

La Méthadone au sens large (*)

Patrice Nominé

RESUMO: Em França, o aumento recente do número de protocolos de substituição pela metadona no âmbito dos cuidados prestados aos toxicómanos em opiáceos não tem sido isenta de consequências na abordagem das problemáticas da dependência. Os destinatários são múltiplos e apresentam ocorrências diversas com resultados muito heterogêneos. A implementação desta técnica leva muitas vezes a situações em que as condições iniciais se vêem confrontadas com evoluções paradoxais. Este trabalho visa enumerar os seus diferentes aspectos clínicos.

ABSTRACT: In France, the late increase of the protocols of substitution by methadone in the field of clinical care to drug addicts in opiates has not been free of consequences in what the approach of the problematics of drug addiction is concerned. The addresses are multiple and they present several occurrences with very heterogenous results. The implementation of this technique often leads to situations in which the original conditions face paradoxical increases. This paper aims to refer its clinical aspects.

RÉSUMÉ: En France, la multiplication récente des protocoles de substitution par la méthadone dans le cadre de la prise en charge des toxicomanies aux opiacés n'est pas sans conséquences sur l'abord des problématiques de dépendance. Les visées sont multiples et présentent des occurrences diverses qui font l'objet d'enjeux très hétérogènes. La mise en place de cette technique débouche souvent sur des situations où les déterminants de départ se voient confrontés à des évolutions paradoxales. Ce texte tente d'en recenser les différents aspects cliniques.

En avril 1989 paraissait le numéro 106 de la revue "Autrement" intitulée "L'esprit des drogues". Son sous-titre, sous forme interrogative, était le suivant: "La dépendance hors la loi". L'extension récente des programmes méthadone, à partir de protocoles expérimentaux dont les plus anciens ont débuté en 1973, vient apporter une réponse dont l'évidence n'échappera à personne. Cette technique de prise en charge de patients dépendants de leur usage de morphiniques, qui trouvait sa place aux côtés d'autres approches thérapeutiques et qui s'adressait préférentiellement aux plus inféodés des héroïnomanes a diffusé son exclusivité dans des centres spécialisés et a trouvé sa consécration grâce à certains patients qui n'hésitent pas à se présenter comme des "substitués". Le nouveau toxicomane est arrivé; le substantif par

lequel il se désigne parfois lui permettant d'accéder à une carte de visite plus acceptable, plus *toxicomaniacally correct*, en attendant de se voir accorder le titre de "substitué stabilisé", décernable en ville à partir du 15 juin prochain, après avoir été reçu à l'examen de sortie du centre méthadone.

La dépendance aux opiacés est donc devenue en elle-même l'objet d'une authentique préoccupation sociétale dont les visées ont, pour cette fois, précédé les principes qui auraient dû, en bonne logique, leur donner naissance. Si les méthadoniens de jadis protestaient souvent avec véhémence contre, disaient-ils, leur statut de cobaye, ceux d'aujourd'hui mettraient plutôt en pratique le principe suivant: "Ne désirez plus, exigez!", parce qu'ils ont compris que leur demande de produit de substitution était désormais bien souvent

(*) Communication présentée à la Journée des Centres Méthadone d'Ile de France, Paris, 10 juin 1995.

entendue comme la manifestation d'un authentique besoin. On ne peut que se féliciter de voir promue au rang qu'elle occupe désormais une prescription dont la confidentialité dont elle était l'objet et le caractère étriqué de la cohorte de ses bénéficiaires n'avait su déboucher sur les convictions et l'enthousiasme thérapeutiques qu'elle a pu enfin susciter. Encore faut-il remarquer que les effets d'annonce dont elle a été entourée, surtout depuis 1993, n'ont guère servi la mise en œuvre de sa délivrance et qu'en raison de son manque de disponibilité, ils ont plutôt provoqué parmi sa clientèle potentielle un cruel désappointement. En réponse aux insistantes sollicitations de la part des patients mais également de leurs proches auprès des rares prescripteurs autorisés, ces derniers se trouvèrent contraints de formuler des fins de non-recevoir mal ressenties par les intéressés.

