



Observatoire français des drogues et des toxicomanies

OFDT

Observatoire français des drogues et des toxicomanies
105, rue La Fayette
75 010 Paris
Tél : 33 (0)1 53 20 16 16
Fax : 33 (0)1 53 20 16 00
courrier électronique : ofdt@ofdt.fr

Les études publiées par l'OFDT sont consultables sur le site web :
<http://www.drogues.gouv.fr>

ARÈS 92
Réseau sida toxicomanie
Hôpital Louis-Mourier
178 rue des renouillers
92 700 Colombes
Tél : 01 46 49 36 36

ISBN : 2-11-092704-6

Tensions et transformations des pratiques de substitution en ville
Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale

OFDT - avril 2001

Tensions et transformations des pratiques de substitution en ville

Suivi de patients
usagers de drogues en médecine générale
Approche qualitative

Aude Lalande
Stang Grelet

Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale

**Pratiques de la substitution en ville
(approche qualitative)**

**Aude Lalande
Stany Grelet**

Avril 2001

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
UNE COMMANDE MÉDICALE	7
UNE ETHNOGRAPHIE DES ÉCARTS	10
UN ÉCHANTILLON « EXEMPLAIRE »	12
BIAIS ET LIMITES : L'INVENTION PERMANENTE DE « LA SUBSTITUTION »	15
LA SUBSTITUTION N'EXISTE PAS	19
1 - LA PHILOSOPHIE OFFICIELLE DE LA SUBSTITUTION	23
<i>Les grandes orientations réglementaires</i>	23
<i>Les outils pharmaceutiques et leurs conditions de délivrance</i>	24
<i>Le Néocodion®</i>	25
<i>Les sulfates de morphine (Skenan®, Moscontin®)</i>	26
<i>La méthadone</i>	27
<i>La buprénorphine haut dosage (Subutex®)</i>	28
2 - UNE OFFRE PROBLÉMATIQUE : DÉLIVRER, SOIGNER, CONTRÔLER	31
<i>Délivrer ou soigner ?</i>	35
<i>Réduire les risques ou soigner la « toxicomanie » ?</i>	38
<i>Contrôle des consommations, santé des patients</i>	44
3 - UNE DEMANDE ÉQUIVOQUE : « DÉCROCHER », « ARRÊTER », « SUBSTITUER »	47
<i>L'expérience de « la décro » : décision contre savoir-faire</i>	50
<i>Un jeu de substitutions « à tiroirs »</i>	55
<i>Paradoxes du savoir-faire</i>	61
L'INVENTION DES SUBSTITUTIONS	65
1 - UNE CODIFICATION INACHEVÉE : DÉTERMINATION DES DOSAGES, GESTION DES QUANTITÉS	67
<i>Le poids du passé</i>	71
<i>L'invention de « codes »</i>	75
<i>Un équilibre négocié</i>	82
<i>Une issue incertaine</i>	89

2 - LA NORMALISATION DES PRISES : « CUISINE » D'USAGERS	95
ET « OBSERVANCE » THÉRAPEUTIQUE	95
<i>Anticipation du manque, contrôle du stress, gestion des effets secondaires : l'aménagement spontané des prises</i>	97
<i>Ne pas « faire sa cuisine » : l'exigence comportementale des médecins</i>	101
<i>Sanctions et concessions : l'observance par ajustements</i>	104
3 - L'EXCEPTION FAMILIÈRE : CONSOMMATIONS « PARALLÈLES »	109
ET USAGES « DÉTOURNÉS »	109
<i>Une anomalie ordinaire</i>	110
<i>Un contrôle modeste</i>	116
<i>Évictions et contrôle chimique</i>	121
<i>L'invention d'une médecine ?</i>	128
CONCLUSION	133
<i>Une évaluation problématique</i>	134
<i>Un tissu de tensions</i>	139
<i>L'invention dans le dénuement</i>	142
ANNEXES	145
ANNEXE 1 : GUIDES D'ENTRETIEN	147
<i>Guide d'entretien patient</i>	147
<i>Guide d'entretien médecin</i>	149
ANNEXE 2 : STRUCTURE DE L'ÉCHANTILLON	151
<i>Les patients</i>	151
<i>Les médecins</i>	152
BIBLIOGRAPHIE	153

« Ce produit-là, c'est comme si on te donnait la clé d'une paire de menottes que t'as aux poignets, on te file la clé, on te dit, tu ouvres quand tu veux. »

INTRODUCTION

Qu'est-ce que « la substitution », vue de l'intérieur ? L'étude de *Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale* engagée à partir de 1996 par des médecins de l'association Epid92¹ et du réseau ville-hôpital « Sida/toxicomanie » des Hauts-de-Seine Nord (ARÈS 92), avait pris le parti, dès son volet quantitatif², d'aborder le suivi de patients consommateurs de substances illicites à partir de l'expérience concrète des pratiques. Cette première phase visait non seulement à dégager les objectifs et les résultats de leur prise en charge, mais également à produire un descriptif précis des actes réalisés lors des consultations – le but étant autant de se faire une idée de la population suivie et de son évolution au cours de l'année observée (de son profil sociodémographique, de son état de santé, de son insertion sociale, de ses pratiques de consommation), que de décrire les actes médicaux réalisés et l'utilisation des services proposés par le médecin ou par le réseau. Il s'agissait de produire une sorte de photographie, en somme, la plus détaillée possible, des pratiques. L'étude qualitative présentée ici constitue le second volet de ce projet d'évaluation. Elle s'inscrit dans le même souci d'analyse et de description concrète des situations.

UNE COMMANDE MÉDICALE

La première phase (prospective et quantitative) de l'étude portait sur la clientèle utilisatrice de « drogues » de 21 médecins généralistes recevant leurs patients en cabinet de ville, en centre de santé, en centre spécialisé (CSST³) ou en consultation ambulatoire à l'hôpital. Commencée le 1^{er} octobre 1996, l'inclusion des patients devait s'achever trois mois après, 95 personnes ayant été intégrées au total, toutes consommatrices de substances illégales ou de produits de substitution. Pendant un an, chaque consultation a fait l'objet d'une description minutieuse. Trois fiches, établies à l'inclusion, à six mois puis au bout d'un an, faisaient le point par ailleurs

1. Cette association de médecins et de pharmaciens libéraux, née en 1987 autour d'un journal, consacre son activité à la formation médicale continue et à la santé publique. Elle organise des séminaires de formation et des enquêtes épidémiologiques.

2. Voir le volume 1, Étude prospective de suivi de 95 patients usagers de drogues : approche quantitative.

3. Centre spécialisé de soins aux toxicomanes.

sur les pratiques de consommation et la situation sociale de chacun des patients, tout au long de l'année observée. 61 personnes étaient encore suivies au bout d'un an, près de 1 700 consultations ayant été décrites pendant la période d'investigation, selon une grille remplie par les médecins en présence de leur patient portant sur l'évolution des pratiques de consommation (produits illicites et licites, alcool inclus), sur le suivi des problèmes de santé, et sur l'utilisation des services et des traitements proposés (prise en charge de la « toxicomanie », suivi social, médical, psy, etc.).

Les résultats de cette première phase ont été finalisés en octobre 1998 par Jean-François Perdrieau, Françoise Bâcle, Martine Lalande et Alain Fontaine⁴. Ils font apparaître dans leurs grandes lignes une population relativement bien insérée, d'un âge moyen de 33 ans (situé dans une fourchette de 20 à 47 ans), composée de 80 hommes (84 %) et de 15 femmes, dont la situation sociale a peu changé sur la durée de l'étude. La grande majorité était stabilisée sous traitement de substitution plutôt que sevrée au terme de la période : 4 personnes avaient cessé leur traitement, contre 57 qui recevaient encore, pour 37 d'entre elles (65 %) de la buprénorphine, pour 9 d'entre elles (16 %) de la méthadone, et pour 10 d'entre elles (17 %) des sulfates de morphine⁵. Un peu plus d'un quart déclarait maintenir des consommations « récréatives » d'héroïne à la fin de l'étude, et une proportion non négligeable (23 personnes, soit 38 % des patients) disait continuer d'utiliser la voie intraveineuse⁶. La consommation occasionnelle de cocaïne concernait 13 % des patients encore suivis au bout d'un an. Enfin, la consommation d'alcool paraissait assez élevée dans l'ensemble, et semblait être devenue plus régulière qu'occasionnelle au cours de l'année. En revanche, celle de codéine et de benzodiazépines était en diminution depuis le début de l'enquête.

Le profil de consultation dégagé par les données quantitatives esquissait déjà par ailleurs quelques éléments de caractérisation des relations médecin/patient construites ici autour des traitements de substitution. Un peu plus de la moitié des patients était arrivée à son médecin « d'elles-mêmes » ou par le bouche à oreille, plutôt que par le réseau ville/hôpital. Le suivi paraissait régulier pour la très grande majorité des personnes concernées, les rendez-vous pris étant globalement respectés. Les consultations avaient été réglées dans des proportions identiques à celles du reste de la clientèle. Enfin, la substitution prévalait nettement sur la demande de soins somatiques : 90 % des rendez-vous étaient motivés par la prescription de médicaments opiacés.

Sur le plan somatique, la prise en charge semblait avoir été favorisée par l'accès à un traitement de substitution, de l'avis des auteurs de l'étude, mais sans que cette conviction ou impression ait pu être confirmée statistiquement à proprement parler, la comparaison avec des cohortes de patients non substitués paraissant difficile, du fait de la disparité des motivations des consultations (la clientèle « ordinaire » fondant plus souvent ses demandes de rendez-vous sur des problèmes somatiques que la clientèle « substituée »). Cette prise en charge des problèmes somatiques ne pouvait être considérée cependant comme totalement satisfaisante au terme de l'année considérée : les examens complémentaires prescrits semblaient avoir été réalisés avec plus de difficultés en moyenne par les patients usagers de drogues que par les autres patients, et un nombre important de « sérologies inconnues » subsistait à son issue (un quart des personnes suivies à la fin de l'étude ne connaissait pas sa ou ses sérologies VIH, VHC et VHB). L'incitation à recourir aux services de psychiatres, de psychothérapeutes ou de psychanalystes avait rarement été suivie d'effets. Enfin et surtout, 20 patients sur les 61 encore suivis au bout d'un an, c'est-à-dire près d'un tiers, n'avaient jamais été ni pesés, ni examinés sur le plan clinique pendant la période observée.

Les résultats de l'étude quantitative étaient présentés aux membres du réseau ville-hôpital ARÈS92 et aux médecins qui y avaient participé en octobre 1998, en présence des auteurs de l'étude qualitative. Le volet qualitatif ayant été conçu, en effet, par ses commanditaires (le réseau ARÈS92 et l'association Epid92) comme le prolongement de sa phase quantitative et comme un outil d'élucidation, autant que possible, des questions soulevées lors de l'analyse de ses données quantifiées, il s'agissait de le mettre en place aussi rapidement que possible, dans le sillage de la première phase.

Pour les personnes présentes lors de la réunion, les résultats de l'étude quantitative réservaient peu de surprises – ils confirmaient plutôt, pour l'essentiel, l'évaluation spontanée de leurs pratiques. Diverses interrogations ressortaient cependant de la discussion, qui devaient servir de fil à la mise en place du second volet :

- certaines relevaient d'une interrogation globale sur l'impact et l'usage des traitements de substitution : « quel sens a la substitution pour nos patients usagers de drogues ? », « quel usage en font-ils ? » ; ou réciproquement : « comment les médecins se servent-ils de la substitution ? », « la possibilité de prescrire des produits de substitution les a-t-elle conduits à modifier leur approche des *drogues* et de la *toxicomanie* ? » ; ou enfin : « que se passe-t-il entre médecins et usagers ? », « quel rôle joue le médecin dans le suivi d'un traitement ? » ;

- d'autres portaient sur l'impact des traitements de substitution sur la consommation de psychotropes : « des consommations illicites subsistent-elles, qui n'apparaîtraient pas ici ? », « qu'en est-il de la consommation d'alcool, probablement sous-déclarée ? », « y a-t-il report de la consommation de *drogues* vers l'alcool ? » ;

4. PERDRIEU (J-F.), BÂCLE (F.), LALANDE (M.), FONTAINE (A.), *Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale, volume 1 : Étude prospective de suivi de 95 patients usagers de drogues (approche quantitative)*.

5. Ces comptes ne tombent pas juste, un cas n'étant pas renseigné.

6. On peut imaginer cependant que ces consommations parallèles aient été sous-déclarées, les fiches de renseignements étant remplies par les médecins sur questionnement de leur patient, lors des consultations.

■ d'autres enfin concernaient la prise en charge somatique des patients suivis pour substitution, avec ces préoccupations principales : « pourquoi les patients usagers de drogues ont-ils plus de peine que les autres patients à réaliser les examens complémentaires qui leur sont prescrits ? » ; et « pourquoi sont-ils moins examinés que la moyenne, voire jamais examinés ? ».

La mise en place d'une recherche qualitative laissait espérer que pouvaient être éclairées en partie ces zones d'ombre.

UNE ETHNOGRAPHIE DES ÉCARTS

Les objectifs assignés à cette seconde phase de l'étude étaient donc doubles, au départ. Il s'agissait tout à la fois de prolonger les interrogations initiales des médecins concernant l'évaluation de leurs pratiques en matière de substitution – en s'appuyant non plus cette fois sur une description normalisée des actes et de leurs effets, mais sur leur perception subjective. Et de tenter de répondre à des interrogations nouvelles, apparues au travers de résultats parfois énigmatiques de l'étude quantitative, ou de manques révélés par l'exploitation de ses données.

La méthodologie en est par conséquent tout autre. Là où le premier volet était prospectif et épidémiologique, le second est rétrospectif et ethnographique⁷, et s'appuie sur une épistémologie sensiblement différente, exploitant des témoignages plutôt que des chiffres, et visant la compréhension des situations, plutôt que l'explication ou l'interprétation par corrélation de données quantifiées.

La demande, comme son contexte, soulevaient cependant quelques difficultés : outre une commande un peu flottante, et surtout tissée de préoccupations hétérogènes – partagée entre une interrogation sur le rôle du médecin (« est-ce que je fais bien mon travail ? ») et des questionnements sur la perception de la situation par les patients (« pourquoi les usagers ne font-ils pas ce qu'on leur demande ? ») –, se posait le problème très classique pour des chercheurs en sciences sociales, d'un matériau composé exclusivement de témoignages : comment reconnaître des pratiques au travers de déclarations, dans une situation où l'observation n'est pas possible ? Et le terrain, par ailleurs, se présentait comme un champ saturé de représentations et sur-politisé – comme c'est le cas toujours lorsque l'on touche

7. Les entretiens ont été menés et analysés dans une perspective ethnographique, de prise en compte des pratiques et des logiques sociales (du moins telles qu'elles ont pu nous être décrites par nos interlocuteurs), comme de leurs déterminations sociales, idéologiques ou institutionnelles et des interactions sociales résultant de la situation d'enquête. Nos formations respectives et nos domaines de recherche (ethnologie/ anthropologie pour Aude LALANDE, spécialisée dans le domaine des drogues ; et sociologie politique pour Stany GRELET, qui s'est intéressé notamment à la lutte contre le Sida), nous ont régulièrement conduits d'ailleurs à recourir de façon centrale à l'entretien ethnographique, pour différents travaux.

au domaine des « drogues » – appelant par conséquent les moyens de trouver une position distante, s'écartant notamment des représentations communes de « la substitution », ou des usagers de drogues « toxicomanes⁸ ».

La solution trouvée, dégagée au cours de réunions de travail avec les médecins commanditaires de l'étude, fut d'élargir la question en la déplaçant de la qualité du suivi et de ses effets vers la *relation médecin/patient* elle-même – lieu d'expression de logiques complémentaires et/ou contradictoires, et espace de négociations et d'ajustements progressifs, construits autour de la prescription de produits de substitution comme de la prise en charge des problèmes somatiques.

Observer la relation médecin/patient de façon satisfaisante exigeait cependant d'en restaurer le second terme – à savoir ici le patient usager de drogues, traditionnellement délaissé par la littérature scientifique – ; et exigeait symétriquement de traiter le premier terme de la même manière, sans préjuger de sa supériorité de thérapeute, et de l'inclure dans l'objet de l'étude, alors qu'il en était le sujet dans le premier volet. Cet infléchissement conduisait par conséquent à créer un nouveau terrain, différent du premier sans doute, mais permettant tout à la fois d'accorder parts égales, et la même considération, aux trajectoires, objectifs et savoirs des usagers de drogues qu'à ceux de leurs médecins ; et de se libérer du faux problème de la « vérité » des déclarations, souvent donné pour obstacle aux sciences sociales, et plus encore sans doute dans le domaine des « drogues ». Plus que des actes, en effet, seraient observées des déclarations ; plus que les faits eux-mêmes seraient mesurés des *écarts* entre les témoignages des uns et des autres, permettant de révéler des divergences ou des conflits parfois, mais aussi des zones d'accord venant fonder les pratiques.

8. La catégorie de « toxicomane », et de la même façon celle de « toxicomanie », sont difficiles à manipuler, du fait de fréquents glissements de sens conduisant à confondre « usage de drogues » et « toxicomanie » d'une part, et usages sociologiques et médicaux des termes, d'autre part. Rodolphe Ingold, par exemple, propose un usage sociologique des termes (« est toxicomane celui ou celle qui, au moins une fois dans sa vie, a eu recours à des institutions spécifiquement créées pour les consommateurs de drogues, que ce recours ait été volontaire ou involontaire » - cf. INGOLD, 1999, p. 187), mais le vocable recouvre également une catégorie médicale qualifiant un « comportement de dépendance à l'égard d'une ou plusieurs substances psychoactives » (RICHARD et SENON, 1999, p. 406), sans que les deux sens coïncident exactement. Du fait de ces glissements de sens, un usager de substances illicites est généralement qualifié de « toxicomane » dès lors qu'il est placé en injonction thérapeutique par exemple, mais sans que sa consommation en soit pour autant abusive dans tous les cas, ni que son organisme soit nécessairement dépendant de la consommation de substances psychotropes. Et on peut se demander symétriquement si un ex-usager de substances illicites devenu dépendant de produits de substitution doit ou non être considéré comme « toxicomane » : il l'est sans doute d'un point de vue physiologique, mais ne l'est plus, en un certain sens, au plan social. Contourner l'utilisation de termes omniprésents, notamment dans la bouche des médecins prescripteurs de produits de substitution, paraît cependant difficile. C'est pourquoi nous avons choisi de les conserver, mais en les assortissant de guillemets, pour marquer la relativité de leur usage.

UN ÉCHANTILLON « EXEMPLAIRE »

La méthode la plus adaptée à une recherche centrée sur des *relations* paraissait être la réalisation d'entretiens croisés, invitant à aborder les mêmes thèmes symétriquement, avec les patients et avec leurs médecins. Fin 1998, un groupe de travail constitué des médecins investigateurs de l'étude et de deux usagers témoins (non inclus dans l'étude quantitative) travaille à l'élaboration de guides d'entretien. Ces guides privilégient six grandes questions :

- les antécédents ayant amené à entamer ou à proposer un traitement de substitution ;
- la négociation du traitement, son évolution, ses « à-côtés » pour le patient, et l'appréciation globale de la relation établie avec le médecin ou avec le patient ;
- le rôle éventuel du réseau et ses utilisations concrètes ;
- l'évaluation de l'état de santé du patient ;
- l'impact de la substitution sur la situation globale du patient (sociale, affective, de santé, etc.) ;
- un bilan global de la situation, incluant des avis généraux sur la substitution⁹.

Le recrutement des patients se fait dans la même période, *via* les médecins. Les 21 généralistes qui avaient participé à l'étude quantitative ont reçu en décembre 1998 une lettre les avertissant de la mise en place de son volet qualitatif, et les invitant à informer de son existence leurs patients inclus dans la première phase. Les personnes intéressées sont alors invitées à laisser leurs coordonnées à l'association Epid92 si elles souhaitent être contactées ; les médecins seront rencontrés dans un second temps, après que le ou les entretiens avec leur(s) patient(s) auront été réalisés. 17 patients se manifestent. L'un d'entre eux, rappelé, dit finalement « ne plus avoir envie de parler de ça ». Deux autres ne peuvent honorer leur rendez-vous, l'un en raison de « problèmes familiaux », l'autre, malade et sans logement fixe, probablement empêché par des problèmes matériels. Les 14 autres ont, en revanche, été rencontrés. Sept médecins ont ensuite été sollicités, pour des entretiens concernant selon les cas de un à trois patients¹⁰.

Les entretiens (au nombre donc de 21) ont été réalisés entre décembre 1998 et avril 1999. Ils ont pris la forme d'échanges ouverts, passant en revue les différents thèmes qui devaient être abordés, mais suivant l'impulsion particulière donnée par chacun : les échanges avec les patients ont généralement été élargis à l'ensemble

de leur trajectoire et de leurs pratiques de consommation ; les entretiens réalisés avec les médecins l'ont été à l'ensemble de leur pratique dans le domaine de la substitution – à savoir très souvent à leurs expériences dans d'autres contextes ou avec d'autres patients. Ils ont privilégié dans tous les cas l'historique de la relation et le détail de son évolution, s'attardant sur les négociations autour du choix des traitements et des posologies, sur les ajustements progressifs des dosages et des rythmes de consommation, autant que sur l'évaluation subjective des traitements – essayant de faire ressortir autant que possible les logiques, les attentes, les objectifs, les déceptions ou les conflits qui sous-tendent l'utilisation des traitements et font la relation « thérapeutique ». Tous ont été enregistrés, transcrits intégralement et traités de la même façon : les tournures du langage parlé ont été conservées telles quelles pour éviter toute disparité de traitement, sans y apporter de modifications ni pour les patients, ni pour les médecins, ni pour l'enquêtrice. Leur durée moyenne avoisine une heure trente : le plus court, interrompu par l'arrivée d'un tiers, a duré une demi-heure, le plus long a duré trois heures. Les rendez-vous avec les patients ont eu lieu chaque fois que possible à leur domicile et dans tous les cas en dehors du cabinet médical où ils étaient suivis. Les médecins ont été rencontrés sur leur lieu de travail.

La méthodologie de recrutement adoptée devait entraîner des biais qu'il importe de signaler. La motivation des médecins – par qui nous sommes entrés en contact avec les patients – a vraisemblablement constitué d'abord un premier « filtre ». Environ la moitié des généralistes qui avaient pris part à l'étude quantitative était absente lors des réunions de présentation de ses résultats, et semble avoir réservé sa participation au second volet de la recherche. Certains ayant signalé d'autre part la surcharge de travail qu'avait représenté pour eux la première phase de l'investigation, on peut imaginer que la transmission de l'information aux patients a fait l'objet de moins d'attention dans certains cabinets que dans d'autres. Et, de fait, le profil des médecins rencontrés au bout du compte confirme l'hypothèse selon laquelle cet échantillon de généralistes est sans doute plus investi que la moyenne dans le suivi de patients usagers de drogues : six des sept personnes interviewées ici, non seulement participent activement au réseau ville-hôpital « Sida/toxicomanie » local (et étaient présentes pour la plupart aux réunions de bilan de la première phase de l'étude), mais prenaient déjà part, entre 1993 et 1996, aux réunions organisées au CSST local pour réfléchir aux solutions de prise en charge des usagers de drogues les sollicitant pour des soins¹¹. Le septième est investi

9. Voir en annexe 2 les deux guides (« entretien patient » et « entretien médecin ».) Ces guides étaient moins destinés à servir de conducteur aux échanges que d'aide-mémoire garantissant que toutes les questions soient abordées.

10. L'appariement médecins/patients se répartissant comme suit : pour 2 des médecins, 3 patients ont été rencontrés ; pour 3 des médecins, 2 patients ont été rencontrés ; 1 patient seulement a été rencontré pour les 2 derniers médecins.

11. Ces réunions étaient proposées par l'association Epid 92 (voir note 1) et avaient lieu tout les mois. On remarquera par ailleurs que tous les médecins rencontrés ici exercent en ville, à l'exception d'une qui reçoit ses patients dans un Centre municipal de santé. La restructuration fin 1998 du CSST local explique sans doute qu'aucun de ses patients n'a participé à son volet qualitatif, bien que le généraliste qui y travaillait au moment de la première phase y ait inclus treize personnes. Quelques patients suivis en ambulatoire à l'hôpital avaient également été inclus dans l'étude par le médecin généraliste de l'ECIMUD, mais aucun n'a pris contact pour un entretien.

de son côté dans un autre réseau ville-hôpital. Six sur sept, par ailleurs, prescrivaient déjà des opiacés de substitution (sulfates de morphine ou Temgésic®) avant que les traitements ne soient officiellement autorisés comme tels, en 1995-1996. Certains peuvent se compter parmi les « pionniers » de la substitution, d'autres sont engagés de moins longue date dans le suivi d'usagers de drogues, mais tous y étaient sensibilisés déjà depuis 1993 au moins.

Les usagers rencontrés font probablement partie des patients les mieux « stabilisés » de ces médecins¹². On peut imaginer, en effet, que ne se sont manifestées ici que les personnes qui s'y sentaient prêtes et avaient, soit atteint une situation suffisamment « stable » (selon les critères habituellement retenus par les médecins) pour pouvoir témoigner sans se mettre en difficulté, soit quelques raisons de vouloir apporter leur concours. Une ou deux, plus que les autres, semblaient avoir admis le principe d'un entretien par fidélité à leur médecin ou au projet de l'étude, plus que pour des raisons personnelles ; mais la plupart manifestait un clair désir de témoigner, soit des bénéfices retirés de l'accès à un traitement de substitution, soit des difficultés rencontrées tout au long de leur parcours et du chaos qu'a présenté (ou présente encore) à leurs yeux l'ensemble du système d'accueil et de soins aux « toxicomanes » – dans lequel certains ont tracé leur itinéraire seuls sans avoir jamais trouvé, selon eux, de véritable appui. Des usagers plus dilettantes dans leur utilisation des traitements (maintenant des consommations illicites importantes, détournant l'usage de produits ou fréquentant plusieurs prescripteurs) n'auraient sans doute eu aucun intérêt, en revanche, à rencontrer une enquêtrice introduite et mandatée par leur médecin – pour avoir au bout du compte à déguiser leurs pratiques ou à livrer des informations que n'avait pas à connaître leur médecin. Et, de fait, ici encore, l'échantillon constitué par ces patients recrutés, soit sur la base du volontariat, soit sur celle du consentement, présente un profil particulier. Tous témoignent, en effet, d'une part d'une consommation largement dominée au moment de l'étude par les produits légaux (produits de substitution et/ou alcool), même si à l'occasion quelques consommations « récréatives » subsistent ; d'autre part d'une relation relativement claire et confiante avec leur médecin, même si tout ne lui est manifestement pas dit systématiquement ; enfin d'une situation sociale pour l'essentiel apaisée, même si la crainte de rester stigmatisé reste encore présente. Les uns et les autres rapportent en somme une expérience positive de la substitution – voire, pour certains, ne sont plus « dans la drogue », ce basculement d'un statut social dans l'autre, ou d'une vie dans l'autre, permettant sans doute de s'exposer à parler de son histoire, comme le signale ici une patiente substituée depuis quatre ans.

12. Cette impression ressentie lors des entretiens avec les patients a été confirmée ensuite par une rapide enquête sur la file active de chacun des médecins.

« La première répercussion qui est, comme je vous le disais tout à l'heure, que je peux en parler, c'est que je ne suis plus dedans. Donc, je ne sais pas si c'est une conséquence ou – enfin, voyez, si c'est l'œuf ou la poule ou je ne sais pas quoi – je ne sais pas si c'est parce que je suis sortie de ça, que j'ai eu du soutien, une aide, que j'ai encore, que je peux en parler, mais je pense que je n'aurais pas pu en parler si j'étais encore totalement immergée là-dedans. Parce que je n'aurais pas eu l'envie d'en parler » (Hélène S., Subutex®¹³).

BIAS ET LIMITES : L'INVENTION PERMANENTE DE « LA SUBSTITUTION »

On pourrait dire, par conséquent, que n'ont été rencontrés pour les besoins de cette étude que des patients en quelque sorte « exemplaires » et des médecins d'une certaine façon « exemplaires » eux aussi, au moins au titre de leur engagement ; et supposer que son défaut sera de produire une image sinon « fausse », au moins biaisée, de la substitution telle qu'elle se pratique de manière générale « en ville ». Quelques remarques cependant peuvent être formulées, avant de s'engager dans l'étude elle-même.

Si le terrain de cette recherche se situe plutôt du côté des « succès » de la substitution et ne lui permettra pas de faire état, sinon indirectement, ni de l'insatisfaction d'usagers n'ayant pu trouver leur compte dans les services proposés par la médecine de ville ; ni de pratiques jugées problématiques, comme le détournement ou le mésusage des produits qui leur sont prescrits ; ni des difficultés rencontrées par des médecins peu expérimentés, isolés ou peu formés au suivi d'usagers de drogues, il n'est pas pour autant totalement étranger aux difficultés suscitées par la délivrance de produits de substitution, loin de là.

D'une part parce que, on le verra, les récits des uns et des autres – médecins et patients – comportent de nombreux témoignages d'expériences passées ou parallèles plus difficiles, qui permettront de relativiser les observations dégagées de ces entretiens réalisés dans des conditions que l'on pourrait juger « optimales ».

D'autre part, parce que la singularité de cet échantillon résulte pour une grande part des aléas d'une histoire longue qui devra être prise en compte – à la fois pour comprendre le point où en sont arrivés les patients et les médecins rencontrés ici,

13. L'usage, en sciences sociales, veut qu'on indique à chaque citation le sexe, l'âge, et la condition socioprofessionnelle de la personne citée. Les spécificités de cette étude nécessitaient pourtant un procédé différent : nous aurons systématiquement recours à des prénoms fictifs, auxquels ne sera accolé, pour les patients, que le nom commercial du produit qu'il leur est délivré (Subutex®, méthadone ou Moscontin®). D'une part, le caractère illicite de certaines pratiques, comme le stigmatisme lié à la « toxicomanie », nous a invité à taire tout ce qui pourrait permettre, hors d'un cercle tenu au secret médical, l'identification des individus en cause. D'autre part, si les variables sociologiques ne sont pas sans importance, loin de là, les caractéristiques des produits se sont avérées, ici, plus déterminantes. On trouvera cependant en fin de volume un descriptif rapide de l'échantillon, indiquant les variables sociologiques qui n'ont pu être précisées au fil du texte (annexe 2).

et pour les enseignements qu'elle délivre, concernant les aléas des parcours de substitution. Si la réglementation des programmes de substitution remonte tout au plus en effet à trois ans, lors des entretiens, tous ici, patients comme médecins, font état d'histoires beaucoup plus anciennes « dans la drogue », ou dans le suivi d'usagers, s'étageant selon les individus entre six et vingt ans. Les parcours de ces patients aujourd'hui « stabilisés » font apparaître par conséquent des successions de difficultés, rencontrées à mesure de prises de décision contradictoires, de tentatives de « décrochages » à répétition, et de la mise en place progressive, hésitante et contradictoire elle aussi, du dispositif de soin. Les parcours des médecins de leur côté font apparaître une précarité et une obligation d'invention permanentes, notamment dans la période précédant l'officialisation de la substitution, mais aussi des évolutions progressives, d'un objectif à l'autre ou d'une difficulté à l'autre, qui viennent à la fois expliquer et relativiser leur pratique actuelle de la substitution – encore sujette aujourd'hui d'ailleurs au doute et aux difficultés.

Enfin, on pourra aisément voir que, même au travers de cet échantillon de médecins et de patients « exemplaires », affleurent des frottements, des désaccords et des difficultés à s'accorder sur les mêmes objectifs, qui laissent entendre la complexité des relations engagées autour des traitements de substitution et permettent sans doute, par retour, d'extrapoler des situations plus complexes, ou restant à dénouer avec le temps.

Si cette étude a des limites, à notre sens, c'est peut-être moins, par conséquent, parce que sa méthodologie la conduit à se concentrer sur les « réussites » de la substitution, ou semble l'éloigner de ses « échecs » (objet qui aurait exigé de s'y prendre de toute autre manière), que parce que les solutions médicales proposées aujourd'hui aux problèmes rencontrés par les usagers de drogues paraissent englobées et dépassées déjà, d'une certaine manière, dans l'évolution des pratiques de consommation. Il se peut en effet que le dispositif étudié ici (la dispensation d'opiacés de substitution en ville) soit en train de devenir caduc, et que les problèmes se distribuent bientôt entre le sevrage des produits de substitution (Subutex® et méthadone) d'un côté ; et la réponse aux demandes d'aide à la gestion de la consommation d'autres drogues (benzodiazépines, alcool, cocaïne, crack, amphétamines, etc.) de l'autre. Ou, en d'autres termes, que la substitution doive se dépasser déjà elle-même.

Mais c'est précisément l'objet de cette étude. On verra que la substitution, dans sa pratique même, ne cesse en effet, continuellement, de se dépasser. Et que dans la mesure où elle est non seulement une *relation*, tissée de malentendus, de contradictions et de conflits divers, mais également le siège d'une activité bien plus intense et bien plus partagée que ne le laisse entendre la terminologie de « l'acte médical » (dont seul le médecin serait acteur et où le patient n'aurait le choix qu'entre « l'observance » et l'erreur), elle relève davantage du bricolage inventif que de l'application d'une doctrine stable et univoque. « La substitution », en

effet, est *équivoque* : les objectifs officiels qui lui sont assignés n'ont cessé de glisser, laissant le champ libre à différents types d'offre médicale et à différentes formes de demande de « soin ». À ce titre, on peut sans doute dire que « la substitution n'existe pas », au sens où elle n'existe que telle que la construisent les protagonistes qu'elle met face-à-face, chaque fois différente et revisitée. Ce sera l'objet de la première partie que d'en relativiser le sens.

Les traitements de substitution, par ailleurs, sont avant tout *négociés* : médecins et patients doivent ajuster sans cesse leurs attentes et leurs mondes respectifs, dans des tractations dont l'issue prend souvent l'allure de concessions, tantôt au profit d'une logique médicale, tantôt au profit d'une logique d'usager, mais dont le processus ouvre, par lui-même, la possibilité d'un débordement et d'une invention – la logique médicale s'appropriant parfois cette économie des effets qui fait la spécificité de la logique d'usage ; la logique d'usage s'appropriant à l'occasion le souci clinique qui fait le propre de la logique médicale. La substitution, ou plutôt des pratiques de la substitution s'inventent donc sans cesse. Ce sera l'objet de la seconde partie que d'en décrire le processus.

LA SUBSTITUTION N'EXISTE PAS

Depuis qu'en 1996 la prescription de traitements de substitution a été autorisée aux médecins de ville, un glissement semble s'être opéré. Héritière, pour ses pionniers, d'une logique de « réduction des risques » sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogues privilégiant, à ses débuts, l'accès aux soins des usagers sur le traitement de la « dépendance », la substitution est aujourd'hui revendiquée par une part importante des médecins et intervenants sociaux, sinon comme présentant par elle-même une forme de « soin de la toxicomanie », au moins comme s'intégrant (ou devant s'intégrer) « dans une stratégie thérapeutique globale de la dépendance¹⁴ », et offrir le support d'un « mécanisme de déconditionnement¹⁵ » permettant de parvenir, par tâtonnements successifs, à l'abandon de pratiques de consommation illégales et/ou « toxicomaniaques ».

De fait, les deux domaines – « réduction des risques » et « soin de la toxicomanie » – sont contigus. Lorsque l'on propose en effet à un usager (ou qu'on accepte de lui prescrire) un traitement de substitution, on ne lui offre pas seulement de remplacer un produit illicite par un produit licite, ou un mode de consommation par un autre, on lui conseille, comme l'ont souligné certains praticiens (Gibier, 1997), d'opérer une série de remplacements. La « drogue », sans doute, est remplacée par le « médicament », mais d'autres substitutions s'opèrent parallèlement :

- « L'illégal [est remplacé] par le légal
- le cher par le gratuit ou remboursé par la Sécurité sociale
- le frelaté par le pur
- l'injectable par la voie orale ou sublinguale
- le flash par ce qui monte progressivement
- ce qui fait défoncer par ce qui supprime le manque
- le multiprise quotidien par la prise quotidienne
- un certain réseau par un réseau de professionnels¹⁶
- etc.»

14. RICHARD et SENON, *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances – article « Substitution »*, Larousse, Paris, 1999, p. 378.

15. TOUZEAU, JACQUOT, *Les traitements de substitution pour les usagers de drogues*, Arnette, Paris, 1997, p.10.

16. Voir Lionel GIBIER : « Maintenance ou substitution ? », in *Psychotropes*, novembre 1997, vol. 3, n° 3, p. 25. Lionel GIBIER est médecin psychiatre au CSST de Tours.

Les traitements de substitution n'offrent pas seulement la possibilité en somme d'abandonner des pratiques périlleuses (l'approvisionnement sur le marché noir, le partage de matériel d'injection, la consommation de produits « toxicomanogènes », coupés par ailleurs de substances incertaines), ils engagent à adopter des produits induisant leur propre logique de consommation, parce que élaborés dans des visées de déconditionnement des conduites « toxicomaniaques » ; à abandonner ses pratiques d'« automédication » pour s'en remettre à un médecin ; et, plus globalement, à s'extraire d'un système social construit autour de l'usage de psychotropes illicites, pour entrer dans un système social construit autour du « soin de la toxicomanie ».

L'échantillon des patients et des médecins rencontrés ici, on le verra, est exemplaire, d'une certaine manière, de ces processus de négociations du passage d'un système à l'autre. D'un médecin à l'autre, les oscillations paraîtront plus ou moins marquées entre une indifférence de principe à l'illégalité des pratiques ou aux objectifs de plaisir ou de « défoncé¹⁷ » de leurs patients, et des objectifs dépassant la simple prise en charge de leurs problèmes somatiques – visant à les stabiliser dans des pratiques de consommations excluant les produits illégaux ou les détournements. Par ailleurs, parmi les usagers, certains accepteront, de fait, une partie des remplacements proposés par « la substitution », tout en refusant d'autres – ils continueront à faire du trafic, à multiplier les prises ou à s'injecter les produits, et resteront parfois dans une logique de recherche d'effets plutôt que de « décrochage » de leurs pratiques. Mais d'autres, en revanche, parce qu'ils y trouvent des intérêts, accepteront les termes d'un contrat plus ou moins explicite, et franchiront les étapes de façon graduelle, parfois sur des durées assez longues, pour déboucher éventuellement sur des projets de sevrage.

Si l'expression usuelle (« la substitution ») désigne en effet une stratégie relativement simple au départ – la substitution, à l'héroïne ici, de médicaments susceptibles de la remplacer –, la pratique recouvre, de fait, une réalité autrement complexe : une succession, pourrait-on dire, ou un étagement de substitutions, s'agencant en outre, pour chaque usager, dans une configuration singulière.

D'entrée, le rapprochement des entretiens réalisés dans le cadre de cette étude, comme leur confrontation avec les objectifs officiels définis par les autorités sanitaires, laissent par conséquent un malaise : le principe même des traitements de substitution paraît impossible à stabiliser, tant il varie avec les interlocuteurs. Chacun en a forgé sa propre représentation, chacun lui a assigné ses objectifs ou stratégies, au point que « la substitution », prise en étau entre des objectifs financiers,

sanitaires, sociaux, thérapeutiques, juridiques, peine à se voir accorder un sens, sinon univoque, au moins simplement partageable. Et si des projets « thérapeutiques » se construisent, c'est au travers de jeux de déterminations complexes, dont le poids devra être pris en compte pour comprendre les tensions qui les traversent. La philosophie officielle de la substitution impose d'abord ses déterminations : elle ne dessine pas seulement des objectifs officiels aux traitements, elle propose aussi des outils pharmaceutiques et un cadre de prescription qui portent en eux-mêmes leur logique propre, de contrôle et de résorption des pratiques illicites. Les fonctions assignées « sur le terrain » à la substitution, par les usagers d'une part et par les médecins de l'autre, sont par ailleurs extrêmement variables, et le « succès » du traitement ou la qualité de la relation médecin-patient se joueront en grande partie dans la définition même du problème – sur lequel il restera parfois difficile de s'accorder. Enfin, les précédents et l'histoire de chacun doivent également être pris en compte, pour saisir les fonctions attribuées à la substitution, et des logiques qui jouent parfois les unes contre les autres.

Pour en dénouer la complexité, une première précaution s'impose : si l'on veut comprendre la logique réelle des pratiques de substitution, il faut suspendre, par méthode, la prééminence des objectifs fixés par les pouvoirs publics, à l'aune desquels on est spontanément tenté d'évaluer ce qui se passe « sur le terrain ». Et ce pour une raison assez simple : la définition officielle de la substitution ne paraît pas entièrement stabilisée, et peine, par conséquent, à s'imposer comme telle à la pratique – au moins si l'on en croit les témoignages recueillis ici, auprès des médecins notamment. Des débats, d'abord, ont marqué la mise en place de ce dispositif de santé publique, dont la réglementation actuelle, traversée de tensions non résolues entre objectifs de « substitution » et objectifs de « maintenance », ou partagée entre le recours à des produits pharmaceutiques et la mobilisation de soutiens médico-psychosociaux, porte encore les traces. L'histoire, par ailleurs, des dispositifs mis en place par les pouvoirs publics, relève moins du remplacement de l'ancien par le neuf que de l'adjonction du neuf à l'ancien. Si les années 1995-1996 ont marqué des choix pharmacologiques (autorisation de la méthadone en ville, mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage, suppression des sulfates de morphine), l'ancien (la méthadone, proposée dès 1993), voire l'« illégal » (les sulfates de morphine, restreints à partir de 1996), ont persisté aux côtés du neuf (le Subutex[®], généralisé à partir de 1996), multipliant les possibilités – et les contraintes – offertes aux usagers et aux médecins, plus qu'elles ne les ont réorientées dans un sens unilatéral. Quels que soient les aléas du « terrain » cependant, les choix opérés par les pouvoirs publics (grands principes d'orientation, choix des produits autorisés, réglementation de leur délivrance) constituent des éléments déterminants de la prescription. Ils seront par conséquent rapidement récapitulés dans une première partie : *La philosophie officielle de la substitution*.

17. Sans sous-estimer les risques d'imprécision encourus à utiliser cette expression, ni entrer dans le débat concernant sa définition, qu'il n'y a pas lieu de mener ici, nous conserverons au besoin l'usage du terme de « défoncé », très fréquemment utilisé par les usagers, pour sa capacité notamment à désigner très matériellement des usages et des effets, sans préjuger de leur issue, heureuse ou malheureuse.

Côté médecins, « la substitution » constitue une possibilité nouvelle certainement, mais diversement appréciée et utilisée. La plupart des généralistes rencontrés ici, il faut le souligner, avait eu l'expérience du suivi d'usagers de drogues bien avant que la substitution ne soit autorisée et réglementée. Les « bricolages¹⁸ » auxquels ils avaient recours avant 1996 leur permettaient rarement cependant de prétendre assister leurs patients dans la gestion de leur consommation d'opiacés – à moins de « détourner » des sulfates de morphine officiellement destinés au traitement de la douleur. La mise à disposition officielle de produits destinés à la substitution – assez forts pour compenser, voire pour empêcher la consommation d'héroïne – change, de fait, les données du problème : des traitements peuvent désormais être utilisés, soit pour favoriser l'accès aux soins, dans une perspective de « réduction des risques » dotée cette fois de moyens légaux et efficaces ; soit pour proposer des prises en charge de la « toxicomanie », et engager les patients à substituer à leur consommation d'opiacés illicites un « traitement » suivi par un médecin. Certains médecins devaient trouver dans la mise en place de cette nouvelle réglementation l'occasion de clarifier leur position « éthique » vis-à-vis des « drogues » et des « toxicomanes¹⁹ », une voie médiane s'ouvrant entre « complaisance » à l'égard des drogues, et exclusion des usagers des cabinets médicaux. D'autres, déjà acquis à la substitution avant 1996, devaient plutôt y voir un élargissement du dispositif d'offre influant parfois considérablement sur le profil de leur file active, et la modification des contraintes qui leur étaient imposées. L'activité de prescription de produits de substitution, au carrefour du « soin » et de la « délivrance », ne va pas par ailleurs sans tensions ni contradictions. Ces questions feront l'objet de la seconde partie « *Une offre problématique : délivrer, contrôler, soigner* ».

Enfin, plus encore que l'étude de sa définition officielle ou de sa définition médicale, c'est sans doute l'examen des attentes de ses usagers qui achève de défaire l'illusion selon laquelle « la substitution » incarnerait un modèle clair, ou une stratégie univoque. Le problème s'enracine ici bien en amont des cabinets médicaux. Côté patients, on peut dire en effet que non seulement, le plus souvent, « la substitution » n'existe pas en soi ou *a priori*, au moins au sens où l'entendent les médecins ; mais aussi que des pratiques de substitution existent depuis toujours, de façon pour ainsi dire consubstantielle aux usages de drogues. Le procédé de la substitution ne fait pas seulement partie, en effet, de l'histoire des drogues²⁰, il est aussi constitutif des pratiques de nombre d'usagers, notamment d'héroïne, et fait l'objet

pour ces derniers d'un véritable savoir-faire – la connaissance intime des médicaments psychotropes ou opiacés de substitution (Tranxène[®], Lexomil[®], Rohypnol[®], Néocodion[®], Moscontin[®], Skenan[®], etc.) dont ils témoignent lorsqu'ils arrivent chez leur médecin, avant même de se voir prescrire un traitement de substitution, en ferait à elle seule la preuve. Que ce savoir ou ce savoir-faire se trouvent confrontés à d'autres dès lors qu'un usager franchit la porte d'un cabinet médical, et soient le plus souvent masqués face au domaine propre du médecin, ne doit pas les faire oublier. Ce sera l'objet de la troisième partie : *Une demande équivoque : « décrocher », « arrêter », « substituer »*.

1 - LA PHILOSOPHIE OFFICIELLE DE LA SUBSTITUTION

Les grandes orientations réglementaires

La circulaire du 31 mars 1995 « relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés » définit trois objectifs à l'utilisation de méthadone : les traitements ont pour but :

- de favoriser l'« insertion dans un processus thérapeutique et de faciliter le suivi médical d'éventuelles pathologies associées à la toxicomanie d'ordre psychiatrique et/ou somatique » ;
- d'aider à la « stabilisation de la consommation de drogues issues du marché illicite (notamment l'héroïne), et de favoriser un moindre recours à la voie injectable, source de transmission virale et infectieuse » ;
- de contribuer à l'« insertion sociale » des usagers.

Sur le plan des usages de drogues, les attentes exprimées par les autorités sanitaires à l'égard des traitements restaient donc floues en 1995, leurs effets étant envisagés comme un continuum allant d'une consommation réduite aux médicaments de substitution (avec abstention des autres substances), à la poursuite d'un usage mieux contrôlé et moins risqué des substances illicites et des médicaments détournés²¹. En 1996, cependant, la circulaire établissant le cadre d'utilisation de la buprénorphine haut dosage modifie légèrement ces orientations : plus que la réduction de la consommation ou des risques qui y sont liés, elle vise l'« interruption de la consommation d'opiacés, notamment d'héroïne²² ». En privilégiant la notion de « substitution » sur celle de « maintenance » utilisée dans d'autres pays, ces textes réglementaires expriment d'autre part, quoiqu'en termes plus ou

18. L'expression est empruntée à l'un des médecins rencontrés ici.

19. Voir par exemple la remarque de A. CHARLES-NICOLAS, in TOUZEAU, JACQUOT, 1997, p. 12 : « Les traitements de substitution permettent une position de thérapeute plus claire éthiquement. »

20. Pour un historique des usages thérapeutiques de la substitution au cours de l'histoire des drogues (l'utilisation de la morphine comme remède à l'« opiomanie », puis celle de la cocaïne comme remède à la « morphinomanie », puis celle de l'héroïne à son tour comme remède à la morphine, etc.), on peut consulter notamment COPPEL et BACHMANN, *La drogue dans le monde*, p. 112 et sq.

21. Circulaire DGS/SP3/95 n° 29 du 31 mars 1995 (sur la prescription de méthadone en ville). Pour le commentaire, cf. rapport INSERM : Évaluer la mise à disposition du Subutex[®], p. 7.

22. Circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 « relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes » (sur la prescription de buprénorphine HD).

moins voilés, une préférence pour l'utilisation des opiacés de synthèse comme produits d'aide au sevrage, plutôt que comme produits de stabilisation et de maintien dans une dépendance. « L'objectif ultime [des traitements à la méthadone], souligne en effet la circulaire du 31 mars 1995, est de permettre à chaque patient d'élaborer une vie sans dépendance à un quelconque produit, y compris à la méthadone. Il s'agit donc d'un traitement de substitution. » Des réserves de même nature sont exprimées dans la circulaire de 1996, concernant l'emploi de la buprénorphine haut dosage²³.

Les cadres d'utilisation définis par la Direction générale de la santé (DGS) formulent par ailleurs des recommandations concernant la mise en réseau des médecins prescripteurs, pharmaciens et centres spécialisés, au travers si besoin des « réseaux ville-hôpital ». Le principe des traitements de substitution, tel qu'il est défini par les autorités sanitaires, est en effet de jouer sur le double recours à un produit pharmaceutique qui élimine, au moins en principe, le désir d'héroïne, et à un encadrement médical, psychologique et social susceptible de favoriser la réinsertion sociale et de permettre, à terme, une émancipation de la dépendance aux opiacés. « L'évaluation des expériences conduites dans d'autres pays », rappelle de son côté le dernier plan triennal de la MILDT, « montre que, tout autant que le traitement lui-même, c'est la qualité de l'encadrement qui fait la réussite de la substitution²⁴. » Dans les centres méthadone, cet encadrement est organisé et proposé sur place. Pour les patients suivis en médecine générale, les textes préconisent une prise en charge pluridisciplinaire : ils incitent fortement les praticiens à travailler en réseau.

Les outils pharmaceutiques et leurs conditions de délivrance

Sur un plan plus strictement médical, la communauté scientifique et/ou spécialisée semble s'être accordée sur l'idée selon laquelle « le traitement de substitution doit répondre à trois exigences minimales :

- pouvoir éliminer l'envie de consommer de l'héroïne (envie liée d'une part à l'euphorie qu'elle procure, et d'autre part aux symptômes de manque) ;
- avoir une longue durée d'action ;
- être dénué de toxicité propre (en particulier ne pas avoir d'effet psychique)²⁵ ».

23. Sur ce problème et sur les hésitations sémantiques et/ou techniques que laissent entrevoir ces textes réglementaires, on peut consulter Lionel GIBIER, « Maintenance ou substitution ? », *Psychotropes*, novembre 1997, vol. 3, n° 3, p. 23-39.

24. Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001 / Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT), juin 1999, p. 71. Signalons cependant que les notions de « réussite » et d'« échec » de la substitution sont rarement définies avec précision. On y reviendra plus loin.

25. Définition extraite d'un article consacré à la méthadone dans *Prescrire*, septembre 1995, tome 15, n° 154, p. 566. On peut trouver des définitions approchantes dans de nombreux articles.

Deux substances présentent, pour les autorités sanitaires françaises, des propriétés adéquates à ces objectifs et peuvent par conséquent être prescrites à des fins de substitution : la méthadone et la buprénorphine haut dosage (Subutex®). D'autres produits peuvent cependant répondre à des stratégies de « substitution » : les produits codéinés notamment, comme le Néocodion®, délivré en pharmacie sans ordonnance ; et les sulfates de morphine, dont la prescription dans cette intention a été restreinte par une note d'information de la DGS datée du 27 juin 1996. Les premiers sont couramment qualifiés de produits d'« autosubstitution » ; les seconds souvent dénoncés comme « substitution illégale ». Leur usage est considéré comme venant brouiller les frontières entre thérapeutique et « toxicomanie²⁶ », mais ils n'en restent pas moins utilisés pour servir des objectifs de substitution, de façon très courante pour le Néocodion®, mais plus confidentielle pour les sulfates de morphine.

