire n'aurait pas vu le jour !

L'amour et l'amitié sont les plus beaux trésors...

Valérie

*“Sommes-nous des fruits ou des légumes
Pour que l'on nous trie au marché de la vie
Les plus beaux, les plus reluisants au premier rang
Les pas mûrs, les tâchés au panier, aux déchets
Mais l'homme parfait n'existe pas
Regarde-moi
L'homme parfait c'est toi et moi
Tout à la fois...”*

Céline “Ensemble au-delà des frontières”

Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leur auteur.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION

La méthadone	Page 1
1.1.1 Aspects chimiques et pharmacologiques	
1.1.2 Utilisation thérapeutique	Page 2
1.1.3 Questionnements	

2. CONTEXTE DE LA RECHERCHE

Page 4

2.1 De l'opium à la méthadone

2.2 La dépendance aux opiacés

Page 9

2.3 L'héroïne

Page 11

2.3.1 Le produit, sa production et son usage	
2.3.2 Pharmacologie	Page 12
2.3.3 Quelques chiffres	
2.3.4 Effets recherchés par les consommateurs d'héroïne	
2.3.5 Personnalité du sujet en situation d'héroïnomanie	Page 13

2.4 La politique suisse en matière de drogues

Page 14

2.4.1 Introduction	
2.4.2 1 ^{er} pilier : la prévention	Page 15
2.4.3 2 ^{ème} pilier : la thérapie	Page 16
2.4.4 3 ^{ème} pilier : la réduction des risques	Page 17
2.4.5 4 ^{ème} pilier : la répression	
2.4.6 Deux initiatives extrêmes	

2.5 Les seuils de prise en charge

Page 19

2.5.1 Les prestations à haut seuil	Page 20
2.5.2 Les prestations à moyen seuil	
2.5.3 Les prestations à bas seuil	

2.6 La situation en chiffres pour le Valais en 2004 concernant la méthadone

Page 21

2.6.1 Qu'est-ce que nous apprennent tous ces chiffres ?	Page 26
---	---------

2.7 Hypothèses

Page 26

La méthadone est utilisée comme traitement de substitution pour éviter les prises de risque néfastes pour la société.

Hypothèse 1

Les cures de méthadone ont plus d'avantage pour la société que pour la personne en traitement. Page 27

Hypothèse 1.1

Une personne dépendante aux opiacés a moins de comportements à risque si elle est sous méthadone.

2.8 Les traitements de substitution

Page 27

2.8.1 Bref historique des traitements de substitution à la méthadone	
--	--

3. DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	Page 30
3.1 Terrain d'enquête	
3.2 Méthode de recueil des données	Page 33
4. ANALYSE DES DONNEES.....	Page 34
4.1 Analyse des données par indicateurs	Page 35
4.1.1 Présentation des indicateurs	
4.1.2 La situation avant que la méthadone ne soit utilisée.....	Page 36
4.1.3 Les raisons de l'introduction de la méthadone en Valais.....	Page 37
4.1.4 La population ciblée par les traitements avec méthadone.....	Page 39
4.1.5 Les avantages d'une prise en charge avec méthadone.....	Page 41
4.1.6 Les inconvénients d'une prise en charge avec méthadone.....	Page 41
4.1.7 La situation si la méthadone est éliminée.....	Page 45
4.1.8 La méthadone comme outils de contrôle social	
4.2 Analyse des hypothèses	Page 46
4.2.1 La méthadone est utilisée comme traitement de substitution pour éviter les prises de risques néfastes pour la société.	
4.2.2 Hypothèse 1 : Les cures de méthadone ont plus d'avantages pour la société que pour la personne en traitement.	Page 47
4.2.3 Hypothèse 1.1 : Une personne dépendante aux opiacés a moins de comportements à risques si elle est sous méthadone.	
4.3 La prise en charge de personnes sous méthadone en Valais	Page 48
5. SYNTHESSES DES DONNEES.....	Page 50
5.1 Pour quelles raisons la méthadone est-elle utilisée comme substitut aux opiacés, en Valais romand ?	
5.2 Limites de la recherche	Page 51
6. PERSPECTIVES ET PISTES D' ACTIONS PROFESSIONNELLES.....	Page 52
6.1 Quelques adresses utiles	Page 55
7. CONCLUSION.....	Page 56
8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	Page 58
8.1 Ouvrages utilisés	
8.2 Ouvrages consultés	
8.3 Publications	Page 59
8.4 Ouvrages encyclopédiques	
8.5 Sites Internet	
8.6 Rapports, brochures et documents internes LVT	Page 60
9. ANNEXES	Page 61

1. INTRODUCTION

La toxicomanie, ce mode de vie assurant à la personne l'ivresse et l'évasion... Ce paradoxe de s'échapper du monde à travers la marginalité et d'être grâce à elle reconnu. En effet, la pharmacodépendance attire, à notre époque, les regards. Bien qu'elle ne fasse plus les grands titres, comme à l'époque des scènes ouvertes en Suisse, elle reste, comme le terrorisme, la pollution, les accidents de la route...un problème majeur auquel le monde se doit de trouver des réponses et des solutions.

C'est justement dans l'une de ces solutions que se fonde mon interrogation. Depuis le milieu des années quatre-vingt, le mot d'ordre en matière de toxicomanie est la "réduction des risques". Intégré à ce concept, on trouve celui des traitements de substitution. La santé publique promeut une forme de dépendance normalisée au travers d'opiacés prescrits médicalement. C'est cette prescription de substitut qui m'interroge. Je ne parle pas ici de la distribution contrôlée de dose d'héroïne mais de la méthadone.

Comment peut-on soigner la dépendance d'une personne en lui prescrivant une autre drogue ? Substituer l'héroïne par la méthadone n'est-ce pas comme changer de chaise à bord du Titanic ?

"L'acceptation d'une croyance n'est-elle pas un couvercle mis sur cette peur, sur cette peur de n'être rien du tout, d'être vide ? Et pourtant un récipient n'est utilisable que lorsqu'il est vide et un esprit qui est rempli de croyances, de dogmes, d'affirmations, de citations est en vérité un esprit stérile, une machine à répétition. "

Jiddu Krishnamurti , philosophe indien¹

1.1 LA METHADONE

La méthadone étant une substance, il n'en existe qu'une définition. Afin d'amener de manière synthétique le plus d'éléments possibles sur le sujet, je me suis basée sur la définition du Dictionnaire des drogues et des dépendances Larousse² et sur le "Que sais-je" La méthadone³ . Cette définition se veut volontairement brève car elle sera complétée au fil de ma recherche.

1.1.1 Aspects chimiques et pharmacologiques

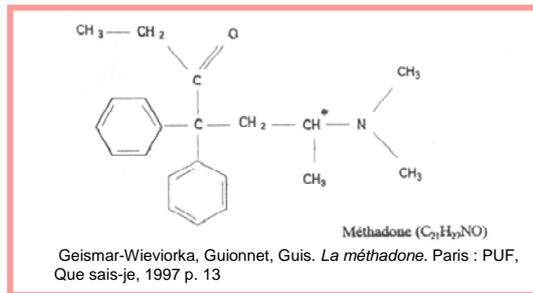
La méthadone est un opiacé de synthèse agoniste⁴ possédant toutes les propriétés pharmacologiques de la morphine et de l'héroïne. Sur le plan moléculaire, elle s'inscrit bien dans la filiation de la morphine puisqu'elle possède une structure de base organisée autour d'un atome de carbone quaternaire, lié à un cycle benzénique et relié à une amine tertiaire par l'intermédiaire d'une chaîne de trois carbones. Sa formule est C₂₁H₂₇NO. La molécule se décompose en 72,91% de carbone ; 10,25% de chlore ; 8,16% d'hydrogène ; 4,63% d'oxygène et 4,05% d'azote.

¹ Citation tirée du site <http://eveve.fr>

² **Larousse** – Dictionnaire des drogues et des dépendances – Ed. Larousse/Sejer, 2004

³ **Geismar-Wieviorka, Guionnet, Guis.** *La méthadone.* Paris : PUF, Que sais-je, 1997

⁴ Molécule qui mime l'action du neurotransmetteur sur son site récepteur et entraîne par conséquent des effets identiques.



Son action sur le cerveau provoque un effet sédatif, antitussif et analgésique. Elle atténue les réflexes émétiques⁵ mais, comme tous les opiacés, elle a un effet vomitif chez les personnes qui ne sont pas accoutumées. Elle provoque également un ralentissement du rythme respiratoire. En cas de surdosage, il existe des risques de dépression respiratoire. Elle entraîne aussi des modifications hormonales, notamment au niveau de l'hypophyse, avec un effet inconstant sur la libido et des dysménorrhées⁶. Enfin, elle est à l'origine de sécheresse buccale, de dysurie⁷, de constipations, d'une hypersudation, d'une baisse de la tension artérielle et parfois de démangeaisons.

A un dosage individuellement adapté, la méthadone ne crée pas d'euphorie, ni de sédation chez une personne héroïnomane, en raison de la tolérance acquise aux opiacés, de la lente absorption de ce produit par voie orale, ainsi que la fixation de 98 % de la méthadone avec des protéines au premier passage dans le foie. Une libération progressive de la méthadone s'effectue durant plus de 24 heures. Si le dosage est suffisant, une seule prise par jour permet à la molécule de se fixer de façon stable sur les récepteurs aux endorphines. Cinq à dix pourcent des patients, génétiquement métaboliseurs rapides, doivent la prendre en deux fois, matin et soir. La consommation de ce produit amène à une addiction analogue à celle de la morphine ou de l'héroïne; elle est, à ce titre, inscrite sur la liste des stupéfiants. Lors de l'arrêt d'un traitement prolongé, les signes de sevrage sont identiques à ceux décrits avec l'héroïne, mais plus retardés dans le temps. Le Larousse précise que la méthadone est un produit en tout cas aussi toxique que l'héroïne.

1.1.2 Utilisation thérapeutique

Actuellement, en Europe, elle n'est utilisée que dans le cadre de traitements de substitution. La méthadone est prescrite médicalement sous forme de sirop non injectable principalement, mais on la trouve également sous forme injectable par intraveineuse. Les dosages optimaux se situent entre 60 et 100 mg par jour et le traitement est généralement initié à 20 ou 30 mg. La dose létale minimale chez un sujet non tolérant aux opiacés se situe aux alentours de 50 mg.

1.1.3 Questionnements

Aux vues de cette définition, les questions sont :

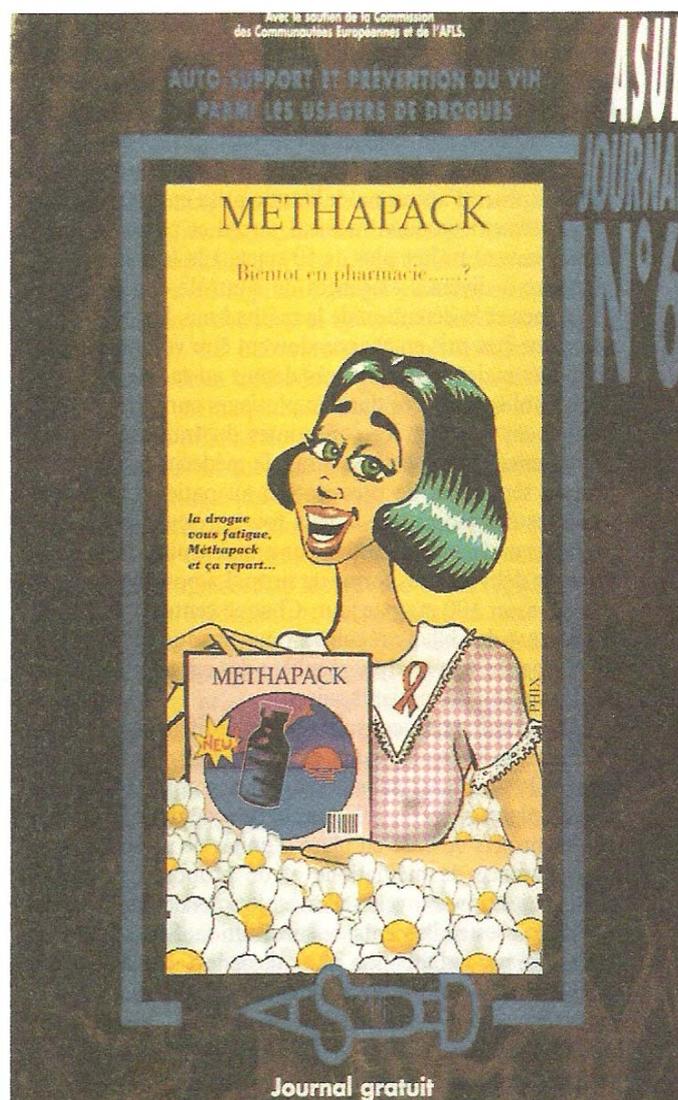
⁵ vomissement

⁶ menstruation difficile et douloureuse

⁷ difficulté de la miction

- Est-ce que cette forme d'intervention est réellement une solution pour traiter la toxicomanie ou une solution pour tenter d'éliminer les dangers sociaux liés aux comportements de la personne dépendante ?
- Existe-il un atout thérapeutique au remplacement d'une drogue par une autre, évaluée comme équivalente voire plus nocive ?
- Le problème que pose la toxicomanie au monde, ne serait-il pas simplement ramené aux comportements qui lui sont associés ?

Mon travail se centre sur les réponses à ces interrogations à travers les raisons de l'utilisation de la méthadone comme traitement de substitution en Valais romand.



La méthadone en pharmacie vue par une association d'usagers de drogue.
(Cliché Claude Guionnet.)

Geismar-Wieviorka, Guionnet, Guis. *La méthadone*. Paris : PUF. Que sais-je, 1997 p. 69

2. CONTEXTE DE RECHERCHE

L'héroïne n'est pas le premier opiacé utilisé comme psychotrope, et son invention, comme celle de la méthadone, a une histoire... J'ai choisi de commencer ma recherche par un bref voyage dans le temps afin de connaître ce qui a fait le présent.

“ L'homme de l'avenir est celui qui aura la mémoire la plus longue.”

Nietzsche⁸

2.1 DE L'OPIUM A LA METHADONE

L'opium est une préparation obtenue à partir du latex des capsules du pavot qui est très riche en alcaloïdes⁹. Elle a longtemps été utilisée en médecine. Les tablettes gravées des Sumériens témoignent de l'usage de l'opium en Mésopotamie trois millénaires avant notre ère. Il semble même que son utilisation est plus ancienne car des vestiges du néolithique, découverts en Suisse à Neuchâtel, suggèrent que le pavot était cultivé près des villages. Toutes les civilisations de l'Antiquité ont fait usage du pavot et de l'opium. Les médecins de la Grèce antique avaient repéré les grandes propriétés médicinales de ce produit, mais avaient également déjà souligné les dangers de son abus. Ce sont eux qui ont fait les premières préparations de la thériaque¹⁰.

Plus tard, la médecine du Moyen-Age donna une place considérable à l'opium provenant du Moyen-Orient. Au XVIIe siècle, Thomas Sydenham, médecin anglais, créa la formule du laudanum qui fut à la base de la toxicodépendance de nombreux écrivains et artistes comme Thomas de Quincey¹¹.

La grande époque de l'opium fut sans doute le XIXe siècle. Durant cette période, la drogue devint l'objet de monopoles fiscaux et d'enjeux internationaux compliqués et considérables. Principalement, le conflit eut lieu entre la Chine et la Grande-Bretagne, ce qui donna naissance à la guerre de l'opium : les Chinois, avaient une consommation ancestrale d'opium ; cependant, elle inquiétait les autorités chinoises car plusieurs millions de Chinois étaient dépendants. Au XVIIIe siècle, la consommation en Chine commençait à être régularisée et, en 1729, l'empereur Yung-Chen en interdisait formellement l'usage à son peuple sous peine de prison durant un mois, avant d'être banni des frontières de l'Empire. Quant aux patrons d'auberges à “fumée d'opium”, ils subissaient la strangulation s'ils ne cessaient pas leur activité. Mais l'Angleterre, colonisatrice des Indes et grand producteur d'opium, imposa cette culture à la Chine.

⁸ Citation tirée du site <http://eveve.fr>

⁹ Substances azotées d'origine végétale, aux propriétés thérapeutiques ou toxiques. **Larousse** Médical, 1995

¹⁰ Préparation complexe associant des dizaines d'ingrédients dont l'opium réputé constitue un antidote puissant à divers poisons et une véritable panacée contre bien des maladies. **Larousse** – dictionnaire des drogues et des dépendances – Ed. Larousse/Sejer, 2004

¹¹ Ecrivain anglais qui fut le premier à reconnaître et à dépeindre avec précision l'intoxication opiacée, le premier aussi, dans la littérature occidentale, à proposer des réflexions sur la dépendance. **Larousse** – dictionnaire des drogues et des dépendances – Ed. Larousse/Sejer, 2004

Dans le commerce entre les Chinois et les Britanniques, l'opium devint rapidement une vraie monnaie d'échange. Les autorités chinoises assistèrent impuissantes au développement de ce trafic qui lui fit connaître une importante récession économique à partir des années 1820. Afin de réguler son économie et la consommation interne d'opium, la Chine se révolta contre les Anglais et les incidents se multiplièrent dans les années 1830. En 1833, L'Empire s'opposa à la demande des autorités britanniques concernant l'importation de plus grandes quantités d'opium produit en Inde. En 1838, l'Empereur de Chine fit brûler plus de 20'000 caisses d'opium anglais à Canton. Les Britanniques déclarèrent alors la guerre à la Chine.

Gagnant après deux ans, les Anglais imposèrent à la Chine le traité de Nankin qui forçait les Chinois à ouvrir leurs ports de Canton, Shanghai, Ningbo Amoy et Fuzhou au libre commerce étranger. De plus, la Grande-Bretagne devint propriétaire de l'île servant de base à leur trafic, Hongkong.

En 1856, jugeant ces concessions insuffisantes, les Britanniques prirent à nouveau l'offensive avec l'aide de la France. Cette deuxième guerre de l'opium aboutit à la signature du traité Tianjin deux ans plus tard. De nouveaux ports furent ouverts aux Occidentaux et très vite, les Anglais obtinrent la légalisation de leur commerce.

Ces deux défaites affaiblirent davantage le prestige politique des autorités chinoises et définit le monopole de l'Occident en Asie. Vers 1880, les importations atteignirent 100'000 caisses par an. Pour essayer de limiter le déficit du commerce extérieur chinois, le gouvernement impérial encouragea la production locale ce qui limita l'importation.

“O juste, subtil et puissant opium ! Toi qui, au coeur du pauvre comme du riche, pour les blessures qui ne se cicatriseront jamais et pour les angoisses qui induisent l'esprit en rébellion, apportes un baume adoucissant ; éloquent opium ! toi qui, par ta puissante rhétorique, désarmes les résolutions de la rage, et qui, pour une nuit, rends à l'homme coupable les espérances de sa jeunesse et ses anciennes mains pures de sang ; qui, à l'homme orgueilleux, donnes un oubli passager.

Des torts non redressés et des insultes non vengées; qui cites les faux témoins au tribunal des rêves, pour le triomphe de l'innocence immolée; qui confonds le parjure; qui annules les sentences des juges iniques; - tu bâtis sur le sein des ténèbres, avec les matériaux imaginaires du cerveau, avec un art plus profond que celui de Phidias et de Praxitèle, des cités et des temples qui dépassent en splendeur Babylone et Hékatompylos ; et du chaos d'un sommeil plein de songes tu évoques à la lumière du soleil les visages des beautés depuis longtemps ensevelies, et les physionomies familières et bénies, nettoyées des outrages de la tombe. Toi seul, tu donnes à l'homme ces trésors, et tu possèdes les clefs du paradis, à juste, subtil et puissant opium !”

Baudelaire, “Les Paradis artificiels”¹²

¹² BAUDELAIRE C. *Les Paradis artificiels* Paris : Garnier-Flammarion, 1966

En Europe, l'opiophilie se développait dans les cercles asiatiques et médicaux, pendant qu'en Grande-Bretagne, les pharmaciens vendaient cette drogue sans limite. On en trouvait partout, dans les cafés, les faubourgs, les épiceries, et les ouvriers en prenaient pour se soulager car l'opium était moins coûteux que le gin à l'époque. On s'en servait pour tout, de la toux aux troubles nerveux en passant par la diarrhée. Pendant ce temps, l'usage de l'opium en Chine devenait très inquiétant. Le gouvernement chinois eut une réaction prohibitionniste, face à ce problème, qui aboutit à la signature de la première convention internationale régissant le droit des stupéfiants en 1909.

Pendant ce temps, des chercheurs tentaient d'isoler les substances actives de l'opium. Au début du XIXe siècle, on mit en évidence, dans certaines plantes, des substances alcalines responsables de leurs propriétés physiologiques, elles seront appelées alcaloïdes. Le chimiste français Jean-François Derosne (1774-1855) fit les premières tentatives d'isolement de la principale substance active de l'opium. En 1803, il parvint à isoler un sel, le sel de Derosne, qui est un mélange de narcotine et de morphine.

En 1806, un autre chimiste français, Armand Seguin (1767-1835), également homme d'affaires et banquier de Bonaparte, réussit à séparer la morphine mais ne publia pas sa découverte. Un étudiant en pharmacie allemand, Friedrich Wilhelm Sertürner (1783-1841), montra que la morphine était combinée dans l'opium sous forme de sel de l'acide méconique¹³. Il isola ce sel et lui donna en 1817 le nom de *morphium* en référence au dieu Morphée.

Ce n'est qu'un siècle plus tard, en 1925, que sa complexe structure moléculaire fut établie, par le chimiste britannique R. Robinson (1886-1975), un spécialiste de la chimie des substances naturelles des plantes qui eut le prix Nobel de chimie en 1947. La synthèse de la morphine fut réalisée pour la première fois en 1952 par le chimiste américain Marshall (1915-2003), mais la méthode de synthèse n'est pas en mesure de concurrencer la morphine naturelle sur le plan des coûts de production.