Aujourd'hui, la méthadone permet d'offrir plus largement un succédané légalement acceptable et de qualité suivie aux passions illicites pour des substances opioïdes souvent frelatées, assez limité toutefois dans ses effets subjectifs à ce que le Canada Dry est en mesure de proposer aux amateurs de boissons fortes.

Son intérêt n'en est diminué en rien au regard du souci légitime des professionnels de tenter de favoriser l'accès au plus grand nombre d'une technique dont la pertinence est indiscutable. Quant aux indications retenues et à la conduite du traitement, les idéologies péremptoires et les conceptions importées semblent l'emporter sur la circonspection et l'attention professionnelle attendues du naturaliste des passions humaines. Comme le souligne l'historien Jean-Jacques YVOREL, *"le rapport présent-passé perd toute valeur heuristique quand la sollicitation du présent prend la forme d'une conviction première à démontrer de toute force"* (1). Souvenons-nous, les précurseurs de l'introduction en France de l'utilisation du chlorhydrate de méthadone dans l'arsenal thérapeutique en matière de toxicomanie ne furent-ils pas longtemps vilipendés pour leurs audaces de "dealers en blouse blanche" avant de se voir taxés de pusillanimité professionnelle pour leur retenue et leurs doutes réservés. Bien entendu, toute autre attitude les aurait fait passer pour vaticinateurs.

La survenue du SIDA et la nature spécifique de sa transmission par la seringue a recentré les intérêts thérapeutiques liés aux substituts sur la prévention, voire la prophylaxie. La question n'est pas seulement de savoir si l'administration de produits substitutifs pris par la bouche sous contrôle ferait, ou non, diminuer l'incidence de l'usage de la seringue et dans quelles conditions. Se posent également celle communément intitulée "réduction des risques", pris par les consommateurs intra-veineux de morphiniques et celle de la légitimité indivi-

duelle ou sociale du recours en général à la modification de conscience par le biais de la magie chimique.

C'est pourquoi cette communication n'a pas la prétention de prendre position quant à une éventuelle efficacité de la prescription de la méthadone sur l'évolution de l'épidémie chez les utilisateurs de produits psychotropes par voie intraveineuse mais d'envisager, au moment où sa disponibilité se développe largement, quelle place peut prendre la méthadone dans un acte de prescription qui se veut thérapeutique, dans une optique prenant en compte le respect de la responsabilité du patient et le plaisir que la méthadone lui réserve comme celui dont elle le préserve.

Rappelons qu'aux U.S.A., bien avant les expériences de Vincent P. DOLE avec la méthadone, et dès 1920, se sont pratiquées, dans des unités spécialisées, des substitutions de l'héroïne frelatée du marché clandestin par de l'héroïne plus soigneusement manufacturée, aux résultats très diversement appréciés, jusqu'à leur fermeture en 1924 sous des pressions extérieures, avant même, semble-t-il, la faillite patente de leur fonctionnement. Les exemples contemporains ne manquent pas pour illustrer de façon récurrente ce type d'approche, de l'auto-substitution traditionnelle par la codéine obtenue en officine à la récente et spectaculaire diffusion de la prescription des morphiniques d'action courte ou à libération prolongée au prix d'une frénétique réimpression d'urgence de carnets à souches, et dont le contrôle clinique d'exercice délicat – son efficacité réelle serait fort coûteuse en examens urinaires – a favorisé la disponibilité clandestine.

Le débat sur la substitution, fortement médiatisé, a su, grâce aux approximations décontractées des journalistes non-spécialisés, faire percevoir à la population que la méthadone était la solution aux problèmes de drogue, toutes catégories confondues, et aussi la convaincre qu'il était par contre indispensable de ne délivrer le Néo-Codion que sur ordonnance. Le fantasme de contrôle social par la méthadone remporte un grand succès dans le même temps où un professeur de psychiatrie canadien affirme sa confiance dans la permanence de l'homéostasie des groupes humains en proposant la mise à disposition de toute drogue à tout un chacun; l'humanité ayant après tout survécu à la peste, le choléra, la syphilis et la tuberculose, elle survivrait bien aux excès de la "psychotrope mania".