Le Néocodion®

Le Néocodion® comprend dans sa composition un alcaloïde de l'opium, la codéine²⁷. C'est le produit codéiné le plus connu et le plus utilisé. Indiqué officiellement pour le traitement de la toux, il constitue depuis longtemps, du fait de son accessibilité en pharmacie sans ordonnance, un dépannage d'urgence pour les usagers d'héroïne. Son faible dosage et une courte durée d'action imposent aux gros consommateurs d'en absorber des quantités importantes, lorsqu'ils veulent atténuer les effets du manque ou se ménager des pauses²⁸. Mais il peut servir aussi à « décrocher » : au bout de quatre à six jours, le Néocodion® permet de juguler le manque (« d'atteindre un état presque normal »), une diminution progressive des doses pouvant ensuite être envisagée. Les effets, assez rapides, se produisent environ vingt minutes après l'absorption des comprimés ; mais le soulagement du manque a pour contrepartie des nausées et des sensations de haut-le-cœur bien connues des usagers, et des effets secondaires plus ou moins importants selon les quantités ingérées (démangeaisons, ballonnements, flatulences, constipation). Souvent familiers du Néocodion® pour l'avoir « pratiqué », les usagers d'héroïne s'en méfient cependant car il coupe l'appétit et perturbe le système digestif, ingéré en grandes quantités. Certains s'inquiètent par ailleurs des effets à long terme du produit, lorsqu'il est pris à haute dose. Le sevrage est en outre difficile, si l'on en croit l'expérience de ceux qui ont longtemps été dépendants de produits codéinés et en ont été privés (ou s'en sont privé) brutalement.

26. Voir notamment RICHARD et SENON, *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*, 1999 – article « Substitution », Larousse, Paris, p. 380.

27. Pour ce passage, voir Jimmy Kempfer, « Le Néocodion® comme substitution sauvage », *Swaps* n° 2, mars 1997.

28. La délivrance sans ordonnance est limitée à une boîte par personne, mais les consommateurs les plus dépendants peuvent en consommer six à huit par jour. Les boîtes contiennent vingt comprimés et étaient vendues 13,10 F l'unité au moment de l'enquête.

Les sulfates de morphine (Skenan[®], Moscontin[®])

Les sulfates de morphine sont en principe réservés au traitement de la douleur. Leur prescription à fins de substitution représente aujourd'hui, sauf exceptions (voir plus bas les conditions de délivrance), une transgression des conditions définies par leur autorisation de mise sur le marché. Ils ont cependant l'avantage d'avoir des effets « à libération prolongée » autorisant, pour le maintien d'un effet constant (analgésique ou de substitution), une prise toutes les douze heures. Il s'agit de sels de morphine administrés sous forme de gélules (Skenan[®]) ou de comprimés (Moscontin[®]), qui ne doivent dans ce dernier cas ni être croqués ni être écrasés, sous peine de libérer une quantité importante de morphine et de perdre leurs propriétés à longue durée²⁹. Ils ne présentent pas d'effet antagoniste avec les autres opiacés. L'injection de Moscontin[®] peut provoquer des accidents pulmonaires (hypertension artérielle pulmonaire), du fait de la présence dans son excipient de talc allant se déposer dans les poumons. Le Skenan[®] a également pu être détourné : injecté ou longuement mâché, il a les effets de la morphine. L'absence d'effet seuil rend par ailleurs possible la surdose. Des cas d'overdose ont été signalés avec les deux produits.

Délivrance

Le Skenan[®] et le Moscontin[®] sont inscrits au tableau des « stupéfiants ». Ils ne peuvent être prescrits que sur carnet à souches, et ce pour une durée maximale de 28 jours. Leur prescription à fins de substitution est interdite depuis juin 1996, sauf « à titre exceptionnel, en cas de nécessité thérapeutique (contre-indications, inadaptation des traitements à la méthadone et au Subutex[®] aux besoins des patients), lorsque l'état du patient l'impose³⁰ ». La décision dans ce cas doit être soumise à l'avis du médecin conseil de la Sécurité sociale, et les ordonnances sécurisées doivent porter systématiquement la mention « concertation avec le médecin conseil³¹ ». L'indication du sulfate de morphine pour la substitution a souvent été justifiée par la nécessité d'envisager, pour les malades du Sida notamment, une évolution progressive du traitement vers le soin palliatif – évolution plus difficilement envisageable avec des produits présentant des effets antagonistes avec les morphiniques analgésiques³².

Le Moscontin[®] est disponible en cinq dosages (10 mg, 30 mg, 60 mg, 100 mg, 200 mg) et conditionné en boîtes de 14 comprimés (posologie pour une semaine), dont les coûts s'échelonnaient au moment de l'enquête entre 31,40 F (10 mg) et 330,50 F (200 mg). Le Skenan[®] est disponible en quatre dosages (10 mg, 30 mg,

60 mg, 100 mg), et conditionné en boîtes de 14 gélules (posologie pour une semaine), dont les coûts s'échelonnaient entre 30,10 F (10 mg) et 166,90 F (100 mg). Les deux produits sont pris en charge par la Sécurité sociale à 70 %.

La méthadone

L'indication principale de la méthadone est le traitement de substitution, bien qu'elle soit également utilisée pour le traitement de la douleur dans certains pays, aux États-Unis notamment. Reproduisant les effets de la morphine grâce à un effet agoniste sur les récepteurs opioïdes, la méthadone est qualifiée de « morphinomimétique ». Sa longue durée d'action (elle a une demi-vie de 24 à 36 heures) permet de réduire les prises au nombre d'une par jour. Elle élimine en principe, non seulement le manque, mais également l'appétence (l'envie d'héroïne) : une dose suffisamment élevée (de 80 à 120 mg par jour) élève la tolérance aux effets narcotiques des opiacés (morphine, héroïne, opium) à un niveau suffisamment haut pour bloquer leurs effets narcotiques en cas d'usage intraveineux ou d'inhalation. À l'inverse de la morphine, ses effets neuropsychiques sont peu marqués, mais elle présente les mêmes effets indésirables, à savoir, le plus fréquemment, sudation, constipation, troubles de la libido, insomnies, altération de l'appétit. Les surdosages peuvent être mortels (à dose de 50 mg pour les non-tolérants), et les recommandations indiquent des doses optimales de 80 à 120 mg par jour. Les actions de la méthadone et de l'héroïne se cumulant en outre, des prises concomitantes peuvent faire courir le risque d'overdose. Le détournement vers la voie intraveineuse est en théorie impossible du fait de la galénique retenue pour son administration (un sirop épais et sucré), mais il existe. La méthadone, enfin, peut donner lieu à des interactions médicamenteuses, parfois mortelles. Ses effets sédatifs sont majorés par les dépresseurs du système nerveux central : alcool, anxiolytiques et neuroleptiques notamment. Son usage prolongé crée un phénomène de dépendance, avec apparition d'un symptôme de sevrage si le traitement est brutalement interrompu³³.

Délivrance

La méthadone est inscrite au tableau des « stupéfiants ». Elle est soumise à la « règle des 7 jours » et prescrite sur carnet à souches. Réservée tout d'abord à quelques centres hospitaliers (de 1971 à 1993), sa prescription a progressivement été étendue aux centres de soins spécialisés, puis autorisée en ville avec la circulaire du 31 mars 1995, mais avec pour préalable obligatoire l'initialisation et la stabilisation du traitement dans un centre conventionné. Ce cadre de délivrance en

29. *Prescrire*, mai 1992, tome 12, n° 118.

30. Note d'information de la Direction générale de la santé, 27 juin 1996.

31. Même source.

32. C'est le cas ici pour l'un des trois patients substitués au Moscontin[®].

33. À savoir « deux à trois jours sans symptômes puis une dizaine de jours de manifestations pénibles », selon le rapport INSERM sur le Subutex[®] (*op. cit.*, p. 15). Pour le reste de ce passage, les informations sont tirées du Vidal et de *Prescrire*, septembre 1995, tome 15, n° 154, p. 564-596.

fait un traitement à « haut seuil d'exigences » : la délivrance en centre est en effet quotidienne en principe dans un premier temps, et accompagnée de contrôles urinaires destinés à déceler la consommation d'opiacés. Lorsque le patient est jugé « stabilisé » (dosage de méthadone stabilisé, tests urinaires négatifs), le relais en ville peut être organisé : le médecin de ville est choisi en concertation avec le médecin du centre, et contacté par celui-ci. S'ils souhaitent ultérieurement changer de médecin, les patients passés « en ville » devront repasser par le médecin du centre. Le choix de la pharmacie délivrant la méthadone doit être avalisé par le médecin traitant et spécifié sur l'ordonnance sécurisée. Médecin prescripteur et pharmacien sont invités à travailler ensemble et à participer à un réseau spécialisé permettant une prise en charge pluridisciplinaire.

La méthadone est délivrée en flacons unidoses de 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg ou 60 mg. Elle est gratuite en centre et remboursée à 65 % par la Sécurité sociale. Son coût variait au moment de l'enquête de 5,10 F l'unité (5 mg), à 9,10 F l'unité (flacons de 60 mg). Celui d'un traitement s'échelonnait par conséquent entre 35 F et 64 F par semaine.

La buprénorphine haut dosage (Subutex®)

La buprénorphine n'est indiquée à haut dosage (Subutex®) que dans le cadre de traitements de substitution³⁴. Utilisée à moindre dosage (sous l'appellation de Temgésic®), elle est destinée au traitement de la douleur. Jusqu'à 1996 le Temgésic® a servi de traitement de substitution de fortune aux usagers qui parvenaient à se le procurer, au marché noir ou sur prescription médicale, mais sans grande efficacité : trop faiblement dosé, il parvenait avec peine à pallier au manque des gros consommateurs d'héroïne. La buprénorphine est un agoniste/antagoniste morphinique : elle stimule certains récepteurs opiacés, mais en bloque d'autres. Sa longue durée d'action permet en principe une prise toutes les 24 heures. Elle supprime le manque et dans une certaine mesure l'appétence en maintenant (par ses effets d'agoniste partiel) un certain degré de désensibilisation aux opiacés. Mais elle présente également des effets antagonistes (par blocage compétitif des récepteurs), quand des opiacés ont été consommés *avant* son administration. En pratique, l'héroïne consommée après du Subutex® ne procurera en principe aucun effet, mais une prise de Subutex® suivant de trop près la consommation d'héroïne ou d'autres opiacés produit de violents effets de manque – comme en témoigneront certains des patients rencontrés. Pour certains (usagers ou médecins), ces propriétés antagonistes confèrent au produit une dimension « punitive ». À la différence de la méthadone, en effet, dont la prescription s'accompagne, au moins dans un premier temps, des contraintes imposées par l'institution (délivrance sur place et contrôle des urines,

notamment), la contrainte paraît, avec le Subutex®, incorporée dans le produit lui-même, dont les effets reviennent non seulement à supprimer le plaisir, mais également à pénaliser des usages récréatifs³⁵. Ce caractère mixte « agoniste/antagoniste » protège en principe des surdoses. Ce produit peut par conséquent être perçu comme moins dangereux et plus facile à manier que la méthadone ou la morphine. Mais il présente d'autres dangers d'utilisation : il paraît aujourd'hui avéré que son association avec d'autres psychotropes potentiellement déprimeurs de la respiration (comme les benzodiazépines), induit un risque de dépression respiratoire parfois fatale. Enfin, les effets indésirables les plus courants sont céphalées, nausées, insomnies, asthénie, sueurs, constipation, etc. On soupçonne aussi des risques de toxicité hépatique, et le détournement – relativement fréquent – vers la voie intraveineuse peut être à l'origine d'abcès ou de problèmes veineux sévères, les produits composant l'excipient des comprimés n'étant pas tous solubles. On décrit également des sevrages très pénibles, avec une période de symptômes « en dents de scie » difficiles à supporter, car elle alterne pendant une durée relativement longue états normaux et états de manque.

Délivrance

La buprénorphine haut dosage n'est pas inscrite au tableau des stupéfiants ; elle a le statut d'un médicament psychotrope. Le Subutex® a été mis sur le marché en février 1996. Son cadre d'utilisation est défini par la circulaire du 3 avril 1996. Il peut être directement prescrit par tout médecin dans le cadre d'une « stratégie thérapeutique globale » et d'un travail en réseau. L'ordonnance est établie sur ordonnance sécurisée pour une durée maximale de 28 jours. Le nom du pharmacien assurant la dispensation doit être inscrit dans un premier temps sur l'ordonnance, mais ces contraintes peuvent être allégées après stabilisation du patient. L'ordonnance porte alors la mention : « pas de pharmacien désigné³⁶ ».

La buprénorphine HD est disponible en 3 dosages : 0,4 mg (24,60 F la boîte de 7 comprimés, prévue pour une semaine) ; 2 mg (57,10 F la boîte de 7 comprimés) ; 8 mg (152,80 F les 7 comprimés). Elle est remboursée à 65 % par la Sécurité sociale.

L'objectif des traitements de substitution paraît être, en premier lieu, de supprimer les états « seconds » de conscience induits par le plaisir et le manque, et d'arriver à maintenir des états de conscience « normaux » sur de longues durées, qui permettront de développer des projets nouveaux sans être à la merci du manque et des problèmes d'approvisionnement.

35. Idée que l'une des patientes rencontrées exprime en ces termes : il y a derrière le Subutex® « la vieille idée que les toxicomanes, de toute manière, sont des menteurs, qu'ils vont prendre [de l'héroïne] par devers eux. Enfin voilà, on règle le problème par avance, ce qui est complètement faux-cul. Oui c'est faux-cul au départ, c'est : on vous fait confiance sans vous faire confiance ». Pour les usagers peu dépendants, il semble pourtant que l'utilisation alternée de Subutex® et d'héroïne reste possible, à condition d'espacer suffisamment les prises.

36. Source : circulaire DGS/ DH n° 96-239 du 3 avril 1996.

34. Sources de la description qui suit : Vidal ; RICHARD et SENON, *op. cit.*, rapport INSERM sur le Subutex®, *op. cit.*

Mais il est aussi le « cahier des charges » des produits de substitution retenus par le législateur français en témoigne de supprimer le désir d'héroïne, voire de le contredire pour en dissuader. La palette des produits disponibles propose ainsi, de fait, une gradation des effets et des stratégies d'utilisation : si les sulfates de morphine *suppriment le manque* tout en maintenant des effets psychiques – sinon réellement, au moins théoriquement, car ces effets dépendent des utilisations faites de ces produits comme des dosages indiqués –, la méthadone vise à *bloquer* en outre les effets de l'héroïne, et la buprénorphine haut dosage *pénalise* également, en quelque sorte, ses utilisations récréatives.

À ces propriétés pharmacologiques viennent s'ajouter par ailleurs des conditions de délivrance extrêmement différenciées – même si les différences aujourd'hui tendent à se tempérer, le passage « en ville » des prescriptions de méthadone s'assouplissant avec les années³⁷. Là où la prescription de sulfates de morphine ou de Subutex® relève en effet, pour le patient, du colloque singulier avec son médecin, celle de méthadone suppose, au moins dans un premier temps, une prise en charge pluridisciplinaire impliquant non seulement divers intervenants (médecin, infirmier(ère), éducateur(trice), psychothérapeute, etc.), mais également des examens biologiques (contrôle des urines) ; et impose par ailleurs des contraintes d'approvisionnement non négligeables, la délivrance étant quotidienne dans un premier temps, puis hebdomadaire par la suite, à la différence des autres produits délivrés pour un mois.

Ni les propriétés pharmacologiques, ni les conditions de délivrance des produits ne pouvant être tenues pour négligeables, les traitements, on le verra, seront choisis et appréciés par les usagers comme par les médecins, en fonction du rapport présenté par la combinaison de ces deux termes – ou en vertu, en d'autres termes, du rapport efficacité pharmacologique/degré de contrôle social qu'ils présentent.

On dénombrait en France, en décembre 1998, près de 65 000 patients sous traitement de substitution, dont 57 100 traités au Subutex® et un peu plus de 7 000 substitués à la méthadone³⁸. En revanche, le nombre de personnes substituées aux sulfates de morphine reste difficile à évaluer, les ventes en officine ne permettant pas de distinguer traitements de la douleur et traitements de substitution, et le statut ambigu – semi-légal – de ces prescriptions entravant la réalisation d'études systématiques sur leurs effets et leurs résultats³⁹. On estime cependant généralement qu'environ 5 000 personnes étaient substituées aux sulfates de morphine avant juin 1996 et que 2 000 environ le seraient aujourd'hui, une majorité ayant changé de traitement en 1995-1996.

37. Il n'est pas rare aujourd'hui que la transition se fasse en quelques jours, mais les pratiques paraissent extrêmement différentes d'un centre à l'autre.

38. Source : OFDT, *Drogues et toxicomanie, indicateurs et tendances*, édition 1999.

39. Des études avaient cependant été demandées par des professionnels de santé engagés dans le suivi de patients usagers de drogues, au moment de la réglementation de la substitution (voir notamment : « Sulfate de morphine et traitement de substitution : une évaluation solide est nécessaire », *Prescrire*, octobre 1996, tome 16, n° 166, p. 694-695). À notre connaissance, seule une étude (non publiée) a été réalisée aujourd'hui, mais sur un échantillon relativement réduit, par l'association Act Up-Paris.

Le groupe des patients rencontrés ici reflète mal ces proportions : sept, soit la moitié, étaient sous traitement Subutex® au moment de l'entretien, quatre prenaient ou avaient pris de la méthadone, et trois des sulfates de morphine (du Moscontin®, ici). Si l'on ne peut guère tirer de conclusions, bien entendu, de si petits nombres, la structure de cet échantillon peut être mise en regard de deux constats : les médecins rencontrés avaient tous, avant 1996, une expérience relativement poussée du suivi d'usagers de drogues – ils ont pu servir de référents aux centres méthadone locaux, et prolonger des traitements aux sulfates de morphine initiés avant la réglementation. Quant aux patients, ils avaient tous, à une ou deux exceptions près, commencé leur itinéraire de substitution bien avant 1995-1996.

2 - UNE OFFRE PROBLÉMATIQUE : DÉLIVRER, SOIGNER, CONTRÔLER

« J'essaie de me souvenir comment on a fait au début quand on voulait faire de la substitution. On s'est posé la question d'avoir une évaluation par un centre spécialisé, donc par des éducateurs et des pys parce que à l'époque il n'y avait pas de médecin dans les centres spécialisés avec lesquels on travaillait. De l'indication d'un traitement de substitution pour des patients parce que nous on n'y connaissait rien, on savait pas les indications enfin les justifications de mettre en place un traitement de substitution quand on venait nous le demander. Et puis très rapidement, on s'est rendu compte au cours de nos discussions avec des gens [du CSST] et en voyant des patients, on s'est rendu compte que la seule indication c'était la demande du patient » (Claude H., médecin).

La logique d'accès aux soins sans condition – ou à conditions minimales⁴⁰ – de la médecine de ville laisse au départ ouverte la question des objectifs. Pour ce groupe de médecins, qui prescrivait déjà des traitements de substitution avant que le principe en soit autorisé, une demande de soins, aussi confuse soit-elle, ne saurait être écartée, « si on a des relations normales médecin-patient », précise le même médecin, « dans l'agressivité c'est autre chose, [...] ceux qui venaient chercher des médicaments de façon agressive et que je ne connaissais pas, je refusais en général ». S'assurer que ses objectifs coïncident avec ceux de son patient ne constitue pas un préalable pour engager une relation, et si on essaie « un petit peu

40. De façon intentionnelle, on n'utilisera pas ici les catégories de « haut seuil » et « bas seuil » servant généralement à caractériser les programmes de soins destinés aux « toxicomanes ». Pour deux raisons. La première parce que ces notions qualifient de façon ambiguë, tantôt des seuils d'accès aux programmes de soins, tantôt des niveaux d'exigences thérapeutiques, et prêtent par conséquent à confusion. On pourrait dire par exemple que la médecine de ville est dans une logique d'accès aux soins « bas seuil », dès lors qu'elle se rend accessible à tous les usagers, quelle que soit leur demande de soins ; mais qu'elle ne s'en fixe pas moins, dans certains cas, de « hauts seuils » d'exigence en termes de prise en charge thérapeutique ; la seconde raison, corrélée directement à la première, tient à ce que ces catégories couramment utilisées dans les milieux spécialisés, n'ont pas forcément été réappropriées par les médecins généralistes, ou l'ont été avec des critères d'évaluation différents.

d'éclaircir ou de voir où ils veulent aller », dit un autre, c'est moins pour sélectionner les demandes que pour réfléchir au traitement à mettre en place ou à la structure d'accueil la plus appropriée. Un seul médecin, ici, parle de « sélection » des patients, mais dans un souci d'orientation bien plus que d'exclusion :

« Moi je sélectionne un peu mes patients. Pour moi, il y a des indications pour le suivi en ville, et il y a des indications où il ne faut pas de suivi en ville. [...] Tous les patients ont des problèmes psychiatriques sous-jacents. Ils sont tous un peu brisés, ils ont tous des traits un peu névrotiques, c'est la personnalité du toxicomane, mais il y a aussi des patients psychotiques qui... Je l'ai fait une fois et ça a été une erreur, je me suis promis de ne plus le refaire, ce sont les grands polytoxicomanes, ceux qui... Alcool, toxicomanie, très durs à gérer » (Fabienne R., médecin).

Le pari sera ensuite de jouer sur la dynamique interne de la relation médecin-patient, pour construire peu à peu une stratégie thérapeutique, à mesure de l'évolution de cette relation et si la situation le permet.

Du côté des usagers, la demande se fait souvent dans une logique, sinon d'urgence absolue – certains disent avoir mis des mois à trouver le médecin ou la structure qui accepte d'instituer un traitement – au moins de survie : il s'agit avant tout de trouver le moyen de s'extraire d'une vie devenue invivable, voire de ne pas mourir de cette impasse, et l'accès à un traitement de substitution doit pouvoir offrir une issue là où tout le reste – les sevrages brutaux, les éloignements à l'étranger, les incarcérations ou les sevrages « à la dure » – avait échoué :

« Là je me suis dis : c'est pas possible, ou je continue et j'en crève, ou j'arrête » (Hélène S., Subutex®).

– Et les TS (tentatives de suicide) c'était par rapport à quoi, si c'est pas indiscret ?

– C'était un ras-le-bol [...], ras-le-bol de pas pouvoir s'en sortir, de pas avoir le courage, la volonté ou je sais pas comment je pourrais appeler ça » (Michel T., méthadone en centre).

« Je voyais pas le bout, il y avait rien à faire, je voyais pas le bout. J'étais pas le seul en plus. Je voyais pas le bout du tout. Je me demandais même comment ça finirait, avec toutes les tentatives que j'avais faites, j'arrivais pas à décrocher, je me disais mais je vais où, là, quand est-ce que ça va finir, et comment ça finira mais ça peut pas finir, étant donné que je faisais toutes ces tentatives, toutes les tentatives c'était des échecs, j'en voyais pas le bout, j'en voyais pas le bout. Alors c'est pour ça peut-être qu'il y en a qui se suicident ou qui se sont créés des OD parce qu'ils en avaient marre, quoi, ils en avaient marre de subir tout ça, et comme ils en voyaient pas le bout non plus, et ben ils faisaient enfin et puis stop » (Reda T., méthadone).

Poser la question des objectifs fixés initialement à la substitution paraîtrait donc naïf dans ce contexte. On n'est jamais à proprement parler dans une logique (« fins/moyens ») – de recherche de moyens susceptibles de s'ajuster à des fins déterminées et fixées d'avance. La pharmacopée disponible offre des médicaments capables de répondre à des situations d'urgence comme à des stratégies à long ou moyen terme, les usagers le savent autant que les médecins, mais les objectifs de son utilisation évolueront très souvent avec l'expérience du traitement et des possibilités qu'il ouvre. L'évaluation de la substitution ou les objectifs que l'on peut lui fixer sont indissociables de son expérience : ce que l'accès à un traitement peut laisser espérer, c'est ce que laisse voir le recul de la pratique – un apaisement progressif, une amélioration relative de sa situation sociale, la prise en charge de problèmes somatiques jusque-là laissés pour compte, l'engagement parfois dans un processus d'arrêt de la consommation. L'expérience montre, entre autres, qu'il est difficile d'énoncer *a priori* des objectifs à un traitement, même si des parcours, des logiques et des stratégies d'utilisation des produits ou de la relation peuvent être reconstitués *a posteriori*.

S'il y a heurts ou confusion entre les objectifs des patients et des médecins, cette confusion vient par conséquent d'ailleurs, des malentendus qui s'instaurent en série autour de la relation médecin-malade. Elle tient pour l'essentiel au jeu des déterminations sociales, juridiques, morales ou idéologiques qui viennent interférer en permanence dans ces relations « thérapeutiques », et aux difficultés que trouvent médecins et usagers à s'accorder sur les termes qu'ils emploient, ou sur la nature de la relation dans laquelle ils sont engagés. De fait, deux cas de figure sont nettement distingués par les médecins. Soit le patient est atteint d'une pathologie grave (Sida et/ou complications de l'hépatite C, très fréquemment) et la situation est relativement claire : le médecin traite la maladie en tenant compte de la consommation de psychotropes comme il le fait pour d'autres particularités de son client, mais à la limite il ne s'agit plus d'un patient « toxicomane ». Deux médecins ici, par exemple, ont exclu du champ de l'étude certains de leurs patients usagers de drogues, chez qui la maladie semblait l'emporter sur la toxicomanie⁴¹ :

« J'ai eu un patient qui est mort du Sida, mais que je n'ai pas suivi dans le cadre de l'enquête parce que le Sida était au premier plan par rapport à sa toxicomanie » (Pierre D.).

« J'ai une patiente que je n'ai pas incluse dans l'étude. Elle était venue me voir pour des problèmes toxicomaniaques, et puis elle aussi s'est fait attraper par le Sida. Je la suis maintenant pour le Sida, et elle n'a plus du tout de problèmes toxicomaniaques. Je suis devenu vraiment le médecin quoi » (François N.).

41. Il faut noter que ce biais contribue à minimiser, dans l'étude quantitative comme dans l'étude qualitative, non seulement l'attention accordée par les médecins au suivi des problèmes somatiques de leurs patients, mais également l'importance accordée à l'utilisation des traitements de substitution comme outil d'accès aux soins ou de « réduction des risques », plutôt que comme support de « prise en charge de la toxicomanie ». Il est révélateur cependant d'une évolution de la perception de la substitution, « naturellement » intégrée aujourd'hui – du moins par certains médecins – au suivi d'usagers de drogues atteints de pathologies graves.

Soit le patient ne présente pas de maladie somatique particulière, et une relation va devoir s'inventer autour du traitement de substitution – combinant prise en charge psychosociale et prise en charge thérapeutique, et imposant très souvent de tordre ou de redéfinir les rôles et les attentes de chacun.

Qu'entend-il par « arrêter » ? Qu'entend-elle par « substituer » ? Quelles sont ses intentions ? Qu'est-ce qu'on me propose ? La première difficulté consiste à s'accorder sur les termes et les catégories de pensée ou de jugement utilisés. Idéalement, à écouter les uns et les autres, on se prend parfois à rêver que la première consultation sera l'occasion d'un travail d'élucidation des termes ou des catégories, comme cela se tente dans certains cabinets. Chez l'un des médecins rencontrés, il arrive en effet que la déclaration d'un patient – « je suis toxico » – soit suivie d'une réponse un peu abrupte – « qui vous l'a dit ? » –, visant à relativiser l'impact de caractérisations sociales trop lapidaires, et à recentrer la question sur des bases communes, ou du moins énoncées. Mais c'est l'exception. Chacun a en effet ses propres représentations de la consommation de substances illicites et de la « toxicomanie », chacun a d'autre part sa propre idée de l'utilité et des fonctions de la substitution, et si ces représentations concordent rarement d'emblée, elles ne sont guère explicitées de part et d'autre. Les médecins tendent souvent à surestimer l'évidence de la relation « thérapeutique » ou des catégories qu'ils manipulent, mais ces catégories – les notions de « toxicomanie », de « substitution » ou de « dépendance », par exemple – loin d'avoir un sens univoque, mériteraient souvent d'être élucidées, à plus forte raison lorsqu'elles entretiennent des liens complexes avec des domaines connexes à la médecine générale, juridique et social notamment. Certaines catégories relevant du domaine médical – les notions de « maladie », « symptôme », « médicament », etc. – appelleraient sans doute elles aussi, quand elles sont appliquées au domaine des usages de drogues, un travail de débroussaillage (ce patient est-il « malade » ? Malade de quoi ? du « manque », de la dépendance aux opiacés, de son goût ou de sa « manie » pour les psychotropes, de la tête, de sa situation sociale ?). Enfin, les catégories de pensée ou de langage des usagers – celles de « défonce », de « manque » ou de « galère », par exemple – sont le plus souvent refoulées et laissées à la porte du cabinet, mais n'en continuent pas moins à jouer, à la marge pour les médecins et de façon centrale pour les patients.

Loin d'être univoques, en somme, les notions manipulées au cours des consultations paraissent au contraire le plus souvent brouillées. Les télescopages entre une logique médicale d'approche des « drogues » et la logique sociale particulière des consommateurs – logique que l'on pourrait qualifier d'« usage » des produits psychotropes – sèment enfin la confusion et favorisent en permanence les glissements de sens. L'envie de « décrocher » n'équivaut pas forcément à un projet d'abstinence, mais peut être interprétée comme telle. La « galère » décrit un

champ de difficultés beaucoup plus large que celui de la seule « dépendance » à un produit, qui n'est pas toujours entendu. Demander « de la méthadone, pour décrocher » n'équivaut pas exactement à désirer s'engager dans un « traitement de substitution », mais débouchera le plus souvent sur une prise en charge médico-sociale à moyen ou long terme... On pourrait dire, pour résumer, que quand quelqu'un dit : « je suis toxico, je voudrais arrêter », et s'entend répondre : « je peux vous proposer un traitement de substitution », ni l'une ni l'autre des deux parties ne sait jamais vraiment au fond ce que l'autre veut dire – quel type de désir est engagé dans la demande, quel type d'avenir est engagé dans la réponse.

L'indéfini de la situation est en effet plus souvent subie qu'affrontée. Ou plutôt, chacun est bien conscient de l'ambiguïté de la relation ou des motivations qui y sont engagées, mais prêt à faire des compromis et à faire abstraction de ce qu'il sait dépasser la stricte relation thérapeutique pour se concentrer sur cette interaction sociale particulière, qui doit réussir. Car il s'agit, dans tous les cas, de tirer profit de la situation – soit pour engager une relation de soin, soit pour s'extraire de la « galère ».

S'interroger sur les relations médecin/patient construites autour de la prescription de produits de substitution exige cependant d'essayer d'y voir un peu plus clair – de mettre en lumière autant que possible les tensions et les précédents qui font la situation des uns et des autres, médecins d'un côté, patients de l'autre.

Délivrer ou soigner ?

« J'ai une patiente que j'ai pas incluse dans l'étude, qui était venue me voir pour des problèmes toxicomaniaques, et puis elle aussi s'est fait attraper par le Sida, que je suis maintenant pour le Sida, et qui n'a plus du tout de problèmes toxicomaniaques. Je suis devenu vraiment le médecin quoi » (François N.).

La substitution impose aux médecins généralistes une tension permanente entre deux rôles et deux types de pratiques : un rôle classique de « médecin », de prise en charge des problèmes somatiques de ses patients, et un autre rôle, généralement plus difficile à qualifier, de « suivi de la toxicomanie », consistant à délivrer des produits de substitution, mais aussi à « faire parler », à écouter, à « encadrer un peu la consommation », à « recadrer un peu » quand les patients « font n'importe quoi », à les conseiller (« sans faire de psy ») sur la gestion de leurs relations avec leurs proches⁴²... Un rôle, en somme, tout à la fois de délivrance, de contrôle des pratiques de consommation et d'accompagnement psychosocial.

42. Tous ces termes et expressions sont empruntés à l'un des médecins interrogés.

Dans certaines situations, les deux fonctions peuvent être dissociées. Dans l'exemple cité ci-dessus, la patiente « n'a plus du tout de problèmes toxicomaniaques », et le thérapeute peut reprendre son rôle de « médecin », sans plus se poser de question sur ses fonctions annexes. Et, d'une façon plus générale, quand le patient tombe gravement malade, les problèmes posés par la consommation de substances illicites semblent passer au second plan et la substitution, banalisée, perd sa fonction de traitement de la « toxicomanie », pour intégrer l'éventail des produits utilisés pour faire face aux problèmes somatiques – parfois d'ailleurs avec le double rôle de substitut aux opiacés illicites et de palliatif à la douleur. La pratique du médecin ne diffère guère, alors, de situations classiques où il a à gérer les problèmes de santé de ses patients, au point que le malade peut sortir de la catégorie d'usager de drogues, comme semblent le révéler les critères retenus par certains généralistes pour inclure ou exclure leurs patients de l'étude⁴³.

À l'autre extrême, on se souvient que le premier volet (quantitatif) de cette étude avait fait apparaître une forte proportion de consultations sans examen somatique⁴⁴. Certains patients, voire certains médecins, préfèrent probablement en effet doubler les deux fonctions et confier le suivi des problèmes de santé à un thérapeute (au médecin de famille par exemple), et la délivrance des produits de substitution à un autre. Dans cet échantillon, cependant, ce n'est pas le cas, du moins si l'on en croit les témoignages recueillis : tous les médecins revendiquent la prise en charge « globale » de leurs patients, et entendent assumer leur double fonction, de suivi des problèmes somatiques et de suivi de la « toxicomanie » ; tous les patients rencontrés semblent d'autre part, sinon la souhaiter, au moins consentir à cette double prise en charge. Mais il n'en reste pas moins que les deux fonctions ne peuvent être confondues : quand un généraliste n'est pas sollicité pour soigner, mais pour prescrire des produits de substitution, pour la délivrance desquels il est d'ailleurs lui-même soigneusement contrôlé, il exerce moins un rôle de « médecin » qu'il ne prend place dans un dispositif de délivrance – même si son objectif reste d'aborder et de traiter à terme d'éventuels problèmes de santé, voire de convaincre son patient de partager avec lui la gestion de sa consommation et de convertir une demande d'approvisionnement en projet thérapeutique. La difficulté – qui prend dans certains cas des allures de dilemme – sera dès lors de résorber, ou non, la tension entre ces deux rôles, et de savoir jusqu'à quel point médicaliser la fonction de délivrance, pour lui donner un sens « réappropriable », ou compatible avec le statut et les fonctions de thérapeute.

Certains généralistes n'hésitent pas à alterner les « casquettes » – à se borner par exemple à renouveler une prescription lors de certaines consultations, en réservant l'examen des problèmes somatiques à la suivante –, notamment lorsqu'ils sentent que leur patient n'est pas prêt à s'en remettre à eux pour la gestion de sa consommation et dissocie, lui, nettement les deux fonctions. Mais cette souplesse, présentée par les médecins concernés comme un consentement tacite à l'autonomie de leurs patients – sans conséquence dommageable d'ailleurs pour leur santé, dans la mesure où le travail de prévention et de suivi des problèmes somatiques est effectué –, conduit parfois à brouiller la relation. L'un des patients, qui multiplie par ailleurs les signes d'ambivalence ou de contradictions concernant son attachement à l'héroïne, l'envie d'en arrêter la consommation, ou ses attentes à l'égard de la substitution, s'irrite ici par exemple, lors d'un entretien, de la désinvolture avec laquelle l'un des médecins qui le suit dans un cabinet de groupe lui rédige parfois ses ordonnances, lui laissant l'impression de ne pas le prendre au sérieux : « Pour moi, c'était comme si c'était ma dealer, ma drogueuse, ma vendeuse, c'était mon dealer ; en revanche [...] je la voyais plus que mon dealer. » Pour que la relation « prenne », il faut sans doute en effet que le patient ne soit pas trop indiscipliné ou incohérent, mais également que le médecin adopte au moins le comportement de soignant, voire d'autorité, que l'on attend de lui.

D'autres médecins, par contre, donnent moins l'impression d'avoir à naviguer entre deux types d'intervention que d'avoir élargi leur champ de compétence à un nouveau domaine – le suivi de la « toxicomanie » –, où ils font jouer leur savoir médical et leur force de persuasion, au service de stratégies thérapeutiques qui peuvent varier d'ailleurs avec les conceptions qu'ils ont de la substitution, ou encore avec les patients.

Dans tous les cas, cependant, la tension paraît difficile à résorber : lorsqu'ils n'évoquent pas explicitement les difficultés trouvées à donner un contenu à des consultations mensuelles, voire hebdomadaires, où les mêmes gestes (peser, ausculter, examiner) ne peuvent être répétés à l'infini sans finalité médicale, les entretiens réalisés avec les médecins laissent apparaître un travail permanent de clarification, ou des interrogations récurrentes, non seulement sur le rôle et les fonctions des traitements de substitution qu'ils prescrivent, mais également sur les positions, les objectifs et les stratégies qui les conduisent à adopter cette double fonction, de participation à un dispositif de santé publique et d'exercice de la médecine générale.

Enfin, les formulations du problème et les tensions entre ces deux rôles – de délivrance et de soin – varient sans doute avec les représentations qu'ont les uns ou les autres des « drogues » et de la « toxicomanie », les uns y voyant la conséquence de choix de vie dans lesquels ils n'ont pas à s'ingérer, du moins tant que les usagers eux-mêmes ne les y invitent pas ; les autres y décelant plutôt le signe d'un désordre psychique et somatique relevant tout ou partie de leur domaine

43. Voir plus haut, (p. 12 de ce document).

44. Pour mémoire, un tiers des patients n'avait jamais été examiné pendant un an.

d'intervention. Mais elles sont travaillées aussi par deux autres couples de tensions. Par la rivalité et les jeux de recouvrement, d'une part, entre deux philosophies de la substitution : l'une prônant une indifférence de principe à la consommation de drogues qui garantirait l'accès des usagers au système de soins, quel que soit le caractère de leurs pratiques ; l'autre orientée vers une suppression des consommations illicites considérée comme préalable nécessaire à toute thérapeutique, notamment de la « toxicomanie ». Et par les contradictions plus ou moins claires imposées par la double nécessité de soigner des corps et de contrôler des pratiques de consommation – au moyen de traitements, notamment, dont les interférences avec certaines pathologies sont encore mal connues.

Réduire les risques ou soigner la « toxicomanie » ?

Les premières années de la « réduction des risques », au tournant des années 1980-1990⁴⁵, avaient vu se dessiner une ligne de partage entre une pratique cherchant à convaincre les usagers de drogues de sortir de la « toxicomanie », en leur proposant des sevrages assortis autant que possible d'un soutien psychosocial ; et le principe d'une indifférence aux pratiques de consommation, visant à favoriser l'accès aux soins des usagers atteints de pathologies graves, et à préserver les autres consommateurs des risques de contamination. Lorsqu'ils évoquent leur itinéraire, les médecins rencontrés ici ancrent généralement leur expérience dans l'un des deux « camps » dessinés par cette ligne de fracture, quitte à faire état de « conversions » ultérieures, les ayant amenés à réviser radicalement leurs positions.

Conduits le plus souvent, à l'origine, à adapter leurs pratiques à la prise en charge d'usagers atteints par le Sida, les premiers praticiens de la « réduction des risques » prescrivaient à leurs patients des produits susceptibles de venir se substituer à l'héroïne, ponctuellement ou de façon plus durable, tout en les laissant juges de la gestion de leur consommation et des besoins qu'ils formulaient. Les opiacés destinés au traitement de la douleur leur permettaient de faciliter la prise en charge des affections somatiques, mais aussi de soulager les difficultés sociales et matérielles des usagers venus leur demander assistance. En effet, les sulfates de morphine ou la buprénorphine (le Temgésic[®], à l'époque) permettaient aux usagers de se soustraire « à l'aléatoire d'un produit qui ne dure pas beaucoup de temps, et qui ne peut être obtenu que de façon illégale », précise l'un des médecins ; ils leur permettaient aussi, dans certains cas, de stabiliser progressivement leur consommation – leurs thérapeutes se proposant « en contrepartie » de les suivre médicalement, c'est-à-dire de « gérer les risques déjà pris » et de prévenir des risques qu'ils auraient pu prendre ultérieurement.

45. On se souviendra que l'épidémie de Sida a débuté en France en 1981 ; que la libéralisation de la vente de seringues remonte à 1987, et que les premiers programmes de substitution à la méthadone ont commencé en 1993.

« C'est des gens que moi j'avais toujours connus comme ça : moi je vous soigne quand vous avez besoin, la toxicomanie vous vous démerdez avec. Quoique Marie D., de temps en temps je lui donnais du Di-Antalvic[®] qu'elle me demandait, mais c'était elle qui jugeait, si elle avait besoin, elle venait me demander le médicament et je lui en prescrivais, c'était elle qui gérait sa toxicomanie. D'ailleurs elle m'avait jamais demandé à moi de m'en occuper. Et moi je gérais le Sida, la gynéco, elle a été enceinte, etc. Et c'est le jour où j'ai réalisé qu'elle avait une pneumonie, que je lui ai dit d'aller à l'hôpital dès le lendemain et que si elle me disait qu'elle irait pas c'est parce qu'elle savait que le lendemain elle serait en manque, que je suis venue ici chercher du Moscontin[®] pour lui en donner et que je lui en ai redonné le lendemain en allant la chercher pour aller à l'hôpital. J'ai réalisé qu'étant en manque, elle pouvait pas se soigner. C'est là que j'ai commencé à en prescrire. Et après son copain, il était venu me voir et il m'a dit je veux tel médicament. Je veux du Skenan[®], j'en ai déjà pris dans la rue, c'est ça qui me fait... je suis devenu plus accro que je l'étais avant – parce que lui la toxicomanie il gérait plutôt bien – j'en ai besoin en ce moment, et je lui en ai prescrit, je me suis pas posé de questions. Donc en effet, arrivée dans ce débat-là, moi mon expérience c'était ça. C'était, la toxicomanie moi je sais pas quoi faire et je préfère les laisser gérer leur truc en répondant à leur demande au coup par coup [...]. Et puis, par ailleurs, quand ça les empêchait d'accéder aux soins dont ils avaient besoin, je leur proposais de la substitution » (Claude H., médecin).

Les autres généralistes semblaient plutôt enjoindre les usagers venant les solliciter à cesser radicalement de consommer, tantôt en leur prescrivant des traitements adaptés au sevrage, tantôt en les orientant vers des structures susceptibles de les y aider – en compensant souvent leur refus de prescrire par une disponibilité d'écoute accrue et par une attention marquée aux problèmes de santé visant à « maintenir le lien », plutôt que les renvoyer à la rue :

« J'avais quelques patients venus, soit par eux-mêmes, soit par des familles que je suis, donc j'essayais des sevrages à chaque fois, je leur filais des médicaments pour qu'en 10 jours ils essaient de décrocher ou je les faisais hospitaliser. C'est des confrères [...] dans un service de médecine et ils ont toujours un ou deux lits pour les sevrages, alcool, drogue. Donc en général, je les adressais là et on faisait un sevrage sur 10-15 jours, mais je ne faisais pas de substitution » (François N., médecin).

« Alors les premiers temps, eh bien, j'étais en contact comme ça [avec ce patient]. Il me demandait des produits, bien sûr, même du Tranxène[®], je lui refusais, je lui ai tout refusé, même de la Viscéralgine[®], je ne lui ai jamais rien donné, en disant que ce n'était pas comme ça qu'on pouvait lui être utile. Par contre que j'étais complètement avec lui, qu'il pouvait me voir quand il voulait, qu'il pouvait compter sur moi, s'il voulait parler ou même s'il ne voulait pas parler, s'il voulait me parler de ses maladies, j'étais toujours là,

et... mais que bon ça, je ne rentrerai pas dedans et que... ça a duré comme ça plusieurs années, jusqu'à ce que je fasse le DU⁴⁶ de Sida en ville, c'était en 1993 » (André C., médecin).

Dix ans après, cette ligne de partage paraît beaucoup plus floue. L'effort fourni par certains généralistes pour se former au suivi des patients atteints par le Sida, tantôt individuellement, tantôt par le biais d'initiatives collectives (comme celles de l'association Epid 92 ici, qui commence à travailler sur les questions « Sida/toxicomanie » dès 1993), les a souvent conduits à se « convertir » à la substitution – et notamment à entrevoir les bénéfices sociaux retirés par les usagers de l'accès à ces traitements. Et l'effort de réglementation des années 1995-1996 surtout a permis de rassurer nombre de médecins, jusqu'alors gênés par l'idée d'avoir à « détourner » des produits destinés à d'autres indications, et de les convaincre d'intégrer à leur tour les traitements de substitution dans leur champ de compétences : la formulation d'objectifs à la substitution et la mise sur le marché de produits destinés à cette indication leur permet de se libérer du sentiment d'avoir à « bricoler » des traitements tout juste efficaces et à peine légaux pour s'engager dans le soin de patients « toxicomanes » ; et cette réglementation ne se borne pas seulement à légaliser la substitution, elle en infléchit aussi les pratiques, dans une orientation plus « thérapeutique » que « sociale ». Excluant de ses indications l'action agoniste des sulfates de morphine (accusée d'entretenir l'appétence pour les opiacés, voire de provoquer des effets sur le psychisme, c'est-à-dire en d'autres termes du plaisir), elle lui préfère l'action agoniste/antagoniste du Subutex[®] ou l'efficacité de « blocage » de la méthadone, jointe à la rigueur de ses cadres de délivrance. Visant par ailleurs la suppression des consommations parallèles⁴⁷, elle assigne à la substitution l'objectif d'une médicalisation de la dépendance, plus que celui d'une réduction des risques liés à l'usage de drogues en reconnaissant implicitement l'usage. Une telle définition (ou redéfinition) de la substitution permet par conséquent de proposer aux usagers de véritables « plans » thérapeutiques visant, sinon le sevrage, au moins la suppression des consommations parallèles, considérée ici comme le préalable de toute thérapeutique de la « toxicomanie⁴⁸ ». Elle permet aussi, ce qui n'est pas négligeable, de transférer le « suivi de la toxicomanie » d'un champ social difficile à circonscrire vers un champ médical obéissant à sa logique propre, de contrôle et de médicalisation de la consommation de psychotropes :

« [La légalisation de la substitution] ça nous a permis de supprimer peut-être cette consommation qu'eux avaient en parallèle, pour vraiment rentrer dans une substitution. Alors qu'en fait, nous, on bouchait les trous. Là on s'est vraiment intéressé, d'ailleurs on a vraiment défini la substitution. Avant pour ce dont je parlais, moi je dirais pas que je faisais de la substitution. Je faisais un suivi. C'est des gens que je voyais régulièrement, je leur donnais des trucs qui les aidaient à tenir le coup, je leur ai permis de se resocialiser, de renouer des liens avec les parents, (etc.). Donc c'est tout ça que ça a permis. Alors que depuis trois ans, on propose vraiment des plans de substitution aux gens, clairement dits : la substitution c'est pas le sevrage, c'est pas un truc qu'on fait en trois mois, on part sur le long terme, et le but c'est que vous preniez que ça, que ce produit-là à la place de tout autre, et puis une fois bien stabilisé, on pourra envisager de diminuer. Donc pour moi ça a été clair, je proposais autre chose parce que j'avais ce moyen là que je n'avais pas avant. Moi, en toute honnêteté, je peux pas dire que je faisais de la substitution, je faisais du bricolage. [...] Donc ça aussi ça nous a aidés à bien cadrer parce que c'est très clair » (François N., médecin).

Aux côtés d'une substitution conçue comme favorisant l'accès aux soins des usagers de drogues et limitant les risques liés à la consommation de produits illégitimes, se sont donc développées une conception et une pratique de la substitution visant le « soin de la toxicomanie », maniant des outils pharmacologiques de toute autre nature, avec des objectifs différents, tandis que, parallèlement, l'évolution de l'offre contribuait à infléchir la demande. L'autorisation officielle de la substitution, la mise à disposition massive de Subutex[®], et l'incitation des médecins – via les réseaux ville/hôpital notamment – à ouvrir leurs portes aux usagers de drogues, devaient stimuler en effet la demande, tout en diversifiant la nature. Aux côtés de files actives de patients usagers de drogues, séropositifs ou non, venus solliciter initialement une prise en charge somatique ou le dépistage d'infections virales, sont apparues des files actives de patients sollicitant, d'une façon ou d'une autre, une aide à la gestion de leur consommation. Mais avec, très souvent, cette différence fondamentale, sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir : alors que les premiers sollicitaient une prise en charge médicale, les seconds cherchaient moins souvent à trouver « un médecin » que « des produits ».

L'évolution des usages de la substitution et les changements qui devaient s'en suivre, concernant tout autant la perception des problèmes liés à la « toxicomanie », l'évolution des profils d'usagers, ou les types d'intervention médicale susceptibles d'être proposés, peuvent être illustrés ici par les trajectoires croisées de deux médecins.

Il y a dix ans, André C. était partisan du sevrage et refusait systématiquement de prescrire des produits destinés à suppléer le manque de drogues. Non qu'il ait été campé à l'époque, pour reprendre ses propres expressions, dans le rôle répressif

46. Diplôme universitaire.

47. Rappelons que la circulaire DGS/ DH n° 96-239 du 3 avril 1996 réglementant la dispensation de buprénorphine HD assigne aux traitements de substitution l'objectif d'une « interruption de la consommation d'opiacés, notamment d'héroïne ».

48. Voir par exemple les termes employés par Alia Trabelsi pour défendre la substitution face à ses détracteurs : « La mise à distance [d'avec le monde de la drogue] est absolument nécessaire si l'on veut pouvoir par la suite introduire du thérapeutique dans la réduction des risques. » (« Pour une nouvelle clinique du toxicomane », *Swaps* n° 14, octobre/novembre 1999, p. 17.).

des « parents », du « juge » ou des « flics », au contraire : soucieux d'aider ses patients « toxicos » à sortir de leur « galère », il les écoute gratuitement et se rend disponible, par « altruisme ». Non seulement ses patients « ne paient pas » leur consultation, mais il fait de la course à pied avec l'un d'eux pour l'aider à retrouver sa capacité aux plaisirs naturels du sport et de la convivialité, lui proposant une « rééducation afin de s'équilibrer par soi-même ». Expérimentant une médecine sans acte, sans ordonnance et hors cabinet, il défendait par conséquent, à l'époque, une conception de l'intervention située aux antipodes de la « substitution » qu'il allait pratiquer dix ans plus tard. Mais il remet finalement en cause son attitude, lorsqu'il comprend d'une part que sa méthode échoue presque systématiquement – ses patients lui mentent, persistent dans leurs plaisirs « artificiels » et ne semblent pas prendre au sérieux ses efforts ; et quand il découvre d'autre part, au travers d'échanges avec d'autres médecins, l'adéquation des réponses offertes par la substitution aux problèmes spécifiques des usagers – à savoir notamment le besoin de trouver remède aux douleurs du « manque » et celui d'échapper aux conséquences sociales et financières de leurs pratiques. Cette possibilité, si modeste soit-elle, transforme son approche de la question : il passe d'une position éthique (« je ne rentrerai pas dedans », je ne substituerai pas une dépendance à une autre) à une approche pragmatique (« je leur offre la possibilité de sortir du milieu »). Abandonnant ses ambitions sociales (faire le bonheur des gens), il adopte une éthique de non-ingérence : « On ne peut pas chercher à soigner les gens malgré eux. » L'objectif de l'intervention médicale peut être autre en effet, dit-il, que la « sortie de la toxicomanie », dès lors que la pharmacopée répond efficacement à des problèmes sociaux⁴⁹. Mais cette évolution correspond aussi à une « crise professionnelle », qui affecte plus largement l'ensemble de sa pratique, le conduit à abandonner ses idéaux, et le convainc de l'étroitesse de son champ d'intervention.