L'isolement de la morphine conduisit rapidement à son utilisation médicale, une substance pure étant plus facile à manipuler que l'opium, qui ne contenait pas toujours la même dose de substance active. L'invention de la seringue hypodermique par le médecin français Charles Gabriel Pravaz (1791-1853), lui donna encore plus de puissance. Analgésique très puissant, sans équivalent à l'époque, elle fut utilisée massivement durant la Guerre de Sécession aux USA et pendant la Guerre de 1870 en France et en Allemagne, conduisant aux premières grandes pharmaco-dépendances. Les médecins voyaient en la morphine le remède parfait à l'opiomanie mais malheureusement leurs patients devinrent morphinomanes. Le morphinisme se développa ensuite dans les cercles mondains, remplaçant l'opium.

La diacétylmorphine, appelée plus couramment héroïne, fut synthétisée à Londres en 1874. C'est au chimiste Wrigth que l'on doit cette évolution. Cependant, ce n'est qu'en 1898 que le chimiste allemand Dreiser eut l'idée de l'utiliser comme

¹³ du grec mêkôn qui signifie pavot . **Larousse** – dictionnaire des drogues et des dépendances – Ed. Larousse/Sejer, 2004

médicament. D'abord prescrite comme une médication "héroïque" de la tuberculose, elle fut rapidement utilisée comme substitut à la morphine pour traiter les morphinomanes. Des centaines de milliers de personnes devinrent rapidement dépendantes de ce produit. Rien qu'aux USA, on estima à un demi-million les personnes dépendantes à l'héroïne à l'aube de la première guerre mondiale. Un grand marché clandestin se mit en place et l'héroïne reste aujourd'hui le principal opiacé produit clandestinement alors qu'elle est exclue de la pharmacopée.

Elle est aussi la principale cause des problèmes médico-sociaux liés aux drogues illégales. À dose égale, l'héroïne est quatre fois plus puissante que la morphine, et le "flash" qu'elle procure en injection intraveineuse est réputé plus euphorisant que celui de la morphine. Son potentiel de pharmacodépendance est également plus marqué. Dès 1918, la Société des Nations s'engagea dans un combat contre l'héroïne, en soulignant l'inutilité de son usage, et en la qualifiant de drogue de criminels. En 1920, les Etats-Unis demandèrent sa prohibition totale en raison de la quantité de personnes héroïnomanes. A cette époque, la pratique des traitements ambulatoires, avec substitution, pour les personnes toxicomanes fut interdite. Le sevrage devait se pratiquer sans appui pharmacologique, et souvent les toxicomanes se retrouvèrent emprisonnés. En 1923, la Société des Nations édicta une réglementation internationale sur l'usage de l'héroïne. La même année, divers experts américains affirmèrent que l'usage de l'héroïne conduisait à la folie. Et l'utilisation non médicale de l'héroïne fut interdite par une loi votée à l'unanimité du Sénat américain le 7 juin 1924. Les personnes héroïnomanes étaient alors considérées comme des criminels aux USA et on disait même dans les journaux que la toxicomanie était plus contagieuse que la lèpre. Ceci, malgré un rapport du sociologue américain L. Kolb, qui soulignait que la consommation d'héroïne n'était pas criminelle mais que les criminels étaient justes plus enclins à consommer.

De nombreuses Conventions sur les stupéfiants furent adoptées entre 1920 et 1960 jusqu'à la Convention unique sur les stupéfiants de 1961. Une grande étape fut franchie lorsque les USA interdirent totalement l'usage d'héroïne en 1956. Cependant les pays européens ne suivirent pas le modèle américain, soucieux de garder leur autonomie de jugement. Ils voulurent garder son usage thérapeutique jugé indispensable par nombre de médecins européens. Malgré cela, les experts européens, admirèrent dans le rapport introductif à la Commission de 1931 que les coûts de l'héroïnomanie dépassaient largement les bénéfices thérapeutiques escomptés, qu'elle était un psychotrope puissant engendrant une dépendance inégalée par les autres opiacés. Ils ajoutèrent que le traitement des personnes héroïnomanes était très difficile, qu'un usage régulier conduisait à la déchéance, que la réhabilitation était extrêmement compliquée et qu'une majorité des patients rechutaient.

Les ravages provoqués par la synthétisation de nouveaux opiacés n'ont pas arrêté les chimistes dans leurs recherches. C'est comme ça, qu'à la fin des années 1930, deux chimistes allemands, Max Bockmühl et Gustav Ehrhart découvrirent un analgésique central appelé "Hoechst 10820". Le 11 septembre 1941, il fut administré pour la première fois à un homme et fut rebaptisé Polamidon. La guerre retarda les recherches et la molécule fut finalement confiée aux médecins de l'armée allemande pour expérimentation. En effet, la morphine venait à manquer pour soulager les blessés de guerre. A la fin de la première guerre mondiale, les Alliés s'approprièrent

les brevets allemands dont le Polamidon, la méthadone donc, qui passa en mains américaines. C'est en 1946 qu'une étude de l'hôpital de Lexington dans le Kentucky démontra que la méthadone permettait de traiter efficacement les manifestations du manque de morphine. Jusqu'au début des années 1960, cet opiacé de synthèse ne fut utilisé que pour faciliter le servage sous la forme de cures brèves et à dose dégressive.

A cette époque, la mortalité liée à l'héroïnomanie était la première cause de mortalité chez les 15-35 ans à New-York. Les cas d'hépatites se multipliaient et les prisons se remplissaient de toxicomanes. Dans ce contexte, la présidence du *Narcotics Committee of the Health Research Council* de New-York fut confiée à Vincent P. Dole, médecin spécialiste des maladies métaboliques. Il fut chargé de créer une unité de recherche afin d'étudier l'intérêt des traitements de substitution aux opiacés. Dole s'associa avec une psychiatre spécialisée dans la prise en charge de personnes héroïnomanes, Marie Nyswander, et d'un autre médecin, Mary Jeanne Kreek. Ils réalisèrent les premiers travaux scientifiques sur les traitements de substitution pour les personnes héroïnomanes.

La méthadone fut retenue comme substitut efficace car elle s'administrait par voie orale et qu'elle avait une action prolongée. Elle fut d'abord testée sur des patients ayant bénéficié d'un traitement de maintenance à la morphine. Les trois médecins démontrèrent qu'une dose quotidienne de 80 à 120 mg permettait aux sujets de mener une existence socialement acceptable et bloquait les effets des opiacés qu'ils pouvaient s'injecter. Suite à ces conclusions, et contre l'avis de Dole et Nyswander, les programmes de méthadone se multiplièrent en Amérique durant les années 1970. En effet, le gouvernement Nixon initia en juin 1971 une politique fédérale autorisant un emploi large de la méthadone, car il était préoccupé par l'augmentation de la délinquance liée aux personnes toxicomanes. Selon le dictionnaire Larousse des drogues et des dépendances, plus de 80'000 Américains utilisaient quotidiennement ce produit en 1973. Le détournement de la méthadone sur le marché noir fut massif alors qu'il n'existait pas encore d'études statistiquement validées pour donner le statut de médicament à la méthadone. Le manque de personnel qualifié et le désinvestissement dans le suivi psychologique des patients donnèrent lieu à de nombreux dérapages qui attisèrent les critiques sur cette méthode. Malgré tout, cette expérience fut à l'origine des traitements de substitution utilisés aujourd'hui dans la plupart des pays.

*“ L'histoire est une galerie de tableaux où il y a peu d'originaux
et beaucoup de copies.”*

Alexis de Tocqueville¹⁴

¹⁴ Citation tirée du site <http://eve-ne.fr>

2.2 LA DEPENDANCE AUX OPIACES

Maintenant que le contexte historique du sujet est posé, il me semble important de définir ce concept qui a traversé les siècles et qui a amené un changement de vision par rapport à la consommation des opiacés.

On trouve nombre de définitions de la dépendance sous différents regards. Sociologues, psychanalystes, philosophes, psychologues... ont tous leur vision. J'ai choisi, pour ma recherche, de m'arrêter à la définition médicale du terme. Principalement celle de l'OMS qui est la référence dans le domaine de la santé.

L'organisation mondiale de la santé a longtemps tenté de définir la toxicomanie avant de recommander au milieu des années soixante l'abandon de ce terme pour celui de "dépendance". En 1969, L'OMS définissait la pharmacodépendance comme :

“ Un état psychique et quelquefois également physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue, se caractérisant par une modification de comportement et par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant de plusieurs produits.”¹⁵

Cette définition n'est pas récente mais elle reste d'actualité. Elle a l'avantage d'être globalisante et de prendre en compte trois notions importantes en matière de dépendance aux opiacés qui sont la dépendance psychique, la dépendance physique et la tolérance :

- La dépendance psychique : Etat mental qui se caractérise par une impulsion qui nécessite l'usage continu ou périodique d'un produit dans le but d'annuler une tension ou de créer un plaisir.
- La dépendance physique : Exigence de l'organisme qui requiert l'apport régulier d'une substance chimique afin de conserver son équilibre. Les signes de cette dépendance sont visibles lors du sevrage et par la tolérance.
- La tolérance : Processus d'adaptation d'un organisme à une substance, qui se manifeste par la diminution progressive des effets de celle-ci et qui entraîne l'augmentation des doses pour l'obtention d'un même effet.

Je tiens, en complément de ces définitions, à citer les critères diagnostiques d'une dépendance à une substance du CIM 10. Cette classification internationale des maladies de l'OMS a amené une nouvelle vision de la dépendance en redonnant une place centrale au sujet. En effet, au lieu de se focaliser sur la nature du produit, ce concept permet de recentrer la problématique sur les personnes qui s'y adonnent. J'ai choisi de parler de cela car je pense que le potentiel pharmacologique d'une substance ne suffit pas à expliquer la dépendance. Le DSM IV (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) contient également des critères concernant la dépendance à une substance mais, étant donné que j'ai choisi la définition de l'OMS, je continue avec leur classification afin d'être cohérente.

¹⁵ Cité In **ANGEL P., RICHARD D., JAILLEUR M.** *Toxicomanie* Liège : Masson, 2000. p.19-21

“ Syndrome de dépendance (CIM 10)¹¹

Au moins trois manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

- Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psycho-active ;
- Difficulté à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
- Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psycho-active, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
- Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psycho-active : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré (certains sujets dépendants de l'alcool ou des opiacés peuvent consommer des doses quotidiennes qui seraient létales ou incapacitantes chez les sujets non dépendants) ;
- Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance psycho-active, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
- Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestes nocives (par exemple atteinte hépatique due à des excès alcooliques, épisode dépressif après une période de consommation importante ou altération du fonctionnement cognitif liée à la consommation d'une substance) ; on doit s'efforcer de préciser que le sujet était au courant ou qu'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives. “

*L'ombre était épaisse, lourde,
L'homme tâtait le sol bourbeux
De ses pas hésitants
Le cœur battant à se rompre.
Il avait peur
Et cherchait un trou
Un trou où se réfugier
L'homme se fuyait.

Il fuyait parce qu'il s'était trouvé
Et paniqué, éperdu, réalisant
Que l'horizon n'offrait point de salut
Il cherchait un trou où s'enfoncer
Et tâtonnait dans le noir inutilement
N'ayant pas encore réalisé
Qu'il était déjà dans le trou;
Que sa peur était son trou.*

Charlot Lucien¹⁶

¹⁶ Poème “ Le trou de la peur ” tiré du site www.mioch.net

2.3 L'HEROÏNE

La dépendance aux opiacés est un problème en partie médical, mais comme l'histoire nous le montre, c'est l'usage non médicalement contrôlé d'opiacé qui pose réellement un problème de santé publique. De nos jours, c'est l'héroïne qui est consommée de cette manière, je trouve donc important de s'arrêter sur ce produit un instant.

2.3.1 Le produit, sa production et son usage

Pure, l'héroïne se présente comme une poudre cristalline et blanche. Sur le marché, elle contient entre 5 et 10% de produit pur et se présente sous la forme d'une poudre brune. En effet, l'héroïne est presque toujours coupée dans les pays même de production, c'est la caféine qui y est ajoutée, en proportions variables, qui lui donne cette couleur brune. Importée en Europe par des "grossistes", le produit est à nouveau coupé par les petits trafiquants. Ils y ajoutent de la caféine, du talc, du lait en poudre, du sucre, de la quinine, de la lessive, etc. Elle est ensuite revendue à des dealers. C'est la pureté de l'héroïne consommée et les produits de coupage utilisés qui expliquent en partie les surdoses mortelles chez les consommateurs qui se fournissent au gré des arrivages sur le marché noir.

Cette drogue peut être utilisée de diverses façons : par exemple la fumer, l'inhaler (chasser le dragon), la sniffer ou l'injecter par voies intraveineuses. Une injection donne un effet très violent appelé flash¹⁷. Les doses varient en fonction du degré de tolérance de la personne, il est fréquent qu'elles dépassent un gramme par jour ce qui est une dose létale pour un non-consommateur.

L'essentiel de la production d'opium et donc d'héroïne provient du Croissant d'Or (Afghanistan, Iran, Pakistan) et de l'Asie du Sud-Est dans le Triangle d'Or (Birmanie, Laos, Thaïlande), mais il y a d'autres pays producteurs comme la Chine, l'Inde et le Mexique. Une des voies principales du trafic vers l'Europe passe par la route des Balkans (Hongrie, Bulgarie, Yougoslavie, République tchèque, Slovaquie). L'arrivée en Europe se fait généralement aux Pays-Bas, en particulier à Amsterdam. Un kilogramme d'héroïne est obtenu à partir d'un kg de morphine-base, lui-même obtenu à partir de 10 kg d'opium, qui sont obtenus à partir de 500'000 fleurs de pavot, soit environ la récolte obtenue sur deux tiers d'hectare. La plus pure est celle du Triangle d'Or, avec une pureté de l'ordre de 99%, on l'appelle la blanche chinoise ou China white. Dans le reste de l'Asie du Sud-Est, le produit est généralement moins pure et a diverses appellations comme l'héroïne rose ou l'indienne. La poudre en provenance du Moyen-Orient est souvent de pureté supérieure à 90%. Elle porte différents noms comme la brune iranienne ou Persian brown. Depuis le début des années 1940, le Mexique produit aussi de l'opium, à partir duquel la substance produite est essentiellement exportée vers les USA. Cette héroïne, appelée tar ou black tar est d'une pureté variant de 40 à 80%.

¹⁷ Effet fulgurant intense, presque orgasmique d'après les descriptions qui en ont été faites, ressenti lors de l'injection en intraveineuse d'une drogue, et recherché par les toxicomanes. **Larousse** – dictionnaire des drogues et des dépendances – Ed. Larousse/Sejer, 2004

2.3.2 Pharmacologie

Comme nous l'avons déjà vu, l'héroïne ou diacétylmorphine est un opiacé obtenu par synthèse à partir de la morphine, leurs propriétés sont donc semblables. Cependant, l'héroïne étant plus liposoluble que la morphine, elle agit plus vite et plus intensément mais de façon plus courte. Elle est rapidement métabolisée. Sa forme basique est plus lipophile donc elle agit plus rapidement et d'une façon plus massive sur les opiorécepteurs mais d'une façon plus brève. Sa forme salifiée est plus hydrophile, par conséquent, plus facilement injectable.

L'héroïne est prescrite dans certains pays sous deux types d'indications, soit pour le traitement des douleurs aiguës chroniques, soit comme pour les traitements de substitution des personnes héroïnomanes. Son utilisation en auto-prescription expose à un grand risque d'overdose¹⁸.

2.3.3 Quelques chiffres

Selon le Larousse des drogues et des dépendances, la population mondiale des personnes héroïnomanes est estimée à 5 ou 10 millions. Selon l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies, la population de personnes héroïnomanes en Europe se situe entre 750'000 et 1 million d'individus, dont 200'000 suivent un traitement de substitution. Ces chiffres sont de 2004.¹⁹

2.3.4 Effets recherchés par les consommateurs d'héroïne

Dans un premier temps, l'usage de l'héroïne amène une euphorie, un apaisement des tensions psychiques surtout lorsque l'injection provoque un flash décrit comme une sensation de plaisir physique intense. Ce ressenti est souvent comparé à l'orgasme et se caractérise par une montée de chaleur dans tout le corps et un abolissement temporaire de toutes les sensations synesthésiques. Ce flash est suivi d'une phase de stupeur parfois accompagnée de nausées et de vertiges dus à un ralentissement du rythme cardiaque et aux troubles de la tension. Cette phase dure généralement quelques semaines et s'accompagne d'une augmentation progressive du nombre d'injections et de troubles somatiques comme l'insomnie ou la constipation.

Chez la majorité des sujets, la phase de dépendance s'installe rapidement. A ce stade, le consommateur devient une personne toxicomane. Il passe alors successivement par de courtes phases où il se sent équilibré, puis par des phases où il est sous l'emprise de l'héroïne, donc apathique, et par des périodes de manque où il paraît anxieux et parfois agressif. Le plaisir orgasmique du début a alors disparu et la consommation sert avant tout à prévenir les sensations de manque.

“ La douleur est aussi puissant modificateur de la réalité que l'ivresse. ”

Marcel Proust²⁰

¹⁸ Intoxication aiguë, à l'issue parfois fatale, découlant de l'usage d'une drogue illicite injectable...

Larousse – dictionnaire des drogues et des dépendances – Ed. Larousse/Sejer, 2004

¹⁹ Cité in : **Larousse** – dictionnaire des drogues et des dépendances – Ed. Larousse/Sejer, 2004

²⁰ Citation tirée du site <http://evene.fr>

2.3.5 Personnalité du sujet en situation d'héroïnomanie

En réalité, l'héroïnomanie demeure une énigme. Classée comme perversion, puis comme psychopathie ou comme pathologie du narcissisme, elle donne lieu à un vagabondage clinique qui montre une réalité duale. En effet, bien qu'il y ait une composante psychopathologique à l'héroïnomanie, il n'est pas juste de l'isoler des autres composantes, comme la situation familiale, le contexte social ou économique. En fait, il n'est pas possible de donner une définition universelle de la personnalité du sujet héroïnomane. D'abord parce qu'il y a une personnalité par individu concerné soit 10 millions dans le monde. Ensuite parce que les médecins n'ont pas la même vision que les psychiatres, qui n'ont pas la même que les travailleurs sociaux, qui eux ont une vision différente des sociologues, et ainsi de suite... Par conséquent, il s'agit de choisir sa définition en tentant de rester global afin de ne pas étiqueter les personnes en situation de toxicomanie.

Dans cette optique, j'ai choisi l'explication du docteur Jean Carpentier, auteur de l'ouvrage *"la toxicomanie à l'héroïne en médecine générale."*²¹ Ce livre a douze ans, mais sa vision reste actuelle. Pour lui, l'héroïnomanie survient au carrefour des diverses souffrances de l'individu. Cela tient d'ailleurs aux propriétés même du produit qui est anxiolytique et antidépresseur à court terme. Si l'on consomme de l'héroïne, c'est parce que l'on a recherché et vécu une sensation d'apaisement ; et si la dépendance s'installe, c'est parce que le produit a servi d'automédication, une réponse urgente à une souffrance insupportable.

La personne héroïnomane est donc une personne en souffrance qui utilise l'héroïne pour la rendre supportable et vivre avec elle.

C'est en fait le même mécanisme que pour le suicide, c'est une réponse trouvée en l'absence d'autres solutions ou en l'absence de la possibilité cognitive de trouver d'autres solutions pour apaiser ou arrêter la souffrance. Ce n'est certes pas la meilleure, voire même la pire à nos yeux, mais c'est celle que la personne a trouvée et a jugé comme étant la meilleure en fonction de sa situation, elle n'est donc pas à délégitimer.

J'aime cette vision car elle n'enferme personne et n'omet rien. En effet, la souffrance peut avoir plein d'origines différentes, familiales, économiques, somatiques, psychiques... L'important c'est de garder en tête que la toxicomanie est une solution, une automédication, et qu'il faut donc trouver et traiter la cause de la souffrance pour permettre au sujet de quitter sa dépendance.

"La souffrance c'est rassurant, ça n'arrive qu'aux vivants."

Renaud²²

²¹ CARPENTIER Jean. *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale* Paris : Ed. Marketing, 1994

²² Citation tirée du site <http://eveve.fr>

2.4 LA POLITIQUE SUISSE EN MATIERE DE DROGUE²³

Maintenant que l'on sait ce qu'est l'héroïne et une personne héroïnomane, je me suis demandée ce qui se passait dans ce domaine au niveau politique en Suisse.

2.4.1 Introduction

Enormément commentée, parfois jugée, la politique suisse en matière de drogues reste néanmoins peu connue. Dans la majorité des pays, une organisation a longtemps primé : prévenir, punir et guérir. Mais elle s'est avérée sans succès ce qui a amené une nouvelle vision en Suisse, celle de la réduction des risques. S'ajoute à cela une coordination des actions locales, régionales et nationales et une stimulation de la variété des approches. De plus, la promotion de l'évaluation est mise en avant. En un mot, cela revient à adapter les réponses à la complexité des problèmes.

C'est à la fin des années soixante, début des années septante, que la population et les autorités suisses ont pris conscience du phénomène de la drogue et des problèmes qu'elle engendrait, avec la première vague de consommation abusive et avec la première overdose à l'héroïne en 1972. Un premier programme de mesures en matière de drogues, du nom de modèle des trois piliers est, dès lors, élaboré. Ce dernier prévoit:

- “ • *la répression envers le trafic et la consommation de drogue*
- *des mesures préventives auprès des jeunes principalement dans les écoles*
- *une thérapie focalisée sur l'abstinence et dont les programmes de méthadone sont déjà inclus* ”²⁴

Il faut noter que la politique suisse en matière de drogue se base sur la convention de La Haye de 1912, ratifiée par la Suisse en 1918 et qui prohibe les stupéfiants destinés à un usage non médical. En Suisse, la première loi fédérale sur les stupéfiants date de 1924 et le pays en adoptera une deuxième en 1951 incluant les principes établis par les conventions internationales : contrôle des stupéfiants et répression du commerce illicite.

La réalité devient vite décalée avec la politique suisse en matière de drogue ce qui provoque en 1975 la révision de la loi sur les stupéfiants. En effet, jusque-là, la loi assimilait le consommateur et le trafiquant ce qui ne suit pas l'évolution de l'image de la personne toxicomane. La révision implique désormais que le consommateur soit passible de peine plus légère. Les cantons se voient également poussés à adopter des mesures de traitement et d'assistance avec l'aide de la Confédération qui leur met à disposition de la documentation, et veille à assurer une certaine coordination. De plus, elle soutient la recherche et la formation des professionnels.