On suggère ici d'exhumer le bon vieux laudanum de Sydenham ou de Rousseau, voire l'élixir de Brampton, ou de rouvrir les fumeries d'opium car, reconnaissons-le sans barguigner, tirer sur le bambou ne sclérose pas les veines et ne transmet pas le H.I.V.. Là, on voit dans certains services hospitaliers confrontés aux problèmes aigus posés par les usagers d'opiacés atteints de SIDA, des infirmières distribuer les seringues comme jadis l'infusion de tilleul et des médecins attentionnés

prodiguer leurs conseils afin d'aider les adeptes de la voie intraveineuse en peine de géographie circulatoire à scléroser parmi leurs veines celles qui ne le seraient pas encore. Nombreux sont les endroits où la profession de foi joue des coudes parmi les professions de santé. A Montpellier, on projette un remake des *shooting galleries* en vogue sur la côte est des États-Unis avant le SIDA, en version soft et sous-titrée en réduction des risques.

C'est au milieu de ces tapageux bouleversements qu'en se frappant le crâne et criant: "j'ai trouvé!", la bande au professeur Métha est arrivée. Cette technique expérimentée en France depuis plus de vingt ans se trouve propulsée sur la scène du théâtre des nouveautés de la thérapeutique, où se bousculent les flacons, pour une impressionnante distribution. Certes, la méthadone, par ses qualités pharmacologiques, a su s'imposer au regard des différentes convictions des praticiens, au gré de leurs positions subjectives et de leurs préoccupations pragmatiques. Cette molécule de longue durée d'action peut, par là, prétendre représenter une des formes extrêmes de la régulation psychique par les psychotropes. Elle peut également, cette fois dans une optique de régulation sociale, être l'agent d'une réduction de la délinquance d'obligation, d'une moindre dérive par rapport au groupe, d'une facilitation de la réinsertion, voire d'une tentative d'évitement de ce qu'il est convenu d'appeler "l'exclusion", au bénéfice d'un suivi médical devenu envisageable. Enfin, au-delà du souci de la prévention de certaines maladies épidémiques, il peut s'agir, par son intermédiaire, de répondre à des préoccupations de soins élémentaires au regard d'une souffrance difficilement abordable. Les visées multiples de sa prescription ont favorisé l'émergence de principes de mise à disposition dont les principales qualités ne sont certes pas le souci de maîtriser la délivrance et celui de privilégier la précision du regard sur la nature de l'utilisation. Mais les effets pervers d'un recours important à la pratique de la substitution ne sont-ils pas l'inévitable rançon de l'ambiguïté intrinsèque de cette dernière? A telle enseigne la célèbre maxime de La Rochefoucauld: "*Les vices entrent dans la composition des vertus comme les poisons entrent dans la composition des remèdes*". La question n'est sans doute pas d'être pour ou contre la substitution – peut-on être pour ou contre le marteau en tant qu'outil? – mais reste de tenter de savoir ce que l'on en fait avec un patient plus enclin à se faire quelque chose qu'à faire quelque chose pour lui.

Certains prescripteurs tiennent un discours privilégiant la méthadone comme traitement en soi de la dépendance aux opiacés. La principale et peut-être la seule vertu intrinsèque de cette dernière est sans doute de permettre un bon contrôle de l'ensemble des aspects biologiques de cette dépendance, c'est-

à-dire les symptômes de sevrage, de nature à permettre à l'addiction, sous ses aspects comportementaux, de faire meilleure figure. Cela ne change bien évidemment rien à la nature de la dépendance mais l'amélioration de la situation permet de forger l'espoir de l'abandon futur du produit substitutif au profit d'une rédemption personnelle du patient obtenue au prix de la réforme drastique de son existence. Hélas, l'extrême discrétion des effets sensibles de la méthadone risque d'appauvrir terriblement l'univers chahuté de la dépendance antérieure et les turbulences passionnelles liées à l'obtention d'effets aigus viendront très souvent à être à nouveau recherchées par le patient, et le prescripteur devra bientôt se situer face à une double, ou multiple intoxication. Ainsi, la méthadone, tristounet plat du jour sans sa garniture, sera devenue la trésorerie, le fonds de caisse du client, qui fera, grâce à elle, face à ses échéances de manque, tout en pratiquant la cavalerie sur son héroïne d'élection, ou en investissant son économie psychique dans le crack ou l'alcoolisation massive.

D'autres tiennent la méthadone comme un pis-aller. En effet, à quoi peut-on avoir recours devant les échecs répétés des sevrages ou leurs décevants débouchés? Il s'agit alors du traitement d'une situation reconnue comme fort peu accessible, légitimée par la sollicitude garantissant un lien en-dehors de toute amélioration objectivable. Le souci d'alléger le fardeau de souffrance du patient pourra apparaître aux yeux du prescripteur comme un soin élémentaire à son égard. Dans le regard de son patient, cependant, il pourra parfois lire la résignation à la prise d'un médicament routinier, le reflet d'une consécration ou d'une recompense de sa souvent longue carrière de toxicomane, l'image d'une triste nécessité ou la sanction d'un désespoir thérapeutique.

Pour ceux qui considèrent la méthadone comme un facteur de resocialisation et qui peuvent donc compter sur l'appoint d'une assistance sociale roborative, l'affaire semble mieux engagée. Loin de préoccupations psychothérapeutiques, le patient dispose de ateliers divers pour s'alimenter de réinsertion. Le prescripteur ne sera pas enclin à négocier sur l'importance des doses ou sur la fréquence des venues, laissant le soin à son patient de négocier avec lui-même une gestion moins inadaptée de ses symptômes. Là aussi, la réussite peut dépasser l'espérance et le patient faire le choix existentielle du produit culturel français de resocialisation par excellence en faisant la preuve d'un alcoolisme patent, quand il ne tentera pas de négocier sur le marché clandestin les surplus de ses disponibilités pour acquérir le bon vieux toxique initial qui, à défaut de se montrer prodigue en effets aigus par-dessus le mol écredon de la méthadone, aura au moins le mérite de le rassurer par son côté familial.

D'autres encore choisiront la méthadone comme moyen temporaire, de nature à permettre une mise à distance des consommations destructrices d'une santé soumise à de trop dures épreuves et, à terme, de créer les conditions d'un véritable suivi médical propice à une évolution du patient vers des préoccupations plus proches de sa psychologie individuelle. Les stratégies de prévention des maladies épidémiques, tout comme le moyen de participer à une réduction des effets pervers de la prohibition peuvent trouver une place dans cette optique. Il faut espérer que nombreux seront les patients à vérifier le bien-fondé de telles attitudes en s'efforçant de raisonner leur passion pour mieux la dominer. Il est à craindre, néanmoins, de voir les circonstances aléatoires de la vie quotidienne faire durer le provisoire jusqu'à la maintenance *ad libitum*, avec pour conséquence la tentation de s'esbaudir avec l'effet principal de produits secondaires.

Enfin, il est des prescripteurs pour tenter, avec la méthadone, de créer les conditions de l'instauration d'une relation d'allure thérapeutique, bien que cette idée soit fortement combattue par ceux qui considèrent que le caractère opiacé de la molécule constitue à lui seul un obstacle rédhibitoire à toute mobilisation psychique. Laissant un libre choix existentiel à leur patient sur la place qu'il accordera à la méthadone dans sa trajectoire, sur ce que lui permettra l'intensité et l'ancienneté de son intoxication, ils opéreront en fonction de l'idée qu'ils se font de leur rôle dans cette affaire complexe et de celle de la nature de ce que représente pour eux un acte thérapeutique. Dans les trois premiers mois de sa prescription, ils se heurteront le plus souvent aux conséquences de la déception ressentie par leur patient face à la faible opérativité intrinsèque de la méthadone et devront se situer par rapport aux avantages d'un tel déplacement de la dépendance initiale. Parfois même, ils se verront reprocher plus tard par le patient lui-même d'avoir cédé à la demande de prescription qui avait été formulée avec tant d'insistance.