« Ah non, je ne cherche pas l'efficacité, moi. Je ne cherche pas du tout l'efficacité, [...] s'ils doivent continuer, ils continuent. Je leur offre la possibilité de sortir du milieu. Là je vous disais que, avant de substituer, avant d'avoir une réponse spécifique, dans les tous premiers temps, ma position était altruiste : je voulais sauver autrui, par amour d'autrui, je voulais son bien, je faisais pareil avec les malades, je cherchais à soigner les malades malgré eux – ça ne va pas, on ne peut pas faire ça. Même avec des malades ordinaires. Ils ont une dépendance, il faut leur laisser leur dépendance » (André C., médecin).

Claude H., en revanche, abordait la question, à ses débuts, avec un pragmatisme directement hérité de la philosophie de la « réduction des risques » et dans un principe de neutralité et de non-ingérence dans les choix de vie de ses patients : choix de vie, précise-t-elle même, affichant une « volonté de vivre autrement [...], sans foi ni loi, en s'en fichant des interdits, en prenant ce qu'on ne leur donnait pas », qui l'« intéressaient » et lui rendaient ces patients attachants. Contrainte de veiller à la cohérence des traitements qu'elle institue, ou encore de garder la maîtrise de ses relations avec ses patients, elle est pourtant conduite au fil des ans à s'efforcer de contrôler la consommation de patients trop « chaotiques » (mettant en péril la relation médecin-malade par une trop grande incohérence), ou à essayer de vaincre les résistances d'usagers hésitant manifestement à partager la gestion de leur consommation avec leur médecin. La logique de « suivi » de ses patients, et l'adaptation concrète de la substitution à des profils d'usagers qu'elle connaissait mal au départ, la contraignent en effet à dépasser ses simples objectifs de réduction des risques, et à s'attacher au contrôle des pratiques et des comportements :

« Il y a ceux qui tout de suite jouent le jeu parfaitement et qu'on ne fait qu'espacer les prises et discuter de problèmes de santé et tout ça. On a l'impression que tout roule avec eux [...]. Et puis il y a ceux où c'est tellement chaotique qu'on se dit ça va pas et on essaie de savoir ce qui va pas. Et puis on discute, etc. Des fois ça prend des mois et on n'arrive pas à s'entendre avec eux. Sur ce sur quoi on peut les aider dans leur consommation sauvage » (Claude H., médecin).

Ces « crises » ou difficultés professionnelles traduisent l'embarras dans lequel se trouvent ces médecins à trouver une attitude univoque à l'égard des « drogues » ou de la substitution, car ni les objectifs de la « réduction des risques », ni ceux du « soin de la toxicomanie » ne paraissent tenables en toutes circonstances. Mêlant sans cesse les dimensions médicale, sociale et comportementale, la réalité du suivi des usagers de drogues paraît en effet bien plus complexe que les idéaux qui la portent – elle conduit à les dépasser ou à les pervertir sans cesse.

La substitution réelle semble par conséquent avoir infléchi les pôles « théoriques » autour desquels elle s'ordonne, et les objectifs des médecins, s'ils portent encore la trace des grandes options déontologiques au travers desquelles ils abordent les pratiques de consommation de drogues (prendre la main ou non, s'ingérer ou non dans les choix des patients, inclure l'ensemble des pratiques de consommation dans le champ médical ou leur concéder une autonomie, contrôler ou suivre) paraissent moins tranchés qu'il y a dix ans. Tous sont contraints de s'adapter, à des degrés divers, à la diversité des demandes, à la complexité des situations sociales des usagers, autant qu'au cadre imposé par la relation médecin-patient ou par le dispositif de dispensation des produits. Mais en laissant des questions difficiles à résoudre : jusqu'où médicaliser la relation ? La substitution est-elle une thérapeutique, mais une thérapeutique de quoi ? À quoi leur sert-on ?

49. Position exprimée en d'autres termes par Anne COPPEL dans *Asud Journal* n° 17, « Première révolution culturelle [entraînée par l'expérience de la substitution] : l'objectif du traitement ne se limite pas à la sortie de la toxicomanie. Si la prescription améliore la santé de l'usager, si elle lui permet de vivre avec moins de souffrance, moins d'exclusion, en choisissant son mode de vie, si la mortalité baisse, alors il s'agit bien d'un traitement médical. »

Contrôle des consommations, santé des patients

Si la pratique médicale s'inscrit à l'échelle « micro » de relations thérapeutiques individualisées prenant en compte les subjectivités particulières, et visant non seulement la prise en charge des problèmes de santé, mais aussi l'équilibre ou le confort de chaque patient, les généralistes rencontrés ici paraissent toujours également se préoccuper des conséquences sociales de leurs activités, et adopter à un moment ou à un autre un point de vue « macro » – en termes de santé publique – sur leurs activités. Peut-être parce que cet échantillon de médecins manifeste une sensibilité particulière à l'épidémiologie (tous ici font partie, au moins d'un réseau ville-hôpital, sinon de l'association Epid92, dont les priorités concernent entre autres l'épidémiologie). Sans doute aussi du fait des contrôles très concrets exercés sur leur activité, par le biais des carnets à souche, puis des ordonnanciers sécurisés, ou par celui de la référence obligée aux médecins de la Sécurité sociale et de la DDASS, pour la prescription de sulfates de morphine notamment. Du fait des pressions, floues mais récurrentes, exercées par les circulaires ministérielles ou par les débats agitant la communauté médicale sur la légitimité de pratiques soupçonnées de « maintenir » des usagers dans leur dépendance. Ou encore sous la pression d'une opinion défavorable, et de l'incompréhension passive de la majeure partie de leurs confrères. Mais aussi du fait, probablement, de la nature particulière de cette activité de délivrance – de produits situés à la frontière de la médication et de la drogue, à des patients que des habitudes de consommation ou un mode de vie particuliers amèneront peut-être à détourner de leur usage médical.

La double position de délivrance de produits « stupéfiants » et de pratique de la médecine générale met cependant régulièrement en concurrence deux types de raisonnements, concernant les actes de prescriptions. La crainte des trafics et l'impératif de contrôle des pratiques, ou l'objectif d'une suppression des consommations parallèles de leurs patients, le disputent souvent aux préoccupations strictement médicales, chez les médecins. Dans ce grand écart entre points de vue « micro », attentifs aux exigences d'un suivi médical individualisé, et points de vue « macro », attentifs aux conséquences possibles des actes médicaux établis dans leurs cabinets, les positions paraissent les plus variées, dans cet échantillon. Chez certains, les craintes concernant l'alimentation du marché noir en buprénorphine (« le Subutex[®], on sait bien qu'il y a un deal terrible », s'inquiètent certains) pousseront à orienter les patients aussi systématiquement que possible vers la « transparence » de la méthadone, dont la délivrance institue un contrôle un peu plus étroit. Mais pour d'autres, le « trafic » de produits de substitution n'apparaît jamais que comme le revers inévitable de la souplesse et du succès du dispositif de délivrance – souplesse indispensable pour arriver à maintenir des portes d'entrée dans le système de soins, sans laquelle il n'y aurait pas de prise en charge « bas seuil ». « Si on pense que ce médicament [le Subutex[®]] peut servir à certains, on ne peut

pas empêcher que d'autres le trafiquent », souligne en effet l'un des médecins, et il paraît vain ou incohérent, dans ces circonstances, de s'en alarmer. D'autres, enfin, refusent de choisir entre les deux positions. Sans doute, concèdent-ils, un médecin n'a-t-il pas à être pourvoyeur officiel de drogues. Et une position médiane doit être trouvée entre réponse aux problèmes d'approvisionnement des usagers et soin de la « toxicomanie ». Mais il n'est pas non plus du rôle d'un généraliste d'essayer de contenir le marché noir (« ce n'est pas mon métier ; moi je n'ai pas d'idée là-dessus »), à plus forte raison lorsque le renforcement du contrôle vient perturber les relations avec les patients.

L'alternative entre « santé publique » et « médecine générale » est donc un dilemme, et crée des tensions. L'adaptation à l'échelle individuelle d'un dispositif pensé pour le contrôle, et proposant un choix limité de produits, assorti en outre de conditions de délivrance très strictes, met régulièrement en crise les pratiques des médecins. Elle perturbe leurs raisonnements, habituellement basés sur les effets pharmacologiques des produits et attentifs à l'équilibre ou au bien-être de leurs patients, mais tenus ici de prendre en compte aussi le paramètre du contrôle. Cette incompatibilité apparaît clairement au travers des entorses faites en permanence, quoique de façon marginale, aux règles de délivrance : les délais prescrits ne sont généralement respectés que durant la période où la consommation des patients n'est pas stabilisée, et assouplis dès que l'autonomie du patient l'exige – tous les médecins rencontrés ici en prennent la liberté. Respecter les règles à la lettre s'inscrirait d'ailleurs à l'encontre même des objectifs d'autonomisation des patients, et les centres spécialisés obéissent à la même logique, lorsqu'ils passent le relais en ville, une fois les patients suffisamment « stabilisés ». Mais, réciproquement, la limitation de la palette de produits de substitution à trois types de produits soumis à des conditions de délivrance très différentes, autant que le manque d'autonomie des médecins en matière de primo-prescription⁵⁰, et le défaut de connaissances scientifiques susceptibles de venir étayer les indications ou les contre-indications, s'inscrivent à l'encontre de la logique médicale. Dans un tel contexte, en effet, la fonction et le statut des produits de substitution restent flous. S'il s'agit de médicaments, ils sont rarement appréhendés selon les mêmes critères que les autres produits de la pharmacopée, du fait de leurs conditions de délivrance particulières, et à défaut souvent de disposer de données suffisantes concernant leurs effets sur l'organisme, et en particulier sur leurs interactions avec diverses pathologies. Ce sont aussi les instruments d'un contrôle, appuyé tantôt sur leurs effets pharmacologiques propres, tantôt sur les règles qui président à leur délivrance.

50. L'initiation des traitements méthadone, on le rappelle, est réservée aux centres habilités à les délivrer, et la prescription de sulfates de morphine soumise à l'autorité du médecin conseil de la Sécurité sociale.

Certains généralistes, à l'exemple de l'un des médecins interrogés ici, déclarent d'ailleurs ne pas faire « de différence entre les produits », et y voient davantage le prétexte à l'engagement d'une relation de soins, que l'objet d'un acte de prescription.

Certains médecins raisonnent par conséquent prioritairement en termes de contrôle, à la fois par légalisme et par adhésion à l'idée selon laquelle la suppression des consommations parallèles constituerait un préalable à toute thérapeutique de la « toxicomanie » – mais quitte à négliger parfois les effets des produits sur les pathologies associées de leurs patients. D'autres privilégient en revanche leurs modes de raisonnement habituels – mais quitte à tordre le dispositif de délivrance, à adapter le rythme des consultations à leurs stratégies thérapeutiques plutôt qu'aux règles de contrôle, ou à refuser d'en référer aux médecins conseils lorsqu'ils choisissent de prescrire des sulfates de morphine. Les différentes logiques jouent sans doute en parallèle et se superposent de façon variable selon les cas, mais la rigidité du dispositif de délivrance paraît immanquablement conduire les médecins ici, tantôt à tenter d'en infléchir le cadre, tantôt à infléchir leurs propres modes de raisonnement. Leur double fonction de délivrance et de suivi des problèmes de santé de leurs patients les conduirait dans le cas contraire à une impasse, clairement illustrée ici par l'expérience de François N., qui, confronté à la nécessité de choisir entre une « contre-indication pour la substitution » et une « contre-indication pour la cirrhose », décide finalement de s'en remettre à la décision du centre spécialisé avec lequel il travaille :

« Ce patient avait des sulfates de morphine parce qu'il avait une cirrhose du foie et que le Subutex® était contre-indiqué. Je l'avais adressé au CSST pour un passage à la méthadone, le sulfate de morphine était contre-indiqué, si l'on peut dire, dans la substitution, et le centre a refusé de le passer à la méthadone. Il m'a fait une lettre au médecin conseil comme quoi il fallait le laisser au Moscontin® ».

La frontière semble donc le plus souvent brouillée entre indifférence aux usages de drogues et soin de la toxicomanie, soin des corps et contrôle des pratiques, santé publique et médecine individuelle. De la même manière qu'elle s'inscrit pour les patients, on le verra, à l'intersection de la perpétuation et de l'interruption des usages de drogues, la substitution s'inscrit pour les médecins au nœud d'une série de contradictions, qu'elle semble aviver plutôt qu'apaiser. Tous les médecins semblent pris, en effet, dans ce multiple jeu de tensions, à des degrés divers. Il leur faudrait à la fois faire le grand écart entre une fonction médicale et une fonction de délivrance ; maintenir une souplesse au dispositif et amener leurs patients à partager le contrôle de leur consommation ; conserver leur autonomie et leurs objectifs particuliers, par ailleurs fluctuants, tout en prenant leur place dans les réseaux interprofessionnels de prise en charge des usagers ; adopter le point de vue « macro »

des politiques publiques et le point de vue « micro » du suivi d'individus présentant des profils chaque fois différents. L'imbrication permanente de leurs fonctions de prise en charge médicale, de contrôle des consommations et de recours possible, pour des usagers aux prises avec des difficultés financières, sociales ou juridiques insolubles, leur impose de s'adapter sans cesse à la réalité complexe dans laquelle évoluent leurs patients, autant qu'aux cadres réglementaires définis pour les politiques de santé publique.

C'est à ce titre, entre autres, que l'on peut dire que « la substitution » n'existe pas. Elle sera fonction, inévitablement, de la pondération, fluctuante d'un cas à l'autre et variable dans le temps, de ces différentes alternatives, et devra s'inventer dans leur dépassement, au fil de la relation médecin/malade. Entre « maintenir le lien » et « installer l'envie de décrocher », elle n'offrira guère plus qu'un « outil pour faire le point », l'occasion de régler divers problèmes – la possibilité d'un *passage*. Inscrite dans cet espace intermédiaire, elle sera le terrain d'une négociation perpétuelle : pour les patients, négociation entre désir d'arrêter et désir de continuer ; pour les médecins, négociation entre différents types de fonctions ou positions ; et, au point de rencontre des deux, négociation entre deux logiques d'approche des produits psychotropes, obligeant à de perpétuelles inventions.

3 - UNE DEMANDE ÉQUIVOQUE : « DÉCROCHER », « ARRÊTER », « SUBSTITUER »

« Décrocher », « arrêter », « s'en sortir » sont des mots qui reviennent sans cesse dans la bouche des patients, mais ce sont des termes flottants, dont la signification varie d'une personne à l'autre et à mesure des parcours. Sortir de quoi ? Arrêter quoi ? La douleur du « manque » ? La vie de « galère » qu'impose l'approvisionnement ? Les problèmes financiers, professionnels et familiaux qui en découlent ? La consommation de drogues ? Si l'offre proposée par les médecins paraît floue à certains égards, les demandes exprimées par les patients ne sont pas plus faciles à cerner. On peut sans doute dire d'une manière générale que l'envie de « décrocher » oscille entre deux pôles : une logique de suppression durable du « manque », qui ne vise pas nécessairement l'arrêt de la consommation, mais permet au moins de se soustraire aux contraintes de l'approvisionnement et au « milieu » ; et une logique de suppression de la consommation qui prend la forme, dans certains cas, d'un désir de prise en charge ou de « soin ». Ou dire, en d'autres termes, que « s'en sortir » peut aussi bien signifier « gérer convenablement le manque » que « arrêter la came ». Mais entre ces deux pôles, les formulations et les motivations du désir d'arrêter sont aussi variées que les histoires et les parcours individuels. Et il faudrait faire l'inventaire des formes de souffrance imposées à la longue par l'utilisation de substances illicites, pour dresser celui des formes que prend le désir

d'arrêter : douleurs du « manque », mais aussi défaut permanent de moyens financiers, sentiment d'enfermement, haine du « milieu », obligation permanente au mensonge, humiliations subies lors des incarcérations et des hospitalisations – toutes ces formes d'épreuves et d'atteintes à l'image de soi que certains des usagers rencontrés ici résument en parlant de « misère » ou de « souffrance morale ». Comme il faudrait faire l'inventaire des bénéfices trouvés à l'arrêt de la consommation pour rendre compte de la diversité des aspirations associées à ce projet : retrouver son autonomie sans doute, pour certains, et ne plus avoir à dépendre de rien ni de personne ; mais plus simplement aussi être « tranquille », retrouver la paix avec son entourage et arriver à se tenir éloigné du « milieu » ; recouvrer les moyens, physiques ou financiers, de faire autre chose que consommer ; se débarrasser du statut d'usager et de la menace d'une stigmatisation sociale. Retrouver très souvent, en somme, une situation sociale « normale », mais sans pour autant rêver forcément d'abstinence.

Rien n'est donc moins univoque que l'envie d'« arrêter ». Mais rien n'est plus flottant non plus que la notion de « substitution ». Où débute et où finit la substitution ? Commence-t-elle avec le Néocodion[®], que tous ont utilisé à un moment ou un autre de leur parcours. Avec l'accès à des produits enfin efficaces, après des années d'expérimentation de produits trop faiblement dosés pour répondre efficacement au « manque » ? Ou avec le suivi médical, marqué lui aussi comme une rupture, par la plupart des personnes rencontrées ici ? Et à quoi la substitution sert-elle d'autre part ? Aujourd'hui, des produits susceptibles de venir se substituer efficacement à l'héroïne sont en principe accessibles, quand se pose la question d'arrêter. Mais les expériences ou les formes de « décrochage » étant aussi nombreuses que les raisons d'arrêter, leur utilisation peut répondre à toutes sortes de situations : il y a les arrêts prétextés au médecin pour avoir des « cachets » qui permettront de lutter contre le « manque », qui répondent à la nécessité de « tenir », plutôt que d'arrêter la consommation ; les arrêts provisoires « du produit » (l'héroïne, ici), indispensables à la régulation de la consommation ou de la vie sociale ; les décrochages plus durables, qui permettent de s'extraire du « milieu » et de tenter de repenser ou de réorganiser sa vie autour d'autre chose que la « came » ; et la perspective aussi, devenue réalité pour certains⁵¹, de l'arrêt de toute consommation de drogues. Mais ces formes d'arrêt ou de recours aux produits de substitution semblent s'entrecroiser sans cesse au fil des parcours, dans des processus plus souvent ponctués d'allers-retours que linéaires – même chez des patients stabilisés, ici, qui semblent s'être saisis de la substitution pour s'émanciper des « drogues ».

Si l'ambiguïté des démarches ou des demandes formulées par les usagers paraît difficile à résorber, on peut cependant tenter de l'interroger depuis ses causes.

- L'histoire d'abord, ici comme ailleurs, se reconstitue au travers des chemins parcourus plus qu'au travers d'objectifs fixés d'avance. Et si les finalités assignées à la substitution, non seulement différent d'un patient à l'autre, mais paraissent fluctuer à mesure que le temps passe (à moins, bien sûr, que le sevrage soit devenu réalité, comme c'est le cas ici pour deux personnes), il faut sans doute y voir l'effet de reconstitutions *a posteriori* appelant des ré-interprétations permanentes, comme celui de grilles de lecture plus ou moins adaptées à leur expérience réelle de « la décro⁵² ». À rebours, en effet, l'expérience décrite par ces patients, aujourd'hui globalement « sortis d'affaire » paraît riche d'enseignements concernant les techniques de sortie de la « toxicomanie » offertes par les produits de substitution, mais difficiles à concilier avec les explications usuelles des processus d'émancipation des « drogues », basées sur la sollicitation de la « volonté » ou le recours à la « décision ». Il s'agit moins en effet, semble-t-il, à en croire les témoignages recueillis ici, de sortir à tout prix de « la drogue » que de quitter des *états* devenus insupportables, et la méthode paraît moins être de mobiliser une volonté de fer que d'acquérir les *techniques* et les *savoir-faire* qui permettront de ré-agencer progressivement les équilibres, dans un processus construisant ses objectifs à mesure de ses avancées.

- Et si les objectifs fixés à l'utilisation des produits de substitution paraissent confus d'autre part, ou restent à démêler au travers des demandes, c'est aussi qu'ils sont multiples et s'agencent en configurations différentes pour chacun des patients. À la série de substitutions proposée par l'engagement dans un traitement, que nous évoquons plus haut à la suite de Lionel Gibier⁵³, répond en effet, du côté des usagers, un chevauchement d'objectifs multiples – d'ordres physique, psychologique, symbolique, financier ou social –, qui pourront toujours être dissociés et traités séparément.

- Enfin, il ne peut échapper que l'ambiguïté de la substitution et de ses usages réside d'abord dans les produits eux-mêmes, dont le paradoxe est de pouvoir servir des logiques « d'usage » ou de « défonce », comme des logiques de « soin de la toxicomanie ». Savoirs d'usage des patients et savoirs médicaux des praticiens interfèrent en effet en permanence à l'endroit des produits – c'est sur cette frontière plus ou moins trouble que se joueront les traitements de substitution.

51. Deux des patients rencontrés ici ont arrêté leur traitement de substitution, et sont aujourd'hui sevrés.

52. Ou du « décrochage », de l'arrêt de la consommation de psychotropes illicites.

53. Voir p. 19.

L'expérience de « la décro » : décision contre savoir-faire

Tous les itinéraires de consommation sont jalonnés d'arrêts. Le projet d'« arrêter » est d'ailleurs parfois contemporain, à quelques mois près, de la découverte de l'héroïne et du pouvoir d'attraction qu'elle exerce. « C'est-à-dire, ça va très vite, dit Gilles V., à partir du moment où tu deviens dépendant, tu te dis 'Oh merde, je suis con, faut que j'arrête', déjà, dès que tu deviens dépendant, dès que tu t'en rends compte, tu te le dis à toi-même. » Et quand bien même la « dépendance » physique ou psychologique ne serait pas encore avérée ou perçue comme telle, sa menace, autant que les risques, juridiques ou sociaux par exemple, encourus à consommer, ou l'injonction à arrêter opposée de façon récurrente par l'entourage, jouent de façon continue contre le plaisir de la consommation et l'envie de continuer. Sonia B. par exemple est « partie avec l'idée qu'elle ne se ferait pas happer » par les drogues, et a souvent su repérer dans les douleurs du manque la « petite lampe rouge » indiquant les seuils à ne pas franchir pour ne pas perdre le contrôle de la situation, et l'incitant à réguler sa consommation. Les récits des parcours des uns et des autres font état de toutes sortes de techniques mises en œuvre, sinon par les patients eux-mêmes, au moins par leur entourage, pour provoquer des arrêts de la consommation, ou les contraindre à « décrocher » : incarcérations où le sevrage est amorti avec « la fiole », un mélange variable de neuroleptiques et de benzodiazépines ; hospitalisations pour sevrage, atténué ou étayé par des traitements *ad hoc*, allant, selon les cas relatés ici, de la prescription classique d'antalgiques et de benzodiazépines, aux électrochocs et aux traitements neuroleptiques ; sevrages encadrés par une prise en charge familiale, avec l'appui de prescriptions délivrées par des médecins ; occasions saisies pour s'arrêter, comme des vacances à l'étranger, ou l'incarcération imprévue d'un dealer, entraînant la disparition brutale d'un réseau d'approvisionnement ; ou enfin éloignements imposés par la famille, exigeant elle aussi le plus souvent des « sevrages à la dure ».

Dans ce groupe de patients conduits, à la suite de tentatives successives et sans cesse avortées, à présenter les traitements de substitution comme la solution ultime à leur désir de « sortir de la drogue », tous ces « décrochages » ont bien entendu tourné court. Après une semaine de douleurs intenses, on redevient sans doute « normal », mais l'envie de consommer n'a pas pour autant été épuisée, et si on ne va pas « pécho⁵⁴ » directement en sortant de prison ou en descendant de l'avion qui vous ramène de l'étranger, les occasions de reprendre sont néanmoins nombreuses, et on finit généralement par « replonger ». La tendance des reconstructions *a posteriori* de ces parcours serait, dans ce contexte, de considérer tous ces arrêts (et toutes ces techniques mises en œuvre pour arrêter) à la lumière d'un

côté des « échecs » d'un projet de sevrage sans cesse avorté, et de l'autre d'un acheminement progressif vers la substitution, considérée comme pis-aller à la fois au sevrage et à la volonté qui aurait permis de décrocher. Les catégories de la « décision » et de la « volonté » sont sans cesse interrogées, en effet, dans la relecture de ces parcours : les arrêts sont réinterprétés après coup comme condamnés d'avance parce que ne répondant pas à de véritables « choix » ou à de véritables « décisions » et motivés par des impulsions extérieures plutôt que personnelles (obéir aux injonctions familiales, « faire plaisir à l'entourage », cesser de trahir « la confiance des gens qui vous aiment », etc.) ; la « volonté » ou la « décision » d'arrêter seraient sans cesse mises en échec par des opportunités de consommation (une fête où circulent des substances illicites, la rencontre d'un dealer au coin de la rue) ; la seule façon d'avoir la paix avec les drogues serait de ne plus jamais y toucher... Le manque de « volonté » ou les « fausses envies d'arrêter » fournissent toujours, en somme, l'explication ultime de ces échecs à « décrocher » – la substitution fournissant, de façon symétrique, la solution « miracle » au projet d'arrêter.

Pourtant, ces catégories (une volonté défaillante, des produits qui y suppléent) ne parviennent jamais vraiment, lorsque l'on écoute ces témoignages, à rendre compte de la complexité des itinéraires, ni à éclairer de façon satisfaisante ce qui s'est passé avant (qui a fait que les tentatives antérieures de « décrochage » ont échoué) ou ce qui se passe maintenant (qui a fait que le traitement « prend » et réussit aujourd'hui). Probablement faut-il, en effet, pour arriver à décrire les processus engagés autour de la substitution, sortir de ces représentations communes et se méfier, notamment, de relectures des parcours les plaçant sous l'éclairage de leurs finalités, réelles ou supposées, choisies ou imposées. Que disent en effet les usagers quand ils parlent d'arrêter ? Ils n'évoquent pas nécessairement, au moins dans ces entretiens, de projets d'abstinence totale, ni de stratégies de « substitution » d'un produit à un autre, ils parlent d'états beaucoup plus prosaïques que la « toxicomanie » ou la « dépendance » à un produit : d'états du corps, d'états psychologiques et économiques insupportables, ou de démêlés insolubles avec leur identité sociale. Et ils parlent, simultanément, de *techniques* permettant de sortir, temporairement ou de façon plus durable, de ces états. Que décrivent-ils, par ailleurs, lorsqu'ils racontent leur expérience de « la substitution », ce procédé qui leur a permis, au moins pour l'instant, de prendre des distances avec les drogues ? Ils décrivent un agencement particulier de déterminations hétérogènes, probablement toutes aussi importantes les unes que les autres, et dont on aurait peine à démêler la part d'efficacité qui leur a permis de sortir de la spirale imposée par la dépendance physique et psychologique à des substances illégales : leur obstination à trouver une solution, le soutien de leur entourage, l'éloignement des milieux d'usagers, l'importance d'un support pharmaceutique permettant de résister à l'envie d'héroïne, et bien d'autres facteurs encore, variant avec les individus.

54. C'est-à-dire « choper » (en verlan), acheter « du produit ».

L'efficacité paradoxale et inattendue (quoique espérée depuis des années) des produits de substitution, c'est d'abord que cette « came » qui permet d'arrêter la « came » arrive à « couper le circuit » engendré par la dépendance physiologique à l'héroïne – par les douleurs d'un « manque » revenant de façon intermittente et imposant chaque fois de trouver du « produit », de se ruiner pour l'acquérir, d'affronter quotidiennement la violence du marché, d'encourir des poursuites judiciaires, de se brouiller avec son entourage, etc. La surprise avec la substitution, disent très clairement certains des usagers rencontrés ici, c'est d'abord qu'elle permet de calmer une panique récurrente depuis des années, et de plus en plus envahissante⁵⁵. Mais le paradoxe de son efficacité c'est aussi qu'elle ne vient pas suppléer au manque de volonté, mais plutôt s'inscrire en renfort de la volonté, à ses côtés. « Ce produit-là, dit Gilles V. à propos du Subutex[®], c'est comme si on te donnait la clef d'une paire de menottes que t'as aux poignets, on te file la clef, on te dit, «tu ouvres quand tu veux ». . . » La substitution joue en effet sur les douleurs physiques du « manque », mais pas sur les « envies cérébrales », dit Sonia B. Elle ne résout rien, mais elle rend au moins les choses possibles ; elle permet de lutter de façon « moins fatigante » contre « les appels de la drogue », et de placer l'épreuve avec le produit sur un terrain où les armes sont plus égales, puisqu'on échappe à la spirale engendrée par le « manque ». Elle offre au fond une réponse en deux temps à l'impasse de la « toxicomanie » : d'abord une réponse immédiate et très concrète (prendre un traitement permet de retrouver un état normal, de ne plus se sentir mal, d'arrêter de « courir partout ») ; ensuite une réponse de principe à la question « l'arrêt est-il possible ? ». Sans pour autant résoudre la question des projets liés à la consommation (est-ce que je veux arrêter ou pas ?), l'existence de traitements de substitution garantit en quelque sorte la possibilité théorique de s'en sortir. Mais après, « pour arrêter de prendre de la drogue, c'est un autre problème », et la question de l'arrêt de la consommation ne relève probablement plus du champ de la substitution mais plutôt d'un choix de vie : de la place, notamment, qu'on entend donner à ce type de plaisir dans son existence (« maintenant si tu te défonces, c'est que tu en as vraiment envie », précise Gilles V.). Ou des démêlés qu'on aura engagés avec ses « envies cérébrales », relevant pour certains, d'une thérapie analytique, ou pour d'autres d'une lutte encore inachevée avec « l'hydre » qu'est la drogue, ce serpent à sept têtes auquel il en renaît plusieurs dès qu'on lui en tranche une⁵⁶.

55. Effet que certains médecins décrivent comme permettant de sortir de l'alternative « défoncé » / « en manque » – la substitution permettant de restaurer au patient, en quelque sorte, sa lucidité, ses facultés de choix, etc. Cette formulation paraît pourtant réductrice à deux égards. D'une part parce que, à un certain niveau d'accoutumance, la consommation permet précisément - les usagers rencontrés ici le signalent souvent - de recouvrer un comportement simplement « normal », et peut donner lieu à des usages différenciés, tantôt festifs (de « défonce »), tantôt sociaux (entretenir des relations « normales » avec son entourage, professionnel ou autre). D'autre part, parce qu'elle réduit le problème de la « toxicomanie » aux états psycho-physiologiques générés par la consommation, alors que les usagers mettent en cause bien d'autres types de problèmes ou d'états (financiers, sociaux, etc.).

56. L'image est empruntée ici à Sonia B.

L'arrêt de la consommation constitue une fiction sans intérêt, au moins quand on est passé de l'autre côté de la barre et qu'on a arrêté toute consommation :

« Ceux que je connais et qui s'en sont sortis, ne disent pas : « jamais, plus jamais », mais ils ont reconstruit une vie. »

[La méthadone, ça ne s'injecte pas] et en même temps, ça calme les douleurs, les manques, les envies aussi, après les envies ne sont que cérébrales, c'est encore une autre histoire, mais... les appels de la drogue sont si forts...

J'ai vu que effectivement, ça pouvait être plus confortable, c'est moins fatigant de lutter contre les appels de la drogue, ou des drogues, avec de la méthadone que sans » (Sonia B., méthadone).

« C'est pourri ce manque, ça te fait des sensations, c'est... J'en ai marre d'être en manque, t'es prêt à te mutiler tellement t'as mal, tu ressens pas la douleur, quand t'es en manque tu ressens aucune douleur, excepté ta douleur physique, ta douleur dans la chair, c'est... T'as l'impression que tu t'assèches, que t'as pas de sang, ah c'est galère le manque, donc tu vois, quand t'arrives à éliminer tout ça, quand tu sais que grâce à un produit comme le subu, par exemple, t'auras plus ça, ou alors même si t'es encore pas bien, ce serait atténué, même à 80 %... donc tu peux pas savoir ce que ça fait... Tu te rends compte, un mec en manque, tu lui donnes un truc qui en dehors d'être de la came, un truc qui le calme, on te dit grâce à ça on va peut-être t'aider à en sortir, si le mec il a vraiment envie de s'en sortir, je peux te dire... pour lui, c'est miraculeux. C'est ce que ça a fait sur moi. Parce que quand j'avais vraiment envie d'arrêter, et que j'avais tout essayé, le Temgésic qui à l'époque était soi-disant le meilleur produit, je vais te dire quand j'ai vraiment pris, la première fois du Moscontin[®] en plus grand nombre que ce qu'il fallait prendre, mais quand j'ai vu que ça m'a vraiment calmé, je me suis dit c'est bon Gilles, maintenant si tu te défonces c'est que t'en as vraiment envie, parce que si tu veux vraiment arrêter, y'a tout ce qu'il faut pour, tu vois... Tout le monde était au courant chez moi, en plus j'avais trouvé le truc qui me permettait d'être calme, d'être nickel, donc si je voulais continuer à me défoncez, là c'est que je l'avais voulu moi, c'est tout, donc c'est hyper important, tu vois, qu'est-ce que tu veux de plus ? » (Gilles V., Subutex[®]).

« Je voyais pas mal de gens sous méthadone et ça marchait. [...] On peut reprendre son souffle. On peut passer une ou deux semaines sans courir partout. ça c'est appréciable et puis de le savoir aussi c'est appréciable » [...].

« C'est sûr qu'il faut commencer par arrêter de courir partout. Il y en a qui volent, il y en a ils font des tas de trucs pour en avoir. Il faut couper ce circuit-là. Maintenant pour arrêter de prendre de la drogue, c'est un autre problème » (Franck B., méthadone).

Il s'agit moins par conséquent d'opposer une volonté de fer à la puissance « indescriptible⁵⁷ » de l'héroïne, que de trouver la technique qui permettra de mobiliser sa volonté – à armes égales, délivré de l'enfer du manque et des difficultés d'approvisionnement. Et on est moins dans l'ordre de la décision seule, que dans celui du savoir-faire. Mais ce nouveau modèle de « sortie de la toxicomanie⁵⁸ » ne va pas sans susciter le trouble – dans la mesure entre autres où on peine à l'identifier comme tel : la substitution d'un psychotrope légal à une drogue illicite permet-elle de parler de « sortie de la toxicomanie » ? Oui et non, sans doute. Le produit occupe-t-il dans cette opération une position centrale ou relative ? Oui et non, pourrait-on répondre de la même façon. La substitution permet moins de résoudre en effet « le problème des drogues » que d'opérer des passages. Et les passages se succèdent les uns aux autres, déplaçant les objectifs et les équilibres à mesure des avancées. À tel point que les explications des échecs antérieurs ou des réussites actuelles, comme les reconstitutions après coup de modèles de « décrochage » présentés comme seuls susceptibles de réussir, par ces patients à peu près « sortis d'affaire », non seulement varient avec les individus, mais sont sujettes à des réinterprétations permanentes, comme le montre ici l'exemple de Karim G., récapitulatif dans un jeu de pourcentages, à la fin de l'entretien, l'imbrication des différents facteurs qui ont permis sa « réussite » : sa volonté d'en sortir (l'énergie mise à se tenir à sa décision, le fait d'avoir su rompre avec ses fréquentations antérieures, le désir de garder l'estime de sa femme et de ses enfants), le soutien de sa femme, l'attention et la compréhension de son médecin, l'amabilité de son pharmacien... : toute cette « chaîne » d'éléments qui lui ont permis, mis bout à bout, d'arrêter de consommer des drogues illégales et de reprendre peu à peu confiance en lui. Le Subutex[®] qu'il reçoit en traitement n'a tout d'abord, en effet, aucune part dans cette projection en chiffres de son histoire, mais l'équilibre des proportions se modifie subitement quand on lui fait remarquer cette absence : la part du produit de substitution est brutalement restaurée, entamant pour moitié les 50 % de responsabilité qu'il avait d'abord imputés à sa propre volonté. L'incident souligne l'infinie plasticité des processus de substitution, dont les agencements et les interprétations semblent pouvoir se modifier en permanence, et raconte la relativité, réelle ou supposée, à la fois des actes de « volonté » et des « décisions » censés présider à la réussite des processus de « décrochage », et des techniques qui permettent « d'en sortir » – un « médicament » ici, incorporé jusqu'à en être oublié :

57. Le mot est emprunté à l'un des usagers rencontrés ici.

58. On songe ici bien sûr aux analyses de la MIRE (« Les sorties de la toxicomanie », 1992), rapportant notamment les différents processus de sortie de « toxicomanie » aux catégories qui les fondent (définition de la « toxicomanie », étiologie du mal, etc.), dans un contexte très différent cependant, puisque cette recherche menée entre 1989 et 1992 ne pouvait inclure à l'époque la substitution. La façon dont celle-ci remet en chantier la catégorie de « toxicomanie » ou la perception des causalités du « mal » mériterait pourtant d'être étudiée dans le détail.

« Je vais associer 30 % à ma femme, 50 % à moi 10 % au médecin – 15 % au médecin, 5 % au pharmacien, allez. Ils ont tous... c'est une chaîne, je vous assure que c'est une chaîne. Sans tout ça on ne peut rien faire, on ne pourra pas c'est pas possible. Moi je sais que ma réussite, je vais pas cracher dessus.

– Et votre famille ?

– Un maillon de la chaîne de tout ça qui déconne, et ça peut tout changer. Tout changer.

– Sauf que vous avez quand même 50 % en main, ce qui n'est pas rien.

– Oui, mais les 50 % je les ai pas faits tout seul. C'est les 30 % qui sont à côté, et les 5 et les 10 qui m'ont aidé à les obtenir [...] Aujourd'hui, je les ai les 50 %, mais avant de les avoir pour les obtenir, c'est grâce à tous ces gens que je vous ai dits là, ma femme, le médecin et machin... Voyez [...]. À l'heure actuelle il n'y a plus de problème, le pharmacien il peut s'en aller ça ne me gêne pas. Le médecin il pourra s'en aller, ça ne me gênera plus maintenant. Maintenant je peux vous dire ça, au jour d'aujourd'hui, mais si on revient deux ans en arrière je vous dis pas la même chose. J'ai pris confiance en moi mais c'est grâce à ces gens-là aussi. Donc c'est pour ça que je suis aujourd'hui avec vous, c'est pour dire merci à tout ça un peu.

[...]

– J'étais en train de repenser à vos pourcentages : le Subutex[®] il aurait quoi comme pourcentage ?

– Ah oui c'est vrai, je l'ai oublié, 25 alors je lui donne, et moi je me donne 25.

– Tant que ça ? Ça fait beaucoup 25...

– Oui mais c'est ça. Sans lui, il n'y aurait pas eu de départ ni de commencement. Donc, je suis bien obligé de l'associer à 25 %, obligé. Obligé parce qu'il n'y aurait pas eu de commencement. Il a bien fallu commencer, et sans ça on n'aurait rien fait du tout, et la base de réussite au départ c'était le Subutex[®] (Karim G., Subutex[®]).

Un jeu de substitutions « à tiroirs »

Si les formulations par ailleurs du désir d'arrêter sont si variées et le vocabulaire de l'interruption apparemment inépuisable (« arrêter la drogue », « décrocher », « faire des pauses », « pouvoir bouger », « être normal », « couper le circuit », etc.), c'est que le désir de « s'en sortir » ou de « décrocher » correspond à des états eux-mêmes extrêmement divers, non seulement corporels, mais également psychologiques ou économiques, ou à des situations sociales de plus en plus invivables ; et les manières d'y échapper, provisoires ou définitives, seront aussi diverses que les états mis en cause.

La première chose à supprimer est bien entendu le « manque », dont les douleurs sont insupportables. « Trop de douleur, trop de misère, trop de suicides, trop de morts », dit l'une des patientes : « Comment on a pu laisser des gens, surtout des

jeunes, sans traitement contre la douleur ? » Le manque est d'autant plus violent qu'il est récurrent – c'est-à-dire qu'on est pauvre ou que le produit est difficile à se procurer. À tel point que la substitution, c'est d'abord « l'aspect purement social des choses », continue la même personne : une façon d'éviter que des gamins de quatorze ou quinze ans ne « remplissent les prisons » et deviennent « des gangsters », ou d'empêcher les gens « de souffrir et de pleurer dans leur misère », comme elle le faisait avant d'avoir accès à des traitements.

Mais le manque ne constitue pas le seul problème. La « dépendance » à un produit cher, difficile à trouver, illégal et suscitant une réprobation sociale intense produit des effets en série, et les états physiques, psychologiques, économiques ou sociaux qui en résultent sont toujours plus ou moins imbriqués. Or, les envies d'arrêter, loin d'être univoques, sont « à tiroirs », et on peut toujours avoir envie de voir cesser un état mais pas l'autre. Si « la drogue » – l'héroïne, ici – c'est tout à la fois l'ivresse et le plaisir, le manque, la cherté, la régularité, l'illégalité, la fréquentation du « milieu » et bien d'autres choses encore, on peut en effet avoir envie de tout arrêter, et de se libérer de tout d'un coup, mais aussi, comme Yves G., de cesser de fréquenter le milieu sans se priver du plaisir de l'héroïne ; comme Hélène S. autrefois, d'organiser quelques entorses à la régularité, mais sans renoncer à sa consommation ; comme Philippe R., de supprimer la cherté mais pas l'illégalité ; ou comme Olivier N., de revenir par moments à des activités moins délicieuses, mais sans rompre avec la « défonce ». Les parcours décrits ici par les patients témoignent, de fait, d'une gamme d'attitudes extrêmement diverses à l'égard des produits de substitution, et illustrent sans ambiguïté la variété des utilisations qui peuvent en être faites.

Substituée au Subutex® depuis deux ans, Hélène S. paraît avoir largement stabilisé sa consommation au moment de l'entretien, à des doses d'ailleurs « infinitésimales ». Mais elle a connu d'autres usages des produits de substitution. Mariée autrefois à un médecin, elle a longtemps vécu non loin des Pays-Bas, consommant quotidiennement de l'héroïne ainsi que son mari, mais dans des conditions matérielles leur épargnant les problèmes d'approvisionnement. Leurs ressources étaient assez importantes en effet pour leur permettre d'acheter l'équivalent d'un mois de consommation, et lorsqu'ils voulaient faire des pauses ou se trouvaient en rupture de stock, son mari pouvait leur prescrire du Moscontin® ou de la morphine, à moins qu'ils n'aillent aux Pays-Bas se procurer de la méthadone, alors inaccessible en France. À cette époque, dit-elle, suspendre provisoirement sa consommation d'héroïne pour la remplacer par de la méthadone ou des sulfates de morphine n'avait rien à voir par conséquent avec de la « substitution », c'était une mesure d'hygiène – d'hygiène du corps (« je pense que l'organisme a besoin de pauses ») ou de l'esprit (« c'était une volonté régulièrement de se dire : bon allez, demain j'arrête ; demain j'arrête, demain j'arrête, demain j'arrête, demain j'arrête. ») ;

une simple parenthèse en somme, commandée sinon par des problèmes d'approvisionnement, au moins par un souci de régulation minimale de sa consommation, à un moment où elle n'identifiait guère d'ailleurs sa consommation comme problématique :

« C'était vraiment un truc de confort, c'est-à-dire que, ou bien je prenais de la dope, ou bien je prenais un médicament qui faisait que, voilà, il y avait ou l'un ou l'autre, mais il n'y avait jamais rien du tout. »

[...]

« Quand on a réglé ce problème d'approvisionnement, ça ne pose plus aucun problème [...]. Il n'y a plus de problème. C'est comme avoir une boîte avec des bons cigares dedans, ou une cave avec du Bordeaux [...] Moi j'avais réglé le problème de l'approvisionnement. J'habitais dans un pays limitrophe de la Hollande. J'avais les moyens de le faire. Il était clair que tous les mois, une fois par mois, j'allais en Hollande – alors je prenais des risques énormes, il fallait que je ramène tout. Donc en fait, j'allais en Hollande, j'achetais cent grammes, et je tenais un mois ; nous tenions un mois à deux. Donc quelque part [...], c'était comme ça, c'était pas autrement, et puis voilà. Mais il y avait aucune volonté de revendre, de se faire du fric ou quoi que ce soit. Non : on faisait tranquillement chez nous, on n'emmerdait personne, on allait là-bas, on l'achetait, on rentrait chez nous et puis voilà. C'était quelque chose qui était géré [...] » (Hélène S., Subutex®).

Il y a longtemps également, Gérard D. a été lui aussi conduit à réguler sa consommation avec des produits de substitution, mais pour des raisons différentes. À une période où il était cadre dans une société, il « décrochait » chaque fin de mois quand il n'avait plus d'argent, en substituant du Néocodion® à l'héroïne, plutôt qu'avoir à se livrer à des activités délictueuses – c'est-à-dire par exemple à revendre des produits illicites pour payer sa consommation. Pour qui travaille et n'est pas obligé de vivre de « larcins », comme le dit un autre patient, pour acheter son « produit », l'alternative passe en effet souvent entre ajuster sa consommation aux moyens qu'on peut dégager, augmenter sa charge de travail pour faire face à ses dépenses (mais rapidement alors, on se met à consommer plus pour pouvoir tenir le rythme, à travailler davantage pour payer ce surplus de consommation, à augmenter encore les doses en retour... et l'inflation des besoins comme de l'activité devient rapidement intenable⁵⁹), ou doubler ses activités professionnelles d'une activité illégale, en achetant souvent en quantités importantes, à la fois pour s'approvisionner à moindre coût, et pour autofinancer sa consommation en en revendant l'essentiel :

59. Comme en témoigne l'un des patients rencontrés ici : « Comme moi, je suis pas un braqueur de banques, ou un braqueur de vieilles, ben je bossais pour me payer ma came, donc pour bosser fallait que j'en prenne beaucoup plus, donc je prenais beaucoup de came pour pouvoir bosser, et je bossais pour me payer ma came, donc... tu vois le truc, quoi, ça en finit pas... »

« – Comment ça vous décrochiez tous les mois ?

– Eh bien quand il n’y avait plus de fric. Quand il n’y avait plus de fric, on arrêta.

– Comment vous faisiez à ce moment-là ?

– Eh bien on décrochait (*rives*)... On décrochait, on arrêta : Néocodion®. (...) Mais c’est vrai que là, la dernière semaine du mois, les dix derniers jours, c’était... profil bas, quoi (*rives*). Enfin c’est-à-dire que, tous les mois, tous les deux mois on décrochait... Dans un sens, c’est bien. C’est vrai qu’on n’avait jamais dépassé non plus des grosses doses. [...] Il faut arrêter, hein... Ne plus avoir de cheveux pendant 15 jours, après 15 jours à tirer la langue. Décrocher tous les mois... Tout ça parce que je n’avais pas envie de, de saloperies, quoi... Me mettre à dealer ou... Je n’avais pas du tout envie de faire ça... » (Gérard D., Subutex®).

Pour Philippe R., qui conserve aujourd’hui encore un attachement violemment contradictoire à l’héroïne, la situation est plus complexe et il importe moins, vraisemblablement, de sortir de l’illégalité que de se rétablir financièrement. Chez lui, l’équilibre est suffisamment rompu sur tous les plans – judiciaire, économique, social – pour que la question du « décrochage » soit posée en permanence, mais sans que le fait d’arrêter totalement de consommer ne soit non plus envisageable ou envisagé. Il fait l’objet d’une procédure d’injonction thérapeutique. Ses grands écarts entre des promesses de « décrochage » et des pratiques de consommation plus ou moins avouées n’arrivent pas à le libérer de son image de « drogué », ni auprès des dealers qui l’attendent au bas de l’immeuble, ni auprès de son entourage, qui supporte d’autant plus mal ses embardées qu’il semble toujours être en train d’arrêter. À 34 ans, il vit de petits contrats sur des marchés et doit rembourser des dettes ou régler des contraventions accumulées depuis près de dix ans. Pour lui, l’approvisionnement en héroïne a engendré pendant longtemps des problèmes insolubles, et la question de l’argent – qui lui permettrait de remonter la pente et de sortir de la « galère », mais aussi d’acheter la « came » dont il a envie – paraît focaliser en permanence la contradiction. La substitution a joué dans ce contexte le rôle d’un stabilisateur : elle lui a permis d’abord d’inverser les proportions de sa consommation (il a « décidé d’arrêter sa consommation de base », dit son médecin) et de renverser les équilibres. Aujourd’hui, il consomme différemment, sans être « accro » à l’héroïne, occasionnellement et presque uniquement quand on lui en donne, dit-il – le traitement ayant d’ailleurs permis de diminuer sa tolérance à l’héroïne, dont il retrouve maintenant des effets avec de faibles quantités (« avant il me fallait des quantités industrielles, maintenant une crotte de nez, excusez-moi, ça me défonce toute la journée »). Et les produits de substitution qu’on lui prescrit lui permettent de parer au manque, de pouvoir « bouger », et d’avoir des activités autres que celles qui sont liées à l’approvisionnement. Il travaille aujourd’hui sans être « défoncé », règle ses dettes, peut payer un loyer et honorer un crédit

pour sa voiture. Il se rétablit peu à peu en somme sur le plan financier, et peut envisager d’autres dépenses que la drogue – et arrive à gérer son budget, c’est-à-dire aussi à se payer ses « doses » sans mettre en péril son équilibre financier.

Olivier N. enfin semble alterner des phases plus ou moins « délinquantes ». Sous traitement au Subutex® depuis deux mois au moment de l’entretien, il a 30 ans et consomme des psychotropes illégaux depuis une dizaine d’années. Tantôt il travaille pour payer une consommation élevée, subtilisant à l’occasion des sommes d’argent considérables aux clients des hôtels où il est employé. Tantôt il suspend sa consommation d’héroïne en y substituant un opiacé légal, pour privilégier des projets personnels ou professionnels auxquels il tient particulièrement, et dont la réussite exige de normaliser sa situation. Ces interruptions provisoires semblent obéir à un faisceau de motivations diverses : l’attachement à un nouveau travail dont il ne veut pas être chassé comme il l’a été de l’hôtel paraît déterminant au moment de l’entretien, mais semblent également jouer une culpabilité diffuse (prendre de l’héroïne, quoi qu’il en soit, reste plus « grave » que prendre du Néocodion®), ou le désir d’être *clean*, le statut d’« héroïnoman » restant lourd à porter. Il avoue cependant ne jamais avoir eu envie d’arrêter – même si la pause que lui imposent un accident de la circulation et une jambe dans le plâtre lui donne l’occasion de se tenir au traitement qui lui a été prescrit quelques mois auparavant, et l’espoir aussi qu’il va cette fois « décrocher ». Les « pauses » dont il a l’air d’être coutumier, au cours desquelles il substitue la codéine à l’héroïne, ne sont pas, précise-t-il lui-même, des arrêts de la consommation, ce sont des « arrêts du produit ». Il ne s’agit pas non plus de « substitution », terme qu’il n’emploie à aucun moment en deux heures d’entretien, mais plutôt d’une inversion momentanée des proportions entre pratiques de plaisir et utilisation de palliatifs au manque. Employé dans des intentions et des contextes différents, le Néocodion® peut ainsi faire l’objet d’utilisations variables : dans les périodes où il consomme beaucoup, il lui sert à pallier le manque ; mais dans les périodes où il lui importe plutôt de normaliser sa situation, il l’utilise pour décrocher, moins du « produit », auquel il tient beaucoup, que du mode de vie qui va avec.

« Septembre, octobre, novembre, ça a été la chute totale, mais totale, quoi.

– En consommant beaucoup ?

– Ah ouais, beaucoup.

– Et plus du Néocodion® ?

– De temps en temps, mais c’est-à-dire pour pas être malade, de temps en temps, j’en prenais, parce que le Néocodion®, c’est vrai ça enlève un peu le manque, vu que c’est à base de codéine. Vous en prenez 20, c’est sûr que ça enlève le manque un petit peu quand même. Tout toxico le sait. C’est vendu en vente libre, ça coûte 13,10 F, c’est pas cher, ça peut rendre service une heure ou deux, quoi, même plus. Après, ça dépend comment on s’en sert.

- Comment ça, ça dépend comment on s'en sert ?
- Ça dépend si on consomme ou pas, quoi. Moi pendant un moment, je consommait une fois ou deux par mois et je prenais trois quarts de Néocodion[®], alors que là je consommait trois quarts de came, et je prenais de temps en temps du Néocodion[®], pour pas être malade le matin, quoi, en attendant que j'allais pécho, quoi.
- [...]
- En 95 eh ben j'ai décidé d'arrêter déjà. Donc j'ai arrêté le produit.
- Comment vous avez fait à ce moment-là ?
- J'ai arrêté par le Néocodion[®]. Bon c'est un petit peu remplacer par autre chose, mais ça coûte quand même moins cher et c'est quand même moins grave que l'héroïne, donc j'ai pris du Néocodion[®] et j'ai arrêté pendant pas mal de temps, oui je peux vous dire, j'ai arrêté pendant un an et demi. En en prenant de temps en temps et en prenant pendant 90 % du temps du Néocodion[®]. C'est-à-dire que de temps en temps, hop, petit plaisir, je me faisais un trou. Un trou quoi. Je me faisais un petit plaisir, j'allais m'acheter un paquet et je m'envoyais un truc » (Olivier N., Subutex[®]).

Sortir d'états difficilement compatibles avec l'équilibre auquel on aspire ne veut pas dire par conséquent arrêter totalement sa consommation, et arriver à faire cesser ces états peut mobiliser des techniques différentes. On peut être amené à réguler soi-même sa consommation en y ménageant des pauses – le plus souvent grâce au Néocodion[®] acheté en pharmacie, sans l'entremise d'un médecin – pour résister à l'« hydre », comme Sonia B., ou pour éviter d'entrer dans la délinquance, comme Gérard D. On peut être conduit à remplacer provisoirement un type de pratique par un autre, mais plus souvent pour contenir sa consommation (pour ménager l'équilibre de son organisme, dit Hélène S.), ou pour faire face aux contraintes de la vie sociale, comme Olivier N., que parce qu'on a envie d'« arrêter ». On peut inverser les proportions de sa consommation pour retrouver un équilibre social, comme Philippe R., sans pour autant envisager d'arrêter totalement. On peut aussi « décrocher » brutalement, à la dure, avec juste un traitement d'appoint, et rompre entièrement avec ses anciennes habitudes. Ou encore chercher le produit de substitution, voire le traitement, qui viendra se substituer efficacement à l'héroïne, et permettra, effectivement, de « couper le circuit » et de passer à une autre phase de sa vie.

Les opiacés de substitution, qu'ils soient auto-prescrits, acquis sur le marché noir ou administrés en traitement, peuvent fournir en effet le support de toutes ces formes de « décrochages ». Loin de porter leur finalité en eux-mêmes, ils se prêtent à tous ces usages, et s'ils offrent une alternative, c'est autant à l'« hydre » qu'est la drogue qu'à la perspective du sevrage : aux échecs à répétition auxquels ont régulièrement conduit les décrochages « à la dure », mais aussi au projet d'ab-

stinence qu'ils proposent. Loin de résoudre les tensions contradictoires auxquelles est soumis le désir d'arrêter, la substitution semble venir s'inscrire plutôt au point exact où elles en sont. Elle offre une sorte de situation intermédiaire entre ces deux pôles, une étape ambiguë où travaille de façon continue et parfois sur le long terme la question du projet lié aux drogues : que veut dire « s'en sortir » ? Qu'est-ce que j'en attends ? Y a-t-il une façon vivable d'utiliser les drogues, ou n'y a-t-il d'autre alternative que d'arrêter complètement ? Qu'est-ce que je vais faire d'une vie sans les drogues ? Est-ce que je veux vraiment tout arrêter, et comment vais-je m'y prendre ?

Paradoxes du savoir-faire

Le trouble ou le paradoxe, cependant, de ces substitutions d'un produit à l'autre, ou d'un dispositif à l'autre, c'est que ce sont les mêmes techniques qui permettent d'arrêter ou de continuer. Non seulement parce que les mêmes produits, pris dans des dispositifs différents, peuvent venir remplir des fonctions différentes, comme on vient d'en voir l'exemple. Mais aussi parce que la frontière reste ténue, entre « médicaments » et « drogues ». S'ils aident à calmer des douleurs excessives, les produits de substitution ou les « cachets » prescrits contre le « manque » viennent aussi élargir l'éventail des produits psychotropes utilisés dans des visées de « défonce ». Ils peuvent potentialiser les effets de substances illicites de mauvaise qualité, privées d'une partie de leurs effets psychotropes par des coupages successifs avec des produits plus ou moins neutres. Ils peuvent remplacer des substances illicites dans des cocktails divers – la méthadone, à l'occasion, remplace l'héroïne dans des mélanges associant de façon contradictoire les effets stimulants de la cocaïne aux effets hypnotiques ou euphorisants des opiacés, ou permet d'amortir des « descentes » de cocaïne ou d'autres psycho-stimulants trop violentes⁶⁰. Les effets psychiques des produits de substitution, plus ou moins inexistantes lorsque l'on respecte les modes d'absorption indiqués, peuvent, on le sait, être stimulés, à condition d'en modifier la préparation : les sulfates de morphine ou le Subutex[®], par exemple, sont fréquemment pilés ou dissous pour être injectés ou sniffés, produisant des effets variables selon les consommateurs, les expériences antérieures auxquelles ils les réfèrent ou les conditions dans lesquelles ils les absorbent. Tout dépend de la façon dont on consomme ou on marie ces « drogues » et ces « médicaments », et la culture d'usage des psychotropes, qu'ils soient légaux ou illégaux, est assez ingénieuse pour en multiplier à l'infini les utilisations.

60. Le mélange d'héroïne et de cocaïne est souvent présenté comme un « must » par les usagers qui apprécient l'alternance et le jeu contradictoire des effets des deux substances, et la méthadone semble être utilisée pour remplacer l'héroïne dans ce type de fonction. L'un des patients rencontrés ici décrivait cette propriété de la méthadone, à un moment où, ne trouvant plus d'effets dans l'héroïne à cause de son traitement, il s'était tourné vers la cocaïne : « Je trouvais ça bien parce que la cocaïne ça faisait son effet et la méthadone, ça faisait l'effet de l'héroïne ; ça calmait un peu la cocaïne. C'était parfait. »

Dans cet échantillon, aucun des patients ne détourne les produits qui lui sont prescrits vers des usages visant ouvertement la recherche d'effets stimulants – ou aucun du moins ne le dit. Un seul déclare faire des réserves de Subutex® et manifeste des intentions plus ou moins ambiguës : il dit avoir besoin de se rassurer en constituant des stocks, mais on peut imaginer qu'il en revend. Un autre dit s'être injecté le Subutex® dans les premiers temps de son traitement, mais présente plus l'initiative comme une attirance irrésistible pour la seringue que pour le plaisir que lui aurait procuré le produit, sans effet d'ailleurs pour lui (« il n'y a rien, il n'y a aucune montée, il n'y a rien quoi »). Tous utilisent par conséquent les produits de substitution comme tels, ou du moins déclarent le faire au moment de l'entretien, même s'ils maintiennent quelques « consommations parallèles » et continuent à l'occasion d'utiliser des produits illicites. Presque tous en effet – mais on a vu à quel point la méthodologie adoptée pour cette enquête avait influé sur le profil de son échantillon – semblent avoir cherché à un moment de leur parcours à s'extraire d'un mode de vie excessivement dominé par les problèmes liés à la consommation, et à profiter de la substitution pour modifier leur comportement vis-à-vis des « drogues », plutôt que pour varier leurs formes de consommation ou suppléer à des problèmes d'approvisionnement. Mais tant que le goût pour la « défonce » et le mode de vie qui va avec prévalent, l'utilisation des médicaments ou des produits de substitution reste au moins ambiguë, à plus forte raison dans un contexte de problèmes d'approvisionnement, de manque de moyens pour acheter les produits recherchés, ou de dégradation de la qualité des substances circulant sur le marché. Tant qu'il s'agit de gérer sa consommation au mieux de ce que permettent ses moyens financiers d'une part, et de ce qu'exigent les besoins de son organisme ou de la recherche de plaisir d'autre part, les psychotropes légaux viennent alterner avec les substances illicites, ou parfois s'y mêler.

Du côté des patients préexiste donc un savoir de la substitution qui a pu servir à la poursuite de la consommation, autant qu'à ses arrêts. Ce savoir viendra souvent parasiter, de façon plus ou moins consciente, l'utilisation des traitements, et brouiller la frontière entre deux logiques d'utilisation des mêmes produits, médicale d'une part, et héritée d'autre part d'une culture d'usage des psychotropes en privilégiant les effets d'ivresse ou de « défonce ». Il viendra souvent troubler par ailleurs les médecins, qui hésiteront sur les comportements à adopter, et seront conduits à se reposer régulièrement les mêmes questions : que fait-il(-elle) de ces traitements ? est-il(-elle) en train d'arrêter ou pas ? Y a-t-il des consommations parallèles ? Etc.

Mais il y a un autre trouble, ou un autre paradoxe de la substitution. On peut sans doute dire en effet, que « la substitution » n'existe pas, au départ, pour les usagers – ou du moins qu'elle n'existe pas au plan thérapeutique, comme soin de la « toxicomanie », mais plutôt au plan social, comme réponse à des problèmes juridiques, économiques ou sociaux. Au départ, les patients parlent en effet rare-

ment de « substitution », au moins spontanément. Ils nomment des produits plus ou moins appropriés à une réponse immédiate à leur problème de « manque », ils évoquent parfois les « produits de substitution ». Ils veulent « arrêter » leur consommation par ailleurs, mais parlent peu de « la substitution » pour elle-même, et notamment de l'outil ou des stratégies thérapeutiques qu'elle incarne. Lorsque l'on les interroge sur « la substitution », leurs réponses quittent en général le plan privé, pour se déporter vers un plan social : la substitution, c'est une « soupape de sécurité » pour la société, « c'est très bien socialement », « ça a sauvé tout le monde », ça permet d'« éviter les contaminations », ça « sort les gens de l'isolement » ou de la « misère » : c'est une réponse sociale, administrative ou politique, en somme, à un problème social. Mais la substitution *pour soi*, c'est autre chose, voire ce n'est rien, tant qu'on n'est pas soi-même engagé dans un « traitement » identifié comme tel. Olivier N., par exemple, ne prononce à aucun moment le terme en deux heures d'entretien, lui préférant celui de « traitement » lorsqu'il veut qualifier une consommation de Subutex® dans laquelle il ne voit une rupture avec ses anciennes habitudes que depuis deux mois. Hélène S. ne parle de « substitution » ni à propos de la méthadone qu'elle prenait de temps à autre avec son mari, ni à propos du Moscontin® que lui prescrivait son médecin pendant sa grossesse pour l'aider à stabiliser sa consommation. Elle n'en parle qu'à propos du Subutex® qui lui a été prescrit par la suite, et dont elle n'a accepté de partager la gestion avec son médecin qu'après avoir renoncé, après plusieurs échecs, à se sevrer entièrement.

Il y a donc pas au départ, pourrait-on dire, de stratégies de substitution, mais plutôt des produits de substitution d'un côté, et des envies d'arrêter de l'autre. Or, la rencontre des deux, par la médiation des médecins, produit un double effet. D'un côté, certainement, les produits de substitution, utilisés selon les procédés indiqués par les médecins, permettent d'« arrêter », au sens où ils « coupent le circuit » – heureuse surprise. Mais de l'autre, en revanche, la substitution ne permet pas d'« arrêter », au sens où elle ne libère pas de la dépendance aux opiacés – mauvaise surprise. La temporalité de l'« arrêt » n'est pas la même en effet que celle de la « substitution ». Les usagers déterminés à arrêter toute consommation voyaient *a priori* dans la substitution une alternative au sevrage « à la dure » – un sevrage humanisé, adouci par la transition d'un support chimique moins aliénant que les drogues illicites, mais relativement rapide. Mais la substitution propose de jouer sur un temps long. Elle invite d'abord à remplacer la consommation de produits illicites par la consommation d'opiacés de synthèse, et à la stabiliser. Elle prévoit ensuite de descendre progressivement les doses, mais ne permet d'envisager le sevrage qu'à plus long terme, dans un troisième temps. Pour accepter leurs « traitements » comme tel, il faudra souvent d'abord que les patients consentent à convertir un projet d'arrêt de la consommation en projet de « substitution ».

L'INVENTION DES SUBSTITUTIONS

Si « la » substitution n'existe pas en soi, il y a des pratiques de la substitution, en revanche, bien réelles. Les objectifs des uns et des autres sont plus souvent brouillés ou contradictoires qu'univoques. Les produits font l'objet d'utilisations très différentes. Les intentions varient à mesure de l'évolution des traitements. Loin d'avoir standardisé les comportements, les dispositions réglementaires ont poussé les médecins, tantôt à y adapter leurs pratiques, tantôt à bousculer les cadres qui leur étaient proposés. Mais la substitution *s'invente*, dans les pratiques, en marge des objectifs qui lui sont assignés et des rôles qu'elle est censée distribuer. Et elle s'invente, d'abord, entre les prescripteurs des traitements et leurs usagers. Imprécise ou brouillée quand on arrive au seuil du cabinet, l'idée en prend sens en effet, ou prend « corps », dans l'expérience des effets des produits de substitution d'abord, et de la relation avec le médecin ou avec le patient ensuite – dans l'expérience en somme des traitements.

Interroger ces pratiques de substitution « en ville » demande à explorer la relation « médecin/patient ». Mais la qualification médicale elle-même de relations construites autour de la prescription de produits de substitution, ou la médicalisation de fait d'un problème – qualifié de « toxicomanie » – qui déborde largement le seul champ médical, ne vont pas de soi.

De fait, les cas de figure sont très divers. Dans un contexte de délivrance « en ville », les usagers de drogues ont la possibilité de se faire suivre, soit sur le plan somatique, soit sur le plan de leur « toxicomanie », soit, de façon conjointe, sur les deux plans. Du côté des patients, il y a donc ceux qui viennent chercher un généraliste, et qui trouvent à l'occasion des produits de substitution : dans le groupe de patients rencontrés, par exemple, trois s'étaient « autosubstitués » de façon autonome bien avant de rencontrer leur médecin, et l'avaient sollicité au départ pour régler des problèmes somatiques⁶¹ ; leurs médecins les ont convaincus dans un second temps de substituer au Néocodion® des produits présentés comme plus efficaces et moins difficiles à supporter⁶² et de partager avec eux la gestion de leur

61. Ou plus exactement deux ont sollicité leur médecin pour un problème somatique, la troisième patiente a été sollicitée par son médecin pour se faire suivre directement, plutôt que de consommer le Moscontin® prescrit à son ami.

62. Moscontin® ou Subutex®, ici.

consommation, mais la relation thérapeutique était déjà fondée sur la prise en charge des problèmes somatiques. Par ailleurs, il y a les patients venus chercher des produits de substitution et qui ont trouvé à l'occasion un médecin : la plupart des personnes rencontrées⁶³ dans le cadre de cette étude étaient de fait en quête, au départ, d'une alternative à la dispensation en centre spécialisé. Les deux tiers cherchaient le dispositif adéquat à une démarche soucieuse d'autonomie – à savoir le « bon produit » et le « bon médecin » qui permettraient de « s'en sortir » sans avoir à passer par le contrôle des centres⁶⁴ – mais sans solliciter nécessairement un suivi médical ou un « traitement » de leur « toxicomanie », même si la rencontre avec un généraliste leur a permis de se faire suivre aussi sur un plan somatique, et les a conduits progressivement, parfois, à accepter le partage du contrôle de leur consommation.

Du côté des médecins, par ailleurs, il y a ceux qui soignent les affections somatiques et se bornent à accompagner les initiatives prises par leurs patients sur le plan de la « toxicomanie », en les laissant juges de leur rythme et de leurs besoins. Et il y a ceux qui s'efforcent d'engager leurs patients dans un processus thérapeutique ou de prendre en charge leur « toxicomanie », mais en s'inquiétant du manque d'adéquation de leur intervention avec les problèmes réels (sociaux, affectifs, etc.) qui se posent à leurs patients. Il n'y a donc au fond, dans cet échantillon, pas de patient qui soit venu chercher à proprement parler une « prise en charge », ou un « traitement » de substitution. Et presque tous les médecins s'interrogent à un moment ou à un autre sur l'adéquation de leurs fonctions de dispensation avec leur rôle de médecin généraliste.

Rien n'est qualifié par conséquent de soi-même, ou d'emblée, dans les relations qui unissent ces médecins généralistes et leurs patients usagers de drogues. Tout paraît plus ou moins brouillé ou entremêlé, et tout se réinvente en permanence. Et ce qu'il faut parvenir à élucider au fond, sans présumer ni des fonctions (prescrire, soigner, guérir, etc.), ni des rôles de chacun (autorité ou laxisme des médecins, compliance ou rébellion des patients, etc.), au travers de ces entretiens, c'est un rapport social complexe qui invente ses propres logiques. Un rapport social

singulier s'instaure, situé à la confluence d'un dispositif de santé publique et d'une médecine générale résolue à assumer ses fonctions sociales, autant que ses fonctions médicales.

Trois angles d'approche des pratiques ou des inventions de la substitution « en ville » exposées au travers de ces entretiens croisés, réalisés avec les patients d'abord, puis avec leurs médecins ensuite, ont été retenus ici :

- Tout d'abord la *construction* du traitement ou de la prescription : la manière dont ils se négocient, dont ils fluctuent et dont ils s'équilibrent, sachant que cet équilibre n'est jamais donné, mais, précisément, construit. En prêtant une attention particulière à la détermination des dosages, dont nous verrons qu'elle ne relève pas d'une codification rigide.

- Le *passage* jamais gagné, ensuite, d'une logique d'« usage » des produits psychotropes à une logique « thérapeutique » de consommation de « médicaments » contrôlée par des médecins. En s'arrêtant plus particulièrement sur les négociations concernant le rythme des prises, dont nous verrons qu'elles recouvrent bien plus que la nécessité de garantir aux produits de substitution leurs effets « à libération prolongée ».

- Les tensions ou *événements* du traitement enfin : la manière dont l'histoire des patients résiste à l'idéal de l'arrêt définitif, et celle dont les médecins apprennent à s'accommoder de cette désillusion. En s'intéressant notamment au maintien de consommations « parallèles », dont nous verrons qu'il est bien autre chose qu'un simple résidu des pratiques antérieures.

1 - UNE CODIFICATION INACHEVÉE : DÉTERMINATION DES DOSAGES, GESTION DES QUANTITÉS

Si l'on en croit les entretiens réalisés, notamment avec les patients, le choix du « bon » produit et du « bon » cadre de délivrance constitue un élément déterminant de la réussite de « décrochages » appuyés sur la substitution. La valeur accordée à ces choix de départ résulte parfois sans doute de l'intériorisation *a posteriori* de choix dictés par déterminations extérieures – tel patient passé d'un Néocodion® autoprescrit aux sulfates de morphine dira, par exemple, que le Moscontin® qu'on lui délivre est « le meilleur produit », en déclarant par ailleurs qu'il n'a jamais pris de méthadone ni de Subutex®. Mais elle doit bien souvent surtout être rapportée aux connaissances accumulées au cours des expériences de « décros » antérieures, qui ont permis à chacun d'arrêter le dispositif qu'il lui fallait. Telle patiente rebelle à toute prétention de contrôle de ses pratiques s'est imposée le passage par un centre méthadone pour avoir accès à un produit non injectable. Tel autre avait exclu au contraire la méthadone pour avoir remarqué que les usagers de son quartier conti-

63. Soit les deux tiers de cet échantillon (9 personnes sur 14). Certains sont passés par un CSST délivrant de la méthadone, seule possibilité pour eux, au moment où il leur fallait « décrocher », d'avoir accès à un traitement qui leur convienne : soit parce qu'il leur fallait un produit non injectable, soit parce qu'ils ne trouvaient pas de médecin susceptible de leur prescrire de sulfates de morphine (le besoin d'arrêter s'étant exprimé ici avant 1995), soit parce que la méthadone leur apparaissait comme le seul traitement efficace. Mais tous sont passés « en ville » dès que possible. Un patient présente une situation un peu différente : « autosubstitué » au Néocodion® et à la Codédilyle Houde® avant même 1993, il avait fini par trouver un médecin qui lui prescrive du Moscontin® dans un Centre municipal de santé. Lorsque son Sida s'est déclaré, le relais de son suivi médical, et conjointement de la prescription de produits de substitution, a été pris par l'un des médecins rencontrés ici.

64. Seule une personne sur les quatorze rencontrées cherchait, sinon un « traitement », au moins un dispositif qui associe délivrance de produits de substitution et contrôle des pratiques de consommation – solution qui lui apparaît comme la seule susceptible de lui permettre de « s'en sortir ». Ce patient a été suivi tout le temps de sa substitution (dont il s'est sevré aujourd'hui) en CSST. Son itinéraire de « décro » est totalement indépendant de son suivi en médecine générale, même si son généraliste lui a servi d'intermédiaire avec les différents centres ou les différentes structures d'accueil qu'il a expérimentés successivement.

nuaient à venir acheter de l'héroïne malgré leur traitement au centre voisin. Un autre a fixé son choix sur le Subutex® après avoir échoué avec le Moscontin® et constaté que la méthadone (testée ici sur le marché noir) ne lui faisait pas grand effet. Tel autre encore a tenté suffisamment de « décros » pour affirmer que seul le contrôle étroit d'un centre peut permettre aux usagers d'en finir avec leurs pratiques de « défonce ». Tel autre enfin juge les conditions de délivrance en centre incompatibles avec ses activités professionnelles... Chacun semble connaître, sinon *le* produit et les procédures de délivrance qui lui permettront de s'en sortir, au moins ceux qui lui laissent peu d'espoir de réussir.

Or, il se trouve que les conditions offertes, par ailleurs, à la dispensation de produits de substitution « en ville » sont telles que le choix du traitement, paradoxalement, ne relève pas à proprement parler au départ d'une concertation entre médecins et patients. Les généralistes n'ayant en effet d'autre possibilité, depuis 1996, que de relayer une prescription de méthadone initiée en centre spécialisé, de prescrire du Subutex®, ou, à la marge, de perpétuer des prescriptions de sulfates de morphine initiées avant la modification des cadres de délivrance, la nature de leurs prescriptions est généralement moins déterminée par des décisions plus ou moins négociées avec leurs patients que par l'historique de leur démarche. Les jeux sont généralement déjà faits, en effet, quand un patient arrive dans un cabinet médical avec une demande de substitution. Soit il demande le relais en ville d'une prescription de méthadone ; soit il demande à se voir délivrer « en ville » des produits de substitution, et le choix se limite au seul produit disponible ou autorisé dans cette indication (Moscontin® ou Skenan® avant 1996, Subutex® depuis). Si l'on exclut de fait l'alternative de prescriptions visant le simple soulagement de la douleur, sur de courtes durées, et sans prétention à favoriser la stabilisation des patients, la question du choix⁶⁵ des traitements n'a véritablement été posée, au fond, qu'au tournant de l'évolution du cadre réglementaire lorsque le Subutex® venant se substituer en ville aux sulfates de morphine, les médecins ont été conduits à négocier avec leurs patients le passage à un autre traitement, ou le maintien au contraire de celui qui avait été institué⁶⁶.

65. Un seul cas de négociation est rapporté dans cet échantillon, au départ du traitement : le patient, qui sollicitait une prescription de Palfium® se l'est vue refuser au profit du Moscontin® (l'initiation du traitement remonte à 1995). Dans tous les autres cas, le choix de départ avait été déterminé implicitement par le parcours du patient : date de la demande, passage éventuel par un centre méthadone, ou demande formulée directement en ville. Dans certains cas peuvent avoir lieu, en revanche, on le verra, des changements de prescription en cours de traitement.

66. Dans cet échantillon, le Subutex® a été proposé, à cette occasion, à trois patients jusque-là « substitués » ou « auto-substitués » avec du Néocodion® ou du Di-Antalvic®, qui les rendaient malades. Le passage du Moscontin® au Subutex® a été choisi en concertation avec le patient dans deux cas. En revanche, trois personnes stabilisées de façon satisfaisante sous Moscontin® ont conservé leur traitement en l'état, l'une parce que cette prescription constituait « le bon choix », selon le médecin, pour un patient stable, qu'un Sida déclaré et un cancer du foie conduiraient sans doute bientôt à utiliser ce produit comme palliatif à la douleur ; les deux autres parce que rien ne semblait venir justifier un changement aux yeux du médecin (« Moi l'urgence pour S. ce n'est pas de changer de produit, c'est d'essayer d'avoir un suivi psychologique qui soit sérieux. Et pour Y. il n'y a d'urgence pour rien du tout, c'est bien comme ça, on ne va pas l'embêter à changer. Je ne vois pas l'intérêt. »). Au total, rappelons-le, sept personnes étaient sous Subutex®, trois sous Moscontin®, et quatre étaient ou avaient été traitées à la méthadone à la date des entretiens (deux étant sevrées de ce dernier produit).

Si la question d'un changement de traitement peut se poser, on le verra, au cours du suivi, le choix de départ incombe donc tout d'abord aux patients, plaçant médecins et usagers dans une situation paradoxale. Le thérapeute sera en effet contraint de s'en remettre à une indication déterminée, sinon entièrement par le patient, au moins par des contraintes extérieures ; et le patient en position tout à la fois d'adresser une demande à un médecin, et de déterminer par lui-même la médication qui lui convient. Cette inversion singulière des rôles place les uns et les autres dans un rapport d'équilibre délicat, dont on retrouvera la trace de façon récurrente, à suivre le processus dans lequel se construit la relation thérapeutique. Initiateur implicite de son traitement (c'est sa demande, on s'en souvient, qui justifie l'indication du traitement pour la plupart des médecins ; et ce sont ses choix préalables qui ont conduit à déterminer la nature de la prescription), le patient sera conduit bien souvent à prendre la main. C'est lui qui donnera les indications indispensables à l'évaluation des dosages initiaux. Ce sont ses habitudes de consommation d'autre part – le rythme auquel il prend ses médicaments, les contextes auxquels il associe ces prises, le maintien d'éventuelles consommations parallèles – qui dessineront le cadre d'intervention du médecin. L'institution et la régulation du traitement obéiront par conséquent toujours, on le verra tout au long de cette exploration de la construction des traitements, au même type de schéma : impulsion initiale donnée par le patient, mais dénuement relatif du médecin en revanche, à l'origine ; techniques développées ensuite par le médecin pour arriver à « comprendre ce qui se passe » et reprendre la main ; réajustements progressifs, tout au long du traitement, pour parvenir à convertir des logiques d'« usage » des produits de substitution en logiques thérapeutiques, de « soin » de la « toxicomanie ».

La question des dosages, que nous examinerons tout d'abord, pose deux questions critiques à la substitution. Trouver « le bon dosage » – celui qui permettra au patient de se libérer du souci d'avoir à consommer de l'héroïne – exige des médecins d'acquiescer un savoir-faire. D'eux-mêmes, la plupart des généralistes interrogés ici déclarent avoir commencé à suivre des usagers de drogues en ignorant tout le plus souvent des conduites à adopter. Il leur a fallu d'abord, en s'appuyant sur les conseils prodigués par des centres spécialisés ou par des confrères plus expérimentés, mais aussi en procédant par essais et en faisant parfois des erreurs avec leurs patients, constituer peu à peu des « codes » d'évaluation de leurs besoins. Ces tâtonnements ne s'expliquent pas seulement par le contexte d'improvisation dans lequel ces « pionniers » ont commencé à prendre en charge des usagers de drogues – rappelons que tous ici ont commencé à suivre des usagers avant que la substitution n'ait été officiellement autorisée –, ils tiennent aussi au défaut de données objectives concernant la consommation d'héroïne de leurs patients, au moment de l'initiation du traitement. Les produits circulant sur le marché noir étant généralement coupés, dans des proportions variables, de produits divers, l'absence de données fiables sur les doses consommées les a conduits progressive-

ment à mettre au point une méthodologie empirique, basée essentiellement sur les indications apportées par les patients. La gestion du traitement sera dès lors soumise à des tensions permanentes entre impulsions données par les usagers et impulsions données par les médecins, ces derniers restant le plus souvent partagés de façon indécidable entre nécessité de suivre (ne pas brusquer certains patients, entendre le désir de diminuer ses doses des autres) et nécessité de contredire (tenir la consommation dans des limites raisonnables pour les uns, freiner des processus de diminution trop rapides pour les autres).

La question des dosages exacerbe, par conséquent, les débats engagés autour du risque de « maintenance » dans la dépendance aux opiacés, et des stratégies thérapeutiques engagées dans la « substitution ». Le revers, maintes fois critiqué, d'une substitution articulée aux principes de neutralité et de non-ingérence de la « réduction des risques » est de contribuer à maintenir les usagers dans la dépendance aux opiacés, voire de « substituer une dépendance à l'autre ». Mais celui, en revanche, de l'« effet seuil » du Subutex® et des recommandations qui y sont associées⁶⁷, est d'engager les médecins à se libérer de la crainte de prescrire des doses élevées d'un produit dont les effets sur l'organisme sont mal connus et génèrent une dépendance physiologique et des effets secondaires parfois difficiles à maîtriser. La question des dosages met ainsi le plus souvent les médecins en position délicate. Commencer le traitement à doses élevées permet d'éviter à leurs patients d'avoir à mobiliser une énergie démesurée pour stabiliser leur consommation, mais laisse craindre, en revanche, des effets indésirables sur leur organisme. Impulser une diminution des dosages risque de les renvoyer à des projets de sevrage pour lesquels ils ont déjà pris suffisamment de risques ; mais résister, par crainte de la rechute, à leur désir de diminuer les doses, revient à les maintenir dans un autre type de dépendance et conduit à voir stagner leurs traitements. La « substitution », toujours trop proche de la « maintenance » selon certains, cherche à maintenir une alternative au sevrage dont le caractère insoluble ne s'exprime sans doute jamais plus crûment que dans la question des dosages. Cette série de contradictions a bien sûr son pendant chez les patients, partagés eux aussi entre confort et dépendance, crainte de la rechute et désir de s'émanciper de la substitution, et envie de diminuer ses doses ou de garder l'esprit tranquille. Mais les désirs des uns et les scrupules des autres conduisent régulièrement médecins et patients à s'engager dans des mouvements contraires, et à constituer la source de conflits ou de malentendus.

67. Rappelons que les propriétés agonistes/antagonistes de la buprénorphine haut dosage garantissent un « effet seuil » protégeant des surdoses, et autorisent la prescription de doses élevées. La recommandation du laboratoire est ainsi de 16 mg par jour, alors que certains médecins, on le verra plus loin, trouvent déjà les doses quotidiennes de 8 mg excessivement élevées.

Après avoir examiné les processus par lesquels généralistes et usagers ont été conduits à réviser leurs représentations respectives de la substitution et des dosages adéquats, notamment, à un traitement efficace du manque, nous nous intéresserons à ceux par lesquels se sont constitués des « codes » d'évaluation des dosages de départ. Il nous faudra ensuite interroger les effets de « maintenance » des trajectoires croisées des médecins et des patients – les premiers tendant ici à favoriser le maintien de hauts dosages, et les seconds cherchant à les diminuer au contraire (1c). Et nous arrêter enfin, dans un quatrième temps, sur les incertitudes qui subsistent lorsque les traitements ont atteint des doses « infinitésimales », et que se pose la question de leur issue.

Le poids du passé

Dans les entretiens réalisés avec les patients apparaît tout un lexique de la quantité. L'expérience propre des usagers de drogues, et notamment celle des « toxicomanes », pris au sens propre d'usagers aux prises avec une consommation abusive, est souvent celle, en effet, de la quantité : de l'inflation permanente des doses de drogues nécessaires, tantôt pour être simplement bien, tantôt pour se défoncer ; mais de l'inflation permanente aussi des quantités de médicaments à prendre pour parvenir à compenser le manque. Les consommations sont massives ici, non seulement de drogues (5 g d'héroïne par semaine pour l'un ; 1 g d'héroïne par jour pour l'autre ; 1 g d'héroïne et un 1 g de cocaïne quotidiennement pour un autre, etc.), mais également de « cachets » (un cocktail de sept Néocodion® et d'un Lexomil® pour la défonce pour Gérard D. ; huit Temgésic® par jour pour gérer le manque pour Franck B., etc.). Et les quantités explosent quand il s'agit de « décrocher » : cinquante Temgésic® par jour pour Franck B. ; six boîtes par jour de Di-Antalvic® pour Karim G. ; vingt, voire trente cachets de Néocodion® par jour pour Michel T. ou Olivier N. La liste pourrait être longue. Mais il ne faut pas non plus s'y tromper : les drogues, comme la substitution, fondent autant une expérience de l'excès, ou de l'inflation, que de la rareté, voire de la rarefaction – réelle ou supposée, l'accoutumance tendant à modifier chez les usagers la perception des produits. Côté drogues, les produits sont chers, difficiles à trouver, de plus en plus coupés, et leurs effets de plus en plus décevants. Côté substitution, les produits sont trop peu dosés – au moins avant 1996 –, les galéniques injectables disparaissent, les listes d'attente en centre méthadone interdisent tout espoir d'y accéder, les médecins prescripteurs restent le plus souvent introuvables.

« –Vous aviez pris du Temgésic® avant ?

– Une fois ou deux. Quand j'ai voulu reprendre [...] ils l'avaient supprimé en injectable, ils l'avaient foutu en cachets en dragées, je ne sais pas quoi. Moi ça me faisait rien, c'était pas assez fort. Je pouvais en bouffer autant que je voulais

j'étais toujours aussi malade. C'est comme le Néocodion[®], à un moment ils ont diminué le Néocodion[®]. Il y a de la codéine dedans, vers la fin il y en avait plus beaucoup, je sais pas zéro virgule quelque chose... Et alors je ne sentais rien il fallait que je prenne le double » (Philippe R., Subutex[®]).

« – Donc j'allais prendre les somnifères, là, comment ça s'appelle ?

– Du Rohypnol[®] ?

– Ouais, du Rohypnol[®], du 2 mg, ils sont interdits ceux-là, maintenant... Ils laissent que du 1 mg... C'était formidable, ça pour nous, moi j'en prenais 4 ... » (Gilles V., Subutex[®]).

L'excès d'un côté et la rareté de l'autre fondent une attitude ambivalente à l'égard des produits de substitution, et des revendications contradictoires à l'endroit de la substitution ou de l'intervention des médecins. D'un côté la phobie des quantités et des effets secondaires (brûlures d'estomac, nausées, etc.) agit comme frein à la substitution par voie orale, particulièrement pour les patients qui se sont autosubstitués avec des produits particulièrement indigestes ou prennent des traitements par ailleurs. Comme Gérard D., que son médecin a eu le plus grand mal à convaincre de substituer la buprénorphine haut dosage à la codéine (à le « faire l'allié du Subutex[®] », dit le patient). Ou comme Jean-Pierre D., sous trithérapie par ailleurs, qui jongle entre douleurs, pertes d'appétit et autres effets secondaires :

« En plus le Néocodion[®] tous les docteurs vous le diront c'est pas bon, l'estomac tout ça... Faut les nettoyer. [...] Même, je savais très bien, en les nettoyant, en les prenant j'avais toujours des brûlures d'estomac, je n'arrivais pas à manger » (Philippe R., Subutex[®]).

« Eh bien si vous voulez, quand vous sortez du Néocodion[®], que vous avez déjà 40, 50, 60, comprimés à avaler les comprimés, vous commencez à en avoir assez... Tout ce qui est chimique, ça fait hésiter... » (Gérard D., Subutex[®]).

« Elle m'avait proposé, la méthadone, ou tout le machin, le truc. Oh j'ai dit moi je n'en sais rien, je ne veux pas avoir encore mal quelque part, parce que les cachets moi, c'est pire qu'une pharmacie, je mange plus de cachets que je ne mange de viande » (Jean-Pierre D., Moscontin[®]).

D'un autre côté, de hauts dosages apparaissent non seulement comme la condition de l'efficacité des traitements, mais également comme celle du recours à la substitution. L'expérience de la parcimonie des prescriptions et de l'insuffisance des effets des produits sous-tend en effet la revendication d'une substitution à dosages suffisants pour traiter réellement – de façon pleinement « satisfaisante » – le manque, plutôt que faire appel à la motivation des usagers, et se maintenir sous le seuil où ils n'auraient plus besoin de mobiliser leur volonté pour compenser les carences du traitement, et pour résister à l'envie d'« aller voir ailleurs » et de compléter leurs prescriptions par l'achat d'héroïne.

« Quand il y a eu la dose nécessaire, je me sentais plus le besoin d'en prendre [de l'héroïne]. La tête ça allait, il y avait plus cette sensation de manque, en fait. Alors à partir de là, c'était impeccable » (Réda T., méthadone).

« – Il faudrait donner une substitution qui va bien, quoi.

– C'est-à-dire ?

– Ben qui satisfasse... les gens quoi. Une substitution avec un dosage correct... ça satisfait les gens. Pas quelque chose qui satisfait pas vraiment la personne, quand ça satisfait pas, c'est forcé que... Si on est pas *vraiment* motivé, on va aller voir ailleurs, on va... [...].

– Vous pensez que les dosages actuels ne sont pas satisfaisants ?

– Maintenant peut-être, mais à la période où j'y étais... c'était juste quoi. C'était... les dosages étaient vraiment justes. Moi, une fois, on m'avait essayé du Temgésic[®], c'était pas le docteur D., hein : du Temgésic[®], des petits comprimés à 0,2 mg, 1 comprimé à 0,2 mg, toutes les trois heures. Alors quand on en est à un gramme par jour, je peux vous dire au bout de trois heures, on est en train de reprendre de la came. On a beau attendre, ça fait rien du tout, enfin c'est... rien. J'ai essayé d'en prendre, ça m'a jamais rien fait, vraiment... Quand je dis rien, c'est rien » (Yves G., Moscontin[®]).

Les médecins de leur côté hésitaient à prescrire des doses trop importantes avant que les traitements de substitution ne fassent l'objet, non seulement d'une réglementation, mais également de recommandations concernant leur utilisation. Différents facteurs éclairent ces réticences à détourner des médicaments antalgiques (opiacés ou non) de leur indication officielle, pour les prescrire à doses bien supérieures à celles requises par le traitement de la douleur. Hormis la répugnance de certains à transgresser les indications légales, la crainte de la surdose paraissait tout d'abord omniprésente, avant 1996 : peu probable avec le Temgésic[®], mais possible avec les sulfates de morphine, à plus forte raison sachant que pilés et/ou injectés, les gélules de Skénan[®] ou les comprimés de Moscontin[®] libèrent des doses plus importantes de morphine ou produisent des effets secondaires (hypertension artérielle pulmonaire, etc.). En deçà même de cette crainte de l'accident, l'ignorance des effets à fortes doses de produits habituellement délivrés en moindres quantités constituait également un frein à leur prescription à fins de substitution, autant que les incertitudes concernant la pertinence de prescriptions ajustées par tâtonnements aux besoins exprimés par les patients. À ce défaut de savoir médicalement validé, ou d'indications officielles, s'ajoutait par ailleurs la crainte de favoriser les contaminations virales en prescrivant des produits injectables ou susceptibles d'être détournés vers la voie intraveineuse. Mais aussi de la répugnance ou de la gêne, pour certains, à flatter des demandes jugées excessives, et à entretenir la « toxicomanie » des usagers de drogues à l'aide de « stupéfiants » d'usage légal. Enfin, l'irrégularité de patients apparaissant épisodiquement, s'approvisionnant auprès de plusieurs prescripteurs, et hésitant à s'exprimer sur leurs usages, leurs attentes

ou le peu d'effet des produits qu'on leur délivrait, privait le plus souvent les praticiens de tout moyen d'évaluer les effets et la pertinence de leurs prescriptions – les enfermant dans le cercle insoluble selon lequel qui ne sait pas poser les bonnes questions n'obtient jamais que des réponses partielles et insatisfaisantes.

Le manque d'information sur l'utilisation d'antalgiques dans des indications de substitution, le défaut de connaissances concernant les pratiques des usagers et l'absence de perspective concernant des prescriptions perçues, plus que comme des « traitements », comme des « dépannages » de fortune, constituaient en somme des freins considérables à la délivrance de produits suffisamment dosés pour lutter efficacement contre le manque. Et toutes ces appréhensions devaient subsister encore après que la substitution a été officiellement autorisée, pour ne parvenir à se résorber que dans l'expérience des traitements.

«– À cette époque-là, les gens venaient parce qu'ils étaient en état de manque, parce qu'ils essayaient d'arrêter ou des choses comme ça. On leur donnait ce qu'ils nous demandaient. [...] Ça devait plutôt être de la viscéralgine forte, du Tranxène®... des benzodiazépines, des viscéralgines fortes et du Di-Antalvic®. – Et ce sont eux qui savaient ce qu'il leur fallait, qui disaient « il me faut ça », etc. ?

– Ah oui, tu es tout seul dans ton bureau, tu as des mecs qui viennent, qui te disent qu'ils veulent ça, soit tu les vires, soit tu leur donnes, tu n'avais aucune information nulle part sur quoi que ce soit et tu ne savais même pas où aller les demander les informations » (Pierre D., médecin).

« Il essayait de se soigner avec de l'Antalvic® à très très forte dose, de façon complètement incontrôlée qui le mettait dans des états pas possibles qui l'angoissait, car il se rendait compte (...) et c'était des doses énormes ; et moi, quand j'ai connu Karim, il était là-dedans, bon alors, il venait chercher une boîte souvent c'était en catastrophe, c'était avec un air suppliant, promettant de ne pas recommencer, d'attendre, mais bon c'était pénible [...]. Il tournait autour du service de santé, il sortait pas beaucoup de ce centre, il était tout le temps là, il passait de l'un à l'autre et puis effectivement, chacun lui donnait un tout petit peu parce qu'on voulait pas lui donner trop » (Fabienne R./ Karim G., Subutex®).

« Ce que j'ignorais c'était les doses. Donc j'ai commencé avec des petites doses de Temgésic®, donc ça servait strictement à rien. Je pense qu'en fait, ils devaient se le shooter et s'amuser comme ça, quoi. [...] Je crois pas avoir mis d'autres patients au Temgésic®, si je l'ai peut-être fait pour deux autres, mais pareil, je restais dans des doses quand même très faibles par rapport à l'équivalent en Subutex® » (François N., médecin).

« Alors T., alors lui ça n'a pas du tout marché, hein, le Subu, je prescrivais de trop petites doses. Maintenant je n'hésite pas à prescrire du 16 mg, à l'époque je prescrivais 2 mg, 4 mg, ça me faisait horreur... j'avais les jetons quoi, j'avais les jetons de les foutre en surdosage » (André C./ Michel T., méthadone en centre).

« La première fois qu'il m'avait prescrit du Subutex®, il m'avait prescrit du 0,4, c'était au tout début, donc je sais pas, il était peut-être pas assez au courant, il connaissait peut-être pas le produit, encore, assez, et 0,4 c'était pas assez, il aurait dû commencer là comme il a fait à 8, à 10 direct. Et il m'a dit un jour, j'osais pas, je savais pas que t'étais à ce point là, j'aurais dû te donner beaucoup plus, il connaissait peut-être pas le produit, et il savait peut-être pas le prescrire, je sais pas, c'est arrivé sûrement à d'autres médecins, mais bon moi je lui ai dit, je lui ai dit c'est même pas la peine, ça a pas marché » (André C./ Olivier N., Subutex®).

L'invention de « codes »

« Fatalement, tu ne peux pas travailler sur le VIH [dans ce type de ville] sans t'occuper du problème de la toxicomanie. » L'épidémie du Sida, avant même l'autorisation officielle de la substitution, devait contribuer à réorienter radicalement les réponses apportées aux demandes des usagers de drogues. À partir de 1993 ici, les médecins se forment, au sein des réseaux ville/hôpital (ARÈS 92, pour la plupart) ou d'associations professionnelles (Epid 92). Ils rencontrent des confrères déjà expérimentés, appuient leur réflexion sur l'expérience de centres spécialisés, organisent des séminaires de formation, s'interrogent sur les indications présidant à l'initiation de traitements, sur les protocoles à mettre en place ou sur les objectifs de la prise en charge médicale des usagers de drogues – se réunissant parfois « longtemps » avant de « prendre en charge vraiment des patients toxicomanes ».

Le risque de surdose paraît aujourd'hui relativement maîtrisable. Il est écarté avec le Subutex®, dont les propriétés agonistes/antagonistes garantissent un « effet seuil » permettant de l'éviter. Pour les patients sous méthadone, les doses initiales sont évaluées par les centres spécialisés, avec des procédures garantissant que les dosages ne soient pas trop élevés. Quant à l'utilisation des sulfates de morphine, un savoir-faire de la prescription s'est progressivement constitué, sur la base notamment de l'expérience des pionniers de la « réduction des risques ». La crainte de surdoser laisse place pour beaucoup à l'attitude contraire : « il ne faut pas avoir peur de donner beaucoup », déclare l'un des médecins. Abordant la substitution comme une alternative radicale au sevrage – voire, à l'époque où ils s'engageaient dans cette nouvelle pratique, comme une alternative « anti-sevrage », dira un autre hors entretien –, le groupe de médecins, notamment, qui se forme autour d'Epid 92, écarte toute volonté de « sous-doser ». Les positions semblent osciller entre la nécessité de soustraire les patients à une injonction au sevrage « qui leur a fait prendre suffisamment de risques », et l'idée que certains « toxicomanes », probablement, ont besoin d'équilibrer leur organisme avec la consommation d'opiacés, « comme les diabétiques ont besoin d'insuline ». La réglementation de la substitution, et parallèlement la constitution et la circulation progressives d'un savoir

médical et scientifique sur les produits (notamment via la presse spécialisée⁶⁸), viendront dans un second temps légitimer, juridiquement et scientifiquement, l'infléchissement des pratiques vers la prescription de doses plus élevées. On « ose » désormais prescrire. Un savoir s'est constitué progressivement dans des cercles de praticiens, assis sur la réflexion avant de se nourrir de l'expérience pratique, s'appuyant davantage, dans un premier temps, sur l'expérience des confrères que sur les témoignages de patients (si l'on en croit les entretiens, l'échange avec les usagers n'intervient très souvent qu'après coup, et sur le mode de la plaisanterie), à mi-chemin entre théorie et observation, définition d'objectifs de principe et adaptation aux besoins des usagers.

« Quand il y a eu la légalisation de la substitution, moi ça m'a permis d'adapter des doses correctes, ce que je n'osais peut-être pas faire avec le Temgésic[®] » (François N., médecin).

« En réalité, nous, depuis le début, dans le groupe où on était, tout le monde disait que ce qu'il fallait c'était faire attention de ne pas les sous-doser, donc on n'avait pas la volonté de leur en donner le moins possible, ou de baisser tout de suite, au contraire » (Pierre D., médecin).

« Là maintenant je m'aperçois qu'on peut... qu'il ne faut pas avoir peur de donner beaucoup [...]. Et puis on attend qu'ils demandent d'arrêter ou de diminuer.

– C'est-à-dire qu'au début, vous n'osiez pas en donner trop ?

– Eh bien je donnais ce qu'on m'avait dit de donner, hein. Avec la formation... [au CSST], ils portaient sur 2 ou 4 mg, quelque chose comme ça. Ça nous paraissait déjà beaucoup parce que ça représentait 10 comprimés de Temgésic[®]. Du temps du Temgésic[®], la dose courante c'était 8-10 comprimés. Mais les médecins donnaient plus, pour la substitution.

– C'est quoi, ce sont une formation complémentaire ou des articles que vous avez lus qui vous ont laissé penser que vous pouviez relever les doses ?

– Non, en en parlant avec d'autres. En voyant qu'il y existait des formules à 8 mg. En sachant que... j'avais des notions – entre autres avec des articles dans *Swaps*, etc. – que bien souvent ceux qui prenaient de l'alcool en plus du Subu, ou qui échouaient au traitement avec le Subu, bien souvent c'est parce que c'était pas assez dosé, et qu'il fallait remonter. Je l'ai fait et ça a bien marché.

– Et ça, ce sont les articles qui vous ont dit ça, ce ne sont pas les patients ? Ça arrive que vos patients vous disent, je ne suis pas bien, etc.

– Non. Pas du tout. Non.

– Et vous en parlez avec eux après ?

– Oui. Ah oui, avec Olivier on en rigole, maintenant, des doses que je lui donnais » (André C., médecin).

Cette tendance au relèvement des doses n'empêchera pas cependant les sous-dosages, notamment dans les ajustements ou les approximations des débuts. Les pratiques paraissent très disparates, concernant le Subutex[®] notamment, si l'on confronte les recommandations du CSST local (de 2 à 4 mg quotidiens) à celles du laboratoire (16 mg), en passant par la dose considérée comme moyenne pour les uns, ou maximale pour les autres (8 mg). Elles peuvent varier avec les médecins, changer avec le recul de l'expérience, mais également avec les produits. C'est ce dont témoignent deux patients, dont le traitement a été initié au départ par le même médecin, pour l'un avec du Moscontin[®] en 1995, et pour l'autre avec du Subutex[®] en 1996. Le premier, manifestement sous-dosé, se soumet aux dosages indiqués malgré la persistance du manque, face à l'énoncé assez brutal d'un impératif d'observance qu'il restitue en termes de chantage (« si à la fin de la semaine vous n'avez plus rien, je ne vous en redonnerai pas »). La rareté des médecins prescripteurs (il lui a fallu « trois mois de démarches » pour trouver un généraliste acceptant de répondre à sa demande), la nécessité absolue pour lui de « décrocher » et la crainte de ne pas voir renouveler ces prescriptions le conduisent à se plier à ce qu'il interprète comme une stratégie de traitement – pour soupçonner après coup qu'une négociation aurait probablement été possible. Le second, qui dit avoir observé strictement les procédures et dosages indiqués, subit en revanche les effets secondaires plutôt violents de ce qu'il interprète comme un surdosage⁶⁹.

« – Et c'est lui qui a décidé des doses ?

– Oui. Au début il a... C'était très peu au début, puisqu'il m'a donné 100 mg par jour. Et je suis resté comme ça, 100 mg par jour. Mais ce n'était pas assez. Enfin, c'était... J'ai réussi comme ça, mais ce n'est pas... il ne faut pas croire, hein. Je veux dire 100 mg, il ne faut pas croire qu'on est là, ça va quoi. Enfin, je veux dire, je n'étais pas bien. Malgré... ça m'évitait d'être trop malade, c'est vrai, ça m'enlevait... mais je n'étais pas... C'était juste, c'était limite quoi, le dosage [...].

– Mais si vous n'étiez pas bien, vous avez dû être tenté de lui demander de relever les doses, non ?

– Oui. Enfin, disons que... C'était nouveau ce phénomène de médecins qui prescrivait des opiacés, et au début donc, lui il m'avait raconté je ne sais pas quoi, il m'avait dit, oui si jamais vous tentez de faire ci, si vous finissez, par exemple si vous prenez tout, je vous en donne pour la semaine, si à la fin de la

68. Et via des formations assurées par les laboratoires eux-mêmes. Mais aucun médecin n'en parle ici, probablement parce qu'ils n'y participent pas pour la plupart, organisant eux-mêmes leurs propres sessions de formation. La presse spécialisée n'est par ailleurs pas très abondante, ou mal connue des praticiens : les médecins rencontrés ici citent *Swaps*, *Psychotropes* et les journaux d'auto-support.

69. L'hypothèse émise sur ce malaise par les médecins du cabinet où est suivi ce patient ne concorde pas avec ses propres interprétations. Ils y voient davantage la conséquence d'un sevrage (éventuel) de benzodiazépines que celle d'un surdosage de Subutex[®], peu susceptible selon eux de produire de tels effets.

semaine vous n'avez plus rien, vous avez tout pris je ne vous en redonnerai pas, patati, patata, et donc moi au début je m'y tenais, quoi, je m'y tenais et je me disais bon ça va se passer, je ne suis pas bien et tout, mais il faut du temps, et puis je me suis accroché à ça, parce que j'avais un peu peur, je ne sais pas pourquoi. Je me suis dit si ça se trouve, je ne sais pas, il ne va pas m'en donner, donc je faisais avec, quoi, avec mes 100 mg, je faisais avec. Alors que maintenant, avec du recul, je suis sûr que si j'en avais demandé plus, il m'en aurait donné plus. Mais bon je faisais avec, j'avais un peu peur de... je voulais suivre. Pour moi c'était... pour moi c'est lui le docteur, il disait 100 mg ça suffit, pour moi, c'était, ça suffisait, quoi, c'était à moi de faire avec, je me disais c'est mieux que rien et puis bon...

– Et ça a été dur pendant longtemps ?

– Les premiers temps, les premiers temps oui ça a été dur. Mais ça allait quoi, c'est pas... c'est supportable hein. Il faut... il faut de l'activité. Pour éviter de penser...

– Mais vous travailliez ?

– Voilà c'est ça. C'est ça qui, je dirais, entre guillemets, ça m'a un peu sauvé, hein, parce que le fait de travailler, de se lever le matin, d'avoir un travail, ça évite de... de penser, quoi, de se retrouver à rien faire, de penser ça, de ne penser qu'à la came. Quand on a une journée bien remplie, bon eh bien ça va mieux, quoi, ça va mieux » (Yves G., Moscontin®).

« J'ai commencé j'étais à 16 mg, mais c'était trop.

– Pourquoi trop ?

– C'étaient deux cachets de 8 mg que je prenais, et que je laissais fondre sous la bouche comme ça. C'est bien mais ça vous fait dormir quand même. Au début, maintenant j'ai plus rien. [...] [Le deuxième jour] Je monte pour entrer dans mon camion, une marche, deux marches, trois marches, je vais pour m'asseoir au volant, le trou noir. Je suis tombé, je me suis réveillé dans l'ambulance » (Philippe R., Subutex®).

Des procédures se mettent en place cependant, progressivement, qui prennent davantage en compte les indications du patient pour fixer la dose initiale de son traitement. Plusieurs méthodes sont utilisées, variant sinon avec les médecins ou les structures, au moins avec les produits prescrits. L'évaluation peut prendre pour base la consommation d'héroïne du patient, mais ces ajustements restent précaires, les « paquets » vendus sur le marché contenant des quantités très variables d'héroïne. Un système de péréquation tenant compte des coupages permet cependant de déterminer une dose de départ, relativement basse, qui sera relevée ensuite s'il le faut. La détermination des doses initiales prend dans tous les cas appui en effet sur un processus d'augmentation progressive, qui repose sur deux principes, communs aux centres spécialisés et à la prescription en ville : on procède par essais et par erreurs, pour atteindre une dose permettant de pallier le mieux possible

au manque ; et cette dose étant fonction de l'équilibre physiologique et de la subjectivité de chacun, l'expérimentation est faite par le consommateur lui-même. Les procédés utilisés pour la méthadone et le Subutex® marquent cependant trois différences importantes – du moins si l'on en croit les témoignages recueillis ici. L'administration de méthadone exige en effet un contrôle plus serré, destiné à éviter les risques de surdose. Elle impose aussi la consommation sur place du produit, la délivrance de flacons aux usagers étant interdite aux centres. Les « effets de seuil » du Subutex® autorisent en revanche une plus grande souplesse d'utilisation. Pour la méthadone, les *indications* sont recueillies sur place, du moins lorsque les moyens de la structure le permettent : le patient passant la journée au centre, on observe *de visu* les symptômes du manque, et « on attend qu'il soit mal » pour relever les doses, jusqu'à trouver la dose qui lui convient⁷⁰. Pour le Subutex® en revanche, le témoignage du patient est recueilli après coup, l'expérimentation ayant lieu en dehors du cabinet médical. Dans les centres méthadone, les *ajustements* des doses sont par ailleurs opérés sur place par les prescripteurs eux-mêmes (la dose étant augmentée de 10 ou 20 mg à chaque palier) ; alors qu'en ville ils sont confiés au patient, à qui l'on conseille de reprendre un comprimé de Subutex® de 2 mg dès que le besoin s'en ressent. Enfin et surtout, le mode de *délivrance* diffère : ce qui est *rationné* en centre (un *minimum* progressivement augmenté) devient un *stock* en ville (un *maximum* de 14 mg, dont la vitesse d'épuisement détermine par déduction la bonne dose).

Les « codes » mis en place relèvent donc moins de protocoles rigoureux que d'une « cuisine » empirique et approximative. Mais cette méthode expérimentale n'en permet pas moins de compenser le défaut de données objectives (l'impossibilité de déterminer les doses exactes d'héroïne consommées par le patient avant l'initiation de son traitement), pour s'ajuster du mieux possible à l'équilibre physiologique et psychologique de chaque patient – en lui confiant pour l'essentiel la responsabilité d'apprécier l'efficacité des doses prescrites. Aujourd'hui, ajoutent certains médecins, la circulation des produits de substitution est telle que les patients demandeurs d'un traitement les ont pour la plupart déjà « testés » ou utilisés⁷¹, et connaissent en arrivant au cabinet médical les doses qui leur conviennent.

70. Dans les centres ne disposant pas de personnel en nombre suffisant pour respecter cette procédure, la dose initiale est estimée sur la base de la consommation courante d'héroïne du patient et délivrée sur place. Le patient revenant le lendemain, le réajustement sera fait si nécessaire sur la base de son témoignage. Ce système présente le risque cependant, soit de surdoser les patients, soit de leur délivrer des doses trop faibles pour calmer le manque.

71. L'un des patients rencontrés ici en constitue des stocks en déclarant des doses plus élevées que ce qu'il prend réellement et ne se déplace jamais sans en avoir sur lui, soit pour pouvoir répondre à un sentiment de malaise (« on sait jamais si j'ai un truc dans la journée, si je ne me sens pas bien ou quoi »), soit pour pouvoir en donner à un ami en manque, soit pour les vendre. Le cachet se vend en effet 10 F aux Halles, « puis ça marche bien, faut voir, il y a de la demande ». Deux facteurs expliquent selon lui le fait que les consommateurs se fournissent sur le marché noir plutôt que se faire suivre : il y a ceux « qui ont la honte », et ceux qui n'ont pas de couverture sociale et hésitent à dépenser 110 F de consultation « plus les cachets faut compter 300-400 balles » (la boîte de sept cachets de 8 mg valait 152,80 F à la date de l'enquête).

On peut alors sauter les étapes et « partir de ce qu'ils disent ». « Presque tout le monde fait ça [utilise ce code d'évaluation] maintenant », précise un médecin. « Ou presque tous les patients en ont pris avant ».

« – Et qui est-ce qui te prescrivait... comment vous avez déterminé les doses de métha ?

– En fait avec l'infirmière – non d'abord avec le psychiatre. Tu commences pas très très haut, donc la première fois tu reviens en manque, tu prends ta deuxième métha, si au bout d'une demi-heure ça va, tu restes à la même dose. Si ça va pas, ils augmentent de dix. Si ça va toujours pas, ils augmentent, ils augmentent, jusqu'à 100, 120 à peu près.

– Donc en fait tu restes le temps d'avoir trouvé l'état où ça va ?

– Voilà, exactement.

– Et après tu te tires et tu reviens. Et après j'imagine que tu descends petit à petit.

– Ça dépend des personnes, ça dépend de leur état d'esprit, ça dépend comment ils sont... ça ils voient ça avec le psychiatre » (Michel T., méthadone en centre).

« – Comment avez-vous trouvé, parce que ce n'est pas facile de trouver la bonne dose, vous avez démarré comment ?

– Elle m'a démarré à 6 je crois, j'avais encore des mal-être, j'allais au travail j'avais chaud elle m'a dit bon vous augmentez les doses on va voir ce que ça donne j'ai augmenté les doses et je lui ai dit ça va mieux à 8, ça allait.

– À 8, vous étiez bien ?

– Oui et progressivement je vous dis depuis 2 ans, de 8 on est passé à 2 mg » (Karim G., Subutex®).

« Au départ quand on institue un traitement à quelqu'un qui n'a jamais pris [de produits de substitution], on leur dit on vous donne une boîte de 7 comprimés à 2 mg, et c'est à vous de trouver la dose. Vous en prenez 1 et dès que vous ressentez le manque, vous en prenez un autre. Et vous revenez nous dire combien vous en avez besoin par jour. Et en général ça marche bien. [...] Comme il y en a 7 [par boîte], en général ça fait 2 jours quoi. Donc on leur dit vous revenez quand vous n'en avez plus. Enfin, maintenant c'est ça. Au début on savait pas trop, mais maintenant c'est ça. On détermine la dose par jour, et puis après on pourra toujours rajouter. Après on les voit tous les 7 jours pendant un certain temps et puis dès qu'ils sont équilibrés, tous les 14 jours. Ceux qui posent problème, c'est ceux qui le shootent, qui le sniffent, qui le vendent. Ceux-là ils n'ont jamais la bonne dose, ils passent leur temps à venir négocier une dose supplémentaire. [...] Moi j'ai pas vraiment de problèmes de négociations de doses, en général ils me disent ce qu'ils veulent ou je leur demande d'expérimenter comme ça, et la plupart du temps maintenant, ils en ont tous pris, ils savent la dose qui leur faut. [...] Maintenant il y a une espèce de code qui s'est mis en place. On n'a pas trop à se poser cette question-là » (Claude H., médecin).

Ce code vaut cependant davantage pour la fixation des dosages que pour leur évolution ultérieure. Mais surtout, il semble qu'il ait quatre conditions implicites, qui ne sont pas systématiquement remplies.

Il suppose d'abord que le patient renonce à ses pratiques de « défonce » ou à des détournements toujours possibles : qu'il cesse toute consommation parallèle d'héroïne, et ne déclare pas avoir besoin de doses plus importantes que celles qu'il consomme réellement. Cette limite est structurelle : la possibilité que le patient assigne d'autres objectifs à la substitution que celle du simple traitement du manque n'est jamais conjurée. Elle apparaît comme le revers d'une méthodologie étroitement adaptée à la subjectivité de chacun. Mais elle dessine aussi une impasse : le médecin d'un côté est obligé de présumer que le patient est compliant pour fixer la dose qui va lui permettre de l'être ; le patient de l'autre devrait s'être défait avant même son traitement de ce que la substitution est censée aider à maîtriser. Ce système construit sur les indications du patient veillera généralement à s'en défier d'un autre côté, et développera divers moyens de repérage et de contrôle de ses pratiques réelles, sur lesquels nous reviendrons plus loin, dans les parties consacrées au rythme des prises et aux consommations parallèles ou usages détournés des produits de substitution.

Il suppose par ailleurs que la personne accepte cette autonomie. Or, de la même manière qu'on voit, en centre, des patients refuser le rationnement (Sonia B.), on voit, en ville, des patients protester contre une délivrance entièrement fondée sur les indications des patients qui leur donne tout pouvoir, y compris de détourner les prescriptions de leurs finalités, et jette le trouble sur les responsabilités des uns et des autres (Philippe R.).

« – Et c'était quoi vos doses ?

– J'ai commencé à 80 ou 90 je crois, enfin, je ne me souviens plus...

– ... Et ça a été déterminé avec [le CSST] au départ...

– Non, parce que [le CSST] ça a été tout de suite 60.

– Et ça ne suffisait pas en fait ?

– J'ai pas cherché à savoir si ça suffisait pas, je me suis dit de toute façon : si c'est sous-évalué je prends mes précautions en demandant au Dr D. de me les monter pour les descendre petit à petit.

– Vous n'avez pas réglé cette histoire là avec [le CSST], vous vous êtes dit je vais voir avec lui tout de suite ?

– Oui, et de toute façon [au CSST] je n'avais pas grand chose à leur dire » (Sonia B., méthadone).

« Je l'ai dit à Catherine, j'en ai parlé avec elle, vous pouvez lui demander. Moi avec [X], à la fin, surtout à la fin, j'étais dégoûté. J'allais la voir. Je disais « Tiens ». Elle me disait tu prends combien de Subutex® par jour ? Je lui disais

que j'en prenais 4, 4 de 2. Alors que ce n'était pas vrai, j'en prenais 3, j'en prenais 2. Et elle me faisait une ordonnance pour 4 cachets. Elle me disait « bon, tu reviens quand la prochaine fois ? » Je disais « Oh » je dis « dans un mois c'est bon » et elle me faisait une ordonnance d'un mois. Quatre cachetons par jour. [...] Elle ne m'auscultait pas, elle ne me prenait rien. Elle me remplissait ça, bêtement. [...] Pour moi, c'était comme si c'était ma dealeuse, ma drogueuse, ma vendeuse. C'était mon dealer. En revanche, elle [...], je la voyais plus que mon dealer » (Philippe R., Subutex®).

Enfin il tient pour acquis que le patient osera, au cas où l'évaluation de départ aurait été insuffisante, exprimer une demande d'augmentation des doses – à l'inverse de l'exemple de Yves G., déjà évoqué, préférant interioriser un rationnement qu'il se croit imposé plutôt que risquer de se voir refuser une prescription, et contraint de compenser une sensation de manque persistante par un effort permanent de la volonté, ou la fuite dans le travail.

Et il présuppose encore une « plasticité » parfaite des produits de substitution : que les médicaments prescrits puissent se consommer à n'importe quel rythme et à n'importe quelle dose sans risque pour la santé du patient, que les surdosages n'aient que des effets secondaires mineurs, ou que les incertitudes concernant leurs effets à long terme sur l'organisme puissent être levées.

« Il a pris je sais pas combien de kilos à cause de la méthadone, parce qu'il en prend 100 mg par jour ». (Claude H. médecin).

« X qui prenait 8 mg de Subutex®, je lui dis écoutez, moi je ne prescris pas 8 mg de Subutex®. Il me dit ça tombe bien parce que moi je veux diminuer (rire). Bon. Je lui ai fait pour 8 jours parce que c'était dans une période de rupture, etc. Et je lui dis, écoutez, essayez d'en prendre la moitié etc., mais je lui dis, moi je vous fais 8, mais je ne ferai pas pendant une année ou deux ans 8 mg parce que je trouve que, je ne sais pas ce que c'est que cette molécule, je ne sais pas ce qu'elle peut donner, bon. Il se trouve que là il est à 4, je ne suis pas plus fière du fait qu'il soit à 4 » (Rosita C., médecin).

Un équilibre négocié

Les « codes » mis en place pour l'évaluation des dosages ont donc pour socle la demande du patient. Mais ils ne semblent fonctionner que pour le dosage initial. Dans l'évolution ultérieure des traitements – où se pose, nécessairement, la question d'une diminution des dosages – apparaissent sans doute des régularités, mais à aucun moment, dans ces entretiens, n'affleurent des tentatives de codification ou de clarification de procédures conduisant à infléchir les traitements vers une diminution. Les objectifs ou les tendances paraissent moins convergents, de fait, que dans le protocole initial, où l'objectif commun était de trouver

la dose la mieux adaptée à la suppression du manque. La pression à la baisse des patients paraît en effet constante, mais régulièrement freinée, voire contrariée par les médecins. La seconde phase du traitement – pensée comme une phase de stabilisation pour les uns et comme une phase de diminution pour les autres – dessine plutôt en somme une polarité et des tensions que des convergences, dont le symptôme apparaît notamment dans l'usage des premières personnes, du singulier et du pluriel.

« Moi, mes descentes, quand j'ai diminué le subutex, c'était toujours de ma propre initiative. Ça n'a été aucun, aucun, aucun docteur qui m'a dit «Tiens, tu descends, tu descends, tu descends ». C'est moi-même. De ma propre initiative » (Philippe R., Subutex®).

« On a baissé un petit peu » (Rosita C., Franck B., méthadone).

« Là dernièrement je l'ai augmenté ». (Claude H./ Jean-Pierre D., Moscontin®).

D'une manière générale, les patients tendent à peser dans le sens d'une réduction des doses. Deux motivations principales s'expriment au travers de cette impulsion à la baisse : la crainte, tout d'abord, de retrouver ou de voir se maintenir, sinon des effets, au moins des liens similaires à ceux qui les attachaient à la consommation de drogues (de se trouver « accroché là-dedans », ou pris dans une nouvelle dépendance) ; et la gêne, d'autre part, occasionnée par des effets secondaires handicapants. La substitution provoque en effet, chez les patients, une conversion symétrique à celle des médecins. À l'art de la consommation massive se substitue rapidement un souci de consommation restreinte – aisément compréhensible si l'on se souvient du dégoût de l'excès de « chimique » exprimé par certains, mais qui ne peut s'énoncer que si la nécessité du manque est levée. En même temps qu'elle permet de prendre du recul sur les drogues, la pause offerte par les traitements permet en effet de prendre du recul sur les produits de substitution eux-mêmes. C'est là tout le paradoxe de la substitution : plus elle est réussie, moins elle est satisfaisante. À mesure que la fonction élémentaire des produits (gérer le manque) remplit son rôle, à mesure que s'éloignent le manque, la « galère », les urgences générées par une situation sociale, juridique et financière intenable, apparaissent les inconvénients de la substitution : une chimie lourde, dans les deux sens du terme, à gros effets secondaires et à grosse puissance de captivité.

« Je sentais que ça commençait à jouer un peu comme la came. Enfin pas comme la came, bien sûr que non, mais je me suis dit, je vais m'accrocher là-dedans, ça ne va pas être bon. Alors j'ai demandé 60. Et elle m'a dit OK » (Jean-Pierre D., Moscontin®).

« C'est clair, Mais il va falloir y aller progressif... Avec Claude on en parle, on va le faire... J'ai l'avantage d'être remboursé à 100 %, j'ai pas l'intention de continuer à prendre ça, c'est quand même de la drogue, hein, le Subu... Je suis complètement accro et je veux pas me sortir d'un truc pour tomber dans un

autre... Autant tout arrêter. J'ai 32 ans, il faut que la machine elle s'arrête, j'ai assez fait le con là-dedans... » (Gilles V., Subutex®).

« Ah je suis ensuquée (le matin quand je me réveille). Je suis ensuquée en fait tant que je ne le prends pas. Une fois que je le prends, hop. Ce n'est pas normal. Et j'arrive au travail, boum. Ça m'assomme hein ; c'est pas... [...] En parlant de Subutex®, c'est vrai que moi, moins on en prend mieux on se porte » (Danielle F., Subutex®).

Globalement, les médecins pèsent en revanche en sens contraire. Leurs interventions semblent répondre ici à deux soucis : stabiliser le traitement, tout d'abord, et, à tout prendre, stabiliser à des dosages plus élevés plutôt que laisser persister le manque ou quelque chose qui y ressemble ; se méfier des décrues brutales de la consommation par ailleurs, autant que de crues ou de fluctuations de la consommation laissant soupçonner un usage irrégulier des traitements.

Ces interventions sont de trois types. Il arrive que certains impulsent une hausse pour des raisons médicales : parce qu'ils soupçonnent, après avoir constaté des fluctuations anormales, qu'un patient est sous-dosé ; parce qu'ils découvrent une consommation complémentaire de « cachets » ou d'alcool, et souhaitent les voir se résorber ; ou pour stabiliser par exemple un traitement en début de grossesse, quitte à l'infléchir ensuite à la baisse pour que l'accouchement se passe sans heurts.

La plupart résistent souvent par ailleurs aux décrues trop rapides, avant tout pour éviter les « rechutes ». L'impulsion donnée par les patients, lorsqu'elle précipite le mouvement, coïncide rarement en effet avec les stratégies thérapeutiques des médecins, qui visent généralement le temps long de la « stabilisation » et redoutent les mouvements de baisse trop rapides. Mais cette résistance à la diminution des doses les conduit le plus souvent à apporter des réponses paradoxales aux désirs exprimés par les patients. Pour sauver une demande initiale – de « décrochage » des drogues –, il faut parfois en effet s'opposer à une demande immédiate, portant sur l'allègement de la substitution.

« Et là je suis à 2, mais je suis sûr que si j'en prenais 1 [...]. Mais je ne suis pas prêt encore. Et Mme R. m'a dit faut pas sauter les étapes ça sert à rien, si tu veux aller trop vite pour monter en haut ça sert à rien, elle m'a dit va doucement et ça va bien se passer » (Karim G., Subutex®).

« C'est moi toujours qui ai proposé de... Non, elle, elle n'a jamais tellement demandé d'augmenter, c'est moi qui, je crois, je dirais plutôt ça, c'est moi qui lui ai proposé d'augmenter, en disant que l'objectif c'est de diminuer. Et elle souvent elle n'a pas voulu augmenter... (il regarde le dossier de la patiente) oui, « sevrage fin août », oui elle parle tout le temps d'arrêter, du sevrage, etc. » (Pierre D./ Sylvie F., Moscontin®).

« – Et ça tu l'as fait toi, c'est toi qui as décidé ?

– Oui c'est moi tout seul. Oui, ils n'étaient pas d'accord à ce que j'arrête, à ce que je descende si vite.

– Pourquoi ?

– Parce qu'ils avaient peur que je rechute.

– Mais toi tu savais que tu étais prêt ?

– Non non, moi c'était bon » (Michel T., méthadone en centre).

Des compromis peuvent cependant être recherchés, à mi-chemin entre la demande de diminution exprimée par le patient, et l'intérêt trouvé par le médecin à protéger la stabilité du traitement ou à tenir à distance « la peur d'être en manque ». On peut en effet freiner la précipitation du patient, mais sans pour autant le dissuader, ni s'élever contre une aspiration légitime : entériner la baisse, sans doute, mais en la sécurisant. En pratique, le médecin avalise alors le désir de baisser, mais continue à prescrire la dose antérieure de façon à laisser le choix au patient.

« Il prend tout seul, c'est lui qui fait ça [qui descend ses doses]. [...] On stabilise et après on verra plus tard pour descendre. Ou alors je continue à lui prescrire un petit peu plus, au cas où, tu vois. Et puis quand au bout de 2 ou 3 mois, je ne sais plus là, 2, 3 mois il consommait toujours ce qu'on disait – enfin c'est ce qu'il disait lui – j'ai fait la prescription. Qui correspondait vraiment à ce qu'il prenait. [...] Il me dit, là vous pouvez y aller, c'est bon, je n'aurai pas peur d'être en manque » (Catherine V./ Philippe R., Subutex®).

« Je crois qu'il est parti de 80 mg, là il est – c'est lui qui veut baisser, hein – il en est à 50. Moi je continue à lui donner 60 en disant écoutez, gardez-les, ça fait des provisions pour les vacances » (Rosita C., Franck B., méthadone).

Parcimonieux au départ, les médecins manifestent donc aujourd'hui, dans cet échantillon, une hantise symétrique du sous-dosage. Demandeurs de doses élevées à l'origine, les patients cherchent en revanche à diminuer rapidement leur consommation. Cette conversion réciproque pourrait conduire à un équilibre consensuel et à des solutions négociées. Mais, confrontés, le désir des patients de diminuer et la réticence des médecins à prescrire des doses moindres produisent au travers de l'ensemble de ces entretiens un écart relatif entre offre et demande, confinant parfois au déséquilibre et conduisant surtout à laisser aux patients seuls (ou éventuellement à d'autres spécialistes) la charge réelle des diminutions du dosage.

Les médecins offrant leur autorisation et des moyens de sécuriser la baisse, mais rarement une assistance à la diminution, des techniques se mettent en place sans leur intervention qui, à l'occasion, les surprennent. Certains patients s'auto-restreignent pour maintenir leur consommation à un niveau selon eux acceptable, parfois contre les mouvements de hausse suggérés par leur médecin. Gérard D., par exemple, tient sa consommation à sous-dosage constant – une dose « *stand up*⁷² », dit-il, résultant d'un compromis entre ce que son médecin propose de lui prescrire et sa volonté de consommer moins – tenable entre autres grâce à l'organisation d'un compte-gouttes avec le pharmacien, qui lui délivre jour par jour, en fractionnant

72. Littéralement, « pour rester debout ».

les doses, une prescription prévue pour vingt-huit jours par le médecin. Danielle F. résiste aux anticipations de consultation que sa consommation erratique rendrait parfois nécessaire, en aménageant des micro-sevrages en fin de mois, supportables grâce aux effets à libération prolongée du Subutex®, qui la mettent à l'abri du manque pendant ces quelques jours de rupture de stock. Contre l'avis du centre méthadone où il est suivi et de son généraliste, Michel T. met quant à lui en place un programme de sevrage radical (« il fallait que je sorte de ça »), appuyé sur une pratique sportive intensive – une marche en montagne de 60 km par jour – qui lui permettra tout à la fois de tester sa volonté et de se sevrer de la méthadone sans trop en subir les effets.

« – Normalement la dose idéale, ce serait 3, 3,5. J'en suis à 2,5 là. Déjà je n'avais pas envie d'en prendre, il m'a plus ou moins... tanné pour que j'en prenne. Au départ c'était 1, 1,5. Après il est monté à 2. Et puis à 2,5. Je crois que la bonne dose ce serait 3,5. 3... 3,5 je pense. 3,5 je serais à saturation.

– Ce serait la bonne dose pour être bien quoi, c'est ça ?

– Euh oui. Pour être totalement bien, oui.

– Et lui, il ne veut pas vous...

– Je lui ai jamais demandé. Déjà 2,5, ça ne va pas être facile. 1,5, quand il m'a demandé de passer à 2, j'ai [résisté]. Bon, passer à 2,5... À chaque fois c'est parce que j'ai consommé plus que... Là, j'arrive, grosso modo, je gère mieux l'histoire.

– Donc, c'est plutôt vous que lui, qui freinez ?

– Oui. Je préfère. Disons il ne m'a jamais proposé, enfin il ne m'a pas proposé... Donc je laisse en l'état. [...]

– C'est-à-dire qu'en fait vous n'êtes pas loin [d'avoir] la bonne dose, quoi.

– Oui. C'est la dose « *stand up* ». Ce n'est pas la meilleure, mais déjà c'est suffisamment... comment dirais-je : sécurisant, voilà. Écrêtant aussi, par la même occasion.

– Comment ça ?

– (*Silence*) C'est un tueur d'émotions, le Subutex®. Pas de tristesse, pas de gaieté. (*Silence*) Comme beaucoup d'autres médicaments de... de ce style-là. Tout ce qui touche un peu le cerveau, quoi.

– C'est pour ça que vous ne souhaitez pas augmenter ?

– Eh bien... Je me dis aussi, ça doit être dur de s'en débarrasser [...]. Ce n'est pas bien sûr que j'y arrive ça m'étonnerait, je suis mal parti. Je ne pense pas avoir envie. D'un autre côté j'ai envie, parce que c'est vrai que ressentir une émotion violente, c'est intéressant. C'est un peu embêtant de vivre... des trucs un peu (*inaudible*). Mais c'est vrai qu'en fait c'est bien tranquille aussi de vivre comme ça. Je me repose depuis 2 ans, quoi » (Gérard D., Subutex®).

« Ça a un effet à rallonge. C'est-à-dire qu'on ne le sent pas tout de suite... le manque. [...] Je veux dire, bon, je vais être un petit peu pas bien, mais ce n'est pas... ça ne me dérange pas quoi. Si c'est le week-end, ça ne va pas me déranger » (Danielle F., Subutex®).

« Je suis parti au Portugal pour faire une marche : 250 km, je me suis fixé 4 jours pour le faire, et si jamais tu y arrives, [tu es mûr pour arrêter la métha]. Donc je les ai fait en trois jours, les 250, et donc j'ai mis 4 mois. C'était au mois de septembre, et au mois de mai j'ai arrêté » (Michel T., méthadone en centre).

« - Notamment à un moment il est parti, il était à quelque chose comme 15 mg de méthadone ; parce qu'il a accroché, il a été inclus dans un programme méthadone, et là encore il y a eu des hauts et des bas. Notamment à un moment il est parti, il était à quelque chose comme 15 mg de méthadone – parce qu'il voulait se sevrer en fait ; il avait dans l'idée qu'il voulait se sevrer ; ça, ça a été probablement un de ses torts – il est parti avec son père faire un pèlerinage, [...] une marche forcée sur 4 ou 5 jours à 60 km par jour [...] au Portugal. Il est parti il avait encore 15 mg dans la tronche, hein. Il a pratiquement tout de suite arrêté, quoi, il s'est retrouvé du jour au lendemain sans méthadone, et avec la marche, eh bien, ça allait. Quand il est revenu il n'en avait plus besoin, et il a tout de suite revoulu essayer. Il [a recommencé] pendant quelques mois. Il a recommencé avec [le CSST], et ça c'est stabilisé » (André C., médecin, à propos de Michel T.).

À la marge, le problème de la diminution des doses peut être traité cependant par d'autres institutions ou professions médicales. Tel patient hospitalisé pour des problèmes de santé liés au VIH verra les médecins hospitaliers diminuer d'office ses prescriptions de Moscontin® et conservera à sa sortie un dosage moindre entériné par son médecin (« à chaque fois, quand il est allé à l'hôpital, précise cette dernière, ils lui ont diminué [ses doses] et il est resté à la même dose »). Telle autre, prise entre un désir insistant d'« arrêter » et une tendance constante à augmenter sa consommation, sera adressée à un psychiatre pour tenter une diminution par paliers, étayée par une psychothérapie :

« – Et pour décrocher de toute cette période [difficile], vous avez rencontré un psy ?

– Non, mais là par contre je commence, parce que le Docteur D. m'a demandé, rapport au fait que j'arrive pas à diminuer, donc... [...] Le psychiatre que j'ai, il m'a proposé de faire par paliers de 15 jours, de tous les trois à six mois, quoi, d'essayer de 20 à 30. [...]

– Et le psychiatre en question, c'est lui qui vous a adressé chez lui ?

– Oui, c'est le Docteur D. qui m'a adressé chez lui, c'est le Docteur D. qui m'a envoyé chez les psychiatres, chez Monsieur N. [...] Là justement j'ai 15 jours d'arrêt [de travail], là, pour essayer de diminuer » (Sylvie F., Moscontin®).

Les conséquences de cette « autonomie » un peu forcée, ou, selon le point de vue qu'on adopte, de ces processus de décrue prématurés, sont tantôt des *échecs* purs et simples, tantôt des à-coups et des *fluctuations*, causés le plus souvent par des interférences avec les problèmes de la vie courante, qui viennent révéler tout à la fois des fragilités persistantes (fondant parfois l'inquiétude des médecins face aux projets de sevrage), et l'illusion que recouvre l'idéal d'une diminution linéaire des doses, permettant de « décrocher » peu à peu après avoir « stabilisé » sa consommation. Tel patient s'efforce de restreindre sa consommation sans en parler à son médecin, pour l'informer plus tard de son échec. Tel autre essaie de décrocher seul, mais sans y arriver. Un autre alterne efforts de baisse et relèvement des doses pendant les périodes où il se sent moins bien, mais en imprimant un mouvement de décrue à sa consommation. Une autre enfin réussit à se sevrer au bout de dix-huit mois, mais avec des périodes en dents de scie « parce que ça ne pouvait pas bien se passer tout le temps ». Ces tentatives de réduction de la consommation, parfois appuyées sur la solidarité attentive d'un médecin, sont le plus souvent présentées par les patients comme solitaires, et le peu d'écho trouvé à ces efforts suscite à l'occasion des protestations contre la non-ingérence des thérapeutes, passant pour une indifférence difficilement compréhensible. « – Et vous avez baissé petit à petit, vous avez fait comment ?

- ... de 5 en 5 sur un an et demi.
- Vous avez commencé à descendre très rapidement ?
- Oui, dans l'hiver j'ai dû commencer à descendre...
- Et de 5 en 5 vous êtes partie de 120 pour arriver petit à petit à 0 ?
- Voilà, avec des périodes où il a fallu remonter parce que ça ne pouvait pas bien se passer tout le temps.
- Ça butait sur quoi, sur des trucs... la vie...
- ... sur des problèmes exclusivement matériels qui vous bouffent... C'est évident, déjà pour quelqu'un qui est équilibré, mais alors quelqu'un qui est décalé c'est pire ». (Sonia B., méthadone)

« De temps en temps j'en prenais 5 par jour, 6 par jour... Il y a des jours où tu te sens beaucoup moins bien que d'autres... Après je suis redescendu à 3 et ça allait... Là pour l'instant je suis à 4. » (Gilles V., Subutex®)

« Dans ces cas, ce qu'il faut qu'ils fassent, c'est qu'il y ait un suivi. [...] Que Catherine, avec elle, je vous jure, le courant passe bien. J'arrive à lui faire comprendre, tout. Elle comprend bien. Elle écoute quand je lui parle. Je ne dis pas que [X] ne m'écoutait pas mais quand je vois que la dernière fois, j'ai été voir Catherine, j'étais à deux cachets par jour de subatex, et puis je lui dis « Tiens, voilà, je n'en prends plus que 1 et demi ». Elle me disait « C'est bien. Bon maintenant ce que tu fais, tu restes comme ça pendant 15 jours. Et puis tu essayes de descendre à 1. Et puis après ça, de 1, on va diminuer tout doucement, voilà, comme ça. » Et ça aide, si tu veux. Tu es passé, tu reprends, tu remontes. Vous

voyez, il y a quand même un échange de parole. Ce n'était pas - j'arrive : « Oui ça va. Tatatatati, tatatatata. » Tu remplis le questionnaire. « Bon, combien tu veux ? - Vas-y, file-moi. Quatre cachets par jour pendant un mois ? Tiens » (Philippe R., Subutex®).

L'éthique théorique de ce groupe de médecins paraît donc être de suivre, au moins dans un premier temps, l'indication du patient. Mais ce qui vaut pour la première phase, de fixation des dosages, ne vaut pas pour la gestion de leur diminution. Une fois que le traitement est institué, les objectifs divergent, ou plutôt les temporalités dans lesquelles viennent s'inscrire les projets des uns et des autres s'avèrent différentes. L'objet du traitement, pour les médecins, est moins une diminution rapide des dosages permettant une sortie prochaine de la substitution, qu'une stabilisation de la consommation permettant, pour certains, de supprimer les pratiques illicites, et pour d'autres de « faire d'autres choses parallèlement » : traiter des problèmes de santé, remettre d'aplomb une situation sociale ou financière par trop bancal, apprendre à gérer ses émotions autrement que par le recours à un psychotrope, engager un travail analytique – consolider dans tous les cas un processus de « décrochage » ou de « stabilisation » menacé par des difficultés diverses. Mais le paradoxe qui fait la position du médecin – et qui fonde sans doute le sentiment de solitude des patients – tient à ce que lorsqu'un patient lui dit « je veux diminuer », il répond « donc il faut maintenir la dose », ou même parfois « il faut augmenter ». Mais c'est aussi que l'indication du patient est double ou ambiguë. De quoi parle-t-on ? De diminuer les doses pour sortir définitivement des drogues ? Dans ce cas, l'enjeu sera de conjurer les sous-dosages pour éviter les « rechutes », et la stratégie sera de maintenir les doses, voire de les augmenter. Ou s'agit-il de diminuer les doses pour échapper aux effets secondaires ou à l'effet de captivité de la substitution ? Dans ce cas, l'enjeu sera de conjurer les surdosages, et la stratégie sera de diminuer progressivement les indications. Apparemment univoque au départ, l'enjeu de la substitution prend à mesure de son expérience les allures d'une impasse.

Une issue incertaine

Précisément parce qu'elle pose la question de la « sortie » de la substitution, cette impasse n'est jamais aussi claire qu'au « terme » théorique, ou du moins espéré, du processus de diminution des doses. Serein, car routinisé, lors de la fixation des doses initiales (on cherche avant tout à pallier efficacement le manque), plus mitigé pour ce qui concerne l'évolution des dosages (des tensions contradictoires opposent « stabilisation » et « diminution »), le tableau s'assombrit quand on approche des dosages terminaux. Car les décrues ne sont pas seulement moins linéaires qu'on ne voudrait l'imaginer, elles s'achèvent par ailleurs rarement dans un effacement progressif ou une annulation pure et simple de la consommation.

Les patients signalent trois impasses à l'achèvement de ces processus de « décrochage » : la hantise de crises de manque qui reviendraient avec la même violence en bout de course ; la découverte d'un piège ; et le sentiment d'être condamné au présent perpétuel de la substitution. Chez ceux qui ont accepté ou se résignent pour l'instant à une substitution approchant la « maintenance », apparaît parfois un souci de réassurance pathétique et contradictoire sur la possibilité de diminuer et d'arrêter sans manque (Réda T.), ou au contraire l'érection d'une barrière du « manque » infranchissable – le problème des réactions physiques au sevrage des produits de substitution restant dans les deux cas irrésolu.

« La méthadone, à sevrer, on n'y arrive pas. J'en ai vu qui ont arrêté, ils sont malades, c'est pire qu'avec l'héroïne. S'ils n'y arrivaient pas avec l'héroïne, il ne faut pas croire qu'ils vont y arriver avec la méthadone. C'est dangereux, apparemment » (Franck B., méthadone).

« D'ici 2, 3 ans je pense que je commencerai à... une fois que je serai vraiment sûr sûr sûr, si je vois que ça me manque plus du tout, dans le coin là, nulle part, là je pourrai me permettre de souffrir 10 jours, 15 jours sans ne plus en prendre, et puis après me lever sur mes pieds, voilà quoi, stop. Je sais que c'est bon, j'aurai plus de craintes quoi. Mais pour l'instant, non, je préfère rester comme ça. Et puis d'ici 2, 3 ans de moi-même, si ça va encore, je commencerai à diminuer petit à petit, pour essayer d'arrêter ça. Bon si on y arrive, hein, je sais pas maintenant (*il rigole*). J'espère que, je pense que oui, je sais pas, c'est un médicament, ils disent que c'est à base de morphine, mais petit à petit, doucement doucement je pense qu'on peut. Même si c'est retirer 1 mg par semaine et même par mois, je mettrai le temps, mais j'y arriverai bien. Ça se sentira pas là, avec 1 mg, ça se sentira pas. Je pense que j'y arriverai bien là, mais pour l'instant, ça me gêne pas, au contraire je suis tranquille, je suis sûr de moi. Je me lève le matin, je déjeune, je prends ma métha et tac je pars au travail. Toute la journée, je suis tranquille, voilà, peinard jusqu'au lendemain. Je ressens plus rien. Voilà, c'est un médicament qui me dérange pas du tout. C'est comme après mon café, je prends ma cigarette, je prends ma métha, c'est pareil. Et je suis tranquille au moins. Et je peux me faire ma journée à l'aise, sans penser à rien, sans penser à toutes ces conneries, là, à toutes ces bêtises (*il rigole*) » (Réda T., méthadone).

« J'avais réussi à tout arrêter. ça c'est un problème, parce que j'ai l'impression que le Moscontin® c'est dur à arrêter, enfin bon j'ai pas vraiment encore essayé, je peux pas vous dire... »

– Vous avez l'impression que c'est plus dur à arrêter même que l'héroïne ?

– Oui. Physiquement, oui, je sais pas.

– Parce que quand vous descendez les doses...

– En fait je sais pas, je dis ça, j'ai jamais essayé en fait.

– Et vous en avez parlé à votre médecin, de ça, vous lui avez demandé ce qu'il en savait ?

– Oui, lui il m'a dit que normalement les gens réussissaient » (Sylvie F., Moscontin®).

Pour ceux qui ont mené un processus de diminution progressif, l'issue du traitement bute par ailleurs sur la découverte d'un seuil ou d'une asymptote dont ils ne parviennent pas à franchir la ligne (Hélène S., Yves G.). Ou bien survient une « rechute » terminale qui aurait pu tout compromettre – la découverte d'une ultime embûche, et non la moindre, qu'il faudra réussir à dépasser (Michel T.).

« Je sais que les choses vont se faire doucement, tout doucement, quitte à ce qu'après je finisse avec des trucs homéopathiques, et puis à devenir dingos si jamais j'ai pas mon truc homéopathique, mais là ce sera autre chose, ce ne sera plus le Subutex®. Enfin quand je dis ce sera autre chose, ça sera, le problème c'est pas le Subutex®, ça voudra dire que moi j'ai pas suffisamment travaillé sur moi-même pour me demander pourquoi une molécule infinitésimale de quelque chose [m'est utile] » (Hélène S., Subutex®).

« – Et je pensais m'arrêter, hein. Mais... »

– Et là vous ne pensez plus arrêter ?

– Je ne sais pas. Si ? Si, si, j'y pense, mais c'est plus psychologique qu'autre chose. Parce que ce que je prends actuellement, je prends 40 mg par jour, donc 20 le matin, 20 le soir, et bon, c'est ce qu'il me dit, il me dit vous pourriez vous arrêter, il pense que je pourrais le faire. Mais je ne sais pas, c'est psychologique, même si... Et j'ai peur d'un côté de m'arrêter. Parce que je me... Je ne sais pas pourquoi, mais c'est comme ça, je me dis je vais m'arrêter, si jamais je replonge ou un truc comme ça, il va falloir que je recommence toute la démarche, enfin, vous voyez, c'est plus psychologique qu'autre chose, ce n'est pas vraiment... Mais j'attends le dé clic, hein (*rire*). On rigole comme ça, mais je sais que ça... Si, pourquoi pas ?

– En plus, c'est probablement ça. Il faut un dé clic, il faut quelque chose qui déclenche.

– Oui, il faut vraiment la motivation, et de le vouloir. Et je pense que c'est possible, comme tout. Mais bon, ça, il ne faut pas presser les choses, il faut me dire... Bon pour l'instant c'est ce qu'il me dit, il me dit bon, ça va, quoi, je veux dire, point de vue santé et tout ça, ça va. Je veux dire, ce n'est pas le produit qui, ce n'est pas ce que je prends, la substitution, qui va me faire du mal par rapport à d'autres produits que je pourrais prendre, ou d'autres médicaments, donc ça va, mais il faut penser à arrêter, bon c'est vrai, il faut y penser. Je ne vais pas rester toute ma vie à... à prendre ça quand même » (Yves G., Moscontin®).

« – Et ça s'est bien passé quand tu n'avais plus rien, quand tu as arrêté [la méthadone], que tu n'avais plus rien après ? »

– J'ai eu un petit mois où je n'étais pas très bien, mais ouais ça s'est bien passé, ouais.

- Tu gérais, quoi, t'étais pas trop bien mais tu te disais...
- Oui oui j'ai bien géré, j'ai repris deux semaines d'héro, quand même, après, après le mois de septembre donc en octobre, deux semaines d'héro, et je m'en suis dégoûté, là. Donc bon...
- Tu en as pris beaucoup à ce moment-là ?
- Euh, huit cent [francs] par jour environ, non, pendant deux semaines. Et après il y avait ma femme qui était là, il y avait ma fille qui était là aussi, et qui m'a vu retomber, chuter et là au bout de deux semaines j'ai pris la décision de tout arrêter et ça a été plus facile de pallier avec le manque de la méthadone, en reprenant de l'héro. En fait, j'ai pallié le manque de la méthadone, et quand j'ai arrêté l'héro je n'ai pratiquement pas été malade.
- Ah oui ? et quand tu as arrêté l'héro en fait, tu as arrêté, point ?
- Point final.
- Tu n'as rien repris, rien du tout, même pas du Di-Antalvic® ?
- Non, surtout pas, non, rien du tout.
- Et c'était un manque moins hard ?
- Ah oui, c'était plus rien à voir, plus rien à voir. Là c'était vivable » (Michel T., méthadone).

Entre les deux le dilemme est insoluble, comme celui de Sylvie F., prise entre deux expériences contradictoires. D'un côté les effets à dosage habituel de son traitement – un calme aliénant – l'invitent à en diminuer les doses. De l'autre, les effets à dosage réduit du Moscontin® contrarient cette envie de « décrocher » : des yeux qui pleurent, un nez qui coule, une irritabilité constante la gênent notamment dans le cadre de son travail, et font obstacle à tout projet de réduction, la condamnant à l'impression d'avoir à rester perpétuellement dans cette impasse.

(À propos des effets à dosage habituel)

« C'est, on sent pas particulièrement un effet, quoi, mais bon, ça modifie quand même le comportement, quoi, quelque part. [...] Des fois je me sens pas comme les autres, quoi. Souvent on me dit, vous êtes vachement calme, ça me gêne un peu quand même. Ça me gêne un peu de pas réagir comme les autres, donc je sais pas. »

[À propos des effets à dosage réduit]

« Et ben c'est-à-dire que on est moins en forme, problèmes de nez qui coule, les yeux qui pleurent, et puis on est moins en forme, quoi, même si c'est pas le manque. [...] C'est pour ça qu'en travaillant, ça me posait des problèmes.

- C'est pour ça que vous avez essayé [de réduire, d'arrêter] et puis vous avez renoncé ?
- Oui.
- Ça fait des effets comme ça, le nez qui coule, etc. ?

- C'est-à-dire qu'en fait si vous voulez c'est supportable, mais bon, quand on travaille je trouve que c'est handicapant. Les gens ils se disent toujours qu'est-ce qui se passe, t'as le nez qui coule, et puis on a une tendance à être plus énervée... » (Sylvie F., Moscontin®).

Du côté des médecins, l'ambivalence n'est pas moins marquée. Deux médecins décrivent ici à la fois le champ de possibilités ouvert par la substitution et les limites sur lesquelles elle bute. L'une et l'autre distinguent clairement la substitution du sevrage, sans illusion sur un enchaînement naturel ou sur la continuité de ces deux stratégies de soin ou de réponse à la « toxicomanie ». L'une y voit avant tout le moyen de faire une pause, un « outil pour faire le point sur sa vie, sa toxicomanie et ses problèmes de santé », ne présageant en rien, ni de l'évolution ultérieure de ses patients, ni de leurs choix de consommation, qui seront essentiellement fonction, selon elle, de leur situation sociale ou de leur état de santé (Claude H.). L'autre y voit l'occasion, non seulement de reprendre son souffle et de pacifier son mode de vie, mais également de traiter différents problèmes, médical, social ou psychologique – mais un traitement sans grand rapport avec une démarche de sevrage, même s'il peut en préparer l'assise (« ce n'est pas la peine d'arrêter s'il y a d'autres choses à faire parallèlement », Rosita C.). Mais l'une et l'autre soulignent, également, l'ambivalence de ces traitements, à la fois libérateurs et dotés de puissance de capture. Chacune tient en effet, d'un côté un discours optimiste – on peut arrêter les substitutions (Rosita C.), ou les substitutions vont s'arrêter d'elles-mêmes (Claude H.).

« Dès qu'il y a un palier, avec la substitution, ils veulent toujours soit arrêter, soit diminuer, soit tout ça. Donc si tu veux, moi je crois que... un des buts aussi quand on les reçoit, c'est d'entendre – parce que quelqu'un qui viendrait répéter sans arrêt, j'ai envie d'arrêter, j'ai envie d'arrêter, je crois qu'il faut aussi dire, bon, vous avez envie d'arrêter, on peut programmer une hospitalisation – mais d'un autre côté ce n'est pas la peine d'arrêter s'il y a d'autres choses à faire parallèlement. [...] Parce que quand les gens disent, j'ai envie d'arrêter, j'ai envie d'arrêter, je crois que c'est aussi possible de permettre de pouvoir arrêter. Alors moi, c'est vrai que quand je reçois des gens en ville, je leur dis d'abord que la substitution c'est quelque chose qui peut s'arrêter à tout moment. Que les gens n'aient pas l'impression d'avoir un fil à la patte terrible. [...] Je crois que les gens ont l'impression, si tu veux, de rentrer dans un truc qui va durer pendant des années, bon, ou pas du tout, mais moi j'ai besoin de dire qu'on peut arrêter à tout moment. Parce que je sais que c'est possible. Même si les autres disent que ça ne l'est pas. Moi j'ai vu des tas de gens arrêter » (Rosita C., médecin).

« Pour sortir de la toxicomanie s'ils ont envie, ça paraît fonctionner bien. On les accompagne, et puis ils font eux à leur rythme, en trouvant leur solution, et il n'y a pas de raison qu'ils n'y arrivent pas. Et il n'y a pas de raison que tous restent au Subutex® pendant 50 ans. Non, ils vont arrêter progressivement, ça je pense » (Claude H., médecin). Mais chacune tient également de l'autre un

discours pessimiste : on s'« enchaîne » à la substitution (Claude H.), ne serait-ce qu'à cause du manque terminal, avéré pour la méthadone, et probable également pour le Subutex® (Rosita C.).

« Je n'ai en particulier jamais pensé qu'ils allaient se sevrer avec ça. Je ne me suis jamais vraiment posé de questions là-dessus. Le sevrage, c'est autre chose, quoi. Mais, oui, même à un moment j'étais embêtée et à un moment je leur ai dit beaucoup, et puis je leur dis même maintenant : si on vous prescrit ce traitement maintenant, vous allez être enchaîné à ce traitement. Au contraire, c'est pire qu'un sevrage, quoi, c'est... il faut mesurer le truc » (Claude H., médecin).

« [La méthadone], ce n'est pas comme si tu arrêtes la poudre. Tu es malade quand même pendant quinze jours, ce sont des syndromes beaucoup plus costauds et là on ne sait pas avec le Subutex® ce que ça va donner. Moi c'est ce qui m'inquiète le plus. [...] Quelqu'un comme Hélène, moi je me dis à la limite, même si c'est 0,4 mg deux fois ou trois fois, quand elle va les arrêter, ça va peut-être être très dur. Donc est-ce qu'il ne faut pas... est-ce que moi je ne la repasserais pas au Moscontin®, 30 mg matin et soir, puis 10 mg, pour éviter d'avoir un truc qui prend trop trop trop la tête ? » (Rosita C., médecin).

Dans cette contradiction s'invente cependant une médecine. Chacune de ces dernières citations esquisse en effet des stratégies thérapeutiques dont l'objet propre n'est plus la « toxicomanie », ni la « réduction des risques » liés à l'usage de drogues de produits illicites, mais l'usage et les effets des produits de substitution eux-mêmes. Deux pistes, exprimées de façon plus ou moins assurées selon l'expérience des uns et des autres, et variables dans leurs modalités, se dessinent au travers de ces pratiques de la substitution et de ces expériences du « suivi » d'usagers de drogues.

L'enjeu en est d'abord de *relativiser* la substitution : de mettre en garde contre ses contraintes (ses effets secondaires, le sentiment de captivité qu'elle génère, etc.), mais également de resituer le recours aux traitements dans un répertoire plus large de réponses aux problèmes de gestion des consommations de drogues : suivi en ambulatoire, hospitalisation, séjour en centre de cure ou suivi en centre spécialisé. De briser, en somme, l'évidence de la substitution ou le caractère de nécessité qu'elle peut revêtir pour un patient « en manque », susceptible de se laisser aveugler tant sur les alternatives qui s'offrent à lui à tout moment du traitement (« on peut arrêter », dit Rosita C.), que sur les contraintes qui pèseront sur lui une fois le traitement initié (« on est enchaîné », dit Claude H.). L'objet de l'intervention du médecin n'est plus, dans cette perspective, de *suivre* mécaniquement les choix du patient, ou de les contraindre, mais de les *éclairer*.

La seconde perspective est celle d'un affinement des pratiques de substitution. Il s'agit de jouer sur le répertoire des produits, distingués selon leur économie propre (posologie, mode d'action pharmacologique, effets secondaires, etc.), pour envisager leur utilisation dans des agencements variables – par exemple, pour une

patiente que les dispositions réglementaires ont obligée, en cours de traitement, à passer du Moscontin® au Subutex®, passer à nouveau du Subutex® au Moscontin® en fin de traitement, pour éviter des phénomènes de sevrage trop pénibles. L'utilisation de la pharmacopée des produits de substitution dépasse alors le seul problème de leur dosage et du contrôle des pratiques appelé par leur délivrance. L'institution de traitements de substitution permet d'aider des usagers à stabiliser leur consommation. Le jeu sur les ressources offertes par la pharmacopée, bien qu'entravé aujourd'hui par l'étroitesse du choix offert à la prescription et par le manque de recul sur les derniers outils apparus sur le marché (le Subutex® par exemple), permet de gérer aussi des sorties de la substitution, bien que rarement anticipées jusqu'à présent. L'examen de la question des dosages délivre ainsi trois enseignements. Il fait apparaître tout d'abord un chassé-croisé entre patients et médecins : les premiers sont passés d'une course aux quantités massives à un dégoût de la chimie ; les seconds ont quitté la hantise du « surdosage » pour gagner celle du « sous-dosage ». Ces jeux de croisements créent des terrains de rencontre, certainement, mais également des pôles de divergence : la pression à la baisse du côté des patients, contredite par une pression au « maintien », voire à la hausse, du côté des médecins, laisse de fait aux patients la charge de réduire progressivement la posologie de leurs traitements, et les place en position de solitude, très souvent, face aux difficultés, voire aux désillusions qu'ils rencontrent au terme théorique de ce processus. Mais dans cette confrontation, et précisément aux endroits où elle frôle une situation d'impasse (sortir des drogues au prix de la substitution, ou arrêter la substitution ?), s'invente de façon embryonnaire mais réelle, une médecine ou un « soin » spécifique de la consommation de produits psychotropes – ici de « produits de substitution ».

2 - LA NORMALISATION DES PRISES : « CUISINE » D'USAGERS ET « OBSERVANCE » THÉRAPEUTIQUE

La logique du traitement de la dépendance physiologique aux opiacés, autant que les principes d'action des produits de substitution – dont la vocation est de libérer du manque ou de la douleur pendant de longues durées – requièrent des prises, sinon à heure fixe, au moins à fréquence stable : toutes les vingt-quatre heures en principe pour la méthadone et le Subutex®⁷³, toutes les douze heures pour les sulfates de morphine. Or, les patients, dans la majorité des cas, modifient cette indication : ils démultiplient les prises, en déplacent l'horaire et absorbent les produits selon des logiques qui, sans être irrationnelles, n'en contredisent pas moins la norme d'utilisation décrite par les médecins.

73. La durée d'action de ces produits semble varier cependant avec les individus, et il est probable que les doses doivent être fractionnées dans certains cas pour obtenir une efficacité constante.

Paradoxalement, c'est sur la question du rythme des prises que les enjeux de l'intervention médicale paraissent ici les plus marqués, du moins du point de vue des médecins. Pour ajuster les doses, ils recourent le plus souvent aux indications des patients. Concernant leurs consommations « parallèles », le souci de « garder le contact » et le défaut de moyens de contrôle, on le verra plus loin, leur imposent très souvent de s'adapter aux pratiques de leurs patients. Mais autour de la régulation des prises se confrontent deux logiques d'usage antithétiques des mêmes produits, conduisant très souvent les médecins à tenter de « reprendre la main », pour imprimer au traitement une tournure thérapeutique dont la logique échappe très souvent dans un premier temps aux patients. Alors que les usagers attendent et pratiquent en effet une consommation adaptée à des besoins physiologiques ou psychologiques immédiats, les médecins prescrivent une régulation des prises adaptée exclusivement au traitement physiologique du manque et ne proposent, de fait, pas de réponse pharmaceutique aux désordres qui peuvent survenir dans la vie quotidienne ou au cours du traitement (malaises psychologiques, états dépressifs, effets secondaires, etc.) – même si la plupart, loin de négliger les effets secondaires de la substitution, proposent d'en traiter les manifestations au travers d'un accompagnement psychosocial. Pour les usagers l'enjeu de ces modalités de consommation est avant tout un problème de confort : il s'agit simplement de vivre correctement, ou d'aller bien. Mais pour les médecins, les enjeux sont plus divers. Il s'agit tout à la fois de traiter durablement le manque en adaptant le rythme des prises à la durée d'action des produits. De limiter autant que possible la tendance à l'inflation des doses, la prise désordonnée des produits tendant à minimiser leurs effets « à libération prolongée » et à déséquilibrer un traitement destiné au contraire à stabiliser la consommation. Il leur faut parvenir également à déconditionner les habitudes de consommation de leurs patients, l'idée étant communément admise selon laquelle la « toxico-manie » se joue précisément dans le recours désordonné aux produits psychotropes, pour parer au moindre désagrément. Mais il s'agit aussi d'obtenir des usagers qu'ils abandonnent leurs habitudes d'automédication, et cèdent tout ou partie à leur médecin le contrôle de la situation⁷⁴.

Dans la question du rythme des prises se joue en somme le succès du « traitement », entendu à la fois comme réponse au manque, stabilisation de la consommation, abandon des habitudes d'automédication et déconditionnement de la « toxicomanie ». Alourdie par ces enjeux, la question des « prises » constitue par

74. Voir notamment la façon dont l'un des médecins définit ici le cadre de son intervention : « Dans le principe de la substitution il y a effectivement [la dimension] pharmacologique mais il y a tout le cadre. En tout cas moi c'est comme ça que j'aborde la thérapeutique. C'est : vous lâchez le produit, vous ne le contrôlez plus c'est moi qui le contrôle. C'est un peu despotique mais c'est pour moi nécessaire. Donc c'était plus votre problème le produit, ça devenait le mien, avec une garantie que [vous ne soyez pas] sous-dosé, on évaluait tout ça mais encore une fois c'est une prescription donc c'est moi qui adapte le traitement. ça ils ont beaucoup de mal à accepter que quelqu'un d'autre contrôle leur produit » (Fabienne R., médecin).

conséquent aussi l'indice de la nature des rapports noués entre médecins et patients, et agit le plus souvent comme révélateur de leurs points de tension (fonctions du médecin, « manies » prêtées au patient, stratégies employées pour emporter leur adhésion au traitement, etc.). L'examen des stratégies qui président à l'aménagement des prises par les patients d'un côté, et des efforts de régulation dont elles font l'objet de la part des médecins d'un autre, nous conduira par conséquent à interroger finalement les termes dans lesquels se négocie « l'observance » des traitements.

Anticipation du manque, contrôle du stress, gestion des effets secondaires : l'aménagement spontané des prises

De fait, rares sont les patients, dans cet échantillon, qui se plient exactement aux indications concernant le rythme des prises. Tous, à un moment ou à un autre, ont enfreint l'horaire et/ou les rythmes de consommation indiqués par le médecin ou requis par les produits. Ces entorses aux règles qui leur sont indiquées ne sont cependant ni fortuites ni anarchiques. Elles ne relèvent ni de l'erreur, ni de l'oubli, ni de l'insouciance. Elles possèdent au contraire une logique propre, positive, et relèvent sinon de choix (une patiente se dit par exemple « incapable » de se limiter à la seule prise matinale), au moins de stratégies.

On peut distinguer, d'après les entretiens réalisés ici, trois types de stratégies d'aménagement des prises : une stratégie de *consommateur*, une stratégie *anxiolytique* et une stratégie de *limitation des effets secondaires*. La première consiste à utiliser le produit de substitution en complément d'autres consommations. Il s'agit d'une stratégie « classique » d'usager de drogues actif, où le produit de substitution (dans l'exemple qui suit, le Subutex[®]) est utilisé comme n'importe lequel des « cachets » disponibles avant ou hors la substitution officielle (Temgésic[®], Di-Antalvic[®], etc.) pour gérer les désagréments physiques du manque, entre deux consommations d'héroïne. À ce titre, selon les propres « critères » du patient cité plus loin, le produit de substitution officiel s'avère incontestablement plus puissant que les autres cachets – il annule plus efficacement les symptômes physiques du manque –, mais également plus encombrant, puisqu'il réduit le plaisir trouvé avec l'héroïne. Paradoxalement d'ailleurs, l'horaire et le rythme des prises, dans cette stratégie, peuvent être conformes aux indications médicales : matinales, et uniques. Mais la logique en est toute autre : si la prise est matinale, c'est que le manque n'est jamais aussi vif qu'après l'abstinence du sommeil. Et si elle est unique, c'est parce que entre-temps l'usager a trouvé de l'héroïne.

« T'as un critère : tu te réveilles le matin, t'es en manque, tu prends un cachet, si tu vois que vraiment tu commences à aller mieux, pas psychologiquement, mais si physiquement tu te sens mieux, c'est que au moins ça marche... Et ça a été mon cas avec le Subutex[®]. [...] Il m'est arrivé de prendre un Subu le

matin en me disant : « je vais être malade alors je prends du Subu ». Et après, ben j'ai eu l'occasion de trouver un paquet de came, donc je prenais de la came, et elle me faisait moins d'effet parce que j'avais pris un Subu, donc je la sentais pas » (Gilles V., Subutex®).

À l'inverse de la première, la seconde stratégie – la plus répandue ici – n'est pas directement articulée à la consommation de produits illicites. Elle consiste à utiliser les produits de substitution non plus pour gérer les symptômes physiques du manque, mais pour surmonter ou prévenir un état d'inconfort psychologique (une « colère », une mauvaise humeur ou une angoisse plus diffuse) et affronter les situations de stress qui le provoquent : pour faire face aux autres parents d'élèves lorsque l'on va chercher ses enfants à l'école (Hélène S., Subutex®) ; pour surmonter « l'appréhension » de revenir dans un quartier lourd de tentations (Gilles V., Subutex®) ; pour « décompresser » après une journée de travail (Gérard D., Subutex®). Le moment des prises n'est donc déterminé ni par les caractéristiques objectives du produit, ni par les indications du prescripteur. S'il peut à l'occasion être ordonné par un rythme, c'est par celui de la vie ordinaire et de ses sollicitations – celui d'une mère de famille, d'un fonctionnaire des postes ou d'un convalescent –, et il est, en tout état de cause, décidé par le patient, en fonction des nécessités de la situation (« ça va m'arranger le coup ») et des effets anxiolytiques prêtés au produit, indépendamment de ses indications médicales. Ce type d'usage des produits de substitution est contesté par les médecins, soit comme une forme d'« automédication » mettant en péril la logique du traitement, soit à la marge, comme une forme de « surmédication » invitant à relever en permanence les doses, ou à faire du recours à la chimie la réponse à tous les problèmes. C'est le cas ici notamment pour un patient sous méthadone qui respecte les indications de prise (une prise par jour le matin), mais en complétant ce traitement avec des cachets (Témesta®, Séresta®, Xanax®) qui l'aident à passer les moments de malaise (« le matin je me sentais toujours oppressé »), et qu'il prend quand le besoin s'en fait sentir. L'enjeu de la négociation avec son médecin, dans ce cas, ne porte pas exactement sur un défaut d'observance, mais plutôt sur un excès de recours aux médicaments psychotropes le conduisant à maquiller les situations de stress plutôt qu'à en aborder les causes : « Je lui ai dit au bout d'un moment que plutôt que de se bourrer de Séresta® 50, peut-être qu'il fallait qu'il aille voir un psy », précise le généraliste.

« Bon, j'ai fait attention, je n'en ai pas pris de trop [de méthadone]. Mais le matin je me sentais toujours oppressé, ça n'allait jamais. Et je démarrais en prenant ça. Je prenais la méthadone avec un Séresta® ou avec un Xanax®. [...] Je prends un Séresta® et ça va tout de suite mieux après » (Franck B., méthadone).

« – Vous en preniez plusieurs fois par jour ?

– Non, une fois, que le matin. J'ai encore des petits trous le soir, il m'arrive encore d'en prendre encore le soir, mais ça dépend. Ce qu'il y a, c'est que moi

j'ai tendance à prendre ce médicament comme un déstressant. Il suffit que je sois en colère, mal luné, mal dans ma peau, je me dis : « ça va m'arranger le coup ». J'associe tout à ce médicament, le gros problème il est là. Ça Mme R. elle me l'a dit : « prends un antistressant, quelque chose comme ça, mais pas ça ». Mais psychologiquement, j'ai l'impression que « ça m'aide » (Karim G., Subutex®).

La stratégie de consommateur et la stratégie anxiolytique se ressemblent en ce qu'elles prêtent une *vertu* au produit de substitution : supprimer le manque ou aider à surmonter une angoisse. La troisième stratégie se distingue en revanche des deux autres en ce qu'elle cherche à limiter ses effets secondaires. Car les traitements de substitution, comme n'importe quel traitement chimique lourd, peuvent avoir des effets indésirables. Et le passage brutal d'un mode de vie à l'autre crée souvent des effets de vide et de déprime difficiles à combler (« je ne tiendrais pas sans travailler », « le fait de travailler, de se lever le matin, d'avoir un travail, ça évite de... de penser, quoi, de penser à ça, de ne penser qu'à la came », etc.). Cette caractéristique des traitements de substitution tend à être oubliée, à plus forte raison dans un contexte de prescription où, d'une part, la question de l'« observance » est parasitée par celle du contrôle des usages, d'autre part les effets des produits (« secondaires », « dopants », « stimulants », etc.) font l'objet de grilles de lectures différentes selon les interlocuteurs, et où, enfin, les possibilités de prescription, et par là de limitation des effets indésirables, sont très restreintes. Elle est parfois occultée ici, paradoxalement, par les médecins eux-mêmes, qui attendent de leurs patients une observance que les effets secondaires de ces traitements, surtout lorsqu'ils ne sont pas anticipés, peuvent rendre difficile. C'est ce dont témoigne un patient substitué au Subutex®, qui a cherché à adapter l'horaire et le rythme de ses prises à son activité professionnelle. Constatant, à l'expérience, que le Subutex® joue contre son « tonus » non seulement psychique (il parle d'un effet « écrêtant » les sensations), mais aussi physique, il a déplacé la prise du matin, soit à l'après-midi pour éviter cet effet néfaste au début de sa journée de travail (pour « récupérer la pêche »), soit au soir pour le retourner à son profit (pour « décompresser »).

« – Fatigué... Fatigué très vite... Alors ce n'est peut-être pas lié au Subutex®, encore que moi je pense que si... Il y a une différence entre prendre du Subutex®, j'ai fait l'expérience au boulot, c'est que quand je n'en prends pas le matin, je suis beaucoup plus énergique, plus rapide. Je dépense beaucoup plus de tonus musculaire. Alors qu'avec le Subutex® [...] ce n'est pas du tout la vitesse que j'avais avant de prendre du Subutex®. Et les jours où je n'en prends pas, justement, je... je récupère ça. Cette pêche, quoi. Enfin ce tonus.

– Et si vous le prenez le soir, ça vous permet de...

– Non, il faut le prendre le matin.

– Ah c'est comme ça qu'il faut le prendre...

– Ouais, enfin à un moment je le prenais l'après-midi... Enfin j'ai essayé une partie le matin, une partie l'après-midi, après le soir, pour décompresser... Pendant toute une période, oui je n'en ai pris que l'après-midi... » (Gérard D., Subutex®).

Apparemment très distinctes, ces trois stratégies ont pourtant un fondement commun, dont la prise en considération relativise les représentations usuelles de la « toxicomanie », couramment désignée comme générant des comportements compulsifs, voire irrationnels, ou comme privilégiant toute forme de « défonce », même atténuée, sur le souci de conserver un équilibre somatique⁷⁵.

Elles relèvent toutes d'une part d'une logique d'« usage », héritée de l'expérience des drogues et cherchant à exploiter les effets – ici apaisants, désinhibants ou potentialisateurs – des produits de substitution. Il y a incontestablement en effet une proximité entre la consommation de drogues et ces petits aménagements conduisant à infléchir la logique de la substitution – évidente dans la stratégie de consommateur, indirecte dans la stratégie anxiolytique (pour l'un des patients, « l'appréhension » qu'il s'agit de surmonter est celle qui survient lorsqu'il retourne dans le quartier où il avait l'habitude de consommer), et encore présente, même inversée, dans la stratégie de limitation des effets secondaires (le patient qui ajuste ses prises de Subutex® à son rythme professionnel utilisait autrefois l'héroïne de manière symétrique, comme stimulant de ses activités professionnelles). Toutes relèvent semblablement, si l'on en croit ces témoignages, d'une *économie des effets* (recherchés, indésirables ou secondaires), au même titre probablement que l'expérience des drogues, plus que de réflexes « toxicomaniaques » – du moins si l'on entend ce terme en son sens le plus courant de dépendance compulsive à la consommation de substances psychoactives. Ou au moins peut-on faire l'hypothèse, pourrait-on dire en d'autres termes, que les similarités observées entre consommation de substances illicites et consommation de produits de substitution révèlent moins, du moins du point de vue de la gestion des prises, un attachement aux drogues dont le patient ne parviendrait pas à se débarrasser, qu'un *habitus* d'usager⁷⁶, attentif aux effets des produits pharmacologiques sur son corps et sur son psychisme, et habitué à les gérer de façon autonome.

Ces stratégies relèvent toutes d'autre part, si l'on entend bien les patients, d'une logique de soin. Les modifications portées au rythme et aux horaires conseillés par les médecins, loin d'attester l'indifférence aux soins et à soi si souvent prêtée

aux usagers de drogues, constituent plutôt en effet une manière de *prendre soin de soi*, d'un point de vue somatique (gestion du manque) ou d'un point de vue psychologique (gestion des angoisses), en s'efforçant notamment de parer aux effets pharmacologiques des produits (contournement des effets indésirables). Mises en regard des règles « raisonnables » de la médecine, elles témoignent probablement moins de réflexes « irrépessibles » que de la confrontation entre deux logiques de soin : celle, autonome, du patient ; et celle, hétéronome, du médecin. Mais les épreuves de forces ou les négociations engagées autour de la normalisation des prises ont précisément pour enjeu d'amener les patients à substituer à leur propre savoir d'utilisation des substances psychoactives un autre savoir d'utilisation des produits de substitution, obéissant non plus à une logique de gestion des effets (secondaires ou immédiats) des produits, mais à une logique de soin de la « toxicomanie ».

Ne pas « faire sa cuisine » : l'exigence comportementale des médecins

Les médecins n'ignorent pas les aménagements de rythme et d'horaire que s'autorisent leurs patients, et ils s'en soucient beaucoup. D'apparence triviale (il paraît logique en effet que les médecins se préoccupent du suivi de leurs prescriptions), ce souci est pourtant plus complexe qu'il n'y paraît d'emblée. Il juxtapose en effet deux préoccupations distinctes : une préoccupation *pharmacologique* et une préoccupation *comportementale*. La première est centrée sur les caractéristiques des produits et sur leurs conditions d'efficacité – les vertus « à libération prolongée » du Subutex® permettant le plus souvent, par exemple, une seule prise quotidienne, mais exigeant aussi une consommation sublinguale. La seconde est centrée sur le comportement du patient, non seulement en tant qu'usager d'un médicament, mais aussi en tant qu'*ancien usager de drogues*. En forçant le trait, on pourrait dire que la première préoccupation relève de la prévention de mauvais usages des produits (expliquer au patient la meilleure manière d'utiliser le traitement, prévenir des utilisations qui entraveraient leur efficacité), et la seconde d'un jugement comportemental (identifier chez le patient les restes d'un « comportement toxicomaniaque »). Or, il semble que dans cet échantillon ces deux préoccupations soient inégales, la seconde l'emportant le plus souvent sur la première. Les explications données aux patients concernant les conditions d'efficacité des produits – absentes, insuffisantes ou mal comprises, si l'on en croit leurs témoignages – paraissent en effet rivaliser en permanence avec des considérations sur leurs habitudes antérieures : s'ils doivent se plier aux prises indiquées par le produit, donc rompre avec des usages irréguliers, intermittents ou décalés de ces substances, ce n'est pas seulement pour optimiser le traitement, ni pour éviter d'éventuels effets secondaires, mais surtout pour se défaire d'une « manie ». L'exigence d'observance exprimée par les médecins s'en trouve, par conséquent, à la fois réduite et ampli-

75. On retrouve fréquemment dans la littérature médicale ou paramédicale, par exemple, l'idée selon laquelle « la réalité des toxicomanes » serait celle d'un « évitement », voire même d'« une véritable négation » de leur propre corps.

76. Si la sociologie préfère la notion d'*habitus* à celle, plus simple, d'*habitude*, c'est précisément qu'elle permet d'en clarifier l'ambiguïté. L'*habitus* relève certes de l'*habitude*, mais de l'*habitude* entendue comme routine et non comme manie (une « sale habitude »). Un *habitus*, et c'est en cela que ce concept pourrait être précieux pour une analyse des pratiques des drogues, est une disposition incorporée, un « sens pratique », qui se reproduit non pas sous l'impulsion d'une force extérieure (la « dépendance » au produit, par exemple) mais depuis lui-même, à la manière d'un sportif qui place son corps exactement à l'endroit où sa pratique du jeu lui suggère de le placer (cf. Pierre Bourdieu, *Le sens pratique*, Minit, Paris, 1980, p. 88 sqq.).

fiée. Réduite quand elle prend la forme d'une tautologie pharmacologique – il faut respecter le cycle du produit parce que le produit a un cycle –, et frustrante pour des patients rompus, par l'expérience des drogues, à une connaissance subtile, quoique non « savante », des effets et des cycles des produits psychotropes. Amplifiée lorsqu'elle prend la forme d'un impératif de changement comportemental – ne pas se plier aux prises régulières, c'est persister dans la « toxicomanie » –, sans doute adéquat à la démarche de patients souhaitant interrompre leur consommation de drogues, mais débordant la stricte prévention de mauvaises utilisations, et portant les médecins sur un terrain autre que celui de la prescription médicale.

« – Pendant toute une période, oui je n'en ai pris que l'après-midi. Mais il ne fallait pas.

– Pourquoi ?

– Comme ça. Il m'a pas donné d'explication. L'explication c'est un cycle... Donc un cycle, il faut absolument le faire prendre sous la langue... Donc c'est un cycle de traitement. Il faut que ça passe sous la langue. Il ne faut pas l'avaler comme ça, sinon les résultats ne sont pas les mêmes. Comme il y a un cycle de temps... De toute façon c'est toujours le même temps, donc les effets sont pas les mêmes en les prenant le matin ou l'après-midi. » (Gérard D., Subutex®).

« – Pourquoi ça serait idéal que vous ne preniez qu'une prise le matin ?

– Ben parce que Rosita C. m'a dit que le médicament avait une longue durée de vie dans l'organisme, que ça sert à rien d'avoir un comportement toxicomane avec ce médicament et de s'en coller un sous la langue toutes les heures » (Hélène S., Subutex®).

Perceptible dans le témoignage des patients – et, à l'occasion, nous le verrons, intériorisée par eux – cette prépondérance du souci comportemental sur le souci pharmacologique se précise dans les propos recueillis auprès des médecins eux-mêmes : le problème que leur posent les entorses faites par leurs patients au rythme et à l'horaire de prise indiqués n'est pas seulement celui de l'impropriété de ces utilisations, il réside aussi dans la *réappropriation de leur usage* dans une logique non médicale. La thématique de l'erreur d'utilisation ne paraît en effet jamais très éloignée de celle du comportement illégitime : tel patient « prend les cachets n'importe comment », tel autre « dérape ». Ce sont d'ailleurs moins l'ignorance ou les erreurs des patients qui sont au centre du discours médical sur les prises, que les initiatives qu'ils s'autorisent : tel patient « traficote », tel autre « fait sa cuisine ». La mauvaise observance du patient est soulignée – ou excusée, ce qui revient au même – comme comportement autonome : tel patient « essaie de contrôler le produit et de l'utiliser » au détriment du contrôle exercé par le médecin ; tel autre « se sert quand même du produit », à des fins autres que la simple disparition du manque ; pour tel autre, enfin, « c'est son espace de liberté » sans doute, mais qui révèle la persistance d'habitudes mal maîtrisées.

« Elle les prend n'importe comment. Elle les prenait, par exemple elle se réveillait la nuit parce qu'elle était en manque. Elle va te prendre 160 [mg] à 4 h du matin, et puis elle va en reprendre 100 le matin quand elle se réveille. Ça fait qu'il ne lui en reste plus que 15 en fin d'après-midi. [...] Quand elle en prenait je ne sais pas combien à 4 h du matin et puis qu'elle recommençait à 8 heures, bon tout ça, ça l'excitait, et puis après elle était mal en fin de journée et puis elle demandait à ce qu'on augmente les doses pour faire encore plus ça, enfin. [...] Elle a toujours parlé de redescendre, mais elle est toujours mal, et en définitive elle se sert quand même des produits, pas seulement pour se calmer » (Pierre D./ Sylvie F., Moscontin®).

« Il y a eu un moment il a dérapé avec le Subutex®, il avait tendance à faire avec le Subutex® comme avec l'Antalvic®, c'est-à-dire, je suis fatigué, je suis angoissé, hop je prends un Subutex® de plus, à faire sa cuisine, bon je ne sais plus très bien comment je l'avais prescrit au départ, voilà, je prends pas tout maintenant, j'en mets de côté pour ce soir bon on sait jamais, du coup il se mettait en manque dans la journée il en prenait beaucoup plus qu'il n'en fallait alors que au départ c'était la lune de miel quand il était sous Subutex® il a recommencé à essayer de reconstruire le produit et de l'utiliser... » (Fabienne R./ Karim G., Subutex®).

« Mme S. elle est marrante parce que elle, si tu veux, elle prend une toute petite dose, parce que maintenant elle en est à 0,4 mg. Alors elle prend à midi, elle prend à 4 h, tu vois... ça c'est à mon avis les heures qui correspondaient aux prises de dope avant. Alors moi je pense que c'est son espace de liberté et c'est bien qu'elle traficote là-dessus, mais là on en est à 3 mg maintenant, elle a fini par essayer de faire que la prise de midi et celle de 4 h... Je lui dis écoutez, ce n'est pas parce que vous allez chercher vos gosses à l'école qu'il faut absolument que vous ayez besoin d'avoir pris quelque chose » (Rosita C./ Hélène S., Subutex®).

Les préoccupations des médecins conjuguent ainsi toujours, à des degrés divers, non seulement la nécessité de maintenir un équilibre au traitement, mais aussi d'amener le patient à céder le contrôle au médecin, ou à troquer des habitudes « toxicomaniques » contre une gestion plus « rationnelle » des traitements. Et si le souci comportemental des médecins apparaît comme prépondérant, c'est que dans tous les cas, selon eux, la prise erratique des produits de substitution entre en contradiction avec des objectifs de soin de la « toxicomanie ». Soit la « toxicomanie » est générée par le manque, et, dans ce cas, pour arriver à le gérer efficacement sans relever sans cesse les doses, il faut limiter les usages en réponse au coup par coup aux problèmes de la vie quotidienne. Soit la « toxicomanie » s'enracine dans des fragilités psychiques, et, dans ce cas, il faut parvenir à contredire l'habitude prise par les patients de gérer leurs problèmes psychologiques à l'aide de produits psychotropes, et les convaincre de se faire suivre par un psychologue ou d'engager un travail analytique. Soit la « toxicomanie » résulte d'une automédi-

cation désastreuse, et remonter à contre-courant impose de conduire le patient à céder le contrôle au médecin. Ces différents objectifs ou stratégies sont par ailleurs indémêlables et placent les médecins sur le triple terrain de la prescription, du contrôle et de la thérapie comportementale. Enfin, une consommation anarchique peut toujours révéler des usages détournés des produits de substitution, susceptibles notamment de mettre en danger la santé des patients (l'injection répétée de Subutex[®], par exemple), et appeler une intervention ou un contrôle du médecin visant à limiter les risques. Mais il n'en reste pas moins que, rapprochée des stratégies d'aménagement des prises observées chez les patients de cet échantillon, la préoccupation comportementale des médecins paraît ici à la fois pertinente et tronquée. Pertinente, puisqu'elle a pour matériau une logique réelle – la logique d'« usage » qui préside aux aménagements de prises pratiqués par les patients : les médecins perçoivent en effet des réflexes de consommateur (« ça c'est à mon avis les heures qui correspondaient aux prises de dope avant ») ; ils identifient par ailleurs des stratégies anxiolytiques (« je suis angoissé, hop je prends un Subutex[®] »). Mais tronquée, lorsqu'elle passe à côté de l'une de ses trois variantes : celle qui vise à limiter les effets secondaires des traitements. Car ils ne semblent pas toujours voir en revanche que l'aménagement des prises peut relever aussi d'un soin de soi, et être imposé autant par les effets secondaires (psychiques ou physiologiques) des produits que par les « mauvaises » habitudes du patient.

Paradoxalement donc, les médecins occultent le plus souvent, parmi les différents aménagements organisés par leurs patients, ceux qui relèvent le plus directement des effets des traitements qu'ils prescrivent, et ne retiennent que ceux qui relèvent d'un comportement d'« usager de drogues ». Les patients cherchent à contrôler un traitement lourd d'effets indésirables ou susceptibles de bénéfices secondaires. Mais les médecins cherchent à empêcher ce contrôle, indice pour eux de la persistance d'un comportement « toxicomaniaque ».

Sanctions et concessions : l'observance par ajustements

Les négociations engagées autour de la « normalisation des prises », telle qu'elles apparaissent lorsque l'on confronte les pratiques et le témoignage des patients aux attentes et aux attitudes des médecins, relèvent peut-être moins par conséquent du conflit que, plus prosaïquement, du *malentendu* : d'anciens usagers de drogues s'acclimatent à leur nouveau rôle de patient, mais leurs médecins persistent à les considérer comme des usagers de drogues ; des médecins cherchent à adapter leurs pratiques au profil ou aux « besoins » particuliers de leurs patients, mais sont conduits à déborder les limites ordinaires de leur rôle... La question se déporte dès lors du soupçon (le patient est-il observant ? Cherche-t-il à détourner l'usage des produits ?) vers les moyens qui permettent d'emporter l'adhésion du patient à la logique thérapeutique du médecin : comment devient-il compliant ? Comment le

malentendu se dissipe-t-il ? Comment les logiques complexes qui président, tant aux aménagements des prises par les patients, qu'au souci médical d'en contrôler la régularité parviennent-elles à s'ajuster ? Les pratiques décrites au travers de ces entretiens permettent de distinguer trois types de techniques d'ajustements en matière de prises : *la sanction des infractions*, où le médecin obtient du patient, par la force, le respect d'une norme de comportement ; *la pédagogie par le fait*, où les effets objectifs du produit conduisent le patient à se plier aux indications du médecin ; et *l'aménagement médicalisé* enfin, où le médecin entérine un rythme de prise ajusté par le patient.

Le premier type de relation, la sanction des infractions, trouve ici son modèle le plus achevé dans le cas où un médecin « punit » son patient, qui maintient des pratiques d'« usager » (prises morcelées, quantités modifiées, anticipations sur le stress, réactions aux situations d'urgences, etc.), en lui imposant une délivrance quotidienne en pharmacie, qui constitue une contrainte importante et peut représenter une humiliation. La relation est alors entièrement déterminée par des exigences comportementales. Non seulement du côté du médecin, dont le souci est d'imposer un usage « régulier » du traitement et de défaire le patient « d'une période de sa vie » – c'est-à-dire de ses habitudes de « toxicomane » –, mais aussi du côté du patient : celui-ci s'est non seulement plié à l'usage que le médecin lui a imposé, mais a de surcroît intériorisé la norme qui lui était imposée. Le passage à la troisième personne, celle des rôles impersonnels et des comportements standards, en atteste : « Le patient, dit-il de lui-même, il se rend compte que c'est pas un jouet le médicament ». Dans ce cas, le médecin a usé à plein des ressources dont elle disposait (assez limitées par ailleurs), pour vaincre le patient.

« – Donc quand j'ai vu qu'il repartait dans une sorte de spirale – genre c'était des consultations en urgence, c'était des coups de fil, je suis en panne à un moment donné – je suis devenue plus sévère. Et je lui ai dit bon si vous n'êtes pas capable de gérer le médicament, je vais le faire à votre place : pharmacie quotidienne. Et ça c'était une punition. Il le vivait très mal, des fois il m'en voulait énormément mais...

– Il venait tous les jours alors ?

– J'ai dû le faire deux fois et après j'ai arrêté. C'était : « Vous vous rendez compte si je vais tous les jours à la pharmacie, ils vont me regarder et qu'est-ce qu'on va penser ? Je vous promets je ne vais plus recommencer. » C'était quelque chose qui l'effrayait énormément et en même temps comme j'ai pas lâché bon, au moins ça lui a appris que s'il prenait sa dose le matin il était bien toute la journée et il n'avait pas besoin de courir après le Subutex[®] donc ça lui a permis de comprendre qu'il pouvait être régulier avec ce produit-là et qu'il pouvait fonctionner normalement dans la journée et en même temps c'était ça recommence quoi, il a mal vécu cette dépendance quotidienne donc c'était faire en sorte qu'on ne revienne pas à ça, sur une période de sa vie... » (Fabienne R./ Karim G., Subutex[®]).

« – Elle me donne deux rendez-vous pour avoir un peu plus de temps, justement pour ne pas me faire entrer et sortir, quoi. J’ai conscience qu’elle me donne un médicament qui ne peut pas être donné n’importe comment. Le patient il se rend compte que c’est pas un jouet le médicament. Il faut en prendre conscience, c’est pas n’importe quoi. Il faut avoir une bonne raison de le prendre. [...]

– Il y a des périodes où vous en preniez plus que ce qu’elle vous prescrit maintenant ?

– Alors là oui, parce que j’étais incapable de gérer tout. Tout ce que j’avais dans les mains, ça restait deux secondes. On est incapable de gérer dans cet état » (Karim G., Subutex®).

Si le second type de relation ressemble au précédent, dans la mesure où le médecin parvient à imposer au patient une logique d’utilisation « médicale » des traitements, il s’en distingue en revanche en ce qu’il ne recourt pas à l’autorité, mais à la persuasion. Une persuasion particulière, puisqu’elle repose moins sur le talent rhétorique du médecin que sur les effets objectifs, plus silencieux mais pas moins éloquents, du produit lui-même : une pédagogie, sans doute, mais une *pédagogie par le fait*. Dans ce cas de figure, la logique biochimique l’emporte clairement sur le souci comportemental : on n’impose plus de façon autoritaire un comportement, mais on recherche, quitte à « mettre du temps à comprendre », des erreurs, à l’occasion partagées, qui puissent expliquer « que ça n’aille pas bien ». Le médecin reste certes maître du jeu : fort d’un savoir sur le produit et d’une science de l’observation que le patient ne détient pas, il parvient, *in fine*, à obtenir de lui qu’il se plie aux normes prescrites en matière de prise. Mais il y parvient dans la stricte mesure de sa connaissance du produit, de ses usages et de ses effets. Si le patient « finit par reconnaître » la pertinence de ce savoir et des conseils ou des exigences qui se formulent depuis ce savoir, c’est précisément parce qu’il s’agit là d’une connaissance des *effets*, déployée sur le même plan que ses propres expérimentations, quitte à les infirmer. Le patient n’est ni exactement vaincu, ni exactement vainqueur : il est rattrapé, sur son terrain spécifique, celui des effets, par un savoir plus précis et plus efficace que le sien.

« Quand on lui a dit de prendre la même dose, mais de séparer en deux et à peu près à douze heures d’intervalle, elle a fini par reconnaître qu’elle était quand même plutôt mieux. Mais ça j’ai mis du temps à comprendre, ça c’était au mois de septembre je crois. Je ne comprenais pas qu’on n’y arrive pas, que ça n’aille pas bien. » (Pierre D./ Sylvie F., Moscontin®).

« – C’est vrai que ça peut empêcher de dormir au départ, enfin... Ce n’est pas contradictoire avec le fait que ça fasse dormir... enfin que ça assomme, du moins... Ce n’est pas vraiment du bon sommeil quoi... C’est le sommeil proche de l’éveil.

– Mais vous, vos expérimentations... Parce qu’en fait vous avez tenté de prendre en plusieurs fois, etc. : elles ont confirmé ce que vous disait [votre médecin] ou... Elles vous ont confirmé cette histoire de cycle ? En effet, vous l’avez constaté ?

– Ah bah il vaut mieux prendre le matin, oui... Parce que, arrivé le soir il y a... cet effet un peu... enquinant quoi... de maintenir éveillé. Bon il disparaît un petit peu... (*silence*)... Bon, il y a quand même pas mal de temps passé, hein, je le prends à 5 h du matin... 5 h du matin c’est quand même différent de 2 h de l’après-midi, hein... ça fait 9 h de différence... » (Gérard D., Subutex®).

Le dernier scénario d’ajustement entre patients et médecins en matière de prises, l’*aménagement médicalisé*, est symétrique du premier (la sanction des infractions) en ce qu’il prend la figure non pas d’une « punition », mais d’une concession : loin de punir des errances, le médecin ajuste sa prescription à ce qu’il perçoit comme une nécessité pour le patient. L’aménagement peut prendre plusieurs formes. Soit le médecin, pour éviter le morcellement des prises, augmente le dosage, en supposant le traitement insuffisant, soit il organise lui-même la fragmentation des prises pour ajuster ses indications aux « besoins » exprimés par le patient. Cet aménagement peut être initial et temporaire, pour faciliter l’acclimatation au traitement ou au contraire advenir en cours de traitement, et prendre une allure définitive : c’est le cas pour un patient en Sida déclaré qui trouvait dans le Moscontin® un bénéfique antalgique, que son médecin lui a concédé (Claude H./ Jean-Pierre D.). D’une manière générale, les indications médicales légitiment alors, en les organisant, un rythme ou une logique de prise « irréguliers ». Cette fois, c’est le savoir du médecin qui est rattrapé, sur son propre terrain, par des pratiques d’usagers dont il doit reconnaître la pertinence – ou du moins la bénignité, d’un point de vue strictement médical. Pour autant, cette légitimation ne doit pas être interprétée comme un simple laxisme. Loin d’être un renoncement à l’observance des traitements, ce type d’aménagement – du moins tel que ces entretiens le laissent paraître ici – ressort d’un souci d’efficacité. La logique médicale n’est pas dissoute, elle est infléchie. Et le champ du diagnostic s’en trouve élargi. Y sont incluses en effet des observations qui ne relevaient, jusque-là, que du jugement normatif, parce que liées aux habitudes « suspectes » d’anciens usagers de drogues : une préférence forte pour des prises « à l’envie » ; la découverte, de manière empirique, « d’effets dérivés », etc. La notion d’observance, d’autre part est alors assouplie. On met là sur le même plan les contraintes imposées par le produit et les pratiques du patient, sans présumer que celles-ci soient moins « objectives » que celles-là. De la même manière que le patient peut admettre, pour peu qu’il l’éprouve, la pertinence d’une économie médicale des effets, le médecin peut souscrire à la pharmacologie non savante des patients, sachant qu’elle détermine, au même titre que les propriétés des produits, le bon suivi du traitement. Là se dessine quelque chose comme un partage du diagnostic et de la prescription.

« Là dernièrement, je l'ai augmenté parce qu'il était en manque la nuit, parce qu'il prenait tout le matin [...] Je me demande s'il le prenait pas comme ça dans la journée parce qu'il souffre. Il a pas trop envie de dire qu'il souffre, mais je pense que le Moscontin® ça lui sert à ça quand même » (Claude H., Jean-Pierre D., Moscontin®).

« – Ça se prend comment ? en plusieurs fois par jour ?

– Oui, en comprimés, ça se prend par voie orale. En principe le Moscontin®, ça se prend deux fois par jour. Ça se prend le matin et le soir. Ça dure 12 h, l'effet dure 12 h donc c'est une fois le matin, une fois le soir. Mais bon... au début moi c'était le matin, le midi et le soir, les 100 mg répartis, il me les répartissait comme ça, 100 mg : 40 le matin, 30 le midi, 30 le soir. Ou l'inverse : 30 le matin, 30 le midi, 40 le soir » (Pierre D./Yves G., Moscontin®).

L'observation des stratégies de prise des patients permet en somme d'identifier une *économie des effets*, tandis que celle des attentes des médecins permet de repérer un *souci comportemental*. C'est là, sans doute, le nœud du problème de « l'observance » en matière de prises. Si ce problème prend le plus souvent l'allure d'un malentendu c'est qu'il mêle deux registres distincts et, à l'occasion, contradictoires : celui des effets attendus (l'observance comme condition d'efficacité thérapeutique) et celui du comportement qui convient (l'observance comme abandon des habitudes antérieures). Le problème ne se réduit pas, cependant, à une simple inversion des rôles – les médecins gardant le monopole du souci comportemental, et les patients celui de l'attention aux effets. Si l'on observe bien, en effet, du côté des médecins, une exigence normative qui déborde le strict contrôle de l'efficacité de leurs prescriptions et, du côté des patients, des réflexes comportementaux pouvant relever d'une logique de soin, la tension entre économie des effets et souci comportemental traverse chacun des deux « camps ». Les médecins, par métier, se soucient évidemment de l'efficacité thérapeutique du traitement qu'ils prescrivent. Mais leur objet thérapeutique propre – la « toxicomanie » – les porte à prêter attention à quelque chose qui excède le simple symptôme physiologique : une *manie*, c'est-à-dire un comportement. Quant aux patients, familiers de l'usage du « cachet », ils savent par expérience prêter attention aux effets physiologiques ou psychologiques des produits qu'ils consomment. Mais leur situation thérapeutique propre – la substitution – relève, au moins pour une part, d'un souci de « décrocher », et de rompre avec leur comportement antérieur de « toxicomane ». Cette tension entre norme comportementale et effets biochimiques des produits, précisément parce qu'elle est partagée, est à la fois ce qui fait problème dans la relation médecin/patient, à l'endroit des prises, et ce qui lui permet de trouver un point d'équilibre. Dans l'expérience, au moins, décrite par cet échantillon de médecins et de patients, il semble que la question des prises ne prenne pas nécessairement la forme du conflit – entre un patient indocile qui ignorerait ou détournerait à son profit les caractéristiques biochimiques d'un traitement, et un médecin autoritaire qui restaurerait

par la force la logique médicale. Chacune des deux parties dispose en effet de ressources propres, susceptibles d'obliger l'autre à lui faire des concessions. Du fait de leur rôle de prescripteurs de produits de substitution, les médecins conservent, en dernière instance, le pouvoir de diagnostiquer et de prescrire. Mais puisque la substitution en ville s'interdit à la fois les examens biologiques et l'absorption sur place, les patients conservent, quoi que fassent les médecins, la maîtrise de l'usage réel du produit prescrit et des informations qu'ils leur délivrent. C'est là une variable essentielle de la relation médecin/patient : le degré de *partage des ressources* ou, si l'on veut, la quantité de concessions faites par l'une des deux parties à l'autre.

3 - L'EXCEPTION FAMILIÈRE : CONSOMMATIONS « PARALLÈLES » ET USAGES « DÉTOURNÉS »

Les praticiens de la substitution, notamment lorsqu'ils exercent « en ville » – on l'a souligné dans la première partie –, oscillent régulièrement entre deux logiques contradictoires. D'un côté, garder *indifférence* à la consommation de drogues : donner aux usagers la possibilité de traiter des problèmes de santé trop souvent relégués au second plan, et l'occasion de sortir de situation d'urgence (financières, judiciaires, sociales, etc.) générée par une consommation illégale. De l'autre, *traiter* ces consommations de drogues et en faire l'objet même de la relation médicale : considérer la « toxicomanie » comme relevant d'une thérapeutique, et tenter de substituer à des pratiques « sauvages » une consommation médicalement contrôlée. De fait, les deux logiques jouent aujourd'hui en parallèle, pour les usagers comme pour les médecins. Des consommations illicites côtoient désormais des consommations placées sous contrôle médical – pour preuve, on a vu émerger un nouveau vocabulaire, désignant la persistance, dans le cadre même de traitements de substitution, de pratiques illégales : on parle aujourd'hui de « consommations *parallèles* » de psychotropes illicites (échappant aux traitements mais leur étant également associés) ; et d'« usages *détournés* » des psychotropes prescrits (connus ou soupçonnés sans doute, mais incontrôlés). On est donc placé là, d'emblée, dans une zone de la relation médicale où le familier et l'exceptionnel, l'inadmissible et l'inévitable, l'indifférent et le préoccupant se côtoient et s'imbriquent sans cesse. Les entretiens réalisés avec les patients en portent la trace. La première phase (quantitative) de l'étude avait montré le maintien fréquent, chez les patients suivis, de consommations « récréatives », et la persistance de pratiques d'injection. Dans l'échantillon constitué pour ce volet qualitatif de l'investigation, ces infractions à la définition officielle de la substitution⁷⁷ se raréfient : trois personnes seulement

77. Rappelons que la circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 précise que la substitution doit viser, outre la simple réduction des risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogues, l'« interruption de la consommation d'opiacés, notamment d'héroïne ».

conçèdent explicitement des « consommations parallèles », et aucune ne déclare injecter des produits de substitution. On peut voir là, sans doute, l'effet d'un biais de recrutement : les patients qui ont accepté de participer à l'enquête font probablement partie des plus « compliants » des usagers suivis par les médecins du réseau, ou des plus résolus à s'approprier les objectifs « thérapeutiques » des traitements de substitution. De fait, ils n'abordent le plus souvent la persistance de pratiques de « défonce » qu'au passé, parfois en termes de « rechute », ou en parlant des autres⁷⁸. Cependant, et c'est là ce qui importe, cette persistance n'est décrite ni comme un passé radicalement conjuré, ni comme une pratique incombant exclusivement aux usagers de drogues qui sont « encore dedans », mais comme une *expérience*, encore très proche pour certains, ou comme une *possibilité*, qui advient chez d'autres mais n'est pas absolument impensable pour soi. Le maintien, malgré la substitution ou en la détournant, d'usages des drogues visant à en exploiter les effets psychiques ou sensoriels, est, pour les patients substitués, à la fois banale et exceptionnelle, ordinaire et extraordinaire, dissimulée et descriptible.

Ce sera là l'objet de cette partie : les « consommations parallèles » et les « usages détournés » constituent l'*exception ordinaire* de la relation médecin/patient. Comme telles, elles font l'objet d'un jeu complexe d'investigations (de la part des médecins) et de dissimulations (de la part des patients), qui débouche, sous certaines conditions, sur l'invention d'une médecine paradoxale, attentive au soin des usagers de drogues sans être exactement « thérapeutique ».

Une anomalie ordinaire

La persistance, chez leurs patients, de pratiques de « défonce », est une préoccupation partagée par tous les médecins. Aucun ne s'y montre, en pratique, tout à fait indifférent, même les plus radicalement attachés à une logique de réduction des risques, pour lesquels les consommations de drogues apparaissent comme secondes, relativement aux maladies du corps. C'est aussi, pour tous, une préoccupation banale. Aucun médecin, même le plus obstiné à obtenir la suppression des consommations parallèles, ne se fait d'illusion sur le caractère non seulement probable, mais courant, de ces pratiques. Tous partagent au minimum l'idée que la persistance de pratiques illégales est une phase nécessaire, initiale et plus ou moins longue, du traitement de substitution – sa spécificité même, au regard du sevrage. Et tous produisent, à un moment ou à un autre, un discours de banalisation : soit celui de la résignation à des comportements que l'on réprouve, certes, mais qui adviennent tout de même ; soit celui de la tolérance pour un phénomène secondaire, contre lequel il est inutile de s'insurger.

78. Parler des autres peut aussi bien, cependant, revenir à parler de soi-même, et parler au passé, revenir à parler de ses pratiques actuelles, quand on sait la difficulté qu'il y a à parler de pratiques pour lesquelles on peut toujours être réprouvé, y compris par des enquêteurs envoyés par des médecins.

Cette préoccupation, néanmoins, prend différentes formes. On peut en distinguer trois profils type. Le premier est celui du *souci moral*. Même si elle n'est pas équivalente au sevrage, la substitution légale, par contraste avec ses tâtonnements initiaux, a ouvert la possibilité d'une suppression, à terme, des consommations de drogues illégales. Leur persistance, dès lors, est un échec, formulé dans le registre, mi-résigné, mi-indigné, de « l'impuissance ». L'indignation l'emporte par ailleurs sur la résignation lorsque la déontologie médicale est menacée par « ce qui se passe au dehors » : soit par la trahison de la confiance apportée au patient, qui détourne, trafique ou revend ; soit par la mise en cause de la responsabilité du médecin, distributeur malgré lui de drogues nouvelles et dangereuses. Le second profil, symétrique, est celui du *souci médical*. Les pratiques de « défonce » sont tolérées, pourvu qu'elles ne dévient pas vers des « délires dangereux » et qu'elles n'exposent pas les patients à des prises de risques supplémentaires. On retrouve là, au travers de ces deux profils, le jeu de contradictions qui traverse la substitution, entre délivrer ou soigner, réduire les risques ou traiter la toxicomanie, contrôler des pratiques ou se soucier de la santé de ses patients. Un troisième profil, en revanche, moins courant, apporte un autre éclairage sur ce jeu d'oppositions, ne serait-ce que dans la mesure où il les intègre. Dans ce profil, on retrouve l'indignation de la confiance trahie, mais formulée au ras des pratiques médicales plutôt qu'indexée à un souci moral : ce dont il faut se préoccuper, c'est moins du respect dû au médecin que du respect de sa *prescription*. Le souci thérapeutique reste présent, mais, loin de revendiquer une indifférence globale aux pratiques de « défonce », le médecin opère des distinctions et promulgue des indications : il préfère, à tout prendre, les consommations parallèles aux usages détournés.

« Ça nous a permis de supprimer peut-être cette consommation qu'eux avaient en parallèle, pour vraiment rentrer dans une substitution. Alors qu'en fait, nous, on bouchait les trous [...]. Celui que j'ai vu tout à l'heure, il a 100 mg de méthadone, et il se shoote à la coke, encore. On n'a pas l'impression de rendre bien service en faisant ce que je fais. Je le suis, je le vois toutes les semaines et je constate. Quelque part on se sent un petit peu impuissant, quoi. Mais que faire hein ? Pourquoi ne pas être impuissant non plus ?

[...] Le but c'est quand même qu'on lui rende service, je ne pense pas qu'on rende service à quelqu'un quand on lui balance des doses énormes d'un produit qu'il va forcément dealer, donc ça va mettre des ados dans la dépendance, souvent ils se le shootent d'ailleurs, avec un risque d'overdose, un problème de limite, avec un risque vital à la clef. Enfin, là on dépasse notre rôle de la simple consultation duelle, on va bien au-delà, il faut qu'on soit bien conscient de ça, c'est vachement important. Je sais bien que certains de mes confrères disent que c'est pas leur problème, tout ce qui se passe en dehors. Moi je trouve qu'on peut pas ignorer ça » (François N., médecin).

« [Elle] par exemple, elle a vraiment expérimenté toutes les conneries qu'on pouvait faire avec tous les produits. Y compris avaler la boîte de Moscontin[®], se shooter, etc. Elle, il y a des périodes variables. Il y a des périodes où elle en veut absolument plus et elle sait qu'on veut pas lui en donner plus et elle râle. Et d'autres fois où elle dit non, non ne m'en donne pas trop, mais comme on sait absolument pas ce qu'elle en fait, qu'elle le partageait avec un copain, qu'elle doit en revendre de temps en temps, qu'elle doit shooter, sniffer et tout ça, parce qu'elle te dit pendant 3 ans j'ai shooté le Subutex[®] et maintenant je le shoote plus. Alors que pendant 3 ans elle t'a dit qu'elle se shootait plus (*rire*). Donc on sait pas, ou on sait qu'elle, elle a une manière d'utiliser ce produit qui est bizarre et qui nous convient pas vraiment. Maintenant on lui a jamais dit non, on t'en donne pas, tu l'utilises mal, parce que si on lui en donne et qu'elle l'utilise bien ça lui évite de se prostituer, de prendre des risques, de se retrouver en prison, tout ça. Mais peut-être qu'on se trompe et qu'on avalise des tas de délires de sa part qui sont dangereux aussi. Elle, je parie sur le lien qu'elle fait avec, qu'elle entretient avec nous et qui fait que si elle est malade elle viendra ici. Et j'ai pas envie de la laisser tomber pour ça. Et puis le psy qu'on l'encourage à voir à chaque fois parce que c'est ça qui peut éventuellement l'aider » (Claude H., médecin, à propos d'une patiente non rencontrée).

« Moi, personnellement, j'ai besoin que les gens me respectent. [...] Donc, je trouve, qu'ils fassent n'importe quoi avec ce que je leur prescris, ça m'emmerde profondément. Alors je pense que les gens doivent le sentir. Donc moi je veux bien entendre ce qu'ils font ailleurs, etc. Mais par rapport à ma prescription, moi j'y suis personnellement très attachée [...]. L'autre fois il m'a annoncé qu'il sniffait, qu'il s'était mis à sniffer le Subutex[®]. « Ah c'est tellement mauvais comme goût que je préfère le sniffer ». Je lui dis, écoutez, moi ça m'ennuie que vous sniffiez, parce que [...] ce n'est plus le même mécanisme, ce n'est pas la même physiologie, là ça relance quand même un peu les betteraves sur les histoires de pratiques, je dirais toxicomaniaques, alors si vous avez envie de sniffer de la poudre, personne ne vous empêche de sniffer de la poudre, mais moi je ne suis pas sûre que ce soit une bonne chose de passer au Subutex[®] sniffé » (Rosita C., médecin).

La ligne de partage de ces trois profils de préoccupations passe donc autant entre le réprouvé et le toléré ou entre le moral et le thérapeutique, qu'entre inclusion ou exclusion des pratiques de « défonce » du champ de l'intervention du médecin. Le souci « médical » relègue les pratiques illégales aux portes du cabinet, pour pouvoir y traiter autre chose. Le profil « moral » ne se préoccupe de « ce qui se passe en dehors » que dans la mesure où est invoquée une responsabilité sociale du médecin, qui « dépasse », explicitement, le cadre des consultations. Le troisième type de préoccupations pose une question décisive : les usages de drogues appartiennent-ils au champ de la relation médicale, et sous quelle forme ? Question à laquelle la coexistence de trois formes d'approche du problème montre, d'emblée, qu'il n'y a pas de réponse univoque. Cette ambivalence des médecins à l'égard

des pratiques de « défonce » – à la fois reléguées à l'extérieur du cabinet et prises en compte, au moins potentiellement, dans la relation médicale – trouve son pendant dans l'ambivalence des patients à l'égard des drogues. Lorsque ceux-ci évoquent en effet des « consommations parallèles » ou des « usages détournés », ils invoquent des ressorts ou des motivations bien plus variés que le seul lien « toxicomaniaque » au produit ou à la seringue. Certains confirment, certes, les représentations les plus usuelles de la « dépendance ». Tel patient explique son irrésistible attrait pour le shoot de Subutex[®] que lui propose un ami par un « lien avec la pompe » qui confine au réflexe de « Pavlov ». Tel autre évoque sa difficulté à conjurer la « défonce » par les « habitudes » incorporées au fil de « toutes ces années » – c'est-à-dire non plus un simple *réflexe*, mais plutôt un *habitus*. D'autres invoquent, on l'a vu, un sous-dosage de leur traitement les ayant conduits à reprendre de l'héroïne pour compenser une sensation obstinée de manque. Mais d'autres logiques peuvent présider à la persistance des pratiques de consommation de drogues, non plus imputées à des déterminations qui leur échappent et régulières, mais intermittentes et choisies : un *défi* occasionnel pour certains, pour « voir où en est le piège » de la drogue ; un *plaisir* occasionnel pour d'autres, généralement associé à des moments festifs. Enfin, la thématique de la « persistance », lorsqu'elle postule l'effacement progressif des consommations parallèles ou détournées tout au long du processus de « décrochage », achève de s'effondrer, si l'on admet l'hypothèse, avancée par une patiente, qu'on peut « vivre avec » les drogues, sinon en consommant tous les jours, au moins en en usant de manière banale, paisible et maîtrisée.

Les explications données aux entorses faites aux traitements sont ainsi multiples et, à l'occasion, contradictoires. Mais elles partagent toutes un scepticisme sur le « jamais plus jamais » auquel s'astreignent rituellement les usagers, enjoins par leur situation ou par les institutions à choisir entre « perdition » et sobriété. Et la collection des expériences met à jour un continuum de « défonces » parallèles prenant les formes les plus variées : de l'exception à l'ordinaire, de l'échec irrépressible à l'écart mesuré, de la vieille habitude « toxicomaniaque » au choix délibéré de patients substitués – dont la persistance ne constitue pas nécessairement le *résidu* d'anciennes pratiques, mais relève aussi bien de la *possibilité*, sinon ouverte, au moins réservée.

« Peut-être aussi qu'on a du mal aussi à se défaire de toutes ces habitudes, de toutes ces années passées là-dedans. S'en défaire, c'est assez difficile » (Réda T., méthadone). « Disons que le fait de savoir que je pourrai plus jamais en reprendre [de l'héroïne], c'est frustrant. De se dire il faut que j'arrête, et j'en prendrai plus jamais ça, je peux pas. Je trouve que c'est plus facile de se dire que je peux en reprendre de temps en temps, plutôt que de se dire que c'est fini, que je fais une croix dessus, plus jamais [...].

– Quand vous dites « c'est frustrant », c'est frustrant que ce soit interdit par la loi ?

– Non, non ! Pas parce que c'est interdit par la loi. Parce que c'est interdit pour moi. Parce qu'il ne faudrait pas que j'en prenne. Je n'arrive pas à me faire à cette idée-là. Mais pourtant je n'en prends plus. Mais... c'est un plaisir. Alors faire une croix sur un plaisir, c'est toujours dur. C'est comme : plus jamais un bout de gâteau de chocolat de votre vie. Ben c'est dur à encaisser » (Yves G., Subutex®).

« – Je ne sais pas si je m'en suis vraiment sortie, parce que je me suis retrouvée dans « l'éternel présent » de la drogue à chaque fois. Et c'est pour ça que je n'aime pas beaucoup le terme « s'en sortir », parce que il ne veut rien dire... Je crois qu'on peut très bien vivre avec, et c'est parce que je veux absolument... Et puis je m'en fous en plus.

– Là vous venez de dire : « on pourrait vivre avec », il s'agit de la drogue ?

– Oui, on pourrait vivre avec, mais je vous dis, je m'en fous, je pourrais ne plus aimer, ce serait pareil, je pense que ça ne changerait rien. [...] D'abord, je ne dis pas quand... je ne sais pas si c'est... disons à la fin de l'année... une grande fête... peut-être que je me laisserais faire et peut-être que je ne me laisserais pas faire, j'en sais rien encore... » (Sonia B., méthadone).

Il y a donc rarement, du point de vue des patients rencontrés ici, incompatibilité radicale entre la substitution et la consommation de drogues. De fait, si la plupart semblent aujourd'hui avoir cessé toute consommation illicite, presque tous décrivent des stratégies d'intégration de la « défonce » à la substitution, expérimentées sous diverses formes. La méthadone permet des agencements avec la cocaïne : on l'utilise, comme l'héroïne, pour gérer une « descente » de cocaïne ; ou on utilise la cocaïne, à la place de l'héroïne, pour trouver du plaisir malgré la méthadone. Le Subutex®, de son côté, semble autoriser des alternances avec l'héroïne, même si un sevrage temporaire du produit de substitution est nécessaire, pour qui veut que l'héroïne fasse effet ; ou si un sevrage temporaire d'héroïne paraît indispensable avant de reprendre du Subutex®, pour éviter que celui-ci n'exacerbe le manque. On peut noter cependant que ce savoir reste assez approximatif, et que les pratiques paraissent variables : la pause de Subutex® préalable à une prise d'héroïne est de douze heures selon les uns, mais de vingt-quatre heures ou de deux ou trois jours pour d'autres. Et il s'agit, en tout état de cause, d'un savoir d'expérience, appris sur le terrain, sans le secours des médecins, qui repose sur des maximes pratiques (« sauter une prise », changer de produit, etc.). Enfin, il faut noter surtout que ces pratiques oscillent entre des stratégies visant à pallier le manque et des stratégies visant à trouver du plaisir : on reprend de la cocaïne sous méthadone parce qu'on ne se « sentait toujours pas bien » ; mais on peut reprendre aussi de l'héroïne pour calmer une crise de manque provoquée par les effets antagonistes du Subutex®, quand ce dernier a été consommé sans marquer une pause suffisamment longue après la dernière prise d'héroïne. Les mêmes techniques permettent la recherche du plaisir et la gestion de la douleur. Loin d'être radicalement étrangères au registre

de la « médecine », elles témoignent (comme l'aménagement des prises, par exemple) d'un souci de soi : cette économie des effets, pour n'être pas médicale, n'en relève pas moins d'une logique de « soin ».

« L'héroïne, ça ne me faisait plus d'effet. Mais je ne me sentais toujours pas bien donc j'ai commencé à prendre de la cocaïne et puis on en prend de plus en plus. On n'est jamais rassasié.

[...]

Je trouvais ça bien parce que la cocaïne ça faisait son effet et la méthadone, ça faisait l'effet de l'héroïne. Ça calmait un peu la cocaïne. C'était parfait » (Franck B., méthadone).

« Si aujourd'hui je sais que demain j'ai envie de me faire un petit shoot, eh ben [...] demain matin je ne prendrai pas de subutex. Je resterai toute la journée en attendant de me faire mon shoot. Et puis vers les 11 h, voilà... Parce que quand je ne prends pas de subutex je suis pas bien, je suis encore... je suis accro au subutex [...]. Moi tous les gens que je connais qui prennent du subutex, quand ils veulent se faire un extra, ils arrêtent de prendre du subutex pendant une journée. Il y en a, pendant 2, 3 jours, ils ne prennent pas du subutex, comme ça ils sont sûrs qu'ils ont éliminé tout le subutex de leur corps. Voyez. C'est qu'il y a une raison. Ils savent très bien que si ils prennent le subutex avec la came, ils ne sentiront rien » (Philippe R., Subutex®).

On trouve donc chez les patients un paradoxe symétrique à celui qui avait été relevé chez les médecins : les pratiques de « défonce » sont à la fois ce dont il faudrait se débarrasser et ce qu'il faut savoir aménager. Elles sont théoriquement antinomiques de la substitution, mais pratiquement intégrables au traitement. Côté médecins ces pratiques paraissent à la fois étrangères et familières ; côté patients elles paraissent à la fois résiduelles et courantes. Cette ambivalence partagée dément les représentations qui s'imposeraient spontanément de la substitution. On pourrait s'attendre en effet, chez les médecins, à des alternatives tranchées entre objectifs de réduction des risques (traitement de situations d'urgence, indifférence à la toxicomanie) et stratégies d'approche du sevrage (traitement de la toxicomanie, suppression des comportements déviants). Mais on découvre en fait une attention commune, délibérée ou imposée, aux pratiques de « défonce » – soit tout autre chose qu'une exaspération, pour les praticiens aspirant à la suppression des consommations parallèles, ou qu'une indifférence, pour ceux qui hésitent à s'ingérer dans les choix de leurs patients : une zone où fusionnent l'anomalie et la règle, le toléré et le réprouvé. Symétriquement on pourrait s'attendre, du côté des patients, à un partage strict entre « tricheurs », incorrigibles ou malgré eux, et « bons élèves », compliants et repentis, ceux-ci jugeant sévèrement ceux-là. Mais les jugements portés sur la persistance de pratiques de « défonce » sont loin d'être univoques, non seulement parce qu'on juge là, souvent, son propre passé, mais aussi, plus

fondamentalement, parce que l'hypothèse n'est jamais radicalement exclue d'un « retour » à la consommation de drogues – zone d'indiscernabilité entre les techniques de plaisir et la gestion de la douleur, entre choix et nécessité. On pourrait s'attendre, enfin, à ce que les « consommations parallèles » et les « usages détournés » constituent un front opposant les médecins aux patients. On découvre, en vérité, un embarras mutuel plutôt qu'un affrontement. Comme si la persistance de pratiques de défonce constituait l'*anomalie ordinaire* de la substitution en ville.

Un contrôle modeste

Il faut par conséquent chercher la dynamique de la relation médecin/patient – pour ce qui concerne du moins les pratiques de « défonce » – ailleurs que dans les alternatives éradication/persistance des usages de drogues ; réponse aux problèmes sociaux/traitement de la « toxicomanie » ; rebelle/repenti ; succès/échec, etc. Il faut la chercher, plutôt, à son amont même : dans la possibilité, pour le médecin, d'*apprendre* ce que sont ces pratiques parallèles et dans la possibilité, pour le patient, de les *dire*. La prise en compte des usages de « défonce », dans et par la relation médicale, prend en effet la forme pratique d'un jeu complexe de recherche de la « vérité ». S'il y a de fait, du côté des médecins, une *volonté de savoir*, il y a de façon symétrique, chez les patients, une *intérieurisation du soupçon*. On peut remarquer d'abord qu'elles s'énoncent, l'une et l'autre, à la première personne du pluriel – emploi suffisamment rare pour être relevé, dans ces relations médicales complexes et traversées de contradictions, où chacun, par conséquent, parle en son nom propre plutôt qu'en représentant d'un corps ou d'un groupe. « Ceux qui nous posent problème », disent les médecins, sont ceux qui dissimulent leur pratique. » « Plus personne ne nous fait confiance », disent les patients, conscients du soupçon et de l'irritation qu'ils suscitent. Mais on peut noter aussi qu'elles s'énoncent, dans les deux cas, comme des concessions réciproques : tous les patients ne font pas problème pour les médecins, et, de toute manière, « on ne peut pas tout savoir » ; et les patients de leur côté donnent régulièrement « raison » aux stigmatisations. La clef des relations médecin/patient en matière de pratiques parallèles ou de « défonce » doit probablement être recherchée à cet endroit, dans un jeu du savoir et de la dissimulation, sans doute hérité pour les uns des débuts de la substitution, et pour les autres des situations de « galère » qu'ils ont connues, mais émoussé de part et d'autre.

« Ceux qui sont emmerdants, enfin ceux qui nous posent problème, c'est ceux qui nous racontent pas tout parce qu'ils n'osent pas tout raconter, alors ils inventent des trucs, et on ne comprend rien à ce qui se passe. C'est ceux qui se shootent et puis qui nous disent ah, c'est mon copain, il me l'a piqué, je suis en manque, etc. Alors là non, on a envie de dire arrêtez, dites nous ce qui se passe. Mais en même temps on peut pas leur demander non plus de tout déclarer, des choses qui sont théoriquement impossibles à dire, enfin qu'on n'a pas le droit

de faire. C'est ceux-là tu vois, qui s'engagent jamais vraiment, qui racontent jamais vraiment ce qui se passe, qui te racontent des histoires dont tu sais pas que c'est des histoires » (Claude H., médecin).

« On a perdu la notion de confiance justement, plus personne nous fait confiance. J'ai perdu tous les amis, les vrais amis, ils ont essayé de rester au début, bon ils ont dit « arrête Karim », « oui j'arrête, bon oui d'accord » et ils ont vu que je recommençais. ça date d'un moment et puis ça y est les mecs c'est fini, pftt, et puis je leur donne raison d'ailleurs » (Karim G., Subutex®).

Si les efforts fournis par les médecins pour déceler le détournement des produits prescrits ou la persistance de consommations « parallèles » sont réels, partagés et constants, les techniques dont ils disposent sont précaires. La première, immédiatement disponible à tout généraliste, est l'*examen clinique*. Celui-ci peut servir, en même temps qu'à prendre la mesure de la santé du patient, à découvrir sur ses veines, par exemple, la trace d'une injection. Mais ce recours, curieusement, reste rare dans la pratique de ces médecins : on « s'aperçoit » parfois qu'il y a un abcès, probablement dû à une injection de Subutex®, mais ce type d'investigation n'entre pas naturellement ici dans le champ du regard médical (« j'avoue que je ne regarde pas ses veines »), ou n'est pas signalé au fil des entretiens. Couramment préconisé et utilisé dans d'autres milieux pour diagnostiquer et contrôler des pratiques illícites, il peut, précisément pour son allure inquisitoriale, répugner au médecin. La découverte des pratiques de défonce se trouve alors réduite le plus souvent à un *jeu d'indices*, beaucoup moins sûr. Une mauvaise gestion des quantités délivrées, un calendrier de consultation bousculé, peuvent laisser supposer la persistance de consommations illégales, mais peuvent aussi avoir d'autres causes : une surconsommation de produits de substitution, un rythme de prises erratique, le partage avec un tiers, la revente, etc. Les médecins s'en remettent par conséquent, le plus souvent, aux *aveux des patients*. Mais ces aveux, qu'ils soient suscités par un questionnaire systématique ou livrés spontanément, ne permettent de constituer qu'un savoir fragile, parce que tributaire d'une coopération, et rétrospectif. Lorsqu'ils ne s'accommodent pas simplement de leur flair (« je ne la sens pas consommer ») ou d'une ignorance résignée (« je ne sais pas, je ne saurai jamais. Peut-être qu'il re-shoote, je ne sais pas. Moi je ne sais pas... »), tous les médecins soulignent en effet à quel point il est long d'obtenir des informations : « tu reviens toujours en arrière », « [tu mets] 6 mois pour t'en rendre compte », « j'en saurai plus dans un an ».

« Chaque fois, là par exemple quand j'ai appris leur petit shoot d'héroïne tous les 15 jours, à chaque fois c'était l'occasion de parler. Bon ben la question c'est, en ce moment, qu'est-ce que vous faites que vous ne me dites pas ? Et qu'est-ce que vous faisiez avant que vous m'avez pas dit ? Et donc c'était l'occasion de reparler des choses, et comme ça chaque fois qu'il y a eu des petits trucs, quand je m'apercevais d'un abcès, d'un truc, c'était l'occasion d'en parler, et

effectivement de savoir qu'il y avait toujours une consommation parallèle, qui là, maintenant, a vraiment été arrêtée. Et je pense qu'elle est sincère. Leurs propos sont sincères actuellement » (François N., médecin).

« Alors il inventait toujours qu'il avait plus les médicaments, c'est vrai en général il a loupé les rendez-vous pour revenir en chercher, mais ça veut bien dire qu'il les prenait pas régulièrement. [...] On lui donne des rendez-vous ici tous les 15 ou 21 jours et puis il les loupe. En fait, il doit consommer pas comme on avait prévu le Subutex®, et après il consomme de l'héroïne. [...] L'autre fois, c'était drôle, c'était gros comme une maison, c'était le samedi à 8 h du matin, il n'a plus de Subutex®, nous on ouvre à 9 h, il aurait tout à fait pu venir en chercher on lui aurait fait une prescription, mais à 8 h 1/2 il a fallu qu'il aille chercher de l'héroïne parce qu'il avait plus de Subutex® à 8 h du matin » (Claude H./ Philippe R., Subutex®).

« Tu le vois à retardement, mais ils te le disaient après. Et puis c'est vrai, c'est ça aussi, c'est que, je ne sais pas, trois consultations après, un an après, tu apprends que s'il se passait ça, eh bien en fait c'est parce que ça se passait dans la famille, il se shootait, il prenait du shit, je n'en sais rien moi, il y a toujours des tas de trucs, mais... Ils t'affirment des choses, et trois semaines après ce n'était pas du tout ça. Tu sais, tu reviens tout le temps en arrière, c'est un suivi un peu chaotique, quand même, on va dire. Très serré, et puis pas toujours au jour le jour » (Catherine V., médecin).

Cette précarité de l'observation est d'abord l'effet d'un dénuement : en ville, les généralistes pratiquant la substitution ne disposent pas des ressources de contrôle des centres – de la possibilité de repérer des consommations parallèles au travers d'analyses d'urines, notamment. Mais c'est aussi, indissociablement, un effet de pudeur. Ce dénuement est en effet intériorisé par les médecins, si l'on en croit leurs hésitations et leurs réticences à examiner leurs patients. Ils font, si l'on veut, de nécessité vertu. Or, et là les deux comportements se nouent, les patients font de même. Il est probable en effet, au vu des entretiens – mais là, l'enquêteur est soumis aux mêmes aléas que le médecin, il « sent » plutôt qu'il ne « sait » – que les patients rencontrés ici ne dissimulent pas, ou ne dissimulent plus, leurs pratiques de défonce, par ailleurs décrites comme rares. Mais lorsqu'ils abordent en revanche la question de la dissimulation, ils décrivent une gamme de motifs plus large et plus complexe que la vieille « habitude de toxicomane ». « Cacher », d'abord, peut-être un effet de la stigmatisation : si on n'avoue pas ses pratiques, c'est parce qu'on répugne à s'exposer, une fois de plus, à se voir attribuer la catégorie de « toxicomane ». Cette esquive de la honte constitue également la revendication d'un droit à la vie privée : « cacher », c'est aussi, dans la même phrase, « garder pour soi » et « ne pas exposer ses problèmes ». Mais cette esquive, dans la situation particulière d'une consultation médicale dont l'enjeu est la prescription d'un produit qui vous paraît nécessaire, relève le plus souvent, très prosaïquement, de la prudence :

ne pas « se mouiller » auprès du médecin, pour ne pas s'entendre dire par lui : « j'arrête [de vous prescrire] les cachetons ». En d'autres termes, et aussi paradoxal que cela puisse paraître, c'est l'attachement à la substitution, autant que celui à la consommation, qui produisent la dissimulation des consommations parallèles.

La dissimulation n'est donc pas une vieille habitude, c'est une tactique. Une tactique qui se déploie le plus souvent, surtout, dans l'exacte mesure de la brutalité de l'investigation, ou, ce qui revient au même, de la sanction qui la suit : stigmatisation, violation de la vie privée, refus de prescrire, etc. La situation d'enquête, d'ailleurs, n'échappe pas à cette brutalité : si on y trouve toute une rhétorique forcée du serment et de la preuve – « je vous jure », « vous pouvez téléphoner à ma mère », « sur la tête de mon chien » –, celle-ci révèle sans doute moins un penchant à mentir qu'une intériorisation du soupçon, et l'anticipation d'un jugement sur la véracité des réponses accordées, dès lors que l'on se croit placé dans un dispositif voué à « étudier [son] comportement ». La consultation médicale n'y échappe pas non plus, lorsqu'elle prend cette allure judiciaire (autorité instituée, interrogatoire, présomption de culpabilité, etc.) qui fait que l'on se sent exposé à un « verdict ». Mais, *a contrario*, on cesse de dissimuler lorsque l'on n'est plus en butte à la suspicion : lorsque « le serment d'Hippocrate » fonctionne « dans toute sa splendeur », c'est-à-dire comme suspension du jugement⁷⁹. Rare, cette possibilité de baisser la garde est le ressort d'une gratitude : l'octroi aux usagers de drogues, par les médecins, de cette « confiance » si souvent déniée aux « toxicos » les invite à « rendre la pareille aux médicamenteuses ». Et la garantie du secret médical permet le partage médical d'un secret.

« On cache tout en plus. Je suis quelqu'un qui cache beaucoup, c'est-à-dire je garde tout pour moi, j'aime pas exposer mes problèmes comme ça, c'est vrai. Bon, là, je le fais, je vous dis, parce que je veux essayer de rendre la pareille aux médicamenteuses, c'est tout, c'est uniquement pour ça » (Karim G., Subutex®).

« Je n'en prends pas, je travaille, vous pouvez demander à tous les mecs qui travaillent avec moi, jamais une seule fois ils m'ont vu défonce au travail. Vous pouvez même téléphoner à ma mère. Alors qu'avant c'était l'inverse. Que là ça fait un an et demi que je travaille chez lui, je n'ai jamais rien pris, sans vice caché, sur la tête de mon chien ou ce que vous voulez.

[...] [Il concède entre-temps avoir fait un shoot d'héroïne juste avant l'entretien].

Ce n'est pas que je voulais pas le dire, mais c'est dur d'avouer quand même. J'arrête la came et on me donne rendez-vous pour étudier mon comportement,

79. C'est là bien plus qu'une métaphore, si l'on songe aux risques judiciaires réels que courent ces patients, et à l'articulation étroite de la justice et de la médecine dans le dispositif de « l'injonction thérapeutique » (rappelons qu'un patient ici fait l'objet d'une procédure d'injonction thérapeutique).

et puis j'ai craqué aujourd'hui. Alors je vous jure que ce n'est pas [prévu]... je n'ai même pas d'argent [on me l'a donnée]. [...] Parce qu'au début je vous ai dit que j'ai arrêté, et puis au fur et à mesure qu'on parle, ouais aujourd'hui, il me raconte des vices, il est plein de vices » (Philippe R., Subutex®).

« – ... C'est vrai que ça peut être problématique parce qu'un médecin, même comme Pierre D., on ne peut pas être libre de dire la vérité parce que ce n'est qu'un généraliste, c'est pas un psychologue on ne peut pas rentrer dans le détail et dire : là, j'ai pris de la cocaïne et puis bon, on passe par-dessus et on ne le dit pas parce qu'on est en sursis...

– En sursis, comment ça ?

– C'est-à-dire qu'on essaye de s'échapper de cette espèce de « pince » qu'est la drogue. Parce que c'est quand même des produits dangereux. Donc le dire au médecin c'est se mouiller, en sachant que l'autre, en face, de toute façon, ne va rien faire, sinon moraliser, garder en mémoire qu'il y a une rechute et quand on essaye de s'échapper de ça, on est vraiment sur le fil du rasoir. [...]

– Comment ça c'est passé avec Pierre D., de ce point de vue là ? Il n'y a pas eu de confrontation et d'opposition entre vous ?

– Non. C'est pour ça que ça a marché. La première chose c'est qu'en tant que consommatrice de drogues, il ne m'a pas jugée. C'est le serment d'Hippocrate dans toute sa splendeur... » (Sonia B., méthadone).

La substitution en ville peut ainsi permettre, précisément peut-être parce qu'elle est démunie des techniques d'investigation ou de contrôle d'autres dispositifs (prisons, hôpitaux, centres spécialisés), l'inversion de la mécanique du mensonge. Sous certaines conditions, qui resteraient à explorer, on y passe d'un rapport d'enquête et de dissimulation à un pacte de discrétion et de sincérité. D'un côté, les stratégies de dissimulation sont proportionnelles à la violence de l'investigation, de l'autre, la volonté de savoir est édulcorée, parce qu'elle est techniquement ou volontairement bridée. À cet égard, la règle tendancielle de cette pratique de la substitution – ce vers quoi elle tend lorsqu'elle demeure dans son registre propre – reste le compromis. Elle ouvre la possibilité d'un « *fair play* », où le médecin ne se scandalise pas de la dissimulation lorsqu'elle est avérée (« c'est de bonne guerre ») ; où le patient peut « s'arranger pour que son médecin le sache » ; et où, *a minima*, chacun peut sauver la face. Tel médecin peut se déclarer indifférent aux dissimulations de sa patiente... dans la mesure où il les perçoit. Tel patient se dit prêt à avouer ses pratiques à son médecin... dans la mesure où il est démasqué.

« J'ai réalisé que finalement, je pense que sur ceux que j'ai là, je n'ai pas de gens qui shootent le Subu. Enfin bon, je peux me tromper, après ils vont peut-être m'annoncer que. [...] Mais, comment dire, je crois qu'arrivé un moment tu sais un peu ce qu'ils font. Moi je crois. Enfin moi à la limite, ils s'arrangent pour que je le sache en tous cas. Si tu veux celui qui est rentré avec son vélo, qui a demandé tout de suite à aller dans les chiottes, c'est une façon de dire qu'il

shootait de la cocaïne. J'ai l'impression, si tu veux, que quand tu suis les gens depuis longtemps, tu finis quand même par savoir. [...] Je trouve que c'est bien qu'ils puissent un peu mentir aussi, et tricher. L'autre jour, on en a un qui est venu, ça fait deux ans qu'il se fait suivre par André C. et ici. C'est André C. qui a découvert ça, il en était malade. Bon eh bien, il faut bien qu'il se démerde. [...] Je pense que ça doit être plus flashant, tu vois ce que je veux dire, d'avoir deux... alors moi je pense, je lui dis, il ne faut pas vous inquiéter vous savez, il y a peut-être trois ou quatre autres cabinets hein, ce n'est pas grave. Mais bon, moi je trouve ça... Bon après quand tu le sais, tu es obligée de le dire, quand même, du style, vous avez joué, vous avez perdu, quoi. Moi je trouve ça de bonne guerre » (Rosita C., médecin).

« C'est pas simple, parce qu'elle parle pas, parce qu'elle se confie pas. Donc j'arrive un petit peu à... Je respecte son silence, je vais pas lui poser des questions trop directes, mais tout doucement, enfin on a fait de grands progrès, hein. Elle a mis du temps à me parler de son passé. Vraiment vraiment très longtemps. Ça fait dix ans que je la connais [...] [depuis dix ans] tout le non-dit est moins grave qu'avant. Puisqu'en fait (*rire*) comme j'ai réussi à savoir plein de choses, c'est là, c'est derrière quoi. Je pense que... Elle est partie à un moment hein, pas longtemps, trois, quatre mois. Elle a dû aller voir le médecin, je pense, qui suit sa mère. Et puis elle est revenue me voir. Justement parce que je l'em-bête pas. Je sens quand elle a pas envie de parler, j'insiste pas. Je sais un peu tout donc le détail, c'est pas très important finalement. Mais moi j'aimerais bien qu'elle progresse quoi, qu'elle aille mieux. Mais c'est pas évident, chez elle » (François N./ Danielle F., Subutex®).

« Ouais tranquille, je lui dis tout, en fait. Non des fois quand je tombais dans la connerie, j'avais du mal à lui dire, mais (*rire*) elle aussi elle voit de toute façon, je peux pas le cacher éternellement. Et puis une fois qu'elle s'en est rendu compte et que je lui avouais aussi quand même, il faut le dire, j'osais pas lui dire à chaque fois, j'étais gêné, ben après ça allait et à force de morale, tac, je mettais un arrêt subit, total. Mais je l'avais fait, j'étais tombé une ou deux fois dessus quand même, dedans, dans la coke, une ou deux fois » (Réda T., méthadone).

Évictions et contrôle chimique

Au travers de ce jeu subtil d'investigation et de dissimulations des « défonceuses » parallèles se découvre donc un champ de relations beaucoup moins conflictuel qu'on aurait pu l'imaginer, et se prêtant moins aux tensions ou aux épreuves de force que d'autres domaines apparemment plus anodins de la relation, comme ceux de la détermination des dosages ou du rythme des prises. Mais il ne s'agit pas pour autant de céder à l'enchantement : ce tableau presque idyllique doit être relativisé. Si un accord tacite existe entre ces généralistes et ces patients, à l'endroit des consommations « parallèles » ou « détournées », et s'il tient pour beaucoup

sans doute au contexte particulier des dispositifs de délivrance « en ville », il n'en reste pas moins circonscrit et rare. Rare probablement, car il faut rappeler le profil singulier de cet échantillon de médecins et de patients, peu représentatifs sans doute des pratiques les plus courantes de la substitution, et se garder de généraliser les observations dégagées ici à tous les suivis d'usagers de drogues « en ville », ou même au suivi de tous les patients des généralistes rencontrés ici. Circonscrit d'autre part, car bordé, au fond, par le recours à une alternative non négligeable à ces stratégies d'investigation : à la discipline des centres d'un côté, et au contrôle chimique de l'autre. À une exception près, tous les médecins interrogés concèdent en effet avoir réorienté vers des centres délivrant de la méthadone certains patients – les plus rétifs, précisément, à la transparence de leurs pratiques de « défonce ». Parfois en concertation avec le patient, mais aussi de manière unilatérale, par « ruse » : on change de prescription (on remplace le Subutex® par la méthadone), pour changer de dispositif et passer d'un suivi individuel en cabinet à la prise en charge collective d'un centre spécialisé. Cette stratégie permet de passer le relais quand un patient devient trop difficile à « gérer », mais sans attendre nécessairement d'obtenir son plein assentiment – curieuse inversion des pratiques, où la dissimulation et le mensonge, cette fois, sont du côté des médecins. Le procédé est généralement décrit d'ailleurs sous le double registre de la nécessité et de la honte⁸⁰. Il est courant, sans doute, utilisé aussi pour d'autres types de patients, et le plus souvent fondé sur un souci thérapeutique sincère, donc assumé, mais sa description n'en est pas moins ponctuée de rires gênés, ou de formules signalant l'inconfort d'avoir à recourir à des tactiques plus ou moins trompeuses⁸¹.

Signalant les limites de la substitution « en ville », ces stratégies d'éviction trahissent la fragilité de ses ressources propres – un savoir verbal et rétrospectif, construit peu à peu dans un jeu d'investigations auprès des patients, mais se mesurant difficilement à l'efficacité du contrôle exercé dans les centres, dont un usager satisfait (et critique à l'égard des médecins de ville, qui prescrivent « comme ça, sans se poser de questions »), décrit plus loin l'arsenal : délivrances quotidiennes au moins dans un premier temps, contrôles d'urines réguliers, etc. Cette modestie structurelle des moyens dont dispose la médecine de ville pour traiter le problème des défonces « parallèles » dessine ainsi, en creux, les conditions de possibilité de son régime de « vérité » : pour que la relation marche sans trop de heurts, il faut que le patient soit considéré comme un sujet crédible, et que s'installe une relation de confiance mutuelle.

[À propos de Réda T.]

« À un moment il n'allait pas bien, il disait qu'il était à nouveau très tenté par l'héroïne, par la cocaïne, etc., il n'avait pas le moral, et du coup il buvait plus. Alors nous avons convenu qu'il serait peut-être intéressant qu'il retourne [à un centre qu'il avait déjà fréquenté] où il y avait des psychologues. Qu'il avait vaguement vus, dans un milieu connu. Ça le tentait. Peut-être. « J'avais raison » (rire). Et puis il n'y est jamais allé, et puis finalement ça va – enfin ça va, pour lui ça va, il n'a plus envie de prendre de la cocaïne, il fait la leçon aux autres – il me dit ce qu'il dit aux autres ».

[...]

[À propos d'un patient orienté finalement vers le CSST local]

« Je lui disais, mais non, ce n'est pas le moment d'arrêter, il faut stabiliser, etc. Et puis quand même, je lui ai dit, vous avez raison, le Subutex® ça ne vous convient pas du tout. « Ah je suis content que vous soyez d'accord avec moi », etc. Et là je lui ai dit, « c'est méthadone, là-bas » (rire). Parce que moi, je ne peux pas. Et en fait je l'ai envoyé [au psychiatre du centre] qui le laisse sous Subutex®, d'ailleurs. Il n'est pas sous métha » (Catherine V., médecin).

« C'est vrai que laisser la méthadone en centre, ça peut permettre des prises en charge. On est toujours forcé de ruser à un moment ou un autre. Mais finalement pas plus qu'avec les autres patients : le nombre de fois où on a dit à des patients psychotiques, « Madame, je vais être forcée de vous passer en intra-veineuse, les médicaments par voie orale ça ne suffit plus », pour les faire hospitaliser. Et encore une fois, passer quelqu'un sous méthadone, vraiment ce n'est pas un problème, si on le veut » (Fabienne R., médecin).

« Être pris en charge tous les jours, avoir un contrôle d'urines au moins tous les trois ou quatre jours. Je sais que ça coûte cher, mais il y a besoin d'un contrôle pour que la personne se sente motivée, parce que s'il y a pas de contrôle, elle se laisse aller de temps en temps (...) C'est pareil, qu'on regarde les veines des personnes déjà, malheureusement il n'y a pas que sur les bras où on se shoote. (..) Ben déjà savoir si la personne elle prend d'autres drogues, ça se fait je pense. Voir déjà ce qu'elle consomme quand elle vient te voir, et tu lui donnes un rendez-vous la semaine d'après, pas ce jour-là, je vais voir, je vais faire une analyse, voir s'il prend de l'héro, s'il prend de la coke, s'il prend des benzodiazépines. Déjà ils auraient une idée de la personne qu'ils ont en face d'eux, plutôt que de délivrer ça comme ça, sans se poser de questions. Ce n'est pas en se disant on va aider cette personne, en fait comme la personne elle n'a pas été franche, eh bien on ne savait pas » (Michel T., méthadone en centre).

Menacé par le recours à la puissance de contrôle des centres, le compromis trouvé entre médecins et patients, en ville, autour de la persistance de pratiques parallèles est aussi relativisé par l'efficacité chimique des produits de substitution eux-mêmes. Ces produits, on l'a vu, agissent selon des mécanismes biochimiques différents. Si on en considère l'ensemble, ils couvrent un continuum d'effets offrant

80. Ces deux registres sont d'ailleurs liés : la honte, ici, est le produit d'une nécessité, subie comme un échec.

81. Qui ne trompent guère les patients, d'ailleurs, assez informés sur les dispositifs de dispensation pour avoir conscience des conséquences engagées par un changement de prescription.

des stratégies d'utilisation différentes selon les choix retenus : suppression du manque ; suppression de l'appétence ; suppression du plaisir ; pénalisation des plaisirs. Toutes choses égales par ailleurs, cette gradation distribue les trois produits disponibles selon une échelle de puissance chimique et de contrôle comportemental : au sommet, le Subutex[®], qui semble couvrir tous les effets décrits ; puis la méthadone, à laquelle manque l'effet pénalisant ; à la base, le Moscontin[®], dont il n'est pas absolument certain qu'il supprime tout plaisir.

Peu disert sur la suppression du manque – peut-être parce qu'elle constitue pour eux l'effet le plus attendu, dans les deux sens du terme, de la substitution –, les patients le sont en revanche sur la suppression de l'appétence, soit directe (lorsqu'elle joue sur le désir des drogues elles-mêmes), soit indirecte (lorsqu'elle interdit certains modes d'absorption). Ce sont ces propriétés, bien souvent, qui fondent les préférences des uns et des autres pour tel ou tel produit. La méthadone contre tous les autres, parce que ce sirop trop épais et sucré pour être shooté, et d'ailleurs réputé mortel à l'injection (« paraît-il que c'est la mort, alors peu le font »), permet d'esquiver « l'attrait de la pompe ». Le Subutex[®] contre le Moscontin[®] que lui propose son médecin pour tel autre, parce qu'il ne « sera même pas attiré » par l'héroïne. Et c'est, de façon symétrique, l'absence d'effets sur l'appétence qui trace les limites des produits : prises sous cet angle, les molécules dont la galénique n'interdit pas absolument l'injection sont présentées par certains usagers comme mieux adaptées aux « sniffeurs » qu'aux « injecteurs » souhaitant prendre des distances avec la seringue.

« Ce qui m'a plu, c'est que la méthadone n'est pas injectable donc, de toute façon, il faut dire adieu à la pompe » (Sonia B., méthadone).

« Ah ben moi si je peux continuer comme ça avec le Subutex[®], ça serait très très bien, parce que ça me donne même [pas] envie d'y aller. [...] ça me, si je peux dire, ça me bouche les capteurs qui d'habitude me donnent envie d'y aller. Bon je dis pas à 100 %, hein. C'est sûr qu'avec tout le passé que j'ai, c'est pas tout rose du jour au lendemain, faut pas non plus dire n'importe quoi, mais c'est vrai que ça m'aide à rester lucide, à réfléchir et à [me] poser plus de questions qu'avant je me posais pas. ça aide, quoi, je trouve, enfin sur moi ça le fait, quoi. ça me donne pas envie d'y aller, quoi » (Olivier N., Subutex[®]).

« Mon critère, c'était que je passais des fois dans des quartiers où j'avais l'habitude d'aller acheter des paquets, j'avais de l'argent sur moi et j'étais même pas attiré, et ça c'est grâce au subu [...]. Mais ça me plaît bien ce truc-là... J'en suis accro, je peux pas m'en passer. [...] Pour nous les toxicos qui sniffaient, ça a été pratique le Subu, mais pour des gars qui se l'injectent, quel que soit le produit de substitution, c'est le vice, c'est le geste qui manque, c'est pas uniquement le besoin, parce qu'ils pourraient prendre du Subu et être calmés. Mais le fait de se faire un fix, ils ont besoin de se faire un fix, donc... » (Gilles V., Subutex[®]).

Les témoignages sont en revanche plus nuancés en ce qui concerne la suppression des plaisirs. L'efficacité des produits de substitution paraît toujours constituer d'abord, en la matière, une *expérience* – positive ou négative – plutôt qu'une *attente*. La vérification d'une étrange réputation ou une bonne surprise pour les uns (« tiens, c'est pas bête ça ») ; une mauvaise surprise (qui « laisse tout con »), pour les autres. Mais parfois aussi une énigme, quand on ne sait plus s'il faut imputer l'absence d'effet de l'héroïne à l'action du produit de substitution ; à un éloignement du « milieu » qui priverait d'une connaissance suffisante du marché pour savoir où se vend la « bonne came », ou quel revendeur la mélange au contraire de produits de coupage divers ; ou à une relativisation, le temps passant, du « bonheur » apporté par la consommation de drogues – pour un patient, ici, qu'une thérapie analytique engagée depuis deux ans a probablement conduit à réévaluer la place des produits de « défonce » dans ses pratiques de plaisir.

« Du Subutex[®], vous prenez du Subutex[®] vous prenez de la came derrière vous sentez rien moi j'ai déjà essayé ben oui je sentais rien donc c'est déjà quand même un atout » (Karim G., Subutex[®]).

« Quand le subutex est arrivé, tout le monde disait qu'il ne fallait pas se shooter derrière, parce que déjà tu sentais rien, et puis franchement ça ne sert à rien, c'est deux cents balles foutus en l'air. Tu te shootes de l'eau. Et c'est comme ça qu'une fois j'ai pris du subutex, je me suis mis le paquet derrière pour voir ce que ça faisait ou quoi, et j'ai rien senti. Là je me suis dit tiens c'est pas bête ça, c'est ce qui me faut » (Philippe R., Subutex[®]).

« Y a des jours où je vais bien la sentir, et d'autres où je vais rien sentir. Ça je sais pas d'où ça peut venir, du subutex, de la came, y en a qui sont mieux que d'autres. Puis aussi je ne suis plus très au courant, comme je n'en prends plus tous les jours, je ne connais plus les plans genre aujourd'hui c'est là, un autre jour c'est ailleurs... » (Philippe R., Subutex[®]).

« Et à chaque fois que j'en ai repris j'ai été déçu de toutes façons... C'est peut-être le produit qui n'était pas bon, je ne sais pas, mais à chaque coup que j'en ai repris je pensais que... et j'étais déçu » (Yves G., Moscontin[®]). « L'héroïne ne me fait plus d'effet. Pourquoi ? Je ne sais pas, c'est peut-être la méthadone. Ou peut-être, pour que ça me fasse de l'effet il me faudrait une injection de 1 g, mais en grosses quantités ça me fait peur, j'ai peur, je n'ose plus, c'est trop dangereux ». [...]

« Finalement, quand on n'en prend plus, après on se fait une image de la drogue qui n'est plus du tout la même. Même si l'effet est le même, la perception elle est différente. On ne va plus trouver ça extraordinaire comme avant. Parce que l'effet de bien-être, on n'en a plus besoin tant que ça. Parce qu'on arrive à plus contrôler les choses, ou à avoir une explication sur ce qui n'allait pas avant. Finalement, on en reprend, oui on est bien, mais sans plus. Par rapport à une soirée avec des copains, où on passe une bonne soirée, finalement prendre de la drogue tout seul, ça n'apportera pas le même bonheur. Et ça on arrive à

faire la différence au bout d'un certain temps. C'est un plaisir, oui mais plus tant que ça avec le temps » (Franck B., méthadone).

Mais plus encore que la suppression des plaisirs, c'est leur sanction, ultime échelon de la puissance des produits, qui est soulignée par les patients. Les patients sous Subutex® rapportent trois formes de pénalisation de leurs défoncez parallèles. Sniffé, premièrement, le Subutex® est non seulement décevant en termes de plaisir, mais voit s'annuler ses effets de produit de substitution, selon l'un des patients rencontrés ici. Cet écart d'utilisation inflige, sinon un état de manque, au moins la nécessité d'une seconde prise, sublinguale, après la première prise sniffée. Shooté, deuxièmement, il provoque – au moins pour le seul patient qui évoque ici cette expérience –, outre une défonce médiocre et des risques d'abcès sévères⁸², des effets secondaires comparables à ceux de sa consommation « normale », mais encore accrus : un « sommeil, mais plus profond ». Shooté sans sevrage intermédiaire, troisièmement, il inflige – et c'est là son effet pénalisant le plus spectaculaire – un manque extrêmement violent que seule une consommation massive d'héroïne permettra de calmer. Le produit de substitution impose donc son mode d'absorption, soit par annulation de ses effets bénéfiques, soit par accroissement de ses effets secondaires, soit par exaspération du manque, et, paradoxalement, de la consommation de drogues. À ce point d'efficacité, il cesse d'être un simple médicament, pour devenir, par surcroît, l'outil chimique d'une discipline.

« Moi, il m'est arrivé de le sniffer, mon Subutex® .. [...] parce que, le matin, quand tu te réveilles, ça travaille en toi... J'avais envie de me prendre un rail... Et comme j'avais pas les possibilités, ni l'envie réelle d'aller en acheter, je m'écrasais un Subutex® et je le sniffais... Et l'effet, je le sentais différemment... C'est pas aussi fort que si tu laisses fondre sous ta langue... En fait, c'est comme si je le faisais pas, et je m'en prenais un sous la langue après, c'est psychique... » (Gilles V., Subutex®).

« Là, rien que le fait de se faire un trou dans la peau laisse présager les bonheurs inoubliables. Enfin, il n'y a rien après, mais bon, même quoi, il n'y a pas grand-chose. Si, il y a le sommeil dont je vous parlais tout à l'heure qui est un peu plus profond que normalement » (Gérard D., Subutex®).

« J'ai pas fait comme il a dit, quoi. C'est-à-dire j'ai pris de l'héroïne le matin à 10 h, et bon à midi j'ai pris un Subutex®, 8 mg, en shootant, et je me suis retrouvé très mal à la sortie, je me suis retrouvé très mal, je me suis retrouvé en effet de manque [...] mais carrément, j'étais carrément fou, quoi. J'étais, il a fallu même que j'aïlle, j'ai arrêté de travailler, j'ai pris de l'argent, et j'ai été obligé d'aller dans une cité acheter du produit. [...] J'ai, j'avais jamais été

malade, même les matins où je me réveillais j'étais malade, jamais comme ça. Je veux dire, ça a fait, ça m'a rendu fou, carrément fou, quoi. Une bête sauvage. Donc j'ai été vite fait pécho, et bon, pour redescendre un petit peu. D'ailleurs ça a redescendu d'un cran, mais bon pas assez, quoi, j'ai été obligé de le faire trois fois, quatre fois, quand même. J'ai été obligé de prendre une dose incroyable pour redescendre et me retrouver normal, quoi. (...) C'est le même genre de manque [que l'héroïne], mais c'est même pas ça, c'est encore pire, quoi, c'est, c'est, je peux même pas vous expliquer, c'est horrible quoi. C'est carrément un effet... C'est plutôt dans la tête, enfin c'est corporel et physique, enfin c'est physique et aussi dans la tête, mais c'est horrible, quoi, c'est un truc, c'est l'effet du manque de l'héroïne plus un truc complètement, enfin je veux dire, déjanté, quoi. Il fallait vraiment que j'enlève ce truc-là, parce que je me sentais vraiment pas bien. [...] Bon j'avais redescendu un petit peu parce que j'avais été faire mes petites courses, si on peut dire, mais bon c'était horrible, c'était un truc, jamais je referai ça » (Olivier N., Subutex®).

Cette gradation d'effets n'est donc pas seulement une échelle de puissance. Elle marque également le passage progressif d'une efficacité thérapeutique (traiter la douleur du manque) à une efficacité comportementale (imposer l'observance). Mais l'expérience décrite ici par les patients dément l'idée d'une complémentarité, ou d'une continuité, entre les différents niveaux d'intervention des produits de substitution⁸³. Après cette expérience traumatisante des effets antagonistes du Subutex®, Olivier N. est retourné à la consommation d'héroïne. Et s'il reprend aujourd'hui de la buprénorphine haut dosage pour essayer de « décrocher », c'est plus pour sa capacité à supprimer son appétence pour le « produit » (à lui « boucher les capteurs qui d'habitude [lui] donnent envie d'y aller »), et par refus de passer par un centre méthadone, que pour bénéficier des effets dissuasifs du Subutex®, dont à aucun moment – et pas plus d'ailleurs que les autres usagers de l'échantillon substitués avec ce produit – il n'évoque le rôle de « garde-fou ». Les techniques de contournement des effets antagonistes du Subutex® sont par ailleurs, on l'a vu, bien connues des usagers désireux de maintenir, même de façon très occasionnelle, des consommations à visée de « défonce » ou de plaisir. D'autre part, et à rebours, les bénéfices thérapeutiques des traitements de substitution ne sont pas moins manifestes à bas niveau de contrôle comportemental. La méthadone, dit Sonia B., qui a toujours refusé toute forme de contrôle de ses pratiques – jusqu'aux contrôles des urines en centre méthadone (« ah non non non, alors là, je me serais mise en colère. Ils n'ont jamais osé ») – « ça calme les douleurs, les manques, les envies aussi ». Doté de ces effets, le produit de substitution vient s'inscrire en renfort d'un désir de prendre des distances avec ses anciennes habitudes de consommation, et du

82. Curieusement, parmi les patients rencontrés, aucun n'évoque les abcès provoqués par la galénique du Subutex®.

83. À savoir, rappelons-le : suppression du manque ; suppression de l'appétence ; suppression du plaisir ; pénalisation des plaisirs.

soutien par ailleurs d'un médecin qui a su réserver son jugement sur son histoire et ses pratiques, jusqu'à permettre de « décrocher ». Le paradoxe de la substitution « en ville », si l'on en croit les entretiens réalisés ici, c'est qu'elle hésite, de fait, entre deux stratégies d'intervention. Pariant sur la confiance mutuelle, elle opère à bas niveau d'exigence de transparence. Mais elle prescrit majoritairement d'autre part le produit dont l'effet de contrôle comportemental est le plus puissant. À la limite, dans ces conditions, la sincérité du patient peut s'avérer non nécessaire, et la discrétion du médecin superflue, le contrôle chimique remplaçant la relation médicale. C'est ce qu'exprime une patiente, qui, bien que satisfaite du Subutex[®], en dénonce les ressorts tacites.

« La morphine c'est quelque chose, si on s'en prend 100 mg, c'est sûr qu'on va être fracassé, bon, c'est évident. Alors que le Subutex[®] je ne pense pas que si je me colle toutes mes boîtes, j'ai un quelconque effet, de comment dire... d'ivresse ? Voilà. Donc je pense aussi que c'est peut-être ça l'effet recherché dans ce médicament. Avec la vieille idée que les toxicomanes, de toute manière, sont des menteurs, qu'ils vont prendre [de l'héroïne] par-devers eux. Enfin voilà, on règle le problème par avance, ce qui est complètement faux-cul. Oui c'est faux-cul au départ, c'est : on vous fait confiance sans vous faire confiance » (Hélène S., Subutex[®]).

L'invention d'une médecine ?

C'est donc en creux, dans l'espace laissé vacant par le recours à l'encadrement des centres d'un côté et à la puissance comportementale des produits de l'autre, que se dessinent la possibilité et la spécificité d'une prise en compte des « défonce » parallèles par la médecine de ville. C'est-à-dire non seulement une tolérance susceptible de permettre de « maintenir le lien » coûte que coûte, mais l'ouverture d'une zone d'observation et d'intervention médicales qui affronte la question des pratiques parallèles plutôt que d'en déléguer l'éradication silencieuse aux produits. Cette zone est embryonnaire, certes, et entravée. Entravée en son propre sein d'abord par les deux traditions symétriques de la substitution : par une logique de la réduction des risques indifférente par principe aux « défonce » parallèles, et par un souci de traiter la « toxicomanie » qui se fixe leur suppression pour objectif. Entravée à ses bords ensuite par la concurrence offerte par les dispositifs de contrôle des pratiques d'un côté et par le contrôle chimique de l'autre, l'un et l'autre faisant régulièrement l'objet de mesures réglementaires ou de recherches scientifiques. Depuis le 1^{er} octobre 1999, par exemple, les pharmacies ne peuvent plus délivrer de Subutex[®] pour des durées supérieures à sept jours, sauf avis du médecin spécifié sur l'ordonnance sécurisée⁸⁴. Et la recherche fondamentale travaille de son côté à

la mise au point de molécules susceptibles de « mettre sous influence » les récepteurs du cerveau spécifiques de la dépendance, et d'être utilisées « contre la plupart des drogues⁸⁵ (héroïne, alcool, nicotine) ». Mais cette zone existe, et se déploie précisément à l'endroit où le suivi en ville de patients toxicomanes ne recourt pas à d'autres ressources que les siennes propres. Les témoignages recueillis ici permettent d'en dégager trois dimensions. La première en est le *pragmatisme*. Les pratiques de consommation « à visée de défonce » existent ; la plupart des médecins rencontrés ici prennent acte, quoique à des degrés divers, de cette existence : ont renoncé à les nier, n'évincent pas les patients usagers de drogues de leur clientèle pour autant, et ne s'en remettent pas non plus, on l'a vu, pour les traiter, au seul recours aux produits de substitution. Cette prise en compte globale de l'histoire et des pratiques de leurs patients les conduit à faire de la substitution non plus la simple condition de possibilité d'une intervention médicale, mais également l'objet même de cette intervention, au même titre que la médecine « ordinaire » de leurs affections somatiques.

Cette intervention médicale suppose, seconde dimension, la *constitution d'une savoir*. Porter attention aux pratiques de ses patients (à l'alternance ou à l'association notamment d'usages de drogues et de produits de substitution) exige d'abord de pouvoir recueillir des informations, de savoir interpréter des signes, ou d'apprendre à poser les bonnes questions pour obtenir les bonnes réponses – de parvenir à enrichir, progressivement, sa connaissance des usages des patients. Ajuster ensuite ses interventions aux risques spécifiques entraînés par ces pratiques suppose d'autre part de les identifier non plus comme des « cuisines » illicites, mais, plus prosaïquement, comme des usages susceptibles de provoquer des *interactions médicamenteuses*, et de pouvoir recenser les risques qui y sont associés – conçus non plus cette fois comme le résultat de « délires dangereux », mais comme des *effets secondaires*, prévisibles (abcès, troubles pulmonaires, etc.) ou plus difficilement perceptibles ou imaginables (combinaison de produits conduisant à exaspérer le manque, annulation des bénéfices cliniques dans l'interaction des différentes substances, etc.). Suivre au plan médical des patients usant de pratiques de « défonce » conduit, enfin, à prendre en compte la logique des plaisirs, et à la concevoir non plus comme un paramètre étranger ou indifférent à la médecine, mais comme un *paramètre de l'observance*. Tel patient atteint du VIH reprend de l'héroïne parce qu'il sent qu'il va bientôt mourir ; tel autre utilise une partie de la méthadone qui lui est prescrite pour amortir les « descentes » de ses consommations de cocaïne – la prise en compte de ces échappées permet sinon de reposer les objectifs de stabilisation du traitement, sans doute superflus quand le patient est proche du décès,

84. Voir Swaps, n° 14, p. 11.

85. Voir les travaux menés sur le PB897 (Nature, 15 juillet 1999, et Le Courrier des Addictions, n° 4, septembre 1999, p. 160).

au moins de réajuster les doses à l'objectif premier de la prescription, qui est de pallier le mieux possible à la douleur du manque. Une nouvelle forme de diagnostic s'invente donc dans la pratique de ces médecins, qui procède par interprétation médicale d'une série de signes disponibles au regard (et plus encore à l'oreille), mais ordinairement considérés comme extérieurs à la médecine.

Enfin, cette approche pragmatique des pratiques de « défonce » permet en retour, et c'est là sa troisième dimension, de prodiguer des *conseils*. De délivrer des informations, bien sûr, sur les risques liés à l'injection ou à l'inhalation nasale de produits de substitution. Mais aussi d'avancer des recommandations sur la meilleure manière, à tout prendre, de concilier usages de « drogues » et traitements de substitution. Cette forme originale d'intervention médicale ne se résume pas, dès lors, à la délivrance des produits, à des indications concernant leur posologie ou le rythme auquel ils doivent être pris, ou à des mises en garde contre leurs effets secondaires, elle englobe également le suivi somatique des pratiques de « défonce », dès lors qu'elle y est confrontée. Sur ses bords, si l'on considère l'échantillon particulier de patients rencontrés ici, mais de façon centrale si l'on retient le suivi d'usagers beaucoup plus « chaotiques » ou beaucoup moins « compliants », la médecine qui s'invente, en somme, dans ces cabinets médicaux, relève moins, très souvent, de la *thérapeutique* que du *soin* : il ne s'agit pas, toujours, de guérir la « toxicomanie », mais aussi, le plus souvent, de soigner des patients usagers de drogues à l'endroit même de leur « souci de soi ». Ce qu'exprime en termes éloquents un patient : « Le toubib, c'est notre garagiste ».

« Quand les gens arrivent à Marmottan en disant je prends de la coke, je prends de l'héro, on commence par leur dire, *eh bien écoute, pendant une semaine, prends que de l'héro et pas de coke, pour pouvoir effectivement envisager un sevrage qui se passe moins mal que quelqu'un qui décroche à la fois de la coke et de l'héro*. Parce que finalement ils savent très bien que pour amortir les descentes de coke, c'est quand même l'héro. [...] Ça c'est une connaissance qui existe, quoi. [...] C'est un produit qu'ils connaissent bien. Donc autant prendre un produit que tu... Enfin quand on a mal aux dents... moi je prends le produit qui me soulage d'habitude. Je ne vais pas forcément aller chercher autre chose » (Rosita C., médecin). « Ceux qui prennent de la cocaïne ils ont besoin d'héroïne ou de Moscontin® ou de méthadone pour descendre, pour la descente. Ça ne fait pas très longtemps que j'ai compris. Donc maintenant, s'ils me disent qu'ils ont pris de la cocaïne, je leur demande s'ils ont pris de l'héroïne, s'ils ont augmenté forcément la dose du produit qu'ils prennent, etc. C'est pareil, ça te permet, un, d'aborder le truc, et peut-être d'ajuster tes doses » (Catherine V., médecin).

« La toxicomanie, c'est comme une voiture, y'a besoin d'un garage, hein. Un toxico, et ben on a besoin de notre garagiste, et c'est le toubib notre garagiste, c'est-à-dire quand on a une merde, quand y'a une roue qui... qu'est dégonflée,

on va le voir et il nous remet la pêche. [...] C'est l'idée, la raison bizarre, mais c'est ça, quoi. On a besoin de quelqu'un qui nous entretienne [...]. Quelqu'un qui, qui soit là, en plus de ceux qu'on aime, pour nous conseiller, quoi... J'ai dit des trucs à Claude que je dirais pas spécialement à... à des amis proches et tout ça parce que... En plus, elle, c'est son domaine » (Gilles V., Subutex®).

CONCLUSION

Pris en porte-à-faux entre un rôle de délivrance et un rôle de soin, partagés entre deux philosophies de la substitution, les médecins de ville sont également contraints de confronter en permanence leurs pratiques de prise en charge des usagers de drogues avec les exigences et les méthodes des centres spécialisés, modèle de référence présenté explicitement comme tel par les autorités sanitaires d'une prise en charge visant le « soin de la toxicomanie ». Si la pratique des CSST incarne en effet d'une certaine façon l'orthodoxie de la substitution (délivrance des produits assortie de contrôles d'urine permettant de déceler les consommations parallèles ; dispensation quotidienne, au moins dans un premier temps, et absorption sur place de la méthadone pour éviter les mésusages et les détournements ; soutiens psychologique et social permettant d'étayer le traitement médical), le suivi d'usagers de drogues en médecine de ville fait l'objet, très souvent, de reproches ou de soupçons symétriques, laissant penser que la substitution y est utilisée avec une légèreté peu compatible avec le caractère toxicomanogène des « stupéfiants » qu'elle est amenée à faire circuler, ou avec le poids que représentent les phénomènes de « toxicomanie » pour la société. Défaut de contrôle laissant les médecins dans l'ignorance des pratiques réelles de leurs patients ; trop grande complaisance à l'égard des consommations parallèles ; prise en charge insuffisante au regard des problèmes psychologiques et sociaux des usagers de drogues ; manque d'expérience et de connaissance en règle générale des « toxicomanes », voire des objectifs de la substitution ; alimentation d'un marché noir où le mésusage des produits provoque des dégâts sanitaires considérables... les médecins généralistes semblent toujours être susceptibles de faire moins, ou moins bien, en matière de « toxicomanie », que les CSST.

Formulée comme telle, la comparaison a pourtant les allures d'un faux débat. Elle sous-estime probablement la complémentarité des dispositifs, du point de vue même de la « santé publique ». Si le législateur, en même temps qu'il autorisait la prescription en ville des produits de substitution, a raffermi ses objectifs en matière « d'interruption de la consommation de substances opiacées » (circulaire du 3 avril 1996), il faut peut-être moins y voir en effet un soupçon *a priori* sur le laxisme des généralistes qu'un pari, au contraire, sur leur capacité à devenir les relais d'une politique des « dépendances ». La répartition des patients entre les

deux filières de soins est d'abord fonction – cet échantillon le confirme – de leurs choix, et les profils de leurs files actives sont très différents : beaucoup de patients consultant des médecins de ville cherchent des alternatives aux contraintes d'une prise en charge associant à la délivrance des produits un contrôle étroit de leurs pratiques, refusent d'avoir affaire à des « psy », ou préfèrent la relation individuelle avec un thérapeute à la prise en charge d'un groupe de soignants. On a donc sans doute moins affaire à la duplication ou à la dégradation « en ville » d'un système de soin et de contrôle qui trouverait son incarnation idéale dans les centres spécialisés, qu'à l'extension du champ de la « lutte contre les drogues et la toxicomanie » : des patients jusqu'à présent hors d'atteinte des dispositifs dits à « haut seuil », jugés selon eux réhabilités ou inadaptés à leur mode de vie, font désormais l'objet d'un « suivi ». Si le pari de la prise en charge en centre spécialisé est celui d'une complémentarité entre suivi psychologique, suivi social et suivi de la « toxicomanie », celui de la médecine de ville est de jouer en revanche sur le double plan de la prise en charge des problèmes de santé et de la « toxicomanie ». L'évaluation de leur pratique porte alors sur ce double plan. Les médecins généralistes sont inquiets des conséquences que peut avoir au plan social leur activité de prescription et s'interrogent sur l'évolution des pratiques de consommation – s'interrogent parfois autant sur les pratiques de leurs patients que sur le devenir des usagers de drogues éloignés de toute structure de soin. Ils s'inquiètent de savoir si leur intervention est utile à leurs patients au plan de la « toxicomanie », ce qu'ils font réellement des traitements, et dans quelle mesure ce recours leur a permis ou leur permet d'améliorer globalement leur situation. Ils s'inquiètent également de leur état de santé. Mais évaluer la situation ou éclairer les zones d'ombre laissées par l'imbrication de prises en charge thérapeutiques (aspirant toujours à la transparence), et de pratiques illégales (par définition obscures), ou exigées par la liberté des patients, n'est pas toujours aisé.

Une évaluation problématique

Sur les *problèmes de santé*, les entretiens recueillis ici font apparaître au fond peu d'éléments, bien que cette question ait été expressément incluse dans les guides d'entretien et ait fait l'objet d'une investigation particulière. Cet effacement relatif des questions liées à la santé et à la maladie trouve sans doute deux explications.

Les patients les plus malades, tout d'abord, n'ont manifestement pas été touchés par cette seconde phase de l'étude. Soit parce que leur état de santé leur laisse peu de disponibilité ou d'envie de rencontrer des enquêteurs ; soit parce qu'ils n'avaient pas été inclus dans la première phase, leurs médecins jugeant qu'ils les suivaient davantage pour leurs problèmes de santé que pour leur « toxicomanie ». Cette exclusion, marginale sans doute, mais significative, laisse entendre d'ailleurs que certains

des médecins rencontrés ici n'abordent plus exactement les problèmes liés à la « toxicomanie » comme ils le faisaient dans les premiers temps de la « réduction des risques », et que l'usage de la substitution pour le suivi de patients usagers de drogues atteints de pathologies graves a été suffisamment banalisé pour qu'on les considère aujourd'hui comme des malades « comme les autres ».

Les patients rencontrés avaient manifestement beaucoup à dire par ailleurs sur leur consommation de drogues ou leurs traitements de substitution, mais beaucoup moins apparemment sur leur état de santé. On peut imaginer, d'une part, qu'ils ont peu d'occasions de s'exprimer sur leur expérience d'usager de drogues, pourtant centrale dans leur histoire. Et, d'autre part, qu'ils s'en remettent pour l'essentiel à leur médecin – sans doute autant d'ailleurs que d'autres patients – pour juger d'un état de santé qui, pour la plupart, ne leur pose pas de problèmes insurmontables, alors qu'ils ont des avis assez tranchés à exprimer sur la substitution, et ont probablement choisi, pour certains, de participer à cette étude pour pouvoir les exprimer.

Cette étude, en d'autres termes, semble davantage avoir été perçue comme portant sur l'évaluation des traitements de substitution que sur celle de « suivis en médecine générale » englobant également les problèmes somatiques, et ses résultats témoignent, indirectement, de la persistance d'une césure entre les deux plans (problèmes liés à la « toxicomanie » d'un côté, problèmes de « santé » de l'autre), bien qu'à un degré moindre, bien sûr, chez les médecins – autant préoccupés, pour la plupart, par l'état de santé de leurs patients, que par leurs démêlés avec la consommation de substances psychotropes illégales. Quelques hypothèses peuvent tout de même être risquées, concernant les questions relevées à l'issue de la première phase de l'étude par les médecins, à savoir principalement, comme il a été signalé plus haut⁸⁶, la rareté des examens somatiques, les risques de report de l'usage de drogues vers la consommation d'alcool, et la difficulté manifeste des patients usagers de drogues à réaliser les examens ou suivis complémentaires qui leur sont prescrits. Pour ce qui concerne la rareté relative des examens somatiques (rappelons que près d'un tiers des patients n'avait jamais été examiné sur le plan clinique durant la première phase de l'étude, c'est-à-dire pendant un an, malgré un nombre de consultations élevé), il semble que doive être prise en compte, précisément, la persistance de phénomènes de dissociation entre suivi de la « toxicomanie » et suivi des problèmes de santé. Certains patients choisissent peut-être – on peut d'autant mieux l'imaginer que certains médecins en signalent des cas – de se faire suivre au plan somatique par un généraliste et de confier la délivrance des produits de substitution (ou la gestion de leurs problèmes de consommation) à un autre, bien qu'il se

86. Voir l'introduction.

trouve qu'aucun patient ne vienne confirmer cette hypothèse dans cet échantillon. On a vu par ailleurs que certains médecins étaient parfois conduits à dissocier fonctions de délivrance et gestes ordinaires de la consultation médicale, notamment lorsqu'une situation routinisée (un état de santé à peu près stable, une consommation ne présentant pas de fluctuations particulières) ne leur semble pas appeler d'intervention médicale spécifique. Enfin, certains des généralistes rencontrés ici semblent également répugner à systématiser des examens somatiques rappelant trop les techniques de contrôle employées par nombre de confrères, de peur de contredire le climat de confiance qu'ils essaient de restaurer avec leurs patients – même si les témoignages recueillis ici ne laissent à aucun moment penser que des patients aient pu se voir délivrer des produits de substitution pendant un an sans avoir été pris en charge « en contrepartie » sur le plan somatique. Arriver à concilier deux positions ou deux activités appelant non seulement des interventions différentes, mais paraissant parfois quasi incompatibles, ne semble pas toujours en somme aller de soi, et on peut imaginer que certains praticiens aient été conduits à trancher la question de façon radicale (quoique peut-être plus ou moins consciente), en choisissant entre les deux rôles. Concernant la consommation d'alcool, que les médecins craignaient, au terme de la première partie de l'étude, systématiquement sous-déclarée, ces entretiens apportent quelques informations, mais seulement à la marge. La question y a été abordée cinq ou six fois avec les patients, dans des termes très contrastés. Dans trois cas étaient avouées des consommations excessives, apparues dans une phase d'autosubstitution – l'alcool étant venu se substituer à l'héroïne en même temps, ou à peu de choses près, que le Néocodion®. À deux d'entre ces patients, la prescription de Subutex® laisse espérer ou a permis de limiter une consommation vécue comme excessivement envahissante ou stigmatisante. Le troisième, atteint par les virus du Sida et de l'hépatite C et décédé depuis, développait un cancer du foie lui interdisant de boire. Pour l'un des patients rencontrés, l'envie de consommer de l'alcool semble avoir été définitivement conjurée par la peur d'aggraver son hépatite C – risque apparemment exprimé en termes assez crus par le médecin qui a initié son traitement au Subutex®, même s'ils sont restitués ici dans le langage du patient : « [Il m'a dit] que si je n'arrêtais pas la petite – il m'a fait peur l'enfoiré – j'aurais ma sortie. Que si je n'arrête pas la petite, dans 5 ans, on t'emmène des fleurs. Mais on ne te les offre pas, on les pose sur ta tombe. Ça refroidit. » Dans les autres cas, la situation est plus complexe, la consommation d'alcool étant présentée comme récente certainement – remontant à la période où a été initié le traitement –, mais également comme banale (« c'est pas méchant »), et présentant peu de différence avec les pratiques usuelles de l'entourage : des amis, beau-père, collègues, etc. Il ne s'agit jamais en tout état de cause, précisent d'eux-mêmes les patients, d'usage de « défonce », et s'il semble y avoir « report », pour certains, de la consommation de « stupéfiants » vers l'alcool, c'est avec des usages et des effets en certains

points semblables à celui de la consommation de médicaments psychotropes pour d'autres (« ça me détendait, je sais pas, ça m'enlevait un peu les parasites dans la tête, quoi, ça me dénouait les nœuds »). Le « problème de l'alcool » semble par conséquent être aussi difficile à aborder qu'avec d'autres patients, la notion d'« excès » restant indéfinissable, parce que soumise à des appréciations jugées dans tous les cas subjectives et susceptibles d'être contestées (pour le médecin, dit un patient, quoi que je boive « c'est toujours trop »), à moins que soit opposé un danger « objectif » pour la santé, comme le risque d'aggravation de l'hépatite. Mais on peut également supposer que la « neutralité » de l'alcool (produit dangereux sans doute, mais par ailleurs légal et d'usage largement répandu et partagé), parce qu'elle contraste avec le caractère illégal ou avec la puissance jugée « incontrôlable » des drogues qui viennent d'être abandonnées, fasse de la sensibilisation au problème de l'« excès » de consommation de boissons alcoolisées une tâche plus délicate qu'avec d'autres personnes. Enfin, la troisième interrogation des médecins concernait la difficulté des patients usagers de drogues à faire les examens complémentaires qui leur sont prescrits – examens très souvent réalisés au bout du compte, mais dans des délais souvent plus longs que pour la moyenne des autres clients. À en juger les entretiens, le décalage est manifeste, en effet, entre les inquiétudes exprimées par les généralistes concernant, notamment, le suivi des problèmes hépatiques de leurs patients (dix sur quatorze sont contaminés ici par le VHC, dont un également co-infecté par le VIH) et le peu d'empressement mis par les patients, soit à parler de leurs problèmes de santé, soit à faire les examens qui leur sont conseillés (taux de transaminases, biopsies, etc.). Certains paraissent plus angoissés que d'autres, bien sûr, et manifestent des inquiétudes, d'autres sont plus évasifs ou semblent rassurés par une prise en charge qui les satisfait, mais la question est toujours évoquée à la marge, sans s'y arrêter⁸⁷, et appelle peu de commentaires, sinon l'expression de sentiments d'impuissance, de résignation ou parfois de rage (« quand il m'a dit que j'avais une hépatite [...] je me suis dit, merde, j'arrête et c'est toujours pareil »). Mais ce sont justement ces réflexions à la marge, ou des attitudes relevées par les médecins chez d'autres patients, qui permettent d'avancer quelques hypothèses sur les ressorts de la « mauvaise observance » parfois signalée chez les patients usagers de drogues.

La découverte d'une maladie somatique semble susciter chez beaucoup le sentiment d'être « rattrapé » au moment précis où l'engagement dans un traitement de substitution laissait entrevoir la possibilité de « s'en sortir » et d'améliorer une situation devenue invivable. Chez les patients rencontrés, on réagit parfois en sériant les problèmes – simplement peut-être parce que tout ne peut être affronté à la fois.

87. Il faut reconnaître cependant que n'ayant pas été abordée spontanément par les patients, elle l'a généralement été en fin d'entretien, à un moment où l'attention et l'intérêt portés à l'échange paraissent parfois se distendre de part et d'autre.

Certains semblent occulter des problèmes de santé pour se concentrer sur la réussite de leur traitement de substitution – du moins tant que leur médecin, parfois contraint par l'urgence de prendre l'initiative, leur en laisse la possibilité. D'autres s'efforcent d'organiser autant que possible un *échelonnement* du programme de soins, pour ne pas avoir à mêler problèmes liés au « décrochage », résolution des problèmes matériels (changer d'appartement, obtenir le RMI) et engagement dans des processus de soins lourds, comme l'exprime en termes extrêmement clairs une patiente, amenée à différer la biopsie hépatique qui lui est prescrite, pour protéger son équilibre :

« Non c'est pas le moment. C'est vrai que j'ai envie vraiment de refaire une autre vie... un nouveau départ. [...] C'est vrai que pour moi les mois passent et que j'attends le bon moment pour le faire... Être à peine sortie de la mouise pour se retrouver en milieu hospitalier, je vais d'abord mettre les choses en route, pour avoir plus d'espoir si jamais je dois me retrouver en milieu hospitalier. Parce que là ce serait une catastrophe » (Sonia B., méthadone, sevrée aujourd'hui).

Mais pour d'autres patients qui n'ont pas pris part à cette seconde phase de l'étude, et dont la réaction a pu être rapportée par des médecins, le vis-à-vis avec le risque de maladie peut prendre la forme d'une *esquive*, lorsque la « réponse médicale » risque de venir dépasser une simple demande de délivrance de produits de substitution, et leur révéler des maladies graves. Tel patient acceptera de faire des sérologies VIH et VHC, pour déclarer plus tard, « depuis que je ne prends plus d'héroïne et que je prends la substitution, c'est vrai que ça a simplifié les choses dans ma vie, mais maintenant je suis malade. Maintenant j'ai l'hépatite C et le Sida ». Mais tel autre avait refusé absolument le principe, il y a quelques années, d'une contrepartie médicale à la délivrance de produits de substitution, et notamment celui d'une sérologie VIH, en invoquant le fait que « de toute façon tous ceux qui ont su [le résultat de leur test de dépistage] en sont morts ».

Ces interférences entre problèmes sociaux, gestion de la consommation d'opiacés et gestion des problèmes de santé doivent probablement être prises en compte, pour saisir les difficultés auxquelles sont exposés les usagers de drogues – voire les résistances qu'opposent certains à une « prise en charge » médicale, ou le désir de se tenir à la lisière de ce que leur propose leur médecin. Si la substitution, résume un médecin, a certainement été « un moyen, soit pour se soigner quand on est déjà malade et [quand] les choses sont claires, soit pour aller mieux quand on veut sortir de la galère », elle a « presque été pour certains un moyen d'avoir à voir qu'ils étaient malades ». Et les difficultés qu'ont certains patients usagers de drogues à mêler recours à la substitution et gestion de leurs problèmes de santé, ou leur ambivalence, face à une médecine qui constitue tout à la fois une issue et un danger, éclairent sans doute les problèmes d'« observance » fréquemment signalés à leur propos, et corrélativement les difficultés qu'ont les médecins à évaluer l'impact

d'une prise en charge butant sur l'impossibilité d'imposer à leurs patients des examens qu'ils redoutent. Sur le *suivi de la « toxicomanie »* en revanche, les entretiens sont beaucoup plus riches et prolixes, on l'a vu, et ont pu donner matière à une exploration détaillée des pratiques – au moins telles qu'elles nous ont été restituées par les uns et par les autres. Mais il faut se souvenir, tout d'abord, de la particularité d'un échantillon associant des patients « stabilisés » et déterminés pour l'essentiel à utiliser les traitements de substitution dans des objectifs sinon « thérapeutiques », au moins d'émancipation de la consommation de « drogues », et des médecins engagés de longue date dans le suivi d'usagers de drogues, ayant su, pour la plupart, non seulement anticiper les politiques officielles de prise en charge médicale des « toxicomanes », mais également adapter leurs pratiques aux besoins exprimés par leurs patients.

Par ailleurs, la question de l'évaluation des pratiques de substitution « en ville » paraît aujourd'hui biaisée, d'une part par celle de l'ambivalence des objectifs qui lui sont fixés, d'autre part par le manque de recul dont disposent praticiens et observateurs, sur des pratiques dont la codification ne paraît pas achevée, ou sur des compétences qui restent jusqu'à présent des savoir-faire d'expérience, acquis dans la pratique et pour beaucoup non formalisés.

Un tissu de tensions

Il peut sembler difficile de tirer des conclusions d'une étude qui n'a cessé de faire apparaître des tensions, sans pouvoir toujours en indiquer les voies de résolution. La mise en perspective des relations médecin/patient usager de drogues dans le contexte de leur environnement social permet de décentrer la relation « thérapeutique » sans doute, et de faire ressortir les déterminations sociales et juridiques, notamment, qui viennent y interférer en permanence. Elle permet d'avancer des pistes d'explication sur des troubles ou des flottements qui peuvent être ressentis de manière empirique par les médecins, comme par les usagers. Mais le revers de cette relativisation de l'« évidence » supposée des relations construites autour des traitements de substitution est de les inscrire dans un tissu de tensions ou de contradictions insolubles.

C'est pourtant un état de fait : la dispensation de produits de substitution « en ville », par la médiation du contrôle de médecins généralistes, a moins l'allure aujourd'hui d'un « dispositif » sûr de son rôle et de son fonctionnement, et stabilisé par sa réglementation, que d'un maillage hétéroclite de réponses médicales au « problème des drogues », situées à la charnière de l'intervention médicale, de l'intervention sociale et de politiques de santé publique, et continuant à souffrir de ses indéterminations de départ, autant que de surdéterminations diverses. Conduite à inventer en permanence, la substitution « en ville » appa-

raît aujourd'hui comme une pratique en constante évolution, qui cherche à se définir. La série de tensions irrésolues mise à jour par cette analyse des relations médecins/patients usagers de drogues peut être récapitulée en deux grandes classes.

Ces relations paraissent travaillées tout d'abord par des tensions « macro », liées à l'insertion problématique de la médecine de ville dans un dispositif de santé publique. Les objectifs de la prise en charge des usagers dans ce dispositif de soin restent en effet ambivalents. Ils peuvent s'exprimer en termes médicaux – mais dans ce cas, les « échecs » de la substitution doivent-ils se mesurer au nombre de contaminations virales, à la fréquence des accidents dus au mésusage des produits, ou à la persistance de difficultés à intégrer les usagers de drogues dans le système de soins ? Ils peuvent aussi viser le « soin de la toxicomanie » – qui échouerait dès lors au vu de « rechutes » dans l'héroïne et dans le « milieu », mais aussi, selon les avis, au vu du simple maintien de pratiques récréatives. Ils peuvent encore aspirer au contrôle des pratiques, mais celui-ci peut être mis en échec par la persistance de consommations illicites chez les usagers substitués, autant que par la fuite des produits vers le marché noir... L'impossibilité trouvée, en règle générale, à s'accorder sur les notions de « réussite » ou d'« échec » des traitements de substitution⁸⁸ (c'est-à-dire, aussi bien, à évaluer de façon satisfaisante les pratiques) souligne en permanence l'instabilité des objectifs fixés à ces prises en charge médicales. Et la qualification médicale elle-même de l'objet de ces interventions reste par ailleurs irrésolue : jusqu'où médicaliser une relation visant tantôt le « soin », tantôt le contrôle des pratiques ? La substitution est-elle une thérapeutique, mais une thérapeutique de quoi ? Quelle « pathologie » cette santé publique exercée en cabinet de ville doit-elle soigner ? La complexité, enfin, du dispositif social de réponse au « problème des drogues » conduit au chevauchement permanent des champs d'intervention des différentes structures de prise en charge des usagers – ceux-ci relevant tout à la fois de la compétence de la médecine et de celle la justice, de la psychiatrie et de la médecine somatique, d'une médecine générale ou de réponses spécialisées. Elle contraint les praticiens de la substitution en ville, pris entre le désir de voir définir et affirmer la spécificité de leur intervention, et la nécessité de trouver appui, si nécessaire, sur des réseaux de prise en charge partagée, à un jeu de positionnement complexe et jamais résolu. Les relations médecin/patient construites autour de la prescription de produits de substitution sont travaillées par

ailleurs par des tensions « micro », liées à la rencontre de deux mondes autour d'un objet apparemment commun (les « cachets ») que chacun utilise, par *habitus* ou par métier, de manière différente. Autour des « produits de substitution », entrent en contact et se confrontent en effet deux univers : le monde des usagers de drogues, praticiens d'une forme d'auto-médication radicale et parfois désastreuse, et celui des médecins, spécialistes d'une médication raisonnée, visant la réparation des corps ; le monde de la « défonce » et celui du « soin » ; celui de la chimie illicite des « drogues » et celui de la chimie contrôlée des « produits pharmaceutiques ». Deux approches des mêmes produits négociant une utilisation commune et cherchant un terrain d'accord.

Ce que nous a appris cependant l'examen attentif, « au ras des pratiques », de cette relation à trois termes – médecin/patient/produit de substitution – pourrait se résumer en trois points :

1. Rien n'est donné au départ tout d'abord, pas même la qualification médicale des relations engagées autour de la prescription de produits de substitution. Les usagers viennent plus souvent chercher un « produit » qu'une « prise en charge ». Leurs attentes portent parfois davantage sur une amélioration de leur situation sociale que sur un suivi médical. Les contextes de délivrance et l'impossibilité d'évaluer leur consommation réelle d'héroïne les placent à l'origine en position d'automédication implicite – et laissent en revanche les médecins dans un dénuement relatif, au moment même où ils initient le traitement. La construction de la relation sera la correction progressive de cette situation de départ.

2. L'enjeu de la relation de « soin » apparaît, le plus souvent, comme celui du passage d'une logique d'« usage » à une logique « médicale » d'utilisation des produits, opéré sous l'impulsion et par l'intermédiaire du médecin – celui-ci ayant à jouer sur les imbrications complexes d'une exploitation des effets biochimiques des produits et d'une approche comportementale des usages, visant à déconditionner les habitudes de consommation de leurs patients ou à contredire des *habitus* incorporés de longue date.

3. La substitution « en ville », enfin, ne peut trancher ni pratiquement, ni théoriquement, ni entre suppression des consommations parallèles et indifférence aux pratiques de « défonce », puisque contrôler les pratiques n'est pas dans ses moyens ; ni entre « maintenance » et sortie de la substitution, dans la mesure où le sevrage ne relève pas non plus à proprement parler de son champ d'intervention. C'est dans cette position intermédiaire qu'est son espace. C'est dans cet espace ambigu qu'elle doit inventer ses pratiques.

88. Ce problème, aisément perceptible quand on parcourt les revues spécialisées (faisant état de l'utilisation de critères d'évaluation les plus disparates, au fil des études publiées), a été soulevé entre autres par le groupe de travail réuni par l'INSERM en 1998 autour de l'évaluation des traitements de substitution au Subutex®, à propos de la comparaison des indications de buprénorphine HD et de méthadone : « Une étude devrait être réalisée pour comparer des stratégies face à un échec du traitement par le Subutex®, en particulier en comparant l'augmentation de Subutex® et le passage à la méthadone en médecine de ville. Ceci nécessite d'abord de définir des critères d'échec ou de mauvais résultats, etc. », in *Évaluer la mise à disposition du Subutex® pour la prise en charge des usagers de drogues*, Paris, juin 1998, p. 30.

L' invention dans le dénuement

Le dispositif de la substitution « en ville » semble parfois imposer aux médecins le dénuement. Un dénuement de moyens techniques et thérapeutiques, tout d'abord. Les possibilités de prescription restent limitées et les produits disponibles relativement mal connus. L'absence de procédures d'évaluation fiables des besoins de leurs patients les conduit, très souvent, à ajuster leurs prescriptions aux informations qu'ils leur délivrent. Passés les contrôles de délivrance effectués par les pharmaciens, ils n'ont guère de possibilité de connaître les usages qui sont faits de leurs prescriptions. L'anticipation sur les effets secondaires des prescriptions reste difficile, et la gestion des traitements sur le long terme parfois problématique. En l'absence de données fiables, enfin, concernant les traitements, mais aussi de procédures de contrôle biologique ou de recours à des examens somatiques (paraissant trop intrusifs à certains), les éléments donnés pour base à leur « diagnostic » ou au suivi de leurs patients relèvent tantôt de l'expérimentation, tantôt de l'ordre de la parole, ou en d'autres termes des informations qu'on veut bien leur délivrer ou qu'ils arrivent à obtenir... Enfin, la crise d'une philosophie de la « réduction des risques » contrainte de se dépasser elle-même, ou les impasses auxquelles conduisent, très souvent, des perspectives de « soin de la « toxicomanie » butant sur la résistance des patients à abandonner leurs pratiques parallèles, ou sur leurs hésitations à franchir le pas du sevrage, paraissent parfois laisser la substitution dans un dénuement éthique ou idéologique : vidée de son « indifférence » de principe aux drogues, et controversée pour son incapacité à soigner la « toxicomanie », autant que pour sa capacité à enfermer les usagers dans le « piège » de la dépendance à des produits légaux. Ce dénuement produit pourtant tout autre chose qu'une paralysie. Il demande, ne serait-ce que parce que les patients y obligent, à inventer une médecine nouvelle – une médecine nouvelle, ou du moins des pratiques nouvelles de la médecine, variant avec l'histoire, l'expérience et les options éthiques de chacun, nulle solution univoque ne semblant pouvoir se présenter aux difficultés rencontrées. Une médecine parcellaire, peut-être, parce que entravée par les jeux de tensions auxquels sont soumis les médecins. Mais néanmoins observable, pour peu qu'on y prête attention : une pratique nouvelle de la médecine, attentive à de nouveaux symptômes, formulant de nouveaux diagnostics et de nouvelles prescriptions. Le caractère essentiellement verbal de l'information offerte aux médecins les conduit en effet à entendre une série de signes jusque-là inaudibles. L'écoute attentive et le « jugement suspendu » requis par la modestie, choisie ou imposée, de leurs techniques de contrôle ont fait émerger, progressivement, de nouvelles habitudes d'observation, et rendu visibles de nouveaux *symptômes*. Parce qu'elle constitue le seul matériau réel de la consultation, les médecins s'approprient peu à peu en effet, dans leur logique propre, toute cette économie des *usages* (aménagement de prise, gestion des dosages, consommations parallèles, etc.) et des

effets (anxiolytiques ou « écrêtants », agencés à ceux des drogues ou incompatibles avec elles, etc.) dont témoignent leurs patients, au creux des aveux qu'ils s'autorisent ou des confidences qu'ils concèdent.

Dès lors, par ailleurs, qu'ils s'approprient l'expérience et le savoir des usagers des produits de substitution, et les constituent en symptômes, ils tendent à retrouver, depuis les usages de la médecine générale, la pratique du *diagnostic*. Celle d'un diagnostic nouveau et paradoxal sans doute, puisque son objet n'est pas à proprement parler une pathologie (au contraire, les signes cliniques habituels des affections somatiques sont généralement atténués par les traitements de substitution), mais plutôt l'utilisation d'un traitement de substitution et les états somatiques qui lui correspondent. Mais là où la réduction des risques ou le soin de la « toxicomanie » ne percevaient plus, très souvent, que des erreurs d'observance ou des persistance « toxicomaniaques » (des produits utilisés « n'importe comment »), les médecins attentifs réapprennent à appliquer des catégories qui leur sont familières, et découvrent des troubles somatiques (problèmes hépatiques ou pulmonaires, fièvres ou états de manque, somnolences ou nuisances lacrymales, etc.) liés, très prosaïquement, à des *effets secondaires* (du produit et de son dosage) ou à des *interactions médicamenteuses* (de produits légaux et/ou de substances illicites), qu'ils savent, par métier, identifier comme tels.

Cette médecine nouvelle n'est rien d'autre, par conséquent, qu'une médecine qui retrouve ses marques. Démunie lorsqu'elle s'épuise à remplir les objectifs, par ailleurs contradictoires, de « la substitution », elle est à nouveau inventive, lorsqu'elle retrouve ses catégories et ses techniques ordinaires. Elle s'autorise alors à la *prescription*. Une prescription au second degré, pourrait-on dire, lorsqu'elle porte sur les traitements qui ont déjà été prescrits ; ou lorsqu'elle envisage la substitution d'un produit à un autre en fin de traitement, par exemple, pour favoriser un processus de sevrage. Voire, une prescription au sens large, confinant à la « recommandation », lorsqu'elle expose au patient les mécanismes bio-chimiques et les contraintes induites du produit qui lui est prescrit, ou lui conseille l'agencement drogues/substitution le moins néfaste possible. Mais une prescription pourtant, qui prend acte de l'état du corps et s'efforce d'y répondre.

Là s'invente, peut-être, la troisième génération de la substitution : après la « réduction des risques » des pionniers, après « le soin contre la toxicomanie », une médecine des corps sous effets de psychotropes.

ANNEXES

ANNEXE 1 : GUIDES D'ENTRETIEN

GUIDE D'ENTRETIEN PATIENT

Qu'est-ce qui vous a conduit à commencer une substitution ?

(Parcours : depuis quand consommez-vous ? Quels produits ? Tentatives de sevrage ? Autosubstitution ? Pourquoi avec un médecin plutôt qu'avec un centre ?)

Est-ce que vous prenez des produits en ce moment ?

(Lesquels : illicites et licites, y compris l'alcool ? Comment : sniff, shoot, etc. ?)

Qu'est-ce que vous attendez des produits de substitution que vous prenez ?

(Projet : éviter le manque ? Étape vers le sevrage ? Retrouver du plaisir ?)

Quelles sont vos relations avec votre médecin ?

(Qu'est-ce que vous attendez de lui : prendre en charge la toxicomanie ? S'en tenir à la prescription ? Aux problèmes de santé ?)

Comment cela s'est-il passé sur la substitution : choix du produit, évolution des doses, etc. ? Vous laisse-t-il le choix ? Décision commune ou négociation sur tout ? Est-ce qu'il va trop loin [psy, etc.] ? Lui parlez-vous librement ? Lui cachez-vous des choses ?)

Avez-vous d'autres interlocuteurs ?

(Médecin généraliste, psy, pharmacien, etc. ; rôle du réseau ? Avantages, contraintes, poids ?)

Que pensez-vous de votre état de santé actuel ?

(Votre médecin s'en préoccupe-t-il ? Trop, pas assez ? Faites-vous les démarches qu'il vous conseille de faire ? Pourquoi ? Qu'est-ce qui n'est pas résolu [examens complémentaires, alcool] ? Arrivez-vous à aborder ces problèmes ? Avez-vous de nouveaux problèmes de santé [psy, libido, etc.] ?)

Qu'est-ce que la substitution a changé pour vous ?

(Concernant votre consommation, vos relations avec le « milieu », votre insertion sociale, vos dépenses, votre liberté ? Et le plaisir ?)

Quel est votre bilan aujourd'hui ?

(Votre projet vis-à-vis des drogues ? Concernant votre santé ? Avez-vous un avis général sur la substitution ? Quel intérêt voyez-vous à cette étude ? Que suggérez-vous pour demain ?)

GUIDE D'ENTRETIEN MÉDECIN

Pourquoi m'avez-vous adressé à ce patient ? (plutôt qu'à un autre)

Qu'est-ce qui vous a conduit à accepter/proposer une substitution pour ce patient ?

(Que savez-vous de son parcours ? Quel a été votre rôle dans la décision ? Quels objectifs vous assigniez-vous à l'époque, lors du démarrage du traitement ?)

Comment la proposition a-t-elle évolué ?

(Buts de départ : sevrage, réduction des risques, autre ? Choix du produit ? Négociation et modification éventuelle des dosages ?)

Quelles sont vos relations avec ce patient ?

(Avez-vous l'impression d'être instrumentalisé ? D'imposer des choix ? Que pensez-vous lui apporter ? Le sentez-vous en confiance ? Cherchez-vous à savoir si votre patient utilise la voie intraveineuse, s'il consomme d'autres produits ? Pourquoi ? Comment ?)

Avec quels partenaires travaillez-vous autour de vos patients ?

(Rôle du réseau ? Avantages, limites ?)

Que pensez-vous de l'état de santé de ce patient ?

(Est-ce qu'il s'en soucie ? Qu'est-ce qui n'est pas résolu [examens complémentaires, alcool] ? Arrivez-vous à aborder ces problèmes ? comment, pourquoi ?)

D'après vous, qu'est-ce qu'a changé la substitution pour ce patient ?

(Concernant sa pratique des drogues ? Sa santé ? Sa situation sociale ?)

Depuis quand suivez-vous des usagers de drogues ?

(Avant 1995, comment pratiquiez-vous ? Combien de patients usagers de drogues suivez-vous ? Comment vous êtes-vous formé ? Vous estimez-vous assez formé ? Quel est d'après vous le rôle d'un médecin généraliste dans la prise en charge de la toxicomanie ?)

Quel bilan faites-vous de votre pratique de la substitution ?

(Avez-vous un avis général sur la substitution ? Quel intérêt voyez-vous à cette étude ? Que suggérez-vous pour demain ?)

ANNEXE 2 : STRUCTURE DE L'ÉCHANTILLON

LES PATIENTS

Femme ; 36 ans ; mariée, 3 enfants ; secrétaire de direction ; suivie depuis 4 ans par ce médecin ; Subutex® depuis 2 ans (1997).

F. ; 37 ans ; en couple, 1 enfant ; aide-soignante ; suivie depuis 1996 par ce médecin ; Moscontin® depuis 3 ans (1996).

F. ; 40 ans ; divorcée, 1 enfant ; employée ; suivie par ce médecin depuis 1989 ; Subutex® depuis 4 ans (1995).

F. ; 49 ans ; 3 enfants ; sans emploi (RMI) à la date de l'entretien ; suivie depuis 1995 par ce médecin ; méthadone pendant 2 ans (1996-1998) ; sevrée depuis 1 an.

Homme ; 29 ans, célibataire ; technicien ; suivi depuis 1993 par ce médecin ; Subutex® depuis 1 mois et demi.

H. ; 30 ans ; en couple, 1 enfant ; sans emploi à la date de l'entretien ; suivi depuis 15 ans par ce médecin ; méthadone en centre de janvier 1997 à septembre 1997 ; sevré depuis cette date.

H. ; 32 ans ; célibataire ; artisan ; suivi par ce médecin depuis 1995 ; Subutex® depuis 3 ans (1996).

H. ; 33 ans ; en couple, 2 enfants ; informaticien ; suivi par ce médecin depuis 1995 ; méthadone depuis 4 ans (1995).

H. ; 34 ans ; célibataire ; petits boulots ; suivi dans ce cabinet médical depuis 1997 ; Subutex® depuis 1995/1996.

H. ; 35 ans ; marié, 2 enfants ; intérimaire ; suivi depuis 1997 par ce médecin ; Subutex® depuis 4 ans (1995).

H. ; 40 ans ; célibataire ; technicien ; suivi depuis 1995 par ce médecin ; Moscontin® depuis 1995.

H. ; 40 ans ; marié, 3 enfants ; conducteur ; suivi par ce médecin depuis juin 1996 ; méthadone depuis 4 ans (1995), prescription en ville depuis 3 ans.

H. ; 41 ans ; divorcé, 1 enfant ; en congé maladie longue durée au moment de l'entretien ; suivi depuis novembre 1995 par ce médecin ; Moscontin® depuis avril 1995.

H. ; 47 ans ; célibataire ; fonctionnaire ; suivi par ce médecin depuis 1993/ 1994 ; Subutex® depuis 2 ans (1997).

LES MÉDECINS

F. ; 38 ans ; médecin généraliste en centre municipal de santé ; 5 patients inclus dans l'étude quantitative, dont 1 rencontré ici. Membre du réseau ville-hôpital local.

F. ; 39 ans ; médecin généraliste en ville (cabinet de groupe) ; 7 patients inclus dans l'étude quantitative, dont 2 rencontrés ici ; file active de patients usagers de drogues au moment de l'entretien : 4 personnes. Membre du réseau ville-hôpital local.

F. ; 41 ans ; médecin généraliste en ville (cabinet de groupe) ; 10 patients inclus dans l'étude quantitative, dont 3 rencontrés ici. File active de patients usagers de drogues au moment de l'entretien : entre 10 et 20 personnes. Membre du réseau ville-hôpital local.

F. ; 46 ans ; médecin généraliste en ville (cabinet de groupe) + vacations en centre spécialisé ; 9 patients inclus dans l'étude quantitative, dont 2 rencontrés ici. Membre du réseau ville-hôpital local.

H. ; 40 ans ; médecin généraliste en ville ; 10 patients inclus dans l'étude quantitative, dont 1 rencontré ici. File active de patients usagers de drogues au moment de l'entretien : 12 personnes. Membre d'un autre réseau ville-hôpital.

H. ; 47 ans ; médecin généraliste en ville ; 4 patients inclus dans l'étude quantitative, dont 3 rencontrés ici. Membre du réseau ville-hôpital local.

H. ; 50 ans ; médecin généraliste en ville (cabinet de groupe) ; 14 patients inclus dans l'étude quantitative, dont 3 rencontrés ici. File active de patients usagers de drogues régulièrement suivis au moment de l'étude : 9 personnes. Membre du réseau ville-hôpital local.

BIBLIOGRAPHIE

Circulaires et plans

Direction générale de la santé (DGS), Circulaire DGS/SP3/95 n° 29 du 31 mars 1995 « relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés ». (*Réglementation de la dispensation de méthadone.*)

Direction générale de la santé (DGS), Circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 « relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes ». (*Réglementation de la dispensation de buprénorphine HD.*)

Direction générale de la santé (DGS), Note d'information du 27 juin 1996 concernant les « traitements de substitution pour les toxicomanes ». (*Réglementation de la dispensation de sulfates de morphine.*)

MILDT, Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT), juin 1999.

Articles et ouvrages

BACHMANN (C.), COPPEL (A.), *La drogue dans le monde hier et aujourd'hui*, Albin Michel, Paris, 1989, (Points Actuels).

BOURDIEU (P.), *Le sens pratique*, Éditions de Minuit, Paris, 1980.

CHARLES-NICOLAS (A.), Préface à l'ouvrage : *Les traitements de substitution pour les usagers de drogues*, dir. D. TOUZEAU, C. JACQUOT, Librairie Arnette, Paris, 1997.

CHARLES-NICOLAS (A.), BALLON (N.), « La naltrexone, un élément du traitement des addictions », in *Le Courrier des Addictions*, n° 4, septembre 1999, p. 156-158.

CHARPY (G.), « Et pourtant ils shootent », in *Asud-Journal* n° 19, printemps 1999.

COPPEL (A.), « La prescription des psychotropes n'est pas une science exacte », in *Asud Journal*, n° 17, hiver 1999-2000. *Évaluer la mise à disposition du Subutex® pour la prise en charge des usagers de drogue : synthèse rapide de la littérature et des données disponibles et propositions pour un programme de recherche*, Rapport réalisé sous l'égide de l'INSERM par un groupe de travail (rapporteur France LERT, président Alain PUECH), Paris, juin 1998.

GIBIER (L.), « Maintenance ou substitution ? », in *Psychotropes*, vol. 3, 1997, n° 3.

INGOLD (R.), « Une rétrospective des tendances de la toxicomanie : de 1970 à l'an 2000. », in *Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances*, OFDT, édition 1999, p. 187-193.

KEMPFER (J.), « Le Néocodion® comme *substitution sauvage* », in *Swaps* n° 2, mars 1997.

LERT (F.) et LERT (H.), *La stratégie de réduction des risques en actes : une étude de cas en Ile-de-France*, INSERM, juillet 1998.

MIRE (Mission Interministérielle Recherche Expérimentation), *Les sorties de la toxicomanie : types, trajectoires, tonalités*, sous la direction de Robert Castel, MIRE, 1992.

OFDT, *Drogues et toxicomanie : indicateurs et tendances*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Paris, 1999.

PERDRIEU (J-F), BACLE (F.), LALANDE (M.), FONTAINE (A.), *Étude prospective de suivi et évolution de 91 patients toxicomanes en médecine générale*, ARÈS 92/EPID 92, octobre 1998 (OFDT).

RICHARD (D.), SENON (J-L.), *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*, Larousse-Bordas, Paris, 1999, (Les référents).

TOUZEAU (D.), JACQUOT (C.) (dir.), *Les traitements de substitution pour les usagers de drogues*, Librairie Arnette, Paris, 1997.

VAILLE (C.), « Héroïnomanes : traitement substitutif à la méthadone », in *La revue de l'Ordre*, août 1993, n° 340, p. 129-134.

VERBOUD (M.), « Substitution : feu orange pour les sulfates de morphine », in *Le Journal du Sida*, août 1996, n° 88.

Articles anonymes

« Méthadone », in *Prescrire*, septembre 1995, tome 15, n° 154, p. 564-569.

« La morphine par voie orale : un médicament essentiel à bien prescrire », in *La Revue Prescrire*, juin-juillet 1987, tome 7, n° 66, p. 270 et sq.

« Moscontin », in *Prescrire*, mai 1992, tome 12, n° 118.

« Pharmacodépendances : une nouvelle voie de traitement » (*à propos du BP897*)/ S.B, in *Le Courrier des Addictions*, n° 4, septembre 1999, p. 160.

« Skenan LP », in *Prescrire*, mai 1992, tome 12, n° 118.

« Sulfate de morphine et traitement de substitution : une évaluation solide est nécessaire », in *Prescrire*, octobre 1996, tome 16, n° 166, p. 694-695.