²³ Résumé réalisé à partir de UNIGE (université de Genève) – Sidi Ali Yamina et Cunningham Gonzaque “La politique suisse en matière de drogue” [en ligne] Adresse URL : <http://www.unige.ch/ses/socio/sociopol/articles/drogues.pdf> (page consultée le 30 octobre 2005) et **BOGGIO Y., CATTACIN S., CESONI M-L., LUCAS B.** Apprendre à gérer : la politique suisse en matière de drogues. Genève : Georg, 1997

²⁴ Cité in : **UNIGE** (université de Genève) – Sidi Ali Yamina et Cunningham Gonzaque “La politique suisse en matière de drogue” [en ligne] Adresse URL : <http://www.unige.ch/ses/socio/sociopol/articles/drogues.pdf> (page consultée le 30 octobre 2005) p.7

A la fin des années quatre-vingt, début des années nonante, c'est la perception de la montée de la criminalité liée au phénomène de la drogue et l'arrivée du sida qui ont motivé un changement fondamental d'attitude. De plus, les scènes ouvertes, comme le Letten à Zürich, dérangent gravement l'ordre public. La politique des trois piliers "punir, guérir, prévenir" est remise en question puisqu'elle n'empêche pas la consommation d'augmenter. Concrètement, la pression accrue sur le marché illégal fait surtout augmenter les prix de la drogue, et donc les délits des consommateurs pour se la payer. D'autre part, les risques pour la santé se multiplient avec les transmissions d'hépatites et du HIV, surtout par le partage des seringues souvent non stérilisées. Les approches thérapeutiques s'adaptent de manière pragmatique et les lieux de traitement augmentent mais c'est toujours insuffisant. En plus, la prévention est trop faible à l'instar de son budget et le système judiciaire est dans l'ambiguïté du statut de la personne toxicomane oscillant entre le malade et le délinquant. Il devient urgent de faire quelque chose !

*"La Suisse va s'inspirer du concept de réduction des risques, qui a pour principe l'établissement d'une hiérarchie de buts visant tous à limiter les dégâts liés à la dépendance, et qui va permettre le passage à un nouveau modèle politique : le modèle des quatre piliers."*²⁵

Ses objectifs sont :

1. Réduire le nombre de nouveaux consommateurs et de personnes dépendantes.
2. Augmenter le nombre de personnes réussissant à sortir de la drogue
3. Réduire les dommages à la santé et la marginalisation sociale des toxicomanes
4. Protéger la société face aux conséquences liées aux problèmes de la drogue et lutter contre la criminalité"²⁵

Ces objectifs sont appliqués à travers la politique des 4 piliers :

- 1^{er} pilier : La prévention
- 2^{ème} pilier : La thérapie
- 3^{ème} pilier : La réduction des risques
- 4^{ème} pilier : La répression

2.4.2 1^{er} pilier : la prévention

La prévention est quotidienne en Suisse et elle vise toutes les sphères de la société (famille, école, lieu de travail, commune, quartier) car elle est passée de la prévention classique à la promotion générale de la santé.

Ses buts sont d'éviter que les individus, en particulier les jeunes, consomment de la drogue, et les problèmes néfastes individuels et sociaux liés à la consommation ainsi que de passer d'une première consommation à une consommation abusive puis à la dépendance. La prévention vise également la responsabilisation de l'entourage et le développement de la solidarité face à une personne toxicomane.

²⁵ Cité in : **UNIGE** (université de Genève) – Sidi Ali Yamina et Cunningham Gonzaque "La politique suisse en matière de drogue" [en ligne] Adresse URL : <http://www.unige.ch/ses/socio/sociopol/articles/drogues.pdf> (page consultée le 30 octobre 2005) p.8

Un point révolutionnaire en prévention, motivé par l'épidémie du Sida, est l'implication des personnes toxicomanes. En effet, elles ne constituent plus seulement un problème mais détiennent une partie de la solution. Ce n'est qu'avec leur collaboration que l'on peut espérer contrôler la propagation du HIV. Pour la première fois, il faut les traiter comme des citoyens responsables.

2.4.3 2^{ème} pilier : la thérapie

La thérapie est pour des consommateurs abusifs et dépendants. Le but est de permettre aux personnes toxicomanes de sortir de leur dépendance, d'améliorer leur santé physique et psychique et de les réinsérer socialement. Ces personnes ont des besoins différents selon la précarité sociale, l'insertion professionnelle, les conditions de logement, les finances et les compétences sociales, donc les traitements sont adaptés en fonction.

Ce pilier comporte plusieurs thérapies et traitements. Premièrement, les thérapies résidentielles qui sont axées sur l'abstinence et visent à réinsérer totalement les personnes dépendantes. Les objectifs sont de renoncer à la consommation de stupéfiants, d'adopter un mode de vie préservant la santé, de développer un réseau de relations fiables, de réaménager son temps de libre, de rechercher un logement adéquat ainsi que de respecter la légalité. Ces thérapies se font grâce à des centres de transition où l'on stabilise physiquement la personne toxicomane avec un sevrage médical sur une période de 2 semaines à 6 mois.

Les institutions de réinsertion où le traitement peut durer d'un mois à une année prennent le relais. Une prescription contrôlée de stupéfiants comme la méthadone est incluse dans ces thérapies.

Deuxièmement, les traitements en ambulatoire qui compte en Suisse 200 centres de consultations qui traitent, dans une approche socio-psycho-pédagogique, toutes les formes de dépendances. Pour le Valais, c'est principalement la ligue valaisanne contre les toxicomanies (LVT) qui se charge de ce secteur.

Ensuite, les traitements de prescription de méthadone comme substitut à l'héroïne qui débutent en Suisse au début des années 1980. Ils avaient, à l'époque, pour but l'abstinence à la consommation d'héroïne. La méthadone était prescrite avec un contrôle strict et la personne toxicomane était sensée ne pas consommer d'autres stupéfiants à côté de son traitement. Mais la propagation du HIV parmi la population toxicomane, a fait s'élargir ce traitement qui vise désormais une réduction de consommation des drogues illégales et la prévention de la propagation des maladies infectieuses. En Suisse, ce traitement a aussi lieu dans les milieux carcéraux.

Finalement, réalisant vers les années 1990, que l'offre thérapeutique restait sans effet sur les consommateurs gravement dépendants, les traitements avec prescription d'héroïne ont débuté. Ils ne s'adressent qu'aux personnes toxicomanes ayant rechuté plusieurs fois et dont l'état de santé et l'intégration sociale se révèlent être très problématiques. Lors d'un bilan en 1995, il est constaté que ce traitement, très critiqué et non conventionnel, a des effets positifs. En effet, une amélioration de l'état physique et psychique des consommateurs est observée ainsi qu'une meilleure

intégration sociale et une réduction significative de la délinquance associée²⁶. En 1998, ce programme est reconnu et autorisé.

2.4.4 3^{ème} pilier : La réduction des risques

Au cours des années nonante, on réalise que les aides sont uniquement destinées aux personnes toxicomanes voulant et visant l'abstinence. De plus, les conditions physiques, psychiques et sociales des toxicomanes se dégradent considérablement avec le sida qui se propage et les décès liés à des overdoses qui augmentent. C'est également l'époque des scènes ouvertes. Des institutions dites à "bas seuil" sont alors créées. Leurs objectifs sont la réduction des risques en évitant les séquelles physiques, psychiques et sociales ainsi que l'aide aux personnes toxicomanes pour reprendre une existence stable et augmenter leurs chances de sortir de la toxicodépendance. Ce concept a été inventé par les Anglais "*harm reduction*".

Cette prise en charge favorise l'accès à un logement, un emploi ou une formation ainsi, qu'à des seringues propres et des locaux d'injections. Un soutien particulier est proposé aux femmes prostituées et aux parents de personnes toxicomanes. Grâce à la réduction des risques, des effets positifs sont observés comme la réduction de la propagation du HIV et de l'hépatite.

2.4.5 4^{ème} pilier : La répression

L'objectif de ce pilier est principalement la réduction de l'offre de drogue. Prioritairement, ce volet vise les producteurs, les passeurs et les trafiquants. La répression agit sur toute la chaîne du trafic et est appliquée par les cantons. La police doit disperser les regroupements de toxicomanes afin d'assurer l'ordre public. Les atteintes à cet ordre comme la consommation et le trafic illégal ne sont pas tolérés. Les avancées informatiques ont permis de mettre en place un réseau international, en collaboration avec InterPol et EuroPol, contenant toutes les informations liées au trafic des drogues.

*" En 2000, la police a saisi des dizaines de millions de francs liés aux trafics illégaux de drogues ; le succès des opérations permet ainsi de compenser les investissements importants dans ce domaine."*²⁷

2.4.6 Deux initiatives extrêmes : "Jeunesse sans drogue" et "Droleg - pour une politique raisonnable en matière de drogues"

L'adoption des nouvelles mesures politiques en matière de drogues ne laisse personne indifférent. Si les villes et les intervenants proches du terrain sont satisfaits et l'affirment, ce n'est pas le cas de tous. Des voix discordantes reprochent au gouvernement d'entretenir la dépendance et même de pratiquer une forme d'euthanasie. Le débat est lancé et donne naissance à deux initiatives diamétralement opposées.

²⁶ Par délinquance associée j'entends principalement celle liée à l'acquisition des drogues.

²⁷ Cité in : **UNIGE** (université de Genève) – Sidi Ali Yamina et Cunningham Gonzaque "La politique suisse en matière de drogue" [en ligne] Adresse URL : <http://www.unige.ch/ses/socio/sociopol/articles/drogues.pdf> (page consultée le 30 octobre 2005) p.10

Ces deux initiatives populaires ont été rejetées par le peuple en septembre 1997 et en novembre 1998, par plus de 70%.

La première, "Jeunesse sans drogue", veut s'opposer à la politique du Conseil fédéral, en revenant à une politique de restriction visant l'abstinence et la répression des personnes toxicomanes. Elle est principalement soutenue par les partis de droite et propose une limitation de l'offre thérapeutique, qui pourrait notamment faire disparaître les traitements de longue durée avec prescription de méthadone. Cette initiative vise également à interdire les mesures de réductions des risques et l'aide à la survie. Les principaux arguments des partisans sont que les *"drogues sont des substances menant irrémédiablement à la déchéance physique et psychique ; une maîtrise de la consommation est de ce fait jugée impossible."*²⁸ Parallèlement, la prévention auprès des jeunes se verra renforcée.

Complètement opposée à la première, la deuxième initiative est appuyée par la gauche et des associations spécialisées dans le domaine de la toxicomanie. Elle propose la légalisation ainsi que la décriminalisation de l'achat, de la possession, de la consommation et de la culture de substances stupéfiantes pour la consommation personnelle. Cette initiative propose également d'instaurer un monopole étatique qui réglerait la distribution des produits stupéfiants.

Elle vise aussi la légalisation différenciée des substances ainsi qu'une protection des groupes à risque de consommation abusive grâce à la protection de la jeunesse, l'interdiction de la publicité et des budgets supplémentaires pour la prévention.

La Suisse a choisi un juste milieu qui allie deux approches en apparence contradictoires, une répression sévère du trafic et le respect de la personne toxicomane. Ces deux initiatives n'ont pas modifié cette politique car elles étaient trop extrêmes.



Image de la couverture de **BOGGIO Y., CATTACIN S., CESONI M-L., LUCAS B.** *Apprendre à gérer la politique suisse en matière de drogues.* Genève : Georg, 1997

²⁸ Cité in : **BOGGIO Y., CATTACIN S., CESONI M-L., LUCAS B.** *Apprendre à gérer : la politique suisse en matière de drogues.* Genève : Georg, 1997, p.68

Encadré 1: la Suisse et les Conventions internationales aujourd'hui

La Convention pour la répression du trafic illicite des drogues nuisibles de 1953: Entrée en vigueur en Suisse le 31 mars 1953, elle engage les pays signataires à réprimer sévèrement la fabrication, l'offre, la détention, etc. de stupéfiants en violation des conventions internationales. Elle prévoit des formes de coopération entre les polices nationales.

La Convention unique sur les stupéfiants de 1953: Entrée en vigueur en Suisse le 22 février 1970, elle vise essentiellement un contrôle accru de l'offre de stupéfiants: opium, morphine, héroïne, cocaïne et produits cannabiques notamment, dont elle limite l'usage aux seuls besoins médicaux et scientifiques.

Le Protocole du 24 mars 1972 portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1953: Entré en vigueur en Suisse le 22 mai 1996, il définit essentiellement les fonctions de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), institution onusienne chargée de garantir la limitation de la culture, de la fabrication et de l'utilisation de stupéfiants aux seuls usages prescrits par la Convention unique et de coordonner les efforts nationaux et internationaux.

La Convention sur les substances psychotropes de 1971: Entrée en vigueur en Suisse le 21 juillet 1996, cette convention vise à prévenir les abus de consommation de psychotropes (hallucinogènes, tranquillisants, barbituriques, amphétamines) par le biais d'un meilleur contrôle de l'offre.

La Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988: Cette dernière convention renforce la répression du trafic et prône la criminalisation de la possession de stupéfiants et substances psychotropes pour usage personnel. La Suisse ne l'a pas ratifiée à ce jour, mais a déjà introduit certaines dispositions dans le droit fédéral, concernant notamment la réglementation en matière de blanchiment d'argent et le contrôle des « pré-curseurs » (produits de base nécessaires à la fabrication des substances visées).

Cité in : BOGGIO Y., CATTACIN S., CESONI M-L., LUCAS B. *Apprendre à gérer : la politique suisse en matière de drogues*. Genève : Georg, 1997 p. 31

2.5 LES SEUILS DE PRISE EN CHARGE (BAS, MOYEN ET HAUT)

Intégré à la politique suisse des 4 piliers, on trouve un concept important qui est celui des seuils de prise en charge. Ils correspondent à des degrés d'intervention selon les besoins de la personne toxicomane. En effet, chaque seuil rencontre la personne à des moments différents de son parcours dans la toxicomanie. C'est ce que je vais brièvement développer maintenant.

Ces concepts sont souvent cités en matière de toxicomanie et pourtant, trouver leur définition est un vrai casse-tête chinois. Monographies, articles, sites Internet spécialisés les utilisent mais ne les définissent pas. Par conséquent, j'utilise pour ma recherche les définitions de ma personne ressource M. De Andrea Paolo intervenant en toxicomanie, employé à la LVT²⁹.

²⁹ Ligue valaisanne contre les toxicomanies

2.5.1 Les prestations à haut seuil

Offres visant l'abstinence, principalement l'accessibilité à des offres de serpage et de postcure ambulatoire, l'orientation vers des centres de traitement résidentiels et un soutien à l'abstinence. Le haut seuil comprend également la prévention des re-consommations et l'aide à la réinsertion.

2.5.2 Les prestations à seuil moyen

Offres pour des personnes dépendantes ne pouvant ou ne voulant momentanément pas viser l'abstinence. Les prestations sont l'information, l'évaluation, l'orientation, aide au choix et l'éducation. Egalement, des entretiens motivationnels, une aide au maintien de l'insertion socio-professionnelle et une sensibilisation à la réduction des dommages. Un traitement par substitution peut également faire partie de ces prestations.

2.5.3 Les prestations à seuil bas

Offres à accessibilité maximale pour des personnes en phase active de consommation et n'exprimant peu ou pas de demandes. Ces prestations s'adressent autant aux consommateurs d'alcool que de drogues illégales afin de réduire les risques. Ces risques sont : la contamination et la propagation du VIH et des hépatites, les overdoses, la dégradation de la santé physique et psychique et la marginalisation. La mise à disposition gratuite de matériel d'injection stérile, l'information et la formation aux gestes qui sauvent sont des prestations dans ce cas. Il y a également une facilitation à l'accès des ressources médicales et la construction ou le maintien de liens de référence comme la famille. Finalement, un travail pour l'amélioration des conditions de vie (hygiène, logement...) est effectué par les intervenants en bas seuil. Les intervenants à bas seuil travaillent principalement en milieu ouvert afin de développer la proximité et d'entrer en contact avec des personnes ne formulant pas de demande d'aide.

“Le plus grand arbre est né d'une graine menue, une tour de neuf étages est partie d'une poignée de terre.”

Lao-Tseu ³⁰

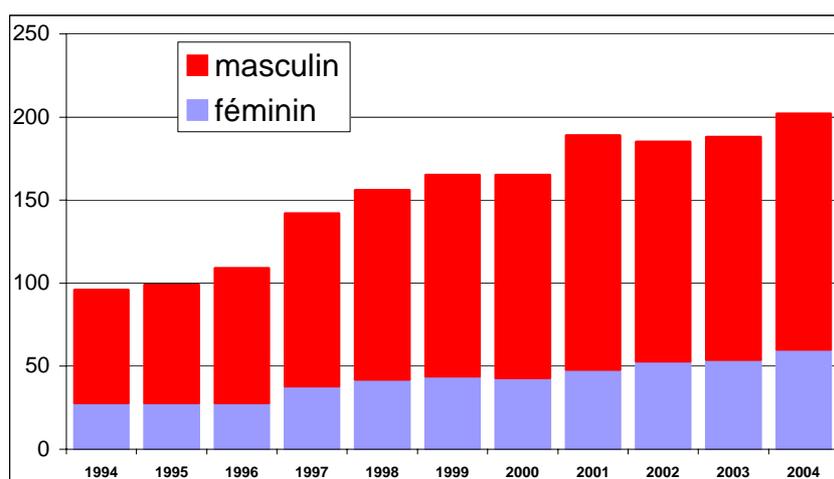
³⁰ Citation tirée du site <http://eve-ne.fr>

2.6 LA SITUATION EN CHIFFRES POUR LE VALAIS EN 2004 CONCERNANT LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION A LA METHADONE

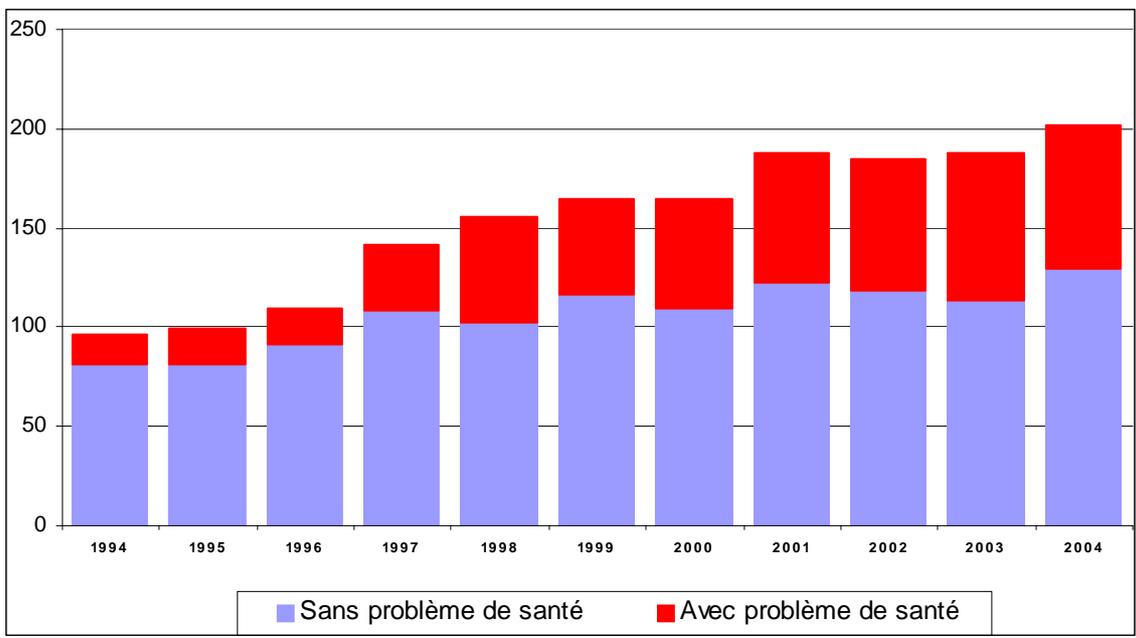
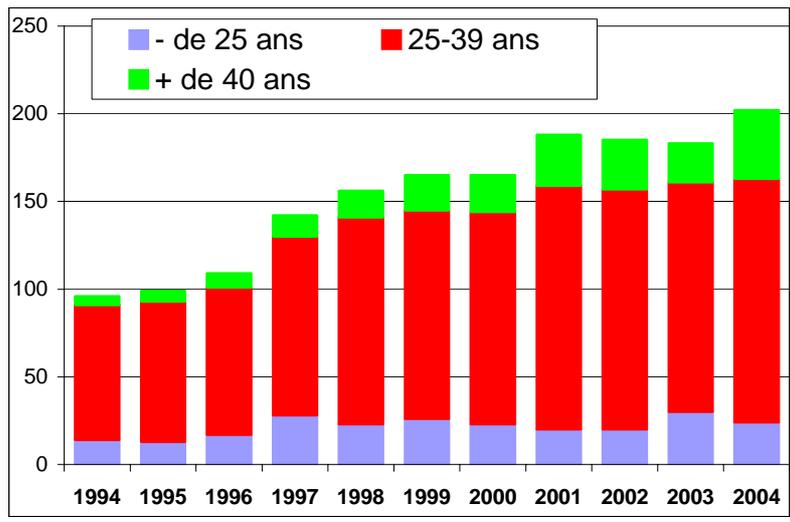
J'ai choisi de présenter cette partie à l'aide des statistiques 2004 (présentées en février 2005) du Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie du canton du Valais. Je remercie la pharmacienne cantonale Mme Mariette Furrer-Ruppen pour m'avoir transmis et permis d'utiliser ces données.³¹

Les premiers tableaux font état de l'évolution de la situation en Valais durant ces dix dernières années concernant le nombre de personnes sous méthadone, leurs âges, leurs sexes et leurs états de santé.

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nombre de patients	96	99	109	142	156	165	165	189	185	188	202
féminin	28	28	28	38	42	44	43	48	53	54	60
masculin	68	71	81	104	114	121	122	141	132	134	142
- de 20 ans	0	0	3	5	2	4	2	0	1	2	2
20-24 ans	14	13	14	23	21	22	21	20	19	28	22
25-29 ans	32	28	36	41	45	39	41	50	48	42	43
30-34 ans	30	30	25	36	44	41	37	49	52	53	52
35-39 ans	15	22	23	25	29	39	43	40	37	36	44
40-44 ans	4	4	8	11	15	19	18	15	17	17	24
45-+ ans	1	2	0	1	0	1	3	14	11	5	15
Sans problème de santé	81	81	91	108	102	116	109	122	118	113	130
Avec problème de santé	15	18	18	34	54	49	56	66	67	75	72

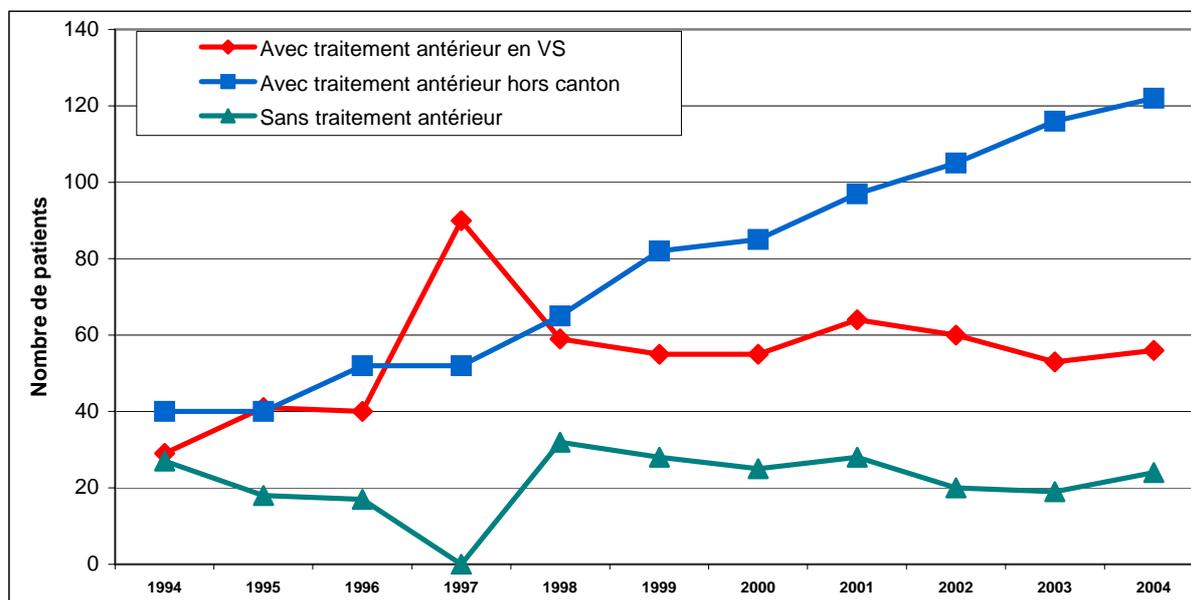


³¹ N.B. Les statistiques offrent souvent une vision subjective variant selon le mode de récolte des données ou l'intention des chercheurs. Cependant, la pharmacienne cantonale supervise toute la distribution de méthadone pour le Valais et rédige elle-même ces statistiques sur la base de données précises récoltées sur la totalité des sujets concernés.



Ces statistiques nous montrent qu'en 2004, 202 personnes sont sous méthadone en Valais, dont 142 hommes. La majeure partie des patients a entre 25 et 39 ans et plus de la moitié n'a pas de problème de santé.

Ce tableau montre le nombre de personnes ayant eu ou non un traitement à la méthadone antérieur à celui qu'ils suivent actuellement.



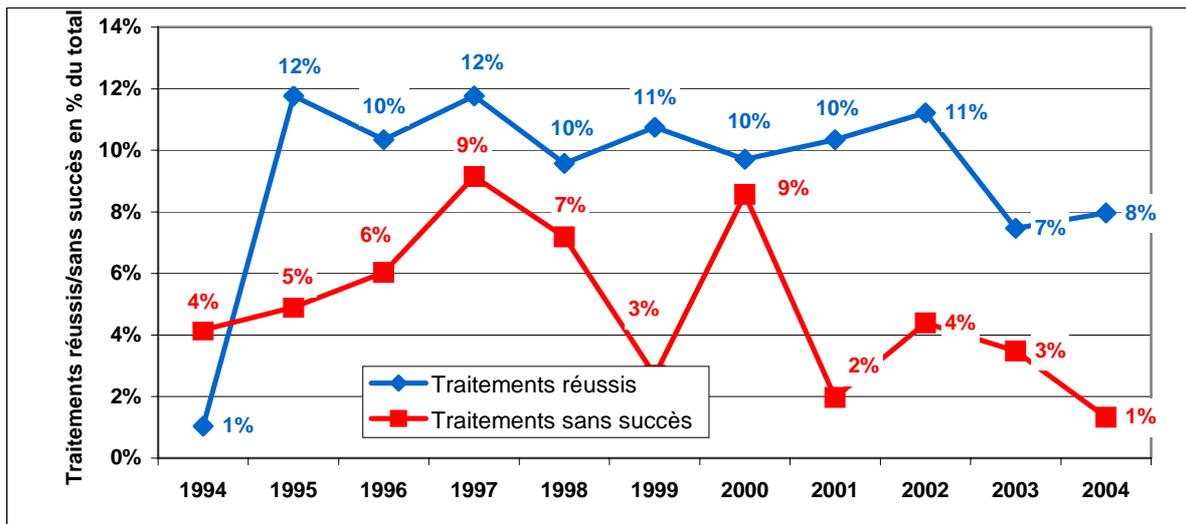
Soit 56 personnes ayant eu un traitement antérieur en Valais, 122 hors canton et 24 étant dans leur premier traitement pour 2004.

Maintenant voyons l'évolution en 10 ans du nombre de traitements avec méthadone, avec le nombre de débuts de traitement, et le nombre de fins de traitement ainsi que le nombre de patients traités pour la première fois en Valais.

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nombre de traitements méthadone	96	102	116	153	167	186	175	203	205	201	226
Nombre de débuts de traitement	38	26	50	78	67	82	55	87	65	75	86
Nombre de fins de traitement	21	37	40	54	63	60	60	63	77	60	69
Patients traités pour la 1ère fois	57	60	79	94	104	106	88	100	97	93	107

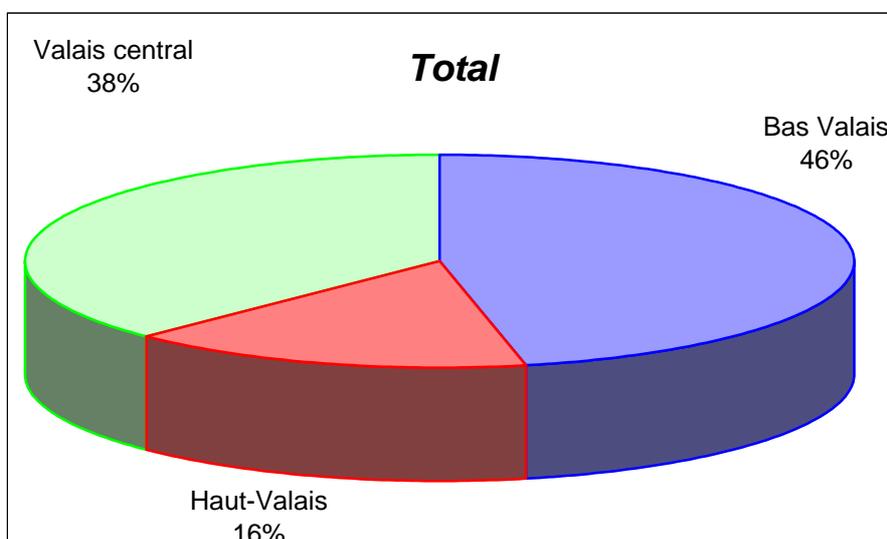
Le graphique qui suit montre le pourcentage de traitements réussis et de traitements sans succès de 1994 à 2004³².

³² Par traitements réussis la pharmacienne cantonale entend les traitements achevés par un sevrage à la méthadone.

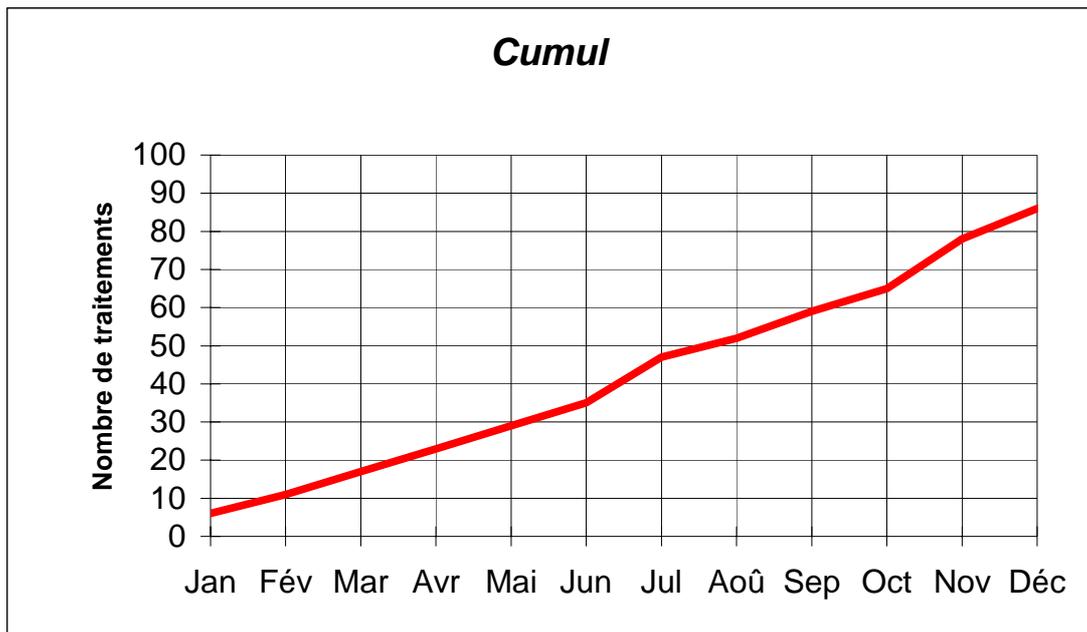
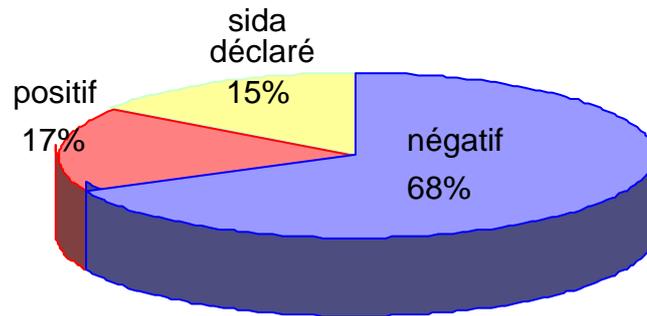


Durée de TT (en mois)	- de 1	1 à 4	5 à 12	13 à 24	25 à 36	37 à 48	49 et +
1994	2	7	9	0	2	0	1
1995	1	7	5	10	8	5	1
1996	2	7	11	8	6	4	2
1997	1	13	16	10	8	1	5
1998	4	21	18	15	3	1	1
1999	6	16	14	19	4	1	0
2000	5	13	19	7	9	4	3
2001	5	15	12	14	6	4	5
2002	9	20	20	11	6	3	8
2003	4	22	12	6	2	6	7
2004	5	24	20	7	4	3	5

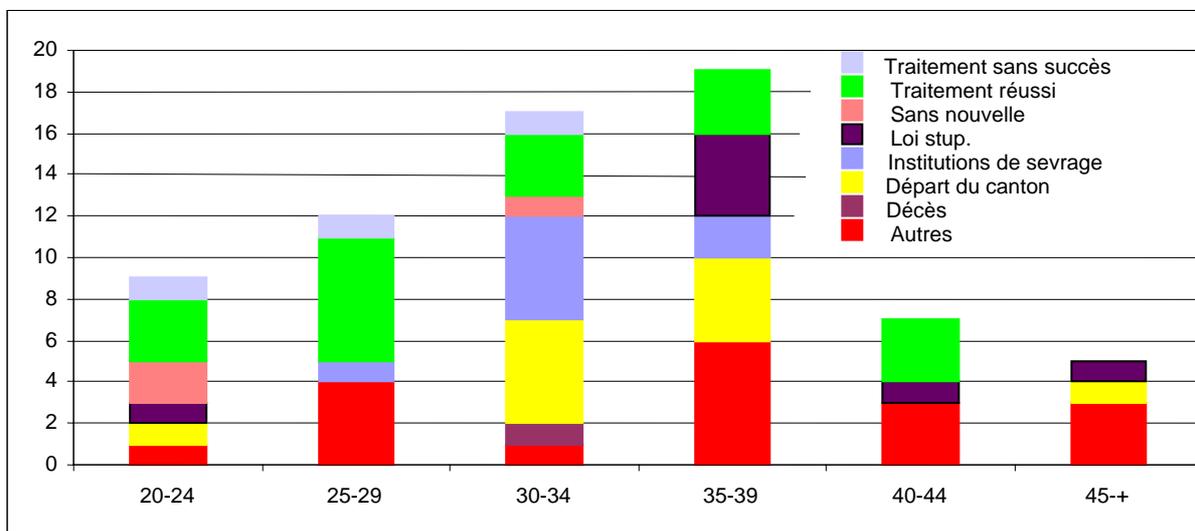
Le tableau précédent fait état de la durée des traitements en mois pour la période donnée de 10 ans, et le suivant de la répartition en % des 202 patients sous méthadone dans les trois régions valaisannes.



Pour information, voyons maintenant le pourcentage de personnes sous méthadone en Valais en fonction de leur résultat HIV. (2004)



Le graphique précédent montre le nombre de débuts de traitement par mois pour l'année 2004 pour tout le Valais. Finalement, les chiffres suivants sont ceux des motifs de fins de traitement par groupe d'âge.



2.6.1 Qu'est-ce que nous apprennent tous ces chiffres ?

Plein de choses...D'abord, en 2004, 202 personnes sont sous méthadone en Valais comme je l'ai déjà dit. Ce qui fait 106 patients de plus en 10 ans. Parmi ces patients, on trouve 143 hommes pour 60 femmes soit plus de la moitié de sexe masculin. La tranche d'âge comprenant le plus de sujets se situe entre 25 et 39 ans et la majorité des personnes n'ont pas de problème de santé. De plus, le Valais romand compte beaucoup plus de patients que le Haut-Valais avec 170 personnes contre 32.

Ensuite, on apprend que 178 patients sur 202 avaient déjà eu un traitement antérieur majoritairement ambulatoire. Il y a eu 86 débuts et 69 fins de traitements, cela fait 48 débuts de traitements en plus en 10 ans et exactement la même augmentation de fins de traitements. Il y a eu 226 traitements à la méthadone en 2004 et le 1% soit 3 personnes, représente des traitements sans succès contre 8% de traitements réussis.

Un traitement dure majoritairement de 1 à 4 mois en 2004 mais il peut aller jusqu'à plus de 49 mois, la durée de la substitution s'est peu modifiée en 10 ans. Après, le nombre de débuts de traitement est en constante augmentation. C'est dans le Bas-Valais qu'on trouve le plus de débuts de traitement. Les motifs de fins de cure à la méthadone sont principalement un traitement réussi, mais on trouve au même pourcentage les motifs "autres".

Pour information, je rajouterai que 70 patients sont atteints de l'hépatite C et 2 de l'hépatite B ; on ne connaît pas l'état des 130 autres patients à ce sujet et c'est principalement les 30-34 ans qui sont affectés. 68% de ces personnes sont séronégatives contre 15% de sida déclaré.

2.7 HYPOTHESES

Maintenant que le contexte de la recherche est posé, revenons à notre sujet central : la méthadone.

Pour rappel, ma question de départ était :

Pour quelles raisons la méthadone est-elle utilisée comme substitut aux opiacés, en Valais romand ?

Le but de ma recherche étant simplement de répondre à cette interrogation, j'ai fixé une hypothèse me permettant de le faire. Je suis partie de mes croyances, des réponses que je donne aujourd'hui à cette question.

Je pars de l'hypothèse principale suivante :

La méthadone est utilisée comme traitement de substitution pour éviter les prises de risque néfastes pour la société.³³

³³ Par prise de risques néfastes pour la société j'entends principalement la délinquance liée à la consommation et les transmissions de maladie.

Hypothèse 1

Les cures de méthadone ont plus d'avantages pour la société³⁴ que pour la personne en traitement.

Hypothèse 1.1

Une personne dépendante aux opiacés a moins de comportements à risque³⁵ si elle est sous méthadone.

2.8 LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION

Je donne la définition du Dictionnaire des drogues et des dépendances Larousse³⁶, ouvrage de référence cité dans la majorité des bibliographies des ouvrages spécialisés que j'ai lus.

J'ai choisi de parler de ce concept dans cette partie de mon travail car il amène déjà une partie de réponse à mes hypothèses. Dans ma démarche, j'ai posé mes hypothèses en fonction des interrogations que j'avais au préalable et je me suis renseignée ensuite sur la définition et l'histoire des traitements de substitution, c'est en gardant cette logique, qui a été la mienne, que j'ai décidé de le retranscrire.

“ Modalité de traitement neurobiologique d'un sujet pharmacodépendant reposant sur l'administration d'une substance ayant une activité pharmacologique similaire à celle de la drogue addictive. La substitution vise, en prévenant la symptomatologie psychique et physique du manque, à stabiliser la consommation de drogues illicites injectables (héroïne) ou, pour le moins, à la diminuer, à insérer le patient dans la logique de soins psychiques et somatiques, et, surtout, à mettre en place un étayage psychologique et social suffisant pour que celui-ci ne réitère pas l'utilisation de drogue au terme de ce traitement le plus souvent très prolongé. L'objectif doit rester l'élaboration d'un projet de vie, dont la dépendance à la drogue est exclue. “

2.8.1 Bref historique des traitements de substitution à la méthadone

Selon la publication du Dr. Jean-Jacques Déglon³⁷ “Bilan de trente ans de traitements de substitution” de 2003, Fondation Phénix.

Comme nous l'avons déjà vu dans le chapitre 2.1, ce sont les travaux des Américains Vincent Dole et Mary Nyswander sur la méthadone dans les années 1960 qui démontrèrent réellement l'intérêt de cette molécule pour le traitement substitutif chez les personnes héroïnomanes. En fait, la méthadone était déjà utilisée comme substitut à l'héroïne avant, mais uniquement dans les simples cures de sevrage très courtes. Les travaux de Dole et Nyswander ont surtout démontré

³⁴ Par société j'entends l'ensemble d'individus vivant en groupe organisé, un milieu humain dans lequel un individu est intégré et soumis aux mêmes règles

³⁵ Par comportement à risque j'entends ici, la délinquance, la marginalisation, la propagation des maladies et la perte des liens sociaux.

³⁶ **Larousse** – dictionnaire des drogues et des dépendances – Ed. Larousse/Sejer, 2004

³⁷ Jean-Jacques Deglon fondateur et directeur de la “Fondation Phénix” à Genève, pionnier des traitements à la méthadone en Suisse. Il a reçu des mains du Dr Vincent Dole, pionnier des traitements à la méthadone aux USA, le prestigieux prix “Nyswander-Dole award” en 1998. (www.phenix.ch)

l'intérêt de la molécule dans les traitements substitutifs plus longs chez les personnes héroïnomanes dépendantes de longue date. Les recherches qu'ils ont menées sont la réponse aux échecs quasi systématiques des psychothérapies et des cures de sevrage à court terme.

Pour rappel, la méthadone avait été synthétisée par les Allemands durant la seconde guerre mondiale pour pallier au manque de morphine.

Les recherches de Dole et Nyswander s'inscrivent dans un contexte difficile. En effet, la mortalité liée à l'héroïnomanie était la première cause de mortalité chez les 15-35 ans à New-York. Les cas d'hépatites se multipliaient et les prisons se remplissaient de toxicomanes. Les premiers résultats cliniques sont très positifs, les personnes héroïnomanes sous méthadone restent "normaux", sans euphorie ni manque. Ils démontrent également que les sujets sortent de la délinquance et de la marginalité et peuvent se réinsérer professionnellement et socialement. On note également une diminution des cas d'hépatite. Dans ce contexte, nombre de médecins américains recoururent de manière trop systématique et pas assez encadrée sur le plan psycho-socio-éducatif, à ce mode de traitement. La politique fédérale initiée par Nixon en juin 1971 autorisant un emploi large de la méthadone n'arrangea pas le phénomène. En 1973, plus de 80'000³⁸ Américains utilisaient quotidiennement ce produit. A la fin des années 1980, on en comptait 180'000³⁸. Hormis le détournement de la méthadone sur le marché noir qui fut massif, cette systématisation entraîna de nombreuses overdoses et une augmentation de la consommation de cocaïne chez les personnes traitées.

Au-delà des problèmes liés au mauvais encadrement psychosocial des patients sous méthadone, la déception fut grande de constater que la stabilité de la plupart des patients et leur bonne qualité de vie se dégrade considérablement lors du sevrage et de l'arrêt de la prise du substitut. Les re-consommations étaient nombreuses. Face à cette réalité, Mary-Jeanne Kreek, collaboratrice du Professeur Dole, parla alors d'un dysfonctionnement probable au niveau des récepteurs de l'endorphine dû à une trop longue consommation d'opiacés. Sa conclusion engendra la nécessité d'un médicament correcteur. Ce fut le début des traitements de maintenance à la méthadone.

En Europe, on a longtemps diabolisé la médicalisation des dépendances et les traitements de substitution. En effet, on craignait la "lobotomie chimique" des patients toxicomanes.

"...L'image d'héroïne de synthèse véhiculée par les médias a aussi fausement donné l'idée au public d'une drogue de jouissance avec tous les sentiments divers que cet accès à ce supposé plaisir peut susciter. Les médecins, longtemps considérés comme complices de cette soi-disant jouissance, étaient alors traités de dealers en blouse blanche et plusieurs ont été agressivement incarcérés, particulièrement en Belgique. A Genève, suite à un article expliquant l'intérêt des programmes de méthadone, publié dans un journal, les opposants à ces traitements ont couvert les murs de la ville avec des affiches proclamant que la méthadone est

³⁸ Cité in : DEGLON, J-Jacques. *Bilan de trente ans de traitements de substitution*. p.1 (article qui m'a été fourni par mail par M. Déglon)

un stupéfiant qui tue. En fait, ces traitements ont fait chuter le nombre des overdoses. Au même moment, aux USA, d'autres affiches montraient un jeune couple radieux tenant un enfant par la main sur fond de cerisiers en fleurs avec pour slogan : la méthadone harmonise la vie. Des experts de tendance psychanalytique déjà hostiles aux médicaments qui tuent la parole, ont diabolisé la méthadone auprès des autorités. ”³⁹

L'état d'esprit est moralisateur et générateur d'hostilité envers les personnes toxicomanes. Il est facile de comprendre que, pendant des années, les mots d'ordre aient été l'incarcération ou la thérapie résidentielle visant obligatoirement l'abstinence dans la douleur par des servages rapides. La croyance était alors que plus l'arrêt des drogues était douloureux, moins il ne devait y avoir de re-consommations. Malheureusement, pour toutes les personnes héroïnomanes ayant vécu cette époque, cette théorie n'a jamais pu être démontrée en pratique.

Cependant, on utilise la méthadone depuis 1968 à Londres et à Amsterdam mais les politiques sanitaires et les visions sont très variées dans les pays européens.

Ces dernières années, un changement radical des mentalités a eu lieu, grâce à plusieurs facteurs, et a permis, la médicalisation progressive des dépendances et le développement des traitements de substitution.

Premièrement, les nouvelles connaissances dans le domaine de la neurobiologie, grâce aux nouvelles techniques d'investigations cérébrales et à l'expérimentation animale, ont permis de mieux comprendre le phénomène de la dépendance. Ces découvertes ont mis un terme aux théories psychanalytiques de la toxicomanie et ont validé l'utilité des traitements de substitution.

Deuxièmement, l'arrivée du sida a obligé la Suisse à modifier son approche afin de contrôler l'épidémie. En effet, tant que les personnes héroïnomanes ne nuisaient qu'à elles-mêmes et s'auto-détruisaient, elles n'étaient pas un grand sujet de préoccupation. En revanche, dès que l'on a constaté qu'une grande partie d'entre elles étaient porteurs du virus HIV et qu'elles pouvaient le transmettre, des moyens d'aide plus efficaces se sont rapidement développés.

Ensuite, l'échec des prises en charge habituelles visant d'abstinence à court ou moyen terme et des psychothérapies sans médication ont également favorisé le développement des traitements de substitution.

“... les évaluations nombreuses sur le plan international du devenir des héroïnomanes sevrés des opiacés démontrent qu'une grande majorité d'entre eux rechutent à plus ou moins court terme ou présentent une péjoration de leur qualité de vie parfois invalidante qui les pousse souvent à l'abus d'alcool, de tranquillisants ou de cocaïne.”³⁹

³⁹ DEGLON, J-Jacques. *Bilan de trente ans de traitements de substitution*. p.1-2 (article qui m'a été fourni par mail par M. Déglon)

Finalement, les scènes ouvertes en Suisse comme le Letten à Zurich obligent le gouvernement à prendre des décisions et à modifier sa politique en matière de drogue.

La base légale pour les traitements de substitution a été créée en Suisse en 1975. Auparavant, il appartenait au médecin traitant de juger s'il avait ou non à prescrire des stupéfiants à une personne toxicodépendante. A Genève, les traitements de maintenance à la méthadone sont possibles depuis 1976, mais seulement chez des médecins privés. Cependant, face aux réalités citées ci-dessus, ce n'est qu'à la fin des années 1980 qu'ils se développent réellement. En 1989, la méthadone acquiert un statut de traitement thérapeutique et une ordonnance du Conseil fédéral rend obligatoire la prise en charge des programmes à la méthadone par les caisses maladies.

Depuis, les traitements avec méthadone se sont imposés dans le monde. En Suisse, on compte en 2004, selon les statistiques de l'OFSP, 17'561 personnes sous méthadone dont 11'851 hommes et 4'705 femmes⁴⁰.

3. DEMARCHE METHODOLOGIQUE

3.1 TERRAIN D'ENQUETE

“Le seul mauvais choix est l'absence de choix.”

Amélie Nothomb⁴¹

J'ai ciblé ma recherche sur le Valais romand afin qu'elle soit réalisable en fonction de mes moyens. La politique en matière de prescription de méthadone est cantonale. De plus, les avis concernant cette prise en charge sont très divergents, étudier toutes les formes de mise en application de cette pratique demande des moyens considérables en matière de temps et d'argent que je ne possède pas. J'ai donc choisi mon canton pour ma recherche car il n'y existe qu'une manière de procéder pour les cures de méthadone. Mon choix est également motivé par le fait que je désire devenir intervenante en toxicomanie en Valais.

Pour mener à bien mon étude, j'ai choisi de travailler sur deux axes : une recherche bibliographique et des entretiens avec des professionnels valaisans.

Pour la recherche bibliographique, je n'ai choisi que des écrits cités, soit dans au moins deux bibliographies différentes, soit qui m'ont été conseillés par les professionnels interrogés. La bibliographie choisie représente donc les notions théoriques sur lesquelles se basent les professionnels sur le terrain, ce sont donc des références primordiales. Elles m'ont permis, dans un premier temps, d'approfondir mes connaissances et de donner une ligne directrice à mon travail.

⁴⁰ **Office fédérale de la santé publique.** “Statistiques nationales de la substitution” [en ligne]. Adresse URL : <http://www.nasuko.ch> (page consultée le 20 janvier 2006)

Pour les chiffres en Valais cf. chapitre 2.6

⁴¹ Citation tirée du site <http://eveve.fr>

En effet, le sujet de la méthadone est toujours en mouvement, de plus, la prescription de substitut est appliquée très différemment selon les pays, les cantons, les institutions. Par conséquent, une vision d'ensemble m'a permis d'orienter ma recherche.

Ensuite, elles m'ont permis d'atteindre les objectifs que je m'étais fixés dans le projet :

- Connaître l'histoire de la méthadone.
- Identifier un profil type d'une personne amenée à suivre un traitement de substitution à la méthadone.
- Comprendre pour quelles raisons la méthadone est prescrite ou non.
- Définir les avantages et les inconvénients d'une prise en charge avec méthadone selon, une vision sociale, médicale et politique.
- Recontextualiser l'adoption des traitements avec méthadone en Suisse.

Finalement, elles m'ont permis d'analyser mes hypothèses et de répondre à ma question de départ.

Vous me direz qu'alors, toute la recherche était faite ; donc pourquoi faire des entretiens ?

J'ai choisi de compléter ma recherche par des entretiens de professionnels valaisans car, premièrement mon travail se cible sur le Valais romand. Deuxièmement, la majorité des écrits des ouvrages sont français, je voulais donc voir s'il y avait des différences avec ce qui se fait dans le canton. Ensuite, la théorie constitue la base de l'intervention mais la réalité sur le terrain en est parfois éloignée donc je voulais savoir si c'était le cas pour le Valais.

Pour le choix des professionnels, j'ai d'abord défini trois domaines intervenant dans la toxicomanie qui sont le social, le médical et le politique. Je me suis ensuite renseignée auprès de ma personne ressource, M. De Andrea de la Ligue valaisanne contre les toxicomanies, pour connaître les personnes qui étaient, à priori, des références en Valais, et j'en ai sélectionné trois par catégorie⁴² :

- | | | |
|----------|---|--|
| Social : | <ul style="list-style-type: none">- Vouillamoz Philippe
Responsable thérapie
Centre d'aide et de prévention CAP
Rue d'Octodure 10
1920 Martigny
027/721.26.31 | <ul style="list-style-type: none">- Foyer "Rives du Rhône"
Pers. toxicomane abstinente
Roger Brenwald
Educateur spécialisé
Rte de Riddes
1951 Sion
027/323.36.15 |
| | <ul style="list-style-type: none">- Foyer d'accueil la Courte Echelle
Intervenant en toxicomanie – De Gaby Xavier
Route du Léman 95
1907 Saxon
027/ 744.33.95 | |

⁴² Chaque personne interrogée m'a autorisée à citer son nom et ses coordonnées professionnelles.

- Médical :
- Siervo Danielle
Méd. déléguée Medrotox VS central
Rue de Lausanne 2
1950 Sion
027/323.77.50
 - Furrer-Ruppen Mariette
Pharmacienne cantonale
Av. du Midi 7
1950 Sion
027/606.49.45
 - Cornut Josy-Philippe
Médecin délégué Medrotox bas-Valais
Rue Principale
1902 Evionnaz
027/767.14.00
- Politique :
- Barman Jean-Daniel
Directeur Ligue valaisanne contre les toxicomanies
Place du Midi 36
1950 Sion
027/323.29.15
 - Darioli Simon
Responsable du service d'action sociale
de l'Etat du Valais
Rue des Vergers
1950 Sion
027/606.48.55
 - M. De Preux
Chef de la police des stupéfiants
Av. de France 69
1950 Sion
027/606.56.56

Trois catégories : j'ai voulu avoir une vision élargie du sujet et savoir si ces différents domaines pensaient et agissaient dans les mêmes buts ou non. J'ai choisi d'interroger des professionnels car l'objectif principal de ces entretiens était de savoir pour quelles raisons la méthadone est utilisée. Par conséquent, j'ai jugé que les personnes qui décident, prescrivent, accompagnent les cures de méthadone seraient les mieux placées pour répondre à mon interrogation. M. De Preux, chef de la police des stupéfiants est moins directement impliqué dans les traitements de méthadone mais son avis m'a intéressé car il permet une vision des conséquences des cures sur la délinquance associée.

J'ai eu la grande chance de ne rencontrer que des personnes intéressées et coopératives. Ces entretiens m'ont beaucoup apporté. Premièrement au niveau des informations théoriques, deuxièmement sur la collaboration inter-disciplinaire et le travail en réseau qui fonctionne très bien dans le domaine de la toxicomanie en Valais. Finalement, sur le plan personnel, rencontrer et avoir la chance de discuter avec ces personnes qui, comme je l'ai dit, sont des références en Valais, et parfois sur le plan national comme M. Barman, c'est une grande chance en tant qu'étudiante. Profiter de leur expérience et de leur savoir est une richesse et je les remercie tous énormément pour l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail.

Il était prévu dans mon projet que je récolte des témoignages de personnes toxicomanes ayant eu un traitement à la méthadone, pour illustration. Cette idée n'a

pas pu se concrétiser car j'avais trouvé deux témoins mais l'un d'eux n'a plus pu collaborer pour des raisons personnelles et je n'ai pas eu le temps de trouver une autre personne. J'ai donc abandonné cette option car un seul témoignage aurait, selon moi, donné une vision trop subjective et n'aurait pas été pertinent.

3.2 METHODE DE RECOLTE DES DONNEES

Pour les écrits, je les ai lus puis j'ai pris chacun de mes objectifs et j'ai sélectionné les informations permettant de les atteindre. Cette recherche bibliographique⁴³ m'a permis de faire une première critique théorique de mes hypothèses.

Pour les entretiens, j'ai utilisé la méthode semi-directive ce qui a permis des interviews libres avec un léger cadrage à différents moments. Cette méthode s'est avérée très bénéfique car j'ai eu la chance d'interroger des personnes qui avaient des choses à dire et peu de difficulté à s'exprimer. J'ai utilisé un guide d'entretien⁴⁴ que j'ai élaboré à partir de mes hypothèses.

Un questionnaire précis aurait trop limité la liberté de la personne et m'aurait certainement apporté des réponses plus théoriques que pratiques. J'ai pu à la fois atteindre les objectifs fixés pour ces entretiens, partager mes questionnements et mes impressions, demander des précisions sur mes lectures, et répondre à mes hypothèses. De plus, j'ai été sensibilisée à certains points qui me seront utiles pour mon futur professionnel.

Les entretiens ont duré en moyenne 1 heure, il n'y en a qu'un qui a été écourté à cause d'une urgence mais cela n'a pas posé de difficulté car j'avais les informations principales et la personne est restée à ma disposition pour d'éventuels compléments. J'ai pu, avec l'autorisation de chaque personne, enregistrer toutes les interviews.

J'ai ensuite retranscrit les entretiens de manière synthétique en isolant les informations qui me seraient utiles. J'ai classé ces informations en fonction de mes indicateurs⁴⁵. Puis, j'ai fait un dépouillement quantitatif des données. Ce classement m'a permis d'identifier les commentaires communs et les divergents. Les réponses divergentes s'expliquent par les variables définies dans le guide d'entretien.

“ C'est parce qu'on imagine simultanément tous les pas qu'on devra faire qu'on se décourage, alors qu'il s'agit de les aligner un à un.”

Marcel Jouhandeau⁴⁶

⁴³ Cf, bibliographie – ouvrages utilisés

⁴⁴ Cf. annexe N°1 Guide d'entretien.

⁴⁵ Cf. annexe N° 2 Grille de dépouillement

⁴⁶ Citation tirée du site <http://eveve.fr>

4. ANALYSE DES DONNEES

Le dépouillement des données a permis une première analyse quantitative qui confirme tout d'abord ce qu'une majorité des experts m'a dit : les membres du réseau valaisan autour de la toxicomanie collaborent bien entre eux. En effet, sur 49 réponses⁴⁷ il y a 27 réponses citées 2 fois et plus. Soit plus de la moitié des réponses sont communes à au moins 2 experts sur 9, ce qui montre une grande cohérence dans la prise en charge des personnes toxicomanes en Valais, et surtout les réponses uniques ne sont pas en contradiction avec les commentaires communs.

Je note tout de même la divergence avec les réponses de M. Brendwald des Rives du Rhône qui s'explique par la spécificité de la prise en charge qu'offre cet établissement. En effet, cette cure résidentielle visant l'abstinence est basée sur une philosophie qui dit que la toxicomanie est une maladie de l'âme et qui s'oppose à la traiter avec des médicaments⁴⁸.

Cette bonne collaboration s'explique par plusieurs facteurs. Principalement, le fait que le Valais soit un petit canton où les gens se connaissent et le fait que l'intervention en toxicomanie est chapotée par une seule institution qui est la Ligue valaisanne contre les toxicomanies (LVT). Cette institution est en quelque sorte le pivot de l'ensemble du réseau. Un outil, le contrat thérapeutique tripartite, dont on reparlera plus loin, est aussi une explication à cette bonne collaboration et cette cohérence autour de la méthadone en Valais.

Cette première analyse a aussi mis en avant le fait que les réponses données sont semblables à celles trouvées dans les ouvrages de références. Cela peut s'expliquer de plusieurs façons, soit les experts m'ont répondu en fonction de la théorie qui régit leur action et non de leur pratique sur le terrain. Soit la pratique sur le terrain est en accord avec la théorie qui régit l'action. J'ai pu vérifier cela personnellement car je suis actuellement en deuxième période de formation pratique à la LVT à Sion. Il s'avère donc que la pratique est en accord avec la théorie et que les écrits de références que j'ai choisis (avant de travailler à la LVT) sont en grande partie les mêmes que ceux qui ont servis de base à la pratique en Valais.

Par conséquent, une analyse comparative n'aurait pas un grand intérêt, à mon avis, étant donné que les conclusions seraient quasiment toujours les mêmes : c'est semblable. J'ai donc repris chacun de mes indicateurs et mêlé les données des écrits et des entretiens pour y donner une réponse la plus complète possible. Ensuite, j'ai repris mes hypothèses et je les ai confrontées à ces réponses afin de les confirmer, de les infirmer ou de les nuancer... C'est ce que je vous invite à découvrir de suite.

“Croyance : milieu entre l'opinion et le savoir.”

Emmanuel Kant⁴⁹

⁴⁷ définies après regroupement des réponses communes et en enlevant les “ne sait pas ou n'a pas répondu”

⁴⁸ Pour en savoir plus : www.rivesdurhone.ch

⁴⁹ Citation tirée du site <http://evene.fr>

4.1 ANALYSE DES DONNEES PAR INDICATEURS

4.1.1 Présentation des indicateurs

- La situation avant que la méthadone ne soit utilisée

La période définie pour les réponses à cet indicateur est celle allant des premiers traitements pour les personnes héroïnomanes à l'introduction légale et généralisée des traitements de maintenance à la méthadone. Quelle était l'image de la personne toxicomane, quelles étaient les alternatives de soins qui étaient proposées ou imposées...

- Les raisons de l'introduction de la méthadone en Valais

Qu'est-ce qui a fait que la méthadone a été choisie comme outil pour traiter les personnes héroïnomanes et comment est-ce que la substitution, vivement critiquée, a fini par être acceptée et se généraliser ? Pour quelles raisons, le canton du Valais a choisi d'intégrer la méthadone à sa palette de soins...

- La population ciblée par les traitements avec méthadone

Est-ce que la méthadone est un produit proposé à toutes les personnes héroïnomanes ? Existe-il des critères, des règles qui régissent les traitements de substitutions avec méthadone...?

- Les avantages d'une prise en charge avec méthadone

La morphine, par exemple, est aussi un opiacé qui pourrait se substituer à l'héroïne, pour quelles raisons, est-ce la méthadone qui a été choisie? Qu'est-ce que ce produit apporte aux patients, quels sont ses atouts... ?

- Les inconvénients d'une prise en charge avec méthadone

Il n'existe pas de traitement miracle de la toxico-dépendance aux opiacés, ça se saurait. Les traitements avec méthadone ne sont, par conséquent, pas parfaits, quels sont les risques et les points négatifs de cette alternative... ?

- La situation si la méthadone est éliminée

Cet indicateur est une spéculation sur l'élimination brusque de la méthadone dans les possibilités de traitement. Que se passerait-il ? Est-ce que la méthadone est devenue nécessaire...?

- La méthadone comme outil de contrôle social

Cet indicateur est un des arguments des opposants aux traitements de substitution, le médicament utilisé comme "camisole de force chimique" ou comme "normalisateur". Il ne servirait alors pas de traitement mais d'outil pour diminuer la délinquance, pour cacher les personnes toxicomanes... Enterrer le problème et sécuriser la population. Est-ce vraiment le but de l'utilisation de la substitution...?

4.1.2 La situation avant que la méthadone ne soit utilisée

Certaines réponses à cet indicateur ont déjà été données dans le chapitre 2.4.1, je reprends cependant ici les points principaux.

La période de prise en charge avant la médicalisation pourrait s'appeler "la période du jugement moral". En effet, durant plus de 20 ans on a exigé un sevrage rapide des drogues et le maintien d'une abstinence absolue en diabolisant toute médication de substitution. Pourquoi ? Selon Annie Mino⁵⁰ et Jean-Jacques Déglon⁵¹, la raison principale se trouve dans le manque de connaissance des bases neurobiologiques de la dépendance. Cette carence a laissé la porte ouverte à toutes les hypothèses, parfois très farfelues, et surtout aux préjugés. La personne toxicomane a longtemps été considérée comme un "pervers jouisseur" qui transgressait avec agrément les puissants interdits sociaux du plaisir auxquels était soumis le commun des mortels. Je me permets de souligner une hypothèse personnelle de jalousie inconsciente qui pourrait expliquer l'agressivité fréquente souvent observée à l'encontre des personnes toxicomanes.

Dans ce contexte, la méthadone médicalisée était qualifiée, par ses opposants, source de plaisir de substitution ce qui a valu, aux premiers médecins prescripteurs, le surnom de "*dealers en blouse blanche*"⁵². Ils étaient considérés alors comme des complices de cette soit-disant jouissance. Les journalistes de l'époque ont largement contribué à renforcer les préjugés.

"Aujourd'hui on va donner de la méthadone aux toxicomanes et demain ce sera des enfants aux pédophiles."

Philippe Bouvard⁵³

En se replongeant dans cette situation moralisatrice, il est plus facile de comprendre que la seule prise en charge acceptable ait été la punition. Cela se faisait à travers la douleur par des cures de sevrage très rapides pour obtenir la rédemption. Evidemment, cela entendait la nécessité d'une pureté durable, donc l'abstinence complète à vie.

Les auteurs de "*La méthadone et les traitements de substitution*"⁵⁴ expliquent la pensée de l'époque qui était que, plus l'arrêt était douloureux, moins il y aurait de rechutes. Malheureusement, comme le confirme Mme Mino, M. Déglon, M. Boggio, M. Morel, M. Parrino et M. Carpentier⁵⁵ dans leurs ouvrages, ainsi que M. Gaby,

⁵⁰ MINO, Annie. *J'accuse les mensonges qui tuent les drogués*. France : Calmann-Lévy, 1996, chapitre 2-4

⁵¹ DEGLON, J-Jacques. *Bilan de trente ans de traitements de substitution*. (article qui m'a été fourni par mail par M. Déglon)

⁵² Cité in : DEGLON, J-Jacques. *La méthadone, un levier important pour une prise en charge efficace des héroïnomanes*. Dépendance. p. 1 (article qui m'a été fourni par mail par M. Déglon)

⁵³ Citation tirée du site <http://eveve.fr>

⁵⁴ LEBEAU B., LOWENSTEIN W., GOURARIER L., COPPEL A. *La Méthadone et les traitements de substitutions*. Doïn, 1995. chapitre 1

⁵⁵ Se référer à la bibliographie – ouvrage utilisé, p.58

M. Cornut et M. Darioli dans les entretiens ⁵⁶, cette théorie n'a jamais pu être démontrée et avec le recul, il s'avère même que c'est le contraire.

*“ Les écrits officiels parlaient de la voie facile des traitements de substitution par rapport au dur chemin de l'abstinence, le seul reconnu. ”*⁵⁷

En fait, toutes mes documents de référence montrent que le sevrage des opiacés en général s'est toujours et partout révélé problématique à court et à moyen termes. La grande majorité des personnes héroïnomanes entrant dans une démarche de soin sont déjà des personnes toxico-dépendantes chroniques ne pouvant donc pas arrêter leur consommation dans un court laps de temps. Mais, pour ne pas remettre en question leurs dogmes théoriques et leurs traitements, les spécialistes ont longtemps préféré mettre les rechutes sur le dos des patients. Ils les accusaient alors de faiblesse de caractère et de manque de volonté alors qu'il s'agissait surtout d'erreur de pharmacothérapie et d'un manque de soutien psychosocial si l'on en croit les témoignages des médecins Mino, Déglon et Carpentier ainsi que M. Parrino dans leurs livres et publications. ⁵⁸

*“A la fin des années 1950 déjà, les Américains avaient mesuré par des évaluations sérieuses l'échec systématique des psychothérapies et du sevrage rapide chez les personnes héroïnomanes. Après une année de recul, seuls 3% des patients maintenaient leur abstinence et encore, il s'est avéré que ces personnes n'étaient pas vraiment dépendantes, arrêtées pour trafic de stupéfiants, elles avaient préféré l'hôpital à la prison. ”*⁵⁹

Pour reprendre une phrase de Philippe Vouillamoz ⁵⁶, c'est, soit on arrêtait, soit on mourait. En fait, c'est, soit on réussissait miraculeusement à arrêter dans la souffrance et des conditions inadaptées soit on mourait considéré comme un pervers et un pécheur.

4.1.3 Les raisons de l'introduction de la méthadone en Valais

Le Dr. Déglon a écrit 2 phrases qui résument bien, à mon avis, ce qui a poussé le changement de mentalité en Suisse, permettant la mise en place des traitements avec méthadone : *“ Tant que les toxicomanes ne nuisaient qu'à eux-mêmes et s'auto-détruisaient, peu de gens s'intéressaient vraiment à eux. Par contre, dès que l'on a constaté qu'une majorité était infectée par le virus VIH et qu'elle transmettait le Sida à la population normale, entre autre par la prostitution, un large intérêt s'est rapidement manifesté pour développer des moyens d'aide plus efficaces. ”*⁶⁰

Les recherches sur les traitements avec méthadone de Dole et Nyswander aux USA dans les années 1960 ont prouvé déjà l'efficacité de cette méthode comme d'autres

⁵⁶ Se référer à l'annexe N°2 – Grille de dépouillement

⁵⁷ Cité in : **DEGLON**, J-Jacques. *La méthadone, un levier important pour une prise en charge efficace des héroïnomanes*. Dépendance. p.2 (article qui m'a été fourni par mail par M. Déglon)

⁵⁸ Se référer à la bibliographie – ouvrage utilisé, p.58

⁵⁹ Cité in : **DEGLON**, J-Jacques. *L'arrêt de la méthadone chez les héroïnomanes chroniques est-il contre-indiqué ?* p. 1 (article qui m'a été fourni par mail par M. Déglon)

⁶⁰ Cité in : **DEGLON**, J-Jacques. *Bilan de trente ans de traitements de substitution*. p.2 (article qui m'a été fourni par mail par M. Déglon)

expériences notamment en Angleterre mais, pour les raisons invoquées au point 4.1.2, elles ont été soit oubliées, soit critiquées par une majorité des spécialistes suisses comme l'explique Annie Mino⁶¹.

C'est l'arrivée du Sida et des scènes ouvertes qui ont amené les politiques et les spécialistes suisses à changer de mentalité et par conséquent, la prise en charge des personnes toxicomanes, comme le raconte Yann Boggio et ses co-auteurs⁶² ainsi que Déglon et Mino. Je parle ici de la Suisse, donc de ce qu'ont écrit les auteurs du pays. Cependant, les ouvrages français, comme celui du Dr. Carpentier, ou le livre de Parrino, qui est une traduction d'un écrit américain, relatent les mêmes faits.

Si l'on en croit ces auteurs, l'échec quasi systématique de leurs traitements n'a pas abouti à la remise en question de leurs pratiques par les professionnels. Il a vraiment fallu que la santé somatique des patients s'aggrave de manière conséquente et surtout que la toxicomanie devienne un vrai problème impliquant toute la société pour que des réflexions soient faites et des changements s'opèrent. Le livre d'Annie Mino, *"J'accuse les mensonges qui tuent les drogués."*⁶¹ est essentiellement consacré à l'explication de cette évolution. En tant que spécialiste face à la problématique de l'héroïnomanie, elle dit : *"Nous savions que l'évaluation de notre travail ne pouvait être que négative. Nous ne pouvions même pas en affronter l'idée."* Mais avec l'arrivée du Sida et l'augmentation du nombre de personnes dépendantes, les intervenants ont été obligés de se confronter à la réalité.

De là, découle l'introduction des traitements de substitution généralisés, d'un long changement de mentalité poussé par la réalité : les personnes toxicomanes mouraient et la société était mise en danger par la propagation du VIH, la délinquance croissante et l'image des scènes ouvertes. Il fallait penser en terme de sécurité et de réduction des risques et non plus de rédemption et d'abstinence.

Ces changements politiques, médicaux et sociaux ont d'abord eu lieu dans les grandes villes comme Zurich ou Genève car elles étaient plus touchées par la problématique de l'héroïnomanie. Observant les excellents résultats des traitements à la méthadone, le Valais a été amené à s'interroger sur sa pratique. Il faut dire que la région se voyait de moins en moins épargnée par la problématique de l'héroïnomanie qui s'est vite répandue dans tout le pays.

Le canton s'est donc doté des traitements à la méthadone comme outil supplémentaire, à la suite d'un changement de vision sur la toxicomanie, et principalement parce qu'ils ont été jugés efficaces comme le disent le Dr. Sierro et M. Barman⁶³. Egalement parce qu'ils permettent de répondre aux besoins du patient, soit parce qu'il n'a pas la possibilité de viser l'abstinence soit, parce qu'il ne souhaite pas perdre son intégration sociale et/ou professionnelle. Donc, en élargissant

⁶¹ **MINO**, Annie. *J'accuse les mensonges qui tuent les drogués*". France : Calmann-Lévy, 1996, chapitre 4-5

⁶² **BOGGIO Y., CATTACIN S., CESONI M-L., LUCAS B.** *Apprendre à gérer : la politique suisse en matière de drogues*. Genève : Georg, 1997, p.68

⁶³ Se référer à l'annexe N°2 – Grille de dépouillement

sa palette de soin, le canton pouvait avoir un meilleur taux de pénétration de cette population et de meilleurs résultats selon M. Barman et le Dr. Cornut⁶⁴.

M. Barman souligne tout de même que le Valais a adhéré tard à cette pratique. Il ne m'a pas vraiment expliqué pourquoi, mais si l'on tient compte du fait que le Valais est un canton fortement empreint de la morale judéo-chrétienne, le fait d'être valaisanne et d'avoir toujours vécu dans le canton me suffit à l'affirmer, on peut alors comprendre que les idées de péché de jouissance, de rédemption et de pureté ont plus longtemps prévalu dans les mentalités.

4.1.4 La population ciblée par les traitements avec méthadone

Au départ, les traitements de substitution ne s'adressaient qu'à quelques cas de personnes héroïnomanes de longue date ayant échoué avec les autres formes de traitements comme l'explique le dictionnaire des drogues et des dépendances Larousse⁶⁵. Aujourd'hui, ce n'est plus une manière de traitement palliatif mais un outil efficace aidant le traitement et la "guérison" du patient. Son indication se fonde sur une appréciation individuelle de chacun des sujets après une évaluation de son degré de dépendance et de son implication dans le milieu de la toxicomanie. On tient également compte du contexte psychologique et somatique ainsi que de l'environnement social comme le souligne tous les auteurs de mes ouvrages de référence⁶⁶ et le guide à l'usage des intervenants CAP-LVT sur les traitements de substitution⁶⁷.

La population ciblée peut donc être très diverse ; j'ai donc choisi de présenter les conditions d'admission en traitement pour le Valais, afin de rester centrée sur le but de ma recherche.

Les traitements à moyen ou long termes associés à une prise en charge psychosociale sont réservés aux personnes héroïnomanes n'étant pas prêtes, disposées ou capables d'entrer dans un sevrage ambulatoire rapide ou d'opter pour une solution thérapeutique résidentielle selon le guide à l'usage des intervenants CAP-LVT sur les traitements de substitution⁶⁷.

Pour le canton, la condition minimale dans l'indication d'un traitement de substitution à la méthadone est l'existence d'une dépendance aux opiacés. Les critères formels et contraignants qui faisaient référence autrefois ne sont plus d'actualité. C'est sur la base d'une évaluation initiale que la décision est prise, celle-ci porte sur les éléments suivants⁶⁸ :

- histoire de la dépendance : substances concernées, âge de la première consommation, fréquence, durée, survenue d'overdoses, ...

⁶⁴ Se référer à l'annexe N°2 – Grille de dépouillement

⁶⁵ **RICHARD D., SENON J-L.** Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances. Paris : Larousse, 1999 p. 545

⁶⁶ Se référer à la bibliographie – ouvrage utilisé p. 58

⁶⁷ **LVT.** *Les traitements de substitution – Guide à l'usage des intervenants CAP LVT*, 2003.

⁶⁸ Cité in : LVT. *Les traitements de substitution.* Guide à l'usage des intervenants CAP LVT. Octobre 2003

- tentatives de traitements entreprises : genre, circonstances qui l'ont déterminées, résultats obtenus, ...
- situation psychologique de la personne : fatiguée, épuisée, désespérée, ...
- relations affectives : existe-il un conjoint ? durée du lien, solidité du partenaire, attentes mutuelles par rapport à la relation, attitudes et comportements du partenaire face aux drogues, liens avec la famille, ...
- situation familiale : charge de famille, nécessité d'entretien
- travail : travail fixe, mission temporaire, perspective à moyen et long terme
- problèmes judiciaires
- santé physique : diagnostic HIV, hépatites, grossesse en court... *A considérer la nécessité de poursuivre des objectifs de réduction des risques, de stabilisation de l'état de santé, d'engagement et de respect d'un suivi médical.*
- volonté de maintien d'une abstinence d'héroïne et d'une distance avec le milieu suite à une incarcération par exemple.
- Contexte de la demande et des motivations : repérage de projets motivants, réponses aux pressions de l'entourage, cocktail d'épuisement physique, psychique, social et financier.

Il se peut qu'un critère à lui seul soit déterminant dans l'indication au traitement comme pour les grossesses par exemple. Dans la majorité des cas, les patients répondent à plusieurs critères.

On retrouve donc dans ces cures, des personnes socialement et professionnellement bien intégrées, ne voulant pas perdre cette intégration en visant une cure résidentielle, ainsi que des personnes avec une situation très détériorée bénéficiant alors d'une prise en charge visant la réduction des risques. Dans tous les cas, la personne doit être motivée à changer quelque chose dans son mode de vie. C'est ce que disent les ouvrages et les personnes interrogées, à l'exception de M. Brendwald des Rives du Rhône pour les raisons que j'ai déjà expliquées en page 34.

*"...Regarde sous les doigts endoloris
La force et l'énergie
d'avoir encore envie

Envie de vivre
Envie d'être libre
Se sentir léger
Se sentir accepté

Alors toutes nos différences
De corps et de sens
Véritables résonances
Ensemble on avance..."*

Céline " Ensemble au-delà des frontières"

4.1.5 Les avantages d'une prise en charge avec méthadone⁶⁹

D'abord, arrêtons-nous sur les principaux avantages du produit qui sont :

- La prise par voie orale

Cela permet de supprimer tous les réflexes conditionnés en renonçant à l'injection. Ça présente un grand intérêt psychologique.

- Sa longue durée d'action

La méthadone prise par voie orale est absorbée par le tractus gastro-intestinal en 1 à 2 heures. Elle passe ensuite dans le foie où elle est stockée à environ 85% avant d'être largement diffusée dans tous les tissus. Cette propriété est à la base de l'intérêt thérapeutique de ce produit car la méthadone est libérée progressivement ce qui permet un taux sanguin stable pendant plus de 24 heures.

- Son absence de toxicité

Aujourd'hui, il n'a pas pu être démontré que la méthadone soit toxique pour les systèmes organiques. Le maintien de longue durée est sûr du point de vue médical.

- Son absence d'effet narcotique

C'est sans aucun doute un avantage conséquent du produit. Adéquatement dosée, la méthadone permet de se sentir tout à fait "normal", sans euphorie durant 24 heures. Cette propriété permet d'identifier la prise associée d'autres produits en cas d'euphorie ou d'ivresse.

- Son absence de phénomène de tolérance

Le patient peut sans problème rester à la même dose sans que l'effet de la méthadone diminue. C'est une grande différence entre la méthadone et l'héroïne.

⁶⁹ Informations trouvées dans : - **LVT**. *Les traitements de substitution – Guide à l'usage des intervenants CAP LVT*, 2003 p. 6

- **DEGLON**, J-Jacques. *La méthadone, un levier important pour une prise en charge efficace des héroïnomanes*. Dépendance. (article qui m'a été fourni par mail par M. Déglon) p.6-8

- **RICHARD D.**, **SENON J-L**. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*. Paris : Larousse, 1999 p. 547

- **GEISMAR-WEIVIORKA S.**, **GUIONNET C.**, **GUIS G**. *La Méthadone* Paris : PUF, Que sais-je, 1997. p. 21 et 86-90

- **LEBEAU B.**, **LOWENSTEIN W.**, **GOURARIER L.**, **COPPEL A**. *La Méthadone et les traitements de substitutions*. Doin, 1995. p. 47-49

- **PINOIT J-M**. **FRANCOIS I**. *Les traitements de substitution dans les toxicomanies aux opiacés*. Paris : Masson, 1997. p. 108-122

- **COPPEL Anne**, In : **TOUZEAU D.**, **JACQUOT C.** et [al.] *Les traitements de substitution pour les usagers de drogues*. Paris : Arnette, 1997. p. 296-299

- Entretiens cf. Annexe N°2 – Grille de dépouillement

- Son action sur le système immunitaire

Chez les personnes héroïnomanes, l'immunité est très perturbée. Au cours du traitement de maintien à la méthadone elle se normalise. Cet effet est dû dans un premier temps à l'arrêt de l'injection d'une substance étrangère et à la réduction des risques qui en résultent. Mais la normalisation des fonctions endocriniennes au cours du traitement est en partie responsable de cette amélioration immunitaire. C'est très important car cela ralentit la progression du Sida et agit favorablement sur l'évolution des maladies comme les hépatites.

Au-delà de ces avantages, il y a les conséquences positives découlant du fait d'être en cure de méthadone, c'est d'ailleurs les aspects qui sont les plus ressortis dans les réponses des experts interrogés. Certainement parce que ce sont les points qui ont le plus d'influence sur le client. J'en cite ici les principales :

- Un médicament équilibrateur...

Un patient sous méthadone est stabilisé dans les 10 jours qui suivent le début du traitement. En éliminant par ses facultés pharmacologiques, l'effet de manque, la méthadone permet à la personne de ne plus se focaliser sur l'héroïne car elle ne ressent plus le besoin d'en consommer. Il reste évidemment au départ, la dépendance psychique et les réflexes conditionnés qui l'accompagnent, mais le fait de ne plus avoir à "courir après sa dose" permet de prendre le temps de travailler sur ces aspects. On retrouve ici la notion de stress lié à la recherche et l'obtention de l'argent pour le produit ainsi que du produit lui-même.

- La possibilité d'effectuer un travail psychosocial

En réalité, tout est lié à cette faculté stabilisatrice du produit. Comme je l'ai dit, un traitement avec méthadone permet de ne plus se focaliser sur le produit donc de pouvoir se recentrer sur soi. Ensuite, le fait de ne plus être euphorique ou en manque, mais "normal", permet d'entrer sereinement et sincèrement dans une démarche de soin. Pour reprendre une phrase de M. Darioli : " Cela permet de mettre temporairement le problème de la toxicomanie de côté pour mobiliser les ressources nécessaires afin de régler la situation."

- Le retour à la légalité

Une grande partie des personnes héroïnomanes ont des comportements illégaux dus à plusieurs facteurs mais principalement le prix du produit. Vols, agressions, deale, prostitution sans autorisation... sont des alternatives trouvées pour obtenir de l'argent ou du produit afin de pallier à leur manque. Le fait d'avoir une dose de méthadone garantie tous les jours permet aux personnes de ne plus faire de délits associés à la consommation. Il faut tout de même noter une très faible proportion de revente de méthadone sur le marché noir.

- Un cadre strict rassurant et équilibrant

Cette condition est valable pour le Valais en tout cas avec le "contrat thérapeutique tripartite". Je reparlerai plus précisément de cet outil dans la partie 4.3 mais, en bref, cela impose au patient un réseau fixe composé au minimum d'un médecin et d'un intervenant en toxicomanie de la LVT chez qui il doit se rendre régulièrement. De plus, la méthadone doit être retirée tous les matins dans la même pharmacie. La personne doit donc se lever, s'habiller etc. Donc retrouver un rythme de vie et un suivi ce qui peut paraître contraignant mais s'avère dans la majorité des cas très rassurant. Et surtout, c'est une garantie du contact avec le système de soin.

- La réinsertion ou le maintien de l'insertion

Un des principaux problèmes liés à la consommation d'héroïne est la marginalisation, être, se mettre en marge de la société. C'est une rupture des liens sociaux, familiaux, affectifs, professionnels etc. Une rupture de l'insertion qui est un obstacle à l'arrêt du produit car en réalité, la personne n'est plus insérée dans la société mais elle l'est dans le milieu de la toxicomanie où elle existe, où elle a des liens, des contacts, une vie... Grâce à la méthadone, le patient peut dans un premier temps quitter le monde de la drogue, puis trouver un travail, avoir un permis de conduire, relire avec sa famille et ses amis, se faire de nouveaux contacts. Etant stabilisé, il peut recommencer à vivre "normalement".

De nos jours, il faut aussi parler de maintien de l'insertion. En effet, l'image du "junky"⁷⁰ n'est plus d'actualité. Les personnes consommant de l'héroïne sont souvent encore intégrées, elles ont un travail, une famille et vivent malgré leur toxicomanie, une vie sociale "normale". Par conséquent, l'optique d'une cure résidentielle couperait cette intégration en isolant la personne. La méthadone permet, comme on l'a dit, d'être stable et par conséquent de continuer à fonctionner dans la société.

4.1.6 Les inconvénients d'une prise en charge avec méthadone

Au début de l'introduction du produit, les opposants avaient des désavantages dans leurs arguments. Par exemple, Gérald Progin⁷¹ explique dans l'éditorial du journal "Dépendance" du mois de mai 1997 que la méthadone était comparée à une camisole de force chimique servant à cacher les marginaux. Le Dr. Déglon confirme cela et ajoute : *"L'image d'héroïne de synthèse véhiculée par les médias a aussi faussement donné l'idée au public d'une drogue de jouissance avec tous les sentiments contradictoires que cet accès à ce supposé plaisir peut susciter. Les médecins, longtemps considérés comme complices de cette soit-disant jouissance, étaient alors traités de dealers en blouse blanche et plusieurs ont été agressivement incarcérés, particulièrement en Belgique."*⁷² Pour Annie Mino⁷³ qui était, au départ,

⁷⁰ Mot anglais désignant : camelote, déchet qui a été donné aux personnes héroïnomanes

⁷¹ **PROGIN**, Gérald. Méthadone : entre analyse et expérience. Dépendance, mai 1997, n.1. p. 2-6

⁷² **DEGLON**, J-Jacques. *Bilan de trente ans de traitements de substitution*. p.1 (article qui m'a été fourni par mail par M. Déglon)

⁷³ **MINO**, Annie. *J'accuse les mensonges qui tuent les drogués*. France : Calmann-Lévy, 1996, chapitre 2

une fervente opposante à la méthadone, cela ne faisait que renforcer l'aliénation des patients. Elle écrit : *“ Dire que la méthadone était un médicament nous paraissait un mensonge scandaleux, puisque nous savions qu'il s'agissait d'un produit jumeau de l'héroïne. Et si sa définition, comme drogue légale avait au moins le mérite de la clarté, le mensonge réapparaissait aussitôt : Comment une drogue, quelle qu'elle soit, c'est-à-dire l'instrument même de l'aliénation de nos patients, la cause de leur mutisme et le moyen de leur évasion suicidaire, aurait-elle pu contribuer à les libérer ? [...] c'était la porte ouverte à tous les abus du pouvoir médical. En effet, si je représentais la loi face à mes patients, je devais donc respecter avec eux l'interdit que je leur imposais. Prescrire de la méthadone, c'était entrer dans un vertige de toute-puissance. C'était aussi aliéner définitivement mes patients ; dire que la loi ne s'appliquait plus à eux car ils étaient inguérissables. ”*⁷³

En fait, si l'on tient compte de la mentalité de l'époque qui, comme nous l'avons déjà vu, ne prenait en compte que l'abstinence, on peut comprendre que la majorité n'acceptait pas l'idée de distribuer légalement de la drogue aux personnes toxicomanes.

La réalité, comme l'explique Annie Mino dans la suite de son livre, ainsi que J-Jacques Déglon, est que les opposants s'insurgeaient contre une pratique dont ils ne connaissaient rien ou que des préjugés. C'est ce qui fait que leur argumentation n'est pas valable au regard de deux décennies de recherche et d'évaluation prouvant l'efficacité de ce traitement. D'ailleurs, il ne reste que peu de contradicteurs à cette méthode et les plus fervents, en Suisse en tout cas, comme Annie Mino, sont devenus des partisans convaincus. L'arrivée du Sida, la dégradation des conditions de vie des personnes toxicomanes et l'échec de leur pratique l'ont forcée, elle et son camp, à s'intéresser aux études menées dans le monde sur le sujet et donc à quitter les préjugés pour la réalité.

Il existe tout de même des inconvénients et des risques avec les traitements de substitution à la méthadone. Les principaux sont :

- Le maintien de la dépendance aux opiacés⁷⁴

Comme tous les opiacés, la méthadone entraîne une dépendance physique et psychique de type morphinique chez les personnes non-dépendantes. Donc elle maintient la dépendance des personnes héroïnomanes. Le sevrage de la méthadone est d'ailleurs plus long, plus difficile et plus complexe que celui de l'héroïne. Cet inconvénient majeur justifie le fait que l'on utilise de la méthadone que s'il y a une dépendance avérée aux opiacés.

- La mort par surdose⁷⁵

Comme les autres opiacés, il existe un risque de mort par paralysie du centre respiratoire en cas de surdose. De plus, les mélanges de la méthadone avec de l'alcool, certains médicaments psychotropes, les barbituriques et surtout

⁷⁴ Cité in : LVT. *Les traitements de substitution*. Guide à l'usage des intervenants CAP LVT. Octobre 2003 p.7 et confirmé par 3 experts interrogés – cf. annexe N°2 – grille de dépouillement

⁷⁵ Cité in : LVT. *Les traitements de substitution*. Guide à l'usage des intervenants CAP LVT. Octobre 2003 p.7

les autres opiacés peut devenir mortel. En effet, ces produits potentialisent l'effet de la méthadone.

Je tiens également à souligner deux inconvénients moins cités mais importants tout de même. Premièrement la diminution de la motivation à l'abstinence citée par M. Barman. En effet, la personne étant stabilisée et vivant bien avec le produit n'a plus grand intérêt à se sevrer. Ensuite, la revente sur le marché noir, qui n'est pas très importante en Suisse selon M. De Preux, chef de la brigade des stupéfiants en Valais, mais qui représente un danger conséquent pour les éventuels consommateurs.

4.1.7 La situation si la méthadone est éliminée⁷⁶

J'ai posé cette question par curiosité, une spéculation sur un retrait de la méthadone du jour au lendemain. Les réponses montrent clairement que ce produit est aujourd'hui nécessaire, *"on ne peut plus reculer"* me disait M. Barman lors de notre entretien. Selon les experts, si cela devait arriver alors la majorité des patients reconsommerait ou alors la méthadone serait remplacée par un autre substitut. Seul M. Brenwald des "Rives du Rhône" a la conviction que les patients entreraient plus facilement dans des cures résidentielles. L'histoire nous le montre clairement, les prises en charge à visée d'abstinence à court ou moyen terme, malgré le soutien psychosocial et les efforts souvent désespérés des patients mènent majoritairement à l'échec. Ce serait donc, comme me l'a dit M. De Preux, la perte d'un bon outil.

4.1.8 La méthadone comme outil de contrôle social

Si je n'avais qu'une phrase pour répondre à cela je dirais : "Oui aussi, mais pour le bien de tous, y compris les personnes héroïnomanes." Afin de m'expliquer, je reprends des mots de M. Déglon que j'ai déjà cité : *" Tant que les toxicomanes ne nuisaient qu'à eux-mêmes et s'auto-détruisaient, peu de gens s'intéressaient vraiment à eux. Par contre, dès que l'on a constaté qu'une majorité était infectée par le virus VIH et qu'elle transmettait le Sida à la population normale, entre autre par la prostitution, un large intérêt s'est rapidement manifesté pour développer des moyens d'aide plus efficaces."*⁷⁷

Ces quelques lignes disent tout, une idée de contrôle social a motivé l'introduction généralisée des traitements avec méthadone, mais dans une optique de sécurité et de réduction des risques à la fois pour la population et pour les personnes dépendantes.

Comme le rappelle la doctoresse Siéro⁷⁶, aucun patient n'est obligé de faire un traitement à la méthadone. Personne, même pas la justice en Suisse ne peut contraindre une personne à suivre un tel traitement. C'est un garde-fou, une sécurité nous dit M. De Preux⁷⁶ mais sans connotation négative soulignent tous les experts interrogés.

⁷⁶ Se référer à l'annexe N°2 – Grille de dépouillement

⁷⁷ Cité in : DEGLON, J-Jacques. *Bilan de trente ans de traitements de substitution*. p.2 (article qui m'a été fourni par mail par M. Déglon)

“La vie c’est comme une bicyclette, il faut avancer pour garder l’équilibre.”

Albert Einstein ⁷⁸

4.2 ANALYSE DES HYPOTHESES

4.2.1 La méthadone est utilisée comme traitement de substitution pour éviter les prises de risques néfastes pour la société.

On l’a vu, la motivation première de l’introduction d’une telle méthode est la sécurité. Mais une sécurité orientée plus vers la santé publique que l’ordre public, vers la réduction des risques. Comme je l’ai dit plusieurs fois dans ce travail, les scènes ouvertes et la propagation du Sida sont en grande partie à l’origine des cures de méthadone en Suisse. On pourrait alors voir, surtout en ce qui concerne les scènes ouvertes, une action visant à normaliser les personnes héroïnomanes pour qu’elles ne s’affichent plus en ne dérangeant plus l’ordre public. Et on aurait raison. Mais si l’on se souvient des images de ces scènes, alors on ne peut que voir également une évolution pour la santé publique. Ces personnes vivaient dans des conditions d’hygiène déplorables, complètement marginalisées et en grand risque d’être contaminées par le Sida ou l’hépatite C. Ne rien faire aurait été, comme ça l’a été trop longtemps d’ailleurs, de la non-assistance à personne en danger. La méthadone stabilise mais ne musèle pas les patients, elle n’est pas une “camisole de force chimique” mais un “tremplin chimique”.

Elle est avant tout utilisée pour permettre aux personnes de se stabiliser et de quitter le monde de la drogue. Elle n’est pas une obligation comme le souligne la docteure Siéro⁷⁹, les personnes sont libres d’entrer ou non dans une cure de méthadone. Peut-être qu’une personne contrainte à une peine de prison préférera rester libre et être sous méthadone, et c’est tant mieux selon moi. En effet, la réclusion n’est pas une solution à la toxicomanie, l’histoire nous le prouve. Par contre, comme nous l’avons vu, de nombreuses études démontrent que la méthadone est un outil efficace permettant réellement de travailler sur les causes de la toxico-dépendance, la souffrance, afin de se préparer à quitter le produit, l’automédication.

Oui, la méthadone permet d’éviter les prises de risques néfastes pour la société, mais répond à un besoin des personnes héroïnomanes. Elle autorise l’entrée dans une démarche de soin, quel que soit le niveau de la personne dans son parcours toxico-dépendant, la réduction des risques de la société et de ceux auxquels la personne toxicomane s’expose.

Cette hypothèse est vérifiée et correcte, à la condition d’intégrer le fait que la méthadone permet aussi et surtout d’éviter ou de diminuer les prises de risque néfastes pour la personne toxicomane concernée.

⁷⁸ Citation tirée du site <http://eveve.fr>

⁷⁹ Se référer à l’annexe N°2 – Grille de dépouillement

4.2.2 Hypothèse 1 : Les cures de méthadone ont plus d'avantages pour la société que pour la personne en traitement.

Si l'on se réfère au chapitre 4.1.4, on se rend compte que les avantages principaux du produit sont d'abord des plus pour le patient, tout du moins pour celui qui est motivé à changer quelque chose dans sa vie et à quitter l'héroïnomanie. Etant donné que la volonté de la personne à entrer dans une cure de méthadone est une condition sine qua non pour débiter le traitement, et vu le nombre de patients sous méthadone, il est clair que ce produit présente des avantages certains pour le patient. Maintenant y en a-t-il plus pour la société que pour la personne en traitement ? Je dirais que les personnes en traitement font partie de la société ; par conséquent, les avantages pour l'un sont tout bénéfique pour l'autre. Si le sujet choisit d'entrer dans un programme de méthadone c'est bien parce que son mode de vie lui pose problème, que ce soit avec la justice, son entourage ou un "ras-le-bol" personnel. Et les raisons principales sont l'état de santé, l'illégalité et le stress lié à ce mode de vie. C'est en fait les mêmes préoccupations pour la société, la propagation des maladies et les délits associés.

Cette hypothèse est fautive car les cures de méthadone ont, avant tout, des avantages pour la personne qui a choisi d'être en traitement. Les changements constatés ont des répercussions positives pour l'ensemble de la société qui gagne en équilibre par la stabilisation de ces membres en difficultés.

4.2.3 Hypothèse 1.1 : Une personne dépendante aux opiacés a moins de comportements à risques si elle est sous méthadone.

Les principaux buts du traitement de substitution à la méthadone sont⁸⁰ :

- l'interruption de la consommation d'opiacés illégaux à des fins non médicales
- la réduction des risques et dommages bio-psycho-sociaux liés à la consommation
- l'amélioration de la santé et de la qualité de vie
- la prise de distance par rapport au milieu de la consommation
- la construction d'un nouvel équilibre
- le maintien de l'intégration ou la réintégration socioprofessionnelle

A travers ces buts, on remarque que cette hypothèse est vérifiée, la méthadone sert en partie à diminuer les comportements à risques et c'est d'ailleurs la principale motivation des personnes héroïnomanes qui décident d'entrer en traitement selon les experts.

"Etre marginal, c'est proposer une alternative à la masse."

Benoît Gagnon⁸¹

⁸⁰ Cité in : Contrat thérapeutique tripartite pour un traitement de substitution pour personnes dépendantes aux opiacés. Cf. annexe N°10

⁸¹ Citation tirée du site <http://eveve.fr>

4.3 LA PRISE EN CHARGE DE PERSONNE SOUS METHADONE EN VALAIS

Le canton du Valais a une prise en charge qui lui est propre en matière de traitement de substitution à la méthadone. J'ai jugé intéressant de la présenter brièvement avant la synthèse.

En préambule, le canton du Valais a officiellement délégué la Ligue valaisanne contre les toxicomanies (LVT)⁸² pour réaliser les objectifs généraux en matière de prévention globale des toxicomanies dans le canton⁸³. L'action de la LVT est soumise à la loi sur la santé du canton du Valais du 9 février 1996⁸⁴, en particulier les articles 148 à 150, et à l'ordonnance sur les toxicomanie du 20 novembre 1996⁸⁵.

Par conséquent, c'est la LVT qui gère les traitements de substitution en compagnie du médecin cantonal, des médecins prescripteurs, de la pharmacienne cantonale et des pharmacies distributrices. Selon les directives du département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie, relatives aux traitements de substitution pour personnes dépendantes aux opiacés du canton du Valais⁸⁶, les traitements à la méthadone se déroulent comme suit :

Une demande au médecin cantonal doit être faite par les médecins qui désirent prescrire de la méthadone⁸⁷. Des rapports écrits du médecin demandeur et d'un intervenant en toxicomanie de la LVT sont exigés. Lorsque la demande est acceptée, l'établissement d'un contrat thérapeutique tripartite⁸⁸ est obligatoire, et une copie doit être envoyée au médecin cantonal. Ce contrat est signé par le patient, le médecin et un intervenant de la LVT. Par sa signature, le patient s'engage à se rendre quotidiennement chez le médecin ou à la pharmacie pour y consommer sa dose de méthadone. Il s'engage également à se rendre régulièrement chez son référent LVT pour un suivi et chez son médecin pour des contrôles d'urine et des bilans somatiques.

L'autorisation est valable 6 mois au bout desquels un bilan est organisé entre les différents membres du réseau pour décider du renouvellement ou de l'arrêt du traitement.⁸⁹

Le traitement se fait en 4 phases⁹⁰. Premièrement, la phase d'essai a pour objectif l'essai du produit, des doses et la stabilisation du patient. Elle se déroule dans les premières semaines du traitement. Deuxièmement, la phase de réduction des risques a comme visée de réduire les risques médicaux et sociaux, d'alléger la toxicomanie et d'améliorer les conditions de vie de la personne. Cette phase est réservée à des personnes pour qui un objectif d'abstinence ne peut momentanément ou durablement pas être envisagé. Elle ne s'applique pas

⁸² Cf. annexe N° 7 Statuts de la Ligue valaisanne contre les toxicomanies

⁸³ Cf. annexe N° 8 Convention de collaboration

⁸⁴ Cf. annexe N° 4 Loi sur la santé

⁸⁵ Cf. annexe N° 5 Ordonnance sur les toxicomanies

⁸⁶ Cf. annexe N° 6 Directives du département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie relatives aux traitement de substitution pour personnes dépendantes

⁸⁷ Cf. annexe N° 11 demande d'autorisation

⁸⁸ Cf. annexe N° 10 Contrat thérapeutique tripartite

⁸⁹ Cf. annexe N° 12 Rapport pour prolongation ou fin de traitement

⁹⁰ Cf. annexe N° 9 Le traitement par phases

aux personnes pouvant passer en phase 3 qui est la normalisation. Dans cette phase, l'identité de personne toxicomane fait place à celle de personne malade chronique et la méthadone tient lieu de médicament indispensable. Cette étape s'applique à des personnes capables de gérer leur vie sans drogue. Finalement, la phase du sevrage a pour but l'abstinence à travers une diminution progressive des doses. Cette possibilité est offerte à des patients ayant la capacité de maintenir leur équilibre et leur qualité de vie sans substitut médicamenteux.

*"...Sur mes refuges détruits
Sur mes phares écroulés
Sur les murs de mon ennui
J'écris ton nom*

*Sur l'absence sans désirs
Sur la solitude nue
Sur les marches de la mort
J'écris ton nom*

*Sur la santé revenue
Sur le risque disparu
Sur l'espoir sans souvenir
J'écris ton nom*

*Et par le pouvoir d'un mot
Je recommence ma vie
Je suis né pour te connaître
Pour te nommer*

Liberté. "

Paul Eluard⁹¹

⁹¹ Citation tirée du site <http://eveve.fr>

5. SYNTHÈSE DES DONNÉES

Ma question de départ était : “ Pour quelles raisons la méthadone est-elle utilisée comme substitut aux opiacés, en Valais romand ?” J’ai choisi de partir de celle-ci pour ma synthèse car cette interrogation est le centre de ma recherche et sa réponse reprend bien l’ensemble des données.

5.1 POUR QUELLES RAISONS LA METHADONE EST-ELLE UTILISÉE COMME SUBSTITUT AUX OPIACÉS, EN VALAIS ROMAND ?

La méthadone a commencé à être utilisée comme substitut suite au constat d’échec quasi systématique des cures de sevrages à court terme et des psychothérapies. Les premières études menées aux USA, comme les suivantes en Europe, ont démontré l’efficacité de ce produit dans le traitement des personnes héroïnomanes. Les résultats cliniques montrent clairement que les patients sous méthadone sont stabilisés. Ils restent “normaux”, sans euphorie ni manque, quittent la délinquance, le monde de la drogue et peuvent se réinsérer sur le plan professionnel et psychosocial.

Au départ, la méthadone était utilisée comme substitut sur un court terme durant lequel les doses étaient progressivement baissées afin d’arriver au sevrage. Mais cette méthode s’est avérée décevante. En effet, la plupart des patients ne maintenaient pas leur stabilité et leur bonne qualité de vie lors de l’arrêt de la méthadone. Les recon consommations étaient nombreuses. Ces observations ont permis d’identifier les bases neurobiologiques des addictions. Cette découverte fondamentale justifia l’utilité d’un médicament “correcteur”, la méthadone prescrite à long terme.

Si l’on en croit mes références, ce produit est aujourd’hui utilisé dans le monde entier et a convaincu tous les échelons des professionnels en lien avec la toxicomanie. Bien que, comme nous le rappelle Herman Joseph⁹² : “ *cette thérapeutique est encore contestée par certains responsables de traitements, par des dirigeants politiques ou de hauts fonctionnaires, par une partie de l’opinion publique, ainsi que certains professionnels du traitement de la toxicomanie, et cela bien que la sécurité d’emploi et l’efficacité de la méthadone soient documentées par plus de deux décennies de recherche et d’évaluation au niveau international.*” Pourtant ce n’était pas gagner d’avance car, comme nous l’avons vu, au départ la méthadone avait de fervents opposants qui la diabolisaient et accusaient violemment ses premiers prescripteurs.

En Suisse, les experts de tendance psychanalytique, comme Annie Mino, ont critiqué la méthadone auprès des autorités en la qualifiant de médicament qui tue la parole.

En réalité, les opposants manquaient de connaissance en matière de toxico-dépendances et étaient influencés par la psychanalyse, croyant pouvoir guérir et libérer par la parole uniquement. Ils rejetaient la responsabilité des échecs sur le patient, refusant de remettre leur pratique en question. Dans son ouvrage “*J’accuse*

⁹² Cité in : **PARRINO M.** [et al.] (fondation phénix) *Traitements à la méthadone*. Genève : Médecine et hygiène, 1994. p. 45

les mensonges qui tuent les drogués” Annie Mino raconte très bien ce temps-là et comment elle a passé de fervente opposante à fervente partisane de la méthadone. Elle relate sa rencontre avec un médecin espagnol venu travaillé quelques temps dans son service, qui résume bien la prise en charge avant la méthadone : *“Je ne comprends pas, m’avait-il dit, ce qui se passe ici. Pourquoi vendez-vous toujours des carottes à des gens qui viennent acheter des poireaux ?”*⁹³

Cette réalité de non-réponse aux besoins des patients, d’échecs systématiques, et en plus l’arrivée du Sida ont obligé les thérapeutes à se remettre en question et à s’intéresser à une méthode qui faisait ses preuves, la prescription de méthadone.

Heureusement, certains d’entre eux, comme M. Déglon⁹⁴, avaient voyagé et s’étaient ouverts à cette pratique. Ils ont pu être les courageux pionniers de la substitution en Suisse et ont su convaincre les politiques et les opposants.

Au départ, les traitements de substitution ne s’adressaient qu’à quelques cas de personnes, héroïnomanes de longue date, ayant échoué avec les autres formes de traitements. Aujourd’hui, ce n’est plus une manière de traitement palliatif mais un outil efficace aidant le traitement et la “guérison” du patient. Elle est prescrite à toute personne héroïnomane étant motivée à changer quelque chose et à améliorer ses conditions de vie mais n’étant pas prête à être abstinente. On retrouve donc, dans ces cures, autant de personnes socialement et professionnellement bien intégrées ne voulant pas perdre cette intégration en visant une cure résidentielle que de personnes avec une situation très détériorée bénéficiant alors d’une prise en charge visant la réduction des risques. C’est d’ailleurs un grand atout de cette méthode qui est de répondre aux besoins du patient à son niveau et non de lui imposer des objectifs inaccessibles donc des échecs.

En bref, la méthadone est prescrite à toute personne héroïnomane motivée à changer quelque chose dans son mode de vie parce que c’est un outil efficace permettant de traiter adéquatement les personnes toxicomanes en répondant à leurs besoins et en les stabilisant. Associée à une prise en charge psychosociale, elle offre d’excellents résultats. C’est une béquille aidant la personne à avancer sur le chemin de l’équilibre de vie.

5.2 LIMITES DE LA RECHERCHE

Ma principale limite a été mes moyens en temps et en argent. Avec de plus grands moyens j’aurais pu aller à Genève interroger des personnes comme M. Déglon, commander plus d’ouvrages spécialisés introuvables dans les bibliothèques, lire bien plus de documents...

⁹³ Cité in : **MINO**, Annie. *J’accuse les mensonges qui tuent les drogués*”. France : Calmann-Lévy, 1996, p. 23

⁹⁴ Jean-Jacques Deglon fondateur et directeur de la “Fondation Phénix” à Genève, pionnier des traitements à la méthadone en Suisse. Il a reçu des mains du Dr Vincent Dole, pionnier des traitements à la méthadone aux USA, le prestigieux prix “Nyswander-Dole award” en 1998. (www.phenix.ch)

Une autre limite est de n'avoir ciblé que le Valais romand. Bien sûr cela m'a permis de ne pas me perdre, mais en Valais, tous les experts travaillent ensemble et se connaissent bien. Par conséquent, leurs réponses sont quasiment uniformes et cela a certainement restreint l'objectivité de ma recherche.

Je me suis aussi rendue compte que de ne pas avoir interrogé de personnes héroïnomanes sous méthadone limitait ma recherche. Evidemment, j'ai choisi de ne pas le faire car je voulais savoir pour quelles raisons les professionnels l'utilisaient et pas pour quelles raisons les personnes avaient choisi de faire cette cure. Cependant, ça aurait été intéressant de comparer les motivations des clients à celles des professionnels. Mais je me dis que faire un mémoire sur le nouveau regard de la société sur les fumeurs ou sur les enfants de parents alcooliques aurait été intéressant aussi ; alors voilà, un moment donné il faut choisir.

La dernière limite que j'ai identifiée c'est mon manque de maîtrise de l'anglais. En effet, une grande partie des ouvrages et des publications de référence, comme celles de Dole et Nyswander viennent des USA et n'ont pas été traduits. Je n'ai pas pu en utiliser car ma compréhension était trop limitée.

6. PERSPECTIVES ET PISTES D' ACTIONS PROFESSIONNELLES

Premièrement, je désire mettre en avant la nécessité de connaître, de savoir. En effet, il est selon moi primordial de maîtriser la théorie qui régit l'action. Cela peut paraître bateau comme perspective, mais l'histoire nous montre bien que le manque de connaissance engendre trop souvent la fausse route.

Deuxièmement, il est indispensable d'être ouvert aux différentes théories et surtout aux nouvelles. Cela vaut particulièrement dans le domaine des dépendances où les choses évoluent très rapidement. C'est nécessaire en tant que professionnel d'être "à la page" afin de répondre adéquatement aux besoins des clients.

Lié à cela, il y a le fait d'être à l'écoute du patient, à l'écoute de sa souffrance, de ses besoins afin de faire une évaluation correcte de la situation ce qui va permettre de l'orienter vers un traitement adéquat.

Ensuite, le travail en réseau autour d'une personne toxicomane est essentiel. Tout d'abord pour l'inscrire dans une vision bio-psycho-sociale et également pour éviter d'entrer dans des jeux psychologiques avec le patient. Un traitement efficace comprend un suivi médical, psychothérapeutique et social. Les partenaires du réseau devront impérativement être cohérents et congruents car, un manque de cohérence ou des conflits flagrants entre les professionnels ouvrent la porte à la manipulation et amènent à l'échec de la prise en charge.

Plus directement lié aux traitements de substitution à la méthadone, il faut faire attention à ce que cet outil ne devienne pas une finalité. Pour ce faire, un travail psychothérapeutique et social en parallèle est nécessaire, comme je l'ai déjà dit, afin de travailler sur les causes de la toxico-dépendance et, soit de les régler, soit d'amener à la personne les ressources nécessaires afin de donner une autre réponse à sa souffrance. Un bilan régulier, tous les 6 mois en moyenne, permet de

réévaluer la situation afin de modifier la prise en charge si cela est nécessaire. Ces évaluations sont obligatoires, selon moi, car le risque est grand de se contenter de l'équilibre que procure la méthadone et d'occulter le fait que la personne reste toxico-dépendante.

Finalement, je désire ouvrir une parenthèse sur la prévention : Travailler en amont de la toxico-dépendance, en intervenant auprès des non-consommateurs pour renforcer leur choix, et des consommateurs occasionnels pour les mettre en garde sur l'évolution rapide entre l'occasion et la dépendance. Mais, comme la prise en charge, la prévention ne devrait pas être axée qu'autour du produit. Elle devrait être pluridimensionnelle afin de permettre aux sujets d'identifier les causes de leur consommation et de travailler sur celles-ci. Ensuite, la recherche en prévention de la toxicomanie devrait, selon moi, chercher des moyens de limiter les causes de la consommation comme le stress chez les jeunes ou les problèmes financiers. Eviter les dégâts plutôt que réparer les dégâts. Enfin, étant donné que la consommation existe et qu'il n'existe pas de solution réaliste à son abolition totale, alors, la prévention et la réduction des risques sont primordiales.

En complément, j'ai sélectionné quelques conseils que donne PARRINO M. [et al.] (Fondation phénix) dans *"Traitements à la méthadone"*. Genève : Médecine et hygiène, 1994. :

- Offrir sur place des services complets sur le plan médical et en matière de conseils pour répondre aux besoins immédiats de la population de patients, et créer un réseau de référence à des services auxiliaires convenablement gérés.
- Encourager les rencontres de groupes d'entraide composés de patients dans le cadre des programmes de maintien à la méthadone.
- Prendre l'oisiveté et la déambulation des patients au sérieux ; les prévenir au moyen de règlements bien établis et intégrés au processus de traitement qu'une équipe de sécurité stable et correctement dirigée sera chargée de faire respecter.
- Réaliser des projets de bon voisinage, journées portes ouvertes et conférences d'informations afin de davantage impliquer la communauté.
- Passer en revue les règlements d'Etat actuellement en vigueur afin de déterminer s'ils produisent les effets escomptés, et réduire les obstacles afin d'attirer et de retenir les patients en traitement.
- S'assurer que l'on procède bien à une évaluation complète de l'état clinique des patients, que les plans de traitement soient établis de manière individuelle et qu'ils fixent des objectifs à court et à long terme ; spécifier le niveau, la durée et la fréquence des activités de conseils ; enregistrer les événements qui provoquent des changements de cette planification.
- Mettre à la disposition des patients des programmes d'orientation et des services de formation professionnelle ainsi qu'une école des parents.

- S'attaquer aux problèmes touchant plus particulièrement les femmes, tels que relations sexuelles, prévention du HIV et autre MST, soins aux enfants, grossesse et planning familial.
- Assister les patients qui désirent arrêter la méthadone en les aidant à résoudre leurs problèmes de personnalité, de relations interpersonnelles, familiales et amicales, à adopter une vie saine, des activités de loisir et éviter les situations qui pourraient les conduire à rechuter.
- S'assurer que l'environnement physique est accueillant, qu'il favorise la réadaptation et qu'il se distingue clairement des lieux hostiles dans lesquels vivent de nombreux toxicomanes.
- Admettre rapidement les patients en traitement ; faciliter l'intégration des patients au système de soins.
- Ne tenter le sevrage que lorsque le patient réhabilité le désire fortement.
- S'assurer, au cours du processus d'évaluation, que le maintien à la méthadone est la meilleure modalité thérapeutique et que le traitement n'est pas imposé.
- Effectuer des analyses de dépistage à une fréquence suffisante pour qu'elles puissent être employées lors de la prise de décision en matière de distribution de méthadone à emporter ; le personnel du programme ne devrait toutefois pas prendre de décision clinique se fondant uniquement sur ces résultats.
- Eduquer les patients au sujet de leur vulnérabilité à la tolérance croisée aux interactions entre les drogues et à leur potentialisation, à la substitution de dépendances et à l'automédication.
- S'assurer que les options thérapeutiques sont diversifiées, coordonnées entre elles et qu'elles offrent une continuité des soins entre les différents lieux et programmes de traitement disponibles.
- Offrir aux femmes enceintes un traitement de maintien à la méthadone dans le cadre d'un programme thérapeutique complet s'intéressant aux problèmes médicaux, prénatals, obstétricaux, psychosociaux et à la toxicomanie.
- Vacciner le personnel risquant d'être exposé au virus de l'hépatite B.
- Poursuivre le traitement aussi longtemps que le patient en tire profit et qu'il souhaite, ou qu'il présente un risque de rechute dans la consommation d'héroïne ou d'autre drogue, qu'il souffre d'aucun effet secondaire important lié à la poursuite du traitement, et aussi longtemps que sa poursuite est indiquée selon le jugement professionnel du médecin ; bref, considérer qu'un traitement de durée indéterminée convient à de nombreux patients présentant une héroïnomanie chronique et opiniâtre.
- Documenter les efforts de relations publiques et les contacts avec la collectivité, évaluer ces efforts et contacts dans le temps et s'attaquer aux lacunes ou problèmes principaux.

6.1 QUELQUES ADRESSES UTILES

Pour en savoir plus sur le sujet et surtout si vous êtes confrontés à des problèmes de toxicodépendance, directement ou indirectement, ces adresses vous seront utiles :

Les centres d'aides et de prévention CAP du Valais romand :

- CAP Monthey
Château-Vieux 3B - CP 1309
1870 Monthey
Tél. 024 475 78 15
Fax 024 475 78 49
cap.monthey@lvt.ch
- CAP Martigny
Rue d'Octodure 10 - CP 625
1920 Martigny
Tél. 027 721 26 31
Fax 027 723 23 22
cap.martigny@lvt.ch
- CAP Sion
Rue du Scex 14 - CP 885
1951 Sion
Tél. 027 323 36 37
Fax 027 323 50 51
cap.sion@lvt.ch
- CAP Sierre
Av. Général Guisan 2 - CP 575
3960 Sierre
Tél. 027 456 22 77
Fax 027 455 21 15
cap.sierre@lvt.ch

Les médecins Medrotox :

Chef de projet Dr François Pilet
Av. du Fosseau 6 B
1896 Vouvry
Tél. 024 481 21 02
Fax 024 481 48 20
pilet@vouvry-med.ch

Dr Josy-Philippe Cornut
Rue principale
1902 Evionnaz
Tél. 027 767 14 00

Dr Danielle Sierro
Rue de Lausanne 2
1950 Sion
Tél. 027 323 77 50

Toutes ces adresses et des informations complémentaires sur www.lvt.ch

*“Le sage ne s'afflige jamais des maux présents,
mais emploie le présent pour en prévenir d'autres.”*

William Shakespeare⁹⁵

⁹⁵ Citation tirée du site <http://eveve.fr>

7. CONCLUSION

La méthadone est utilisée comme traitement de substitution car c'est un médicament équilibrateur efficace qui a fait ses preuves. En effet, elle permet de supprimer tous les réflexes conditionnés en renonçant à l'injection par la prise orale, une dose agit durant 24 heures, elle n'est pas toxique et n'a pas d'effet narcotique. De plus, le patient peut sans problème rester à la même dose sans que l'effet de la méthadone diminue grâce à l'absence de tolérance.

Au-delà de ces avantages certains, il y a une des conséquences positives découlant du fait d'être en cure de méthadone qui est la stabilité du patient retrouvée dans les 10 premiers jours qui permet à la personne de ne plus se focaliser sur le produit et de ne plus avoir le stress qui lui est lié. Cela permet d'effectuer un travail psychosocial en mettant temporairement le problème de la toxico-dépendance entre parenthèses. Un autre avantage considérable est le fait de retrouver la légalité. Les cures de méthadone imposent un cadre strict qui est rassurant et équilibrant pour le patient. Et finalement, elles permettent la réinsertion ou le maintien de l'insertion de la personne en traitement.

Les sujets concernés par ces cures sont des personnes héroïnomanes socialement et professionnellement bien intégrées ne voulant pas perdre cette intégration en visant une cure résidentielle, ainsi que des personnes avec une situation très détériorée bénéficiant alors d'une prise en charge visant la réduction des risques. Dans tous les cas, la personne doit être motivée à changer quelque chose dans son mode de vie et une évaluation préalable sur des critères précis est faite.

*“Que conclure à la fin de tous mes longs propos ?
C'est que les préjugés sont la raison des sots.”*

Voltaire
Extrait de Poème sur la Loi Naturelle ⁹⁶

Lorsque j'ai choisi mon sujet de mémoire, je me suis dit que j'allais faire une critique négative de la méthadone. Je pensais alors que ce produit n'était utilisé que pour museler chimiquement les personnes toxicomanes afin qu'elles ne posent plus de problème à la société. J'étais contre et j'accusais les politiques et les thérapeutes de démissionner.

Au terme de ma recherche, j'ai changé d'avis, je suis favorable aux cures de méthadone. Pourquoi ce retournement radical ? Parce qu'aujourd'hui j'ai des connaissances sur le sujet et non plus des préjugés, simplement. Mon parcours est intéressant car c'est le même que les thérapeutes au moment de l'introduction de la méthadone. Dans son ouvrage *“J'accuse les mensonges qui tuent les drogués”*, Annie Mino raconte ce parcours et j'ai été très étonnée, car je me suis parfaitement reconnue dans ces propos. Au départ, un manque de connaissance qui donne une argumentation tranchée et fautive, et après un savoir qui nuance les propos et s'argumente de manière objective. Mais pour y arriver, il faut réussir à s'ouvrir,

⁹⁶ Citation tirée du site <http://eveve.fr>

à quitter les préjugés pour ne pas s'enfermer dans une vision. Ce travail m'a obligé à le faire afin d'être pertinente. Désormais, je m'assurerai que mes argumentations sont fondées en me renseignant correctement sur un sujet avant de croire et de dire n'importe quoi. L'importance de savoir et surtout, de connaître l'ensemble des arguments pour ou contre afin d'avoir une opinion la plus objective possible voilà l'enseignement pédagogique le plus important que je retire de ces mois de travail.

Pour parachever la conclusion je tiens à citer l'avant-propos d'Annie Mino dans son livre ⁹⁷

“ J'accuse les spécialistes, les hommes politiques et les journalistes qui dissertent sur la drogue et ses méfaits sans prendre la peine de confronter leurs certitudes avec les faits de mensonges. Les ragots terrifiants qu'ils colportent au sujet de l'opium et de ses dérivés sont en contradiction directe avec les données scientifiques établies depuis longtemps. Ces balivernes sont censées nous retenir de toucher aux drogues, elles nous empêchent surtout d'aider les drogués.

J'accuse les gouvernements qui ont prohibé et prohibent encore l'usage de la méthadone et la distribution de seringues de non-assistance à personne en danger : à cause d'eux, le sida et l'hépatite contaminent des individus qui seraient prêts, si on leur en donnait les moyens, à lutter avec nous contre la propagation des maladies. A cause d'eux encore, des consommateurs de drogues qui auraient dû être aidés sont livrés à la loi de la rue, à la misère, à la violence et à la mort.

J'accuse les thérapeutes qui refusent d'écouter les drogués non repentis d'extorsion. Ils projettent sur les toxicomanes leur propre incapacité à leur proposer une aide adaptée et performante. Ils comptent sur l'aide des juges et des politiques pour ramener vers eux des patients qui autrement les fuiraient car ils ne font pas de bien. Ils sont incapables, enfin, de traiter leurs patients d'égal à égal et confondent thérapie et redressement moral.

J'accuse les hérauts de la guerre à la drogue de mener en réalité une guerre sans quartier contre les drogués. En bientôt un siècle de prohibition, les trafiquants n'ont cessé d'engraisser et de prospérer. Et ce sont les toxicomanes qui sont frappés par la misère, la délinquance, la malnutrition, l'overdose et le sida. La guerre à la drogue n'a pas exclu les trafiquants qui se rapprochent au contraire toujours plus du pouvoir, mais les consommateurs de drogues, dont la plupart vivent aujourd'hui dans le dernier cercle de l'enfer urbain.

Ce faisant, je m'accuse moi-même : les erreurs de raisonnement, les convictions aveugles et les fautes thérapeutiques que je décris dans ce livre ont été les miennes. Je les ai remises en question, trop tard, sous pression de l'épidémie du Sida. Aujourd'hui, je sais que la solidarité de fait, que cette épidémie a instauré entre les consommateurs de drogues et nous, peut être transformée en entraide active. Les toxicomanes, contrairement à ce qu'on croit souvent, sont prêts à faire leur part. Et nous ? ”

⁹⁷ MINO, Annie. *J'accuse les mensonges qui tuent les drogués*. France : Calmann-Lévy, 1996, 254p.

8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

8.1 OUVRAGES UTILISES

- **ANGEL P., RICHARD D., JAILLEUR M.** *Toxicomanie* Liège : Masson, 2000.
- **BOGGIO Y., CATTACIN S., CESONI M-L., LUCAS B.** *Apprendre à gérer : la politique suisse en matière de drogues.* Genève : Georg, 1997.
- **CARPENTIER R.H.A.** *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale* Paris : Ed. Marketing, 1994.
- **DEGLON J-J.** *Le traitement à long terme des héroïnomanes par la méthadone.* Genève : Médecine et hygiène, 1982.
- **GEISMAR-WEIVIORKA S., GUIONNET C., GUIIS G.** *La Méthadone* Paris : PUF, Que sais-je, 1997.
- **LEBEAU B., LOWENSTEIN W., GOURARIER L., COPPEL A.** *La Méthadone et les traitements de substitutions.* Doin, 1995.
- **MINO Annie.** *J'accuse les mensonges qui tuent les drogués.* France : Calmann-Lévy, 1996
- **MOREL A., HERVE F.** *Soigner les toxicomanes.* 2^{ème} éd. Paris : DUNOD, 1997.
- **PARRINO M.** [et al.] (fondation phénix) *Traitements à la méthadone.* Genève : Médecine et hygiène, 1994.
- **PINOIT J-M., FRANCOIS I.** *Les traitements de substitution dans les toxicomanies aux opiacés.* Paris : Masson, 1997.
- **SEIDENBERG A, HONEGGER U.** *Méthadone, héroïne et autres opioïdes. La prescription d'opioïdes en milieu ambulatoire.* Genève : Médecine et Hygiène. 2001
- **TOUZEAU D., JACQUOT C.** et [al.] *Les traitements de substitution pour les usagers de drogues.* Paris : Arnette, 1997.

8.2 OUVRAGES CONSULTES

- **BACHMAN C., COPPEL A.** *La drogue dans le monde – hier et aujourd'hui.* Seuil, Points Actuels, 1992
- **BAUDELAIRE C.** *Les Paradis artificiels* Paris : Garnier-Flammarion, 1966
- **BENDERSON Bruce.** *Toxico.* Paris : Editions Payot et Rivage, 1995
- **BERGERON H.** *Soigner la toxicomanie : les dispositifs de soins entre idéologie et action.* L'Harmattan, 1996.
- **BRISSON** [et al.] *L'usage des drogues et la toxicomanie.* Québec : Gaëtan Morin éditeur, 1994
- **CESONI** [et al.] *Usage de stupéfiant, politique européennes.* Genève : Georg éditeur, 1996
- **Dr DAVIDSON Ch., MASO P.** *Dépendances et changements : un autre regard.* Genève : Editions Carrefour/prévention, 2002.
- **GONET, L.** *Adolescents, drogues et toxicomanie.* Lyon : Chronique social, 1992
- **HAUTEFEUILLE M. , VELEA D.** *Les drogues de synthèse* PUF, Que sais-je ?, 1992
- **LAMOUR C., LAMBERTI Mr.** *Les manœuvres de l'opium.* Envreux : éditions du seuil, 1972
- **REYNAUD M.** *Les toxicomanes.* Paris : Maloine éditeur SA, 1984

8.3 PUBLICATIONS

Publications reçues par mail du Dr. Déglon :

- **DEGLON**, J-J. Durée optimale des cures avec médicament de substitution.
- **DEGLON**, J-J. Faut-il sevrer les héroïnomanes chroniques de la méthadone ? Et si oui, qui, quand, comment ?
- **DEGLON**, J-J. Peut-on envisager d'arrêter son médicament de substitution ?
- **DEGLON**, J-J. L'arrêt de la méthadone chez les héroïnomanes chroniques est-il contre indiqué ?
- **DEGLON**, J-J. La méthadone, un levier important pour une prise en charge efficace des héroïnomanes.
- **DEGLON**, J-J. Quels sont les éléments fondamentaux permettant de définir de bonnes pratiques d'utilisation des traitements de substitution aux opiacés ?
- **DEGLON**, J-J. Quel dosage de méthadone prescrire dans les traitements de substitution ?
- **DEGLON**, J-J. Dix ans de prise en charge des héroïnomanes par les médicaments de substitution, évolution des problèmes et de la population concernée.
- **DEGLON**, J-J. Indications à un traitement conjoint, médical et psychosocial
- **DEGLON**, J-J. Bilan de 30 ans de traitements de substitution.
- **DEGLON**, J-J. Bilan de 40 ans de traitements de substitution.
- **DEGLON**, J-J. Une catastrophe humaine : Comment les théories psychanalytiques ont bloqué le traitement efficace des toxicomanes et contribué à la mort de milliers d'individus.

Pour obtenir ces documents : www.phenix.ch

Autres publications :

- **JACQUES**, J-Pierre. Méthadone : sinécure de désintoxication en simili-cure psychothérapeutique ? *PSYCHOTROPES un journal d'information sur les drogues et leurs usages*, 1989, vol.5, n.3. p. 132-137.
- **PROGIN**, Gérald. Méthadone : entre analyse et expérience. *Dépendance*, mai 1997, n.1. p. 2-6

8.4 OUVRAGES ENCYCLOPEDIQUES

- **LAROUSSE**. *Dictionnaire encyclopédique Larousse*. Paris : Larousse, 1979
- **NAUDIN** C [et al.]. *Larousse médical*. Paris : Larousse, 1995
- **RICHARD** D., **SENON** J-L. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*. Paris : Larousse, 1999
- **OGD**, *Atlas mondial des drogues*. Paris : PUF, 1996

8.5 SITES INTERNET

- **ADMIN**, site de la confédération suisse. Adresse URL : <http://www.admin.ch> (page consultée le 15 janvier 2006)
- **BRR**, (bureau suisse pour la réduction des risques liés aux drogues). Adresse URL : <http://www.fasd-brr-urd.ch> (page consultée le 15 janvier 2006)
- **CENTRE DE PREVENTION DES TOXICOMANIES (CEPT)**. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.cept.lu> (page consultée le 15 décembre 2005)

- **COROMA** (collège romand de médecine de l'addiction). [en ligne]. Adresse URL : <http://www.romandieaddiction.ch> (page consultée le 13 janvier 2006)
- **DROGUES, SANTE ET SOCIETE**. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.drogues-sante-societe.org> (page consultée le 20 janvier 2006)
- **EVENE.fr** [en ligne]. Adresse URL : <http://www.evene.fr> (page consultée le 15 mars 2006)
- **FONDATION PHENIX** [en ligne]. Adresse URL : www.phenix.ch (page consultée le 15 mars 2006)
- **HOMETOX**. "Dépendance – Toxicomanie – Conduite addictve." Adresse URL : <http://www.psydoc-fr.broca.inserm.fr/toxicomanie/produit/opiacés/index.htm> (page consultée le 14 décembre 2005)
- **INFOSET DIRECT** le site suisse du domaine des dépendances. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.infoset.ch> (page consultée le 20 janvier 2006)
- **ISPA** (Institut Suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies) [en ligne]. Adresse URL : www.sfa-ispas.ch (page consultée le 15 mars 2006)
- **LVT** (ligue valaisanne contre les toxicomanies). Adresse URL : <http://www.lvt.ch> (page consultée le 16 janvier 2006)
- **OFDT** (observatoire français des drogues et des toxicomanies). [en ligne] Adresse URL : <http://www.ofdt.fr> (page consultée le 20 janvier 2006)
- **OFSP** [en ligne]. Adresse URL : <http://www.bag.admin.ch> (page consultée le 1 mars 2006)
- **OFSP** statistiques [en ligne] Adresse URL : <http://www.nasuko.ch> (page consultée le 15 mars 2006)
- **PREVTECH**. [en ligne] Adresse URL : <http://www.prevtech.ch/info> (page consultée le 20 décembre 2005)
- **REPUBLIQUE FRANCAISE**. [en ligne] Adresse URL : <http://www.drogues.gouv.fr> (page consultée le 20 janvier 2006)
- **SWISSWEB santé publique**. [en ligne] Adresse URL : <http://www.prevention.ch> (page consultée le 15 mars 2006)

8.6 RAPPORTS, BROCHURES ET DOCUMENTS INTERNES LVT

- **COMMISSION FEDERALE DES STUPEFIANTS**. Rapport sur la méthadone. Utilisation d'un succédané opiacé dans le traitement des héroïnomanes en Suisse. 3^{ème} éd. Berne : OFSP, 1995
- **ISPA**. Info drogue : *La prescription de méthadone et d'héroïne*. Lausanne : SFA/ISPA.
- **LVT**. *Les traitements de substitution – Guide à l'usage des intervenants CAP LVT*, 2003.
- **LVT**. *Politique toxicomanies en Valais. Bilan d'activité et prise de position de la Commission cantonale consultative de lutte contre les toxicomanies*. Regards sur les toxicomanies : No 3, 1998
- **VONTOBEL J., BAUMANN A.** *Mon enfant aussi...? Les questions des parents sur la toxicomanie et les drogues*. Lausanne : Pro Juventute, 2001.

*"C'est le commencement qui est le pire, puis le milieu puis la fin ;
à la fin, c'est la fin qui est le pire."*

Samuel Beckett⁹⁸

⁹⁸ Citation tirée du site <http://evene.fr>

9. ANNEXES

Annexe N°1	Guide d'entretien
Annexe N° 2	Grille de dépouillement
Annexe N°3	Dépouillement quantitatif par réponse
Annexe N°4	Bilan personnel
Annexe N°5	Loi sur la santé du canton du Valais
Annexe N°6	Ordonnance sur les toxicomanies
Annexe N°7	Directives du département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie, relatives aux traitements de substitution pour personnes dépendantes.
Annexe N°8	Statuts de la Ligue Valaisanne contre les toxicomanies
Annexe N°9	Convention de collaboration
Annexe N°10	Le traitement par phase
Annexe N°11	Contrat thérapeutique tripartite
Annexe N°12	Demande d'autorisation
Annexe N°13	Rapport pour prolongation ou fin de traitement

A consulter dans la version papier disponible à la bibliothèque de l'HEVS2 de Sion

“La liberté commence où l'ignorance finit.”

Victor Hugo⁹⁹

⁹⁹ Citation tirée du site <http://eveve.fr>