Les conditions de départ sont déterminantes pour l'évolution des relations avec les patients. La forme d'engagement réciproque retenue pour présider au déroulement des prises en charge doit se trouver définie de façon aussi précise que l'hétérogénéité des angles d'approche pourra le permettre. Les considérations multiples à l'œuvre ne peuvent manquer de se trouver confrontées aux conditions singulières de chaque situation. Si l'existence d'un contrat se révèle nécessaire, force sera de veiller à ce que sa nature et ses termes soient réciproquement bien compris, en ce qui concerne l'intérêt et surtout les limites de la prescription. Les patients doivent être avertis que la demande

de méthadone ne peut se réduire ni s'identifier à un besoin, auquel cas la décision de prescrire se trouverait plus tard assimilée à une promesse non tenue, ce qui serait fort peu acceptable de la part d'un soignant vis-à-vis d'un patient dont la problématique s'articule précisément avec une désillusion itérative. C'est alors que la qualité du suivi et de l'accompagnement fera toute la différence entre la prescription de la méthadone et sa simple distribution.

La méthadone tient plutôt du soulagement que de la satisfaction. Il serait dommage, en fixant des doses exagérées, d'entretenir dans l'esprit des patients l'illusion que soulager un besoin équivaut à satisfaire une envie, et de leur faire vérifier l'aphorisme d'Alphonse ALLAIS: "Si j'étais riche, je pisserais tout le temps!". La délivrance de méthadone ne s'assimile pas à la délivrance du patient de ses tourments intérieurs et risque plutôt de corroborer le sentiment qu'il exprime parfois d'être à la fois une victime de l'existence et un héros de la vie quotidienne, quand bien même les doses seraient trop bien choisies pour transformer le patient en équivalent, version grabataire ataraxique, du somnolent rêveur empoisonné du XIX^{ème} siècle.

Suffisamment bien fixées pour assurer la conservation pour le patient du minimum d'anxiété résiduelle propre à l'exercice d'une vigilance psychique de bon aloi, du niveau de celle qui permet de traverser une rue sans trop de risques, le sentiment d'authenticité personnelle du patient en serait-il moins affecté? Un exemple ne démontre rien, mais voici quelques lignes d'une lettre récente d'une patiente à propos de la sauce méthadonée de son existence: "Quant à la méthadone, elle m'est servie chaque matin à 9h. Tout se passe bien, mais je souffre quand même de l'endormissement qu'elle donne. Je sais qu'il y a une distance entre moi et la nature (...). J'aimerais ressentir plus d'émotions, plus de désirs. Je cherche, mais ne retrouve pas ce petit quelque chose indéfinissable, mais qui projette au-delà du banal. Je pense à ceux qui, parce qu'ils ont connu trop jeunes ce genre d'anesthésie, croient que la vie, c'est seulement cela".

"A force de plaisir, notre bonheur s'abîme" disait Jean COCTEAU. Alors, la méthadone, moyen éprouvant de mise à l'épreuve de l'éprouvé psychique, fatigante solution de paresse ou soupe populaire de l'âme? Sans doute a-t-on bien fait d'aromatiser le sirop de méthadone à l'extrait d'orange amère plutôt qu'à celui des fruits de la passion. ■

Patrice Nominé

Psychologue clinicien, ESPACE MURGER, Hôpital Fernand Widal, Paris

NOTA

(1) YVOREL, Jean-Jacques, *Cléo et Morphée. La place de l'histoire dans une formation réflexive en matière de toxicomanie*, CREDHESS, Université de Paris I.