

Substitution et precarité

Jean François Solal et Christian Sueur

RESUMO: A propagação do vírus HIV por via intravenosa e o empobrecimento crescente dos toxicodpendentes vieram modificar os discursos e as práticas de assistência. A redução dos riscos ligados à precaridade das práticas de intoxicação levou à abertura de estruturas como os "Sleep-in" e o programa de distribuição de metadona dos "Médecins du Monde". O afrouxamento do "hetero-controle" social veio proporcionar um melhor "auto-controle" na utilização de drogas: a disponibilidade de produtos de substituição (metadona, buprenorfina) permite uma melhor manutenção. Do "mergulho na droga" à manutenção, e da manutenção à terapia, há dois intervalos nos quais se jogam a complexidade do tempo vivido e os processos de exclusão de toxicómanos. No entanto, a partir das relações estabelecidas com os toxicómanos através destas instituições de proximidade, pode proporcionar-se um trabalho sobre as problemáticas individuais e um acesso à dinâmica transferencial.

ABSTRACT: The spreading of the VIH virus by intravenous way and the impoverishment of the addicts contributed to modify the speech and the practices of clinical assistance. Reducing the risks to the precariousness of the intoxication practices allowed the opening of structures such as the sleep-in houses and the program of methadone distribution of "Médecins du Monde". The slackening of social hetero-control allowed a better "self-control" of drug use: the availability of substitution products (methadone, buprenorphine) allows a better maintenance. From "defeat" to maintenance and from maintenance to therapy, there are two periods of time in which the complexity of life experiences and the processes of the exclusion play a main role. However, a study on the individual problematics and an access to the transferential dynamic may be implemented from the relations established between the addicts and these institutions of approach.

RÉSUMÉ: La propagation du virus HIV par voie intraveineuse et la paupérisation des toxicomanes ont modifié les discours et les pratiques d'assistance. Réduire les risques liés à la précarité des pratiques d'intoxication a induit l'ouverture de structures telles que le Sleep-in et le programme de distribution de méthadone de Médecins Du Monde. Le déverrouillage de "l'hétérocontrôle" social a favorisé un meilleur "auto-contrôle" des usages de drogues: la disponibilité de produits de substitution (méthadone, buprénorphine) permet une meilleure maintenance. De la "défonce" à la maintenance, et de la maintenance à la thérapeutique, il y a deux écarts où se jouent la complexité du temps vécu et les processus d'exclusion des toxicomanes. Mais, à partir des relations établies avec eux au travers de ces institutions de proximité, un travail sur les problématiques individuelles et un accès à la dynamique transférentielle peut être favorisé.

Palavras-chave: Substituição, metadona, precaridade, urgência, automedicação, temporalidade, controle, manutenção, terapêutica.

La France a pris tardivement en compte deux faits qui ont marqué l'évolution des pratiques d'intoxication: d'une part le risque majeur de diffusion du virus H.I.V. si l'on ne facilitait pas une alternative à la voie intraveineuse,

d'autre part la paupérisation croissante de jeunes usagers écartés de leur famille, sans insertion, qui n'expérimentent le lien social qu'à travers les lois de la rue et de la prison. Confrontés à ces nouvelles réalités, les idées concernant le

traitement social et individuel des toxicomanes ont changé, en suscitant - comme c'est la coutume en France - un débat passionné centré sur l'éthique. Pour le résumer, il n'est pas inintéressant de rappeler le distingo opéré par le sociologue du début du siècle, Max Weber, entre l'éthique de *conviction* et l'éthique de *responsabilité*. Les partisans de la première défendaient une nécessaire position principielle, «comment la société peut-elle encourager ceux qui souhaitent rompre avec elle?». Les partisans de la seconde s'insurgeaient devant le sacrifice de ses enfants que la société était prête à sanctifier au nom des principes de conservation sociale.

Mais peut-on envisager une éthique de conviction sans souci de l'humain, ou une éthique de responsabilité pragmatique mais sans *idée*?

On peut approuver ou regretter les changements de stratégie politique qui en résultèrent in fine, mais nous devons d'abord constater que les pratiques d'intoxication et d'assistance aux usagers ont évolué rapidement et peut-être durablement.

Ce n'est que récemment que la France s'est équipée, et de manière encore expérimentale, de structures destinées à apporter soins et assistance à des populations de toxicomanes en grande précarité : centre d'accueil de nuit «sans condition», consultations sanitaires et sociales de première intention, «boutiques» de premier accueil, programmes de substitution par la méthadone destinés à des sujets démunis.

Nous collaborons ainsi à deux de ces institutions à Paris, le **Sleep-In**, un foyer d'accueil d'urgence pour toxicomanes «actifs», en situation de précarité sociale, et le **Centre d'Accueil et de Soins Spécialisés pour Toxicomanes de l'Association Médecins Du Monde**, l'Espace Parmentier, constitué autour d'un programme de substitution par la méthadone, ayant pour vocation de soigner des toxicomanes particulièrement marginalisés, «exclus» du système sanitaire ordinaire.

Les deux auteurs ont en commun d'avoir précédemment travaillé de nombreuses années dans une institution «classique» d'accueil et de soins spécialisés pour toxicomanes à Paris (l'Association L'Abbaye devenue Centre Saint Germain des Prés), dont la pratique était influencée par les références psychanalytiques.

Sans renoncer aux théories qu'ils continuent de défendre, parce qu'ils sont médecins et non directeurs de conscience, ils ont ensuite choisi d'exercer dans deux institutions édifiées sous l'égide de la «réduction des risques», nouveau modè-

le réaliste et pragmatique qui «*plutôt que de se fixer comme objectif exclusif l'abstinence et l'utopie d'un monde sans drogue, se propose de limiter autant que faire se peut les risques sanitaires et sociaux les plus grands liés à l'usage de drogue*» (1).

Précarité, contrôle et exclusion sociale:

En quoi la précarité, dont souffrent ces usagers toxicomanes, a-t-elle modifié les pratiques d'intoxication, en quoi a-t-elle modifié nos pratiques de soins et d'assistance ?

Le concept même de précarité mérite d'être interrogé; le terme évoque l'idée d'instabilité et d'incertitude (étymologiquement, le mot renvoie à l'obtention d'une chose par la prière : c'est dire qu'on ne peut pas la garantir!).

La précarité sociale ne fait que complexifier la question du temps qui passe, point nodal de toute pratique d'intoxication. C'est donc la temporalité de la précarité qu'il nous faut également interroger, en regard de la temporalité de l'intoxication, et de celle de la substitution.

Nous avons pu écrire avec d'autres que l'intoxication, singulièrement aux opiacés, était une manière d'arrêter le temps (2), échapper au déterminisme de l'Histoire, tant individuelle que sociale, maintenir l'illusion de la primauté de l'instantané. Voilà qui permet de se mettre à l'abri du temps passé, celui du symptôme, à l'abri du temps qui passe. Devenir *stone* disent-ils; la continuité est assurée par la répétition de l'acte d'intoxication : un temps linéaire où il ne se passe rien, où la pensée, elle-même absente, est ainsi déployée à l'infini.

Le temps de l'héroïnomanie est ambigu, à la fois dénié et installé dans une éternelle répétition; on pourrait dire qu'il est *infiniment arrêté*. Cliniquement, nous avons tous été frappé par cet état de somnolence vigile, quand «*le junkie pique du nez* (3)», quand il est «*défoncé*», «*cassé*» et qu'il semble vouloir perpétuer cet état. Ils dorment sans dormir ni rêver, ne semblent pas penser, ne plus vouloir penser, pour fuir cet état où «*ils pensent trop*», cet état qui est clairement présent lors du sevrage hospitalier (et qui contribue souvent à interrompre le processus), ou dans les deux premiers mois qui suivent une incarcération en prison.

Ils semblent clairement fuir cette douleur de la pensée et, même, la mise en scène du fantasme. La continuation de l'intoxication assure le court-circuitage de l'acte de pensée et de sa formulation langagière, de l'expression fantasmatique du désir.

Une interprétation psychodynamique ferait considérer le mode de vie toxicomane comme une façon de fuir la honte, l'angoisse, la culpabilité ou la violence intérieure; tout ceci n'étant pas problématisable, la capacité de se distancier, de faire des compromis efficaces n'est obtenue que grâce à l'anesthésie chimique; qui a fonction *d'auto-assistance*, la plupart des personnes affirmant «ne pas prendre du produit pour atteindre un sentiment d'ivresse et de jouissance ineffable, mais pour anesthésier l'angoisse et pour démanteler les sentiments d'agressivité» (4). Ils recherchent souvent plus une dépendance confortable, lorsque leur « carrière » de toxicomane est bien avancée, qu'une vie pleine d'imprévu et d'états modifiés de conscience extasiants; en cela, ils sont bien proches de nombre de consommateurs de tranquillisants ou d'antidépresseurs licites, bien insérés socialement (5).

Cette fonction anesthésiante s'appuie bien entendu sur l'action pharmacologique des drogues, mais aussi sur le mode de vie, sur la temporalité des conduites des comportements et des pratiques d'intoxication; leurs actes, qui se répètent dans la précipitation, dans l'impulsivité, à fuir «le temps mort», «le temps vide», ou «le temps à penser», réalisent un mode de vie anesthésiant, même s'il est truffé de sensations intenses. Celles-ci sont à l'origine d'un vécu discontinu, dans l'intensité ponctuelle, les ruptures, les flashes et les états de manque.

La répétition de l'acte d'intoxication réalise ainsi une forme de **continuité**. Mais le temps de l'intoxication est fondamentalement du côté de la **discontinuité**, succession de fragments de temporalité brefs et répétés, émaillés par les mises en acte de toutes sorte, ce que l'on a coutume d'appeler le vécu psychopathique. Nos patients sont dans le «court-circuitage» constant, dans des instants «à demi-vie courte», comme les substances qu'ils aiment incorporer.

Dans la situation de précarité, il est question de vivre avec peu, mais cela évoque aussi un temps court et discontinu dans son déroulement. La précarité serait alors du côté de la moindre continuité. On ne devrait pas parler d'état précaire, et pourtant si les gouvernants envisagent un traitement spécifique de la précarité, c'est bien parce que ceux qui en souffrent semblent être en situation durable, stabilisée. *La précarité aurait donc, elle aussi un caractère ambigu et contradictoire.*

Mettre en place des structures adaptées aux sujets en grande précarité et à eux seuls, peut apparaître comme une

obsécrité : ne s'agit-il pas de pérenniser l'insoutenable? (6)

Un clinicien de renom en France a pu reprocher à l'un d'entre nous de contribuer à rabaisser le niveau des prestations offertes aux toxicomanes : à l'or de la thérapeutique, on *substituerait* le vil plomb du sanitaire et du social !

Comme si le thermomètre était responsable de la fièvre qu'il mesure!

Nous avons dû constater que les toxicomanes les plus désinsérés ne pouvaient plus avoir accès aux structures d'aides sociales traditionnelles et aux établissements spécialisés en toxicomanie car leurs exigences à l'entrée étaient incompatibles avec les pratiques sociales de cette population.

Lorsque la société ne peut plus proposer d'alternatives régulatrices crédibles aux pratiques illicites, on abandonne ceux qui s'y adonnent à leur seul **auto-contrôle**.

Robert Castel (7) a très bien critiqué l'idée reçue d'une toxicomanie par définition incontrôlable; il décrit au contraire un processus complexe d'**hétéro-contrôle** sociétal auquel le toxicomane oppose ou complémente un **auto-contrôle**, sorte d'économie personnelle de sa drogue.

La création de nouvelles structures tenant compte d'une réduction des risques pour les usagers a ouvert de nouveaux hétéro-contrôles qui *ipso facto* ont facilité de nouveaux auto-contrôles.

L'envers du contrôle dans les deux versions décrites par Castel et Coppel a son pendant dans la double composante d'auto-exclusion et d'hétéro-exclusion que nous avons pu décrire par ailleurs (8). En instrumentant «l'absence au monde», les drogues réalisent le «voeu» (9) d'auto-exclusion du toxicomane que le tiers social supporte si mal. Pourtant la réponse du corps social est elle aussi excluante - nous évoquions plus haut la production de nouveaux «monstres», boucs-émissaires modernes. C'est ce dont Thomas Szasz a parlé sous la dénomination de «persécution rituelle des drogués».

Ainsi une analyse phénoménologique superficielle du rapport aux drogues montre que l'exclusion est inscrite dans le projet de l'usager comme dans celui de la loi du 31 décembre 1970, comme dans celui des institutions sociales ou sanitaires non spécialisées (hôpital, justice, prison...).

De même que l'hétéro-contrôle peut empêcher ou favoriser l'auto-contrôle, l'hétéro-exclusion peut renforcer l'auto-exclusion à laquelle le sujet s'est contraint.

A contrario, une politique de réduction des risques devient directement thérapeutique en ce qu'elle offre une

empathie vis à vis de cette population, une alternative à cette sorte «d'autisme chimique» qui caractérise l'auto-exclusion.

Nous analyserons donc ces éléments à la lumière de l'expérience acquise au Sleep-In et à l'Espace Parmentier.

Le Sleep-In, un premier espace intermédiaire

Le projet «Sleep-in» est de proposer un type de service facile à identifier, facile à obtenir, facile à renoncer...

Le Sleep-In offre un espace précaire pour les sujets en situation de précarité; il propose chaque nuit les mêmes prestations que la nuit précédente, et chaque prestation sera la même pour chacun des hébergés. Cette uniformité est voulue par les promoteurs: l'institution vit une nuit et meurt chaque matin avec le départ des hébergés.

Ils doivent réserver chaque jour leur place pour le soir et à cette condition peuvent passer le nombre de nuits qu'ils souhaitent. Mais ils ne «s'installeront pas à demeure» dans une des chambres.

Du côté de l'équipe, même souci d'intemporalité; rien n'est écrit, aucune photo du lieu n'a été prise «pour mémoire», les réunions correspondent plus à ce qui se passe sous «l'arbre à palabres», qu'à des réunions de synthèse structurées. Fragments de paroles, fragments de vie, fragments d'espace de vie, moments de passage.

Le Sleep-in entretient la fiction d'une institution sans histoire, que l'on voudrait sans idéologie, où l'histoire personnelle d'un sujet ne viendra ni faciliter ni faire obstacle à son séjour. La demande du sujet est prise à la lettre de sa lecture manifeste : passer la nuit à l'abri de la violence de la rue, retrouver un rythme circadien, se laver et se nourrir. Le matin si on le souhaite, la consultation sanitaire et sociale offre à *contrario* les conditions d'une rencontre et d'une reconnaissance subjective qui tranche avec l'uniformité de l'accueil de nuit.

Pourtant, n'en déplaise à nos détracteurs, c'est l'accueil inconditionnel, *transparent* donc sans risque persécutif, qui fonde une relation de confiance avec l'institution et conditionne l'accès à une consultation forcément plus intrusive.

Nous leur offrons une institution à laquelle ils peuvent s'identifier sans risque de s'y perdre : le temps même y est structuré «à l'économie»; aucun projet de vie n'y est développé, puisque le terme est celui de la nuit, et que la nuit prochaine sera identique à celle que l'on vient de vivre.

Ainsi, la continuité est-elle assurée par la reproduction de l'identique, schéma bien connu du toxicomane, mais où la satisfaction du besoin (chaleur, nourriture, hygiène, sommeil...) vient non pas se substituer au produit, ce néo-besoin, mais coexister avec lui. Au Sleep-in, «on fait du gras» disent les clients. C'est dire qu'on fait des réserves, qu'on s'y préoccupe du *dedans*.

S'y joue une solidarité de circonstance, plus qu'une dynamique communautaire.

Alors que *dehors*, c'est le régime maigre: on ne peut y être sujet car par définition la rue méconnaît l'espace privé.

Dehors, on ne peut concevoir d'espace de symbolisation, ce lieu intermédiaire où se dessinent les frontières entre le dedans et le dehors.

Pour tenir dehors sans devenir fou, la narcose massive est parfois la seule issue disponible, même si c'est également la «narcose du désir» (10). Les opiacés et les benzodiazépines gommant les frontières de soi à l'autre, diminuent la vigilance aux risques réels ou supposés d'agressions, quelles soient physiques ou psychiques. Récemment, une jeune prostituée polytoxicomane est venue affolée à la consultation un matin en disant: «On me dit qu'hier dans la nuit, on m'a violée, je ne me souviens de rien».

La sécurité des personnes est la seule garantie que nous offrons chaque nuit; toute menace, injection, «plan» de deal, est puni du renvoi de son auteur *dehors*. Les modifications de comportement social abrégissent avec les pratiques d'intoxication: sans autre intervention, les sujets prennent moins de risques, sont plus attentifs à leur santé. Les interventions en urgence des pompiers diminuent de fréquence, ainsi que les hospitalisations, les actes de violence, les crises d'épilepsie... Nous verrons plus loin que la situation se modifie également vis à vis des consommations de produits psychotropes.

L'institution propose un mélange de continuité et de discontinuité à l'image de la vie des sujets en situation de précarité, avec un peu plus de sécurité et de confort matériel. Le moment de pause est là moins instable, il peut être source d'une autre demande, d'un accès facilité à des demandes sanitaires ou sociales, habituellement oubliées dans la rue, le squat, «la galère».

Lorsque les conditions externes sont durablement favorables, nous constatons donc que, non seulement l'usager d'opiacés gère mieux sa consommation, mais avec le temps, il peut être prêt à sortir de la narcose, à retrouver la

parole, à formuler une question. C'est un autre temps, celui de la consultation matinale.

La consultation du SLEEP-IN, un premier espace privé.

L'accès aux services médicaux, en particulier hospitaliers a longtemps été presque impossible pour les plus marginaux qui ne pouvaient apporter de garanties de paiement des soins par un tiers: ils n'étaient plus assurés sociaux ; l'opprobre du personnel hospitalier devant l'usage de produits psychotropes a doublé le rejet dont les toxicomanes les plus désinsérés ont fait l'objet. Cette situation a été largement dénoncée et est en voie d'amendement.

Les trois-quarts des hébergés consultent le matin, pour moitié les services sociaux, et pour moitié l'infirmière, le médecin généraliste ou le psychiatre.

Le succès inattendu de cette consultation, dont nous avions prévu les équipements pour une minorité d'hébergés, nous a prouvé que la précarité n'est pas un choix; une fois la méfiance levée vis à vis d'un type de service dont ils pensent ne pas être en droit de bénéficier, ces sujets reconstituent leurs droits en déployant leur histoire chaotique, en sollicitant une mémoire longtemps endormie.

Retrouver le souci d'un corps dont la présence ne se révélait plus que par la souffrance du manque est une deuxième étape : le bilan de santé systématique que nous proposons à l'issue de la première consultation médicale prend une fonction symbolique forte.

Les demandes de sortie de la toxicomanie sont presque à égalité demandes de sevrage et demandes de traitement de substitution. Elles émanent souvent de sujets n'ayant jamais consulté en centre spécialisé; notre spécificité est simplement d'apporter des réponses compatibles avec leur situation sociale précaire: la rue est aussi incompatible au sevrage qu'aux traitements de substitution encadrés; nous organisons donc préalablement un relogement, au pire à l'hôtel, au mieux en appartement locatif; en cas de sevrage, nous privilégions les séjours de longue durée en communautés thérapeutiques.

Mais une fois levée la lourde hypothèque sociale, le traitement n'est plus spécifique.

On pourra toutefois continuer de s'interroger sur les facteurs individuels qui ont amené ces jeunes à une telle dégradation sociale. Nous sommes convaincus que les pratiques d'intoxication sont elles-mêmes substitutives,

conséquentes et non causes d'une telle faillite narcissique. Nous y reviendrons plus loin.

L'Espace Parmentier, un centre d'accueil et de soins centré sur un programme méthadone.

D'autres sujets, eux, s'adressent à des programmes de substitution par la méthadone, comme celui ouvert depuis le printemps 1994 par Médecins Du Monde à Paris. Rappelons à ce propos que la substitution par la méthadone est officiellement considérée, entre autres rôles, comme un outil de réinsertion sociale (11).

Le programme méthadone de Médecins Du Monde n'est pas à très haut degré d'exigence; les passages ne sont pas quotidiens, les contrôles urinaires relativement rares, tout juste en conformité avec les recommandations réglementaires officielles, et les contrôles positifs n'excluent en aucune manière du programme.

Ne reposant pas sur une idéologie du sevrage immédiat, même cachée sous la technique substitutive, nous considérons que la consommation de méthadone peut participer à une réduction du risque, pas à une élimination du risque. La diminution des consommations d'opiacés illicites suffit dans un premier temps, et ce critère est la plupart du temps respecté; la disparition totale de toute prise d'opiacés autres que la méthadone est d'ailleurs souvent rapidement observée. L'abstinence vis à vis de toute autre substance illicite (cocaïne et ses dérivés, ou cannabis), de l'alcool ou des benzodiazépines n'est par contre pas réclamée comme condition à la prescription de méthadone.

La méthadone constitue un dispositif d'auto-assistance médicalement assisté, qui viendrait en relais de l'héroïnomanie lorsque celle-ci devient trop difficile à gérer, qu'il s'agisse d'une difficulté à se procurer des produits de «bonne qualité», ou du désir d'en finir avec la galère de la clandestinité, et d'arrêter de risquer son corps. La méthadone pourrait ainsi avoir pour fonction celle qui était dévolue initialement à la drogue opiacée, c'est à dire celle d'un «anesthésique généralisé et préventif vis à vis de l'angoisse et des sentiments d'agressivité». Une sédation généralisée entraînant «un état de grande relaxation et de tranquillité intérieure total, une sensation de bien-être et de chaleur qui donne l'impression que tous les besoins sont satisfaits» (12).

C'est effectivement par cette dimension que le traitement

à la méthadone semble opérant, chez ceux qu'on désigne sous la dénomination de «vieux héroïnomanes fatigués»; ceux-ci constituent l'indication la moins discutable de la substitution. Mais pour autant, même avec ces patients, cela ne va pas de soi.

La méthadone, prescrite dans ce contexte, va «réveiller», parce qu'elle induit pour la première fois depuis longtemps une continuité temporelle qui permettra le développement d'une pensée, mais qui risquer très vite d'ennuyer parce qu'elle propose justement ce que le toxicomane a voulu fuir en consommant un produit qui intronisait une discontinuité, une anesthésie, une hypnose, l'héroïne. Pour certains sujets, la méthadone réaliserait ainsi un «forçage psychique» - peut-être nécessaire - qui ne respecte pas le rythme de l'élaboration spontanée.

Ce «forçage» peut avoir été produit par eux-mêmes dans le contexte du discours thérapeutique prônant la substitution, conjugué à un effet de saturation de leur vie de galère et de précarité; ou bien il a pu être induit par une injonction, qu'elle soit familiale, judiciaire, ou groupale, pour retrouver une nouvelle identité, celle de «méthadonien», ou de «substitué»...

Ceux qui sont dans une telle situation ne peuvent supporter la perte de ces états modifiés de conscience nécessaires à leur dynamique psychique.

Ils n'ont plus comme seule solution, comme ceux qui fuient la «normalisation» du Sleep-in, que de trouver d'autres produits «qui fassent effet». Avec la méthadone ou la buprénorphine, pour des raisons pharmacologiques différentes, l'héroïne ne marche plus; c'est alors aux benzodiazépines, à l'alcool, à la cocaïne ou au crack que ces sujets vont s'adresser.

C'est ainsi que l'on observe fréquemment chez ces sujets, après quelques semaines ou quelques mois «d'amélioration» par leur inscription dans le programme, une consommation ascendante d'autres produits d'ivresse. *Comme s'il fallait retrouver le temps discontinu oblitéré par le temps continu de la méthadone.*

Dans l'étude effectuée en Belgique par Marc Jamouille, intitulée «Etre en Roche» (13), du nom du laboratoire produisant le Rohypnol®, étude qui concerne exclusivement des sujet «méthadoniens», cette dimension est explicite.

Le Rohypnol permet aux méthadoniens interviewés dans cette étude, d'opérer une rupture, à la fois de faciliter toute sortes d'action «folle» ou délinquante, la levée de toute inhibition, et en même temps, l'amnésie totale de l'acte.

Dans notre activité de consultations médico-psychologi-

ques pour les personnes incarcérées à la Maison d'Arrêt de Fleury-Mérogis, c'est quotidiennement que nous rencontrons des sujets, majoritairement jeunes, qui se retrouvent inculpés dans des délits, le plus généralement mineurs, commis «sous cachetons», «sous produits» de la catégorie des benzodiazépines. C'est particulièrement le cas au Centre des Jeunes Détenus, accueillant des détenus de moins de 20 ans. Dans certaines situations, il est clair que cette consommation de benzodiazépines, volontiers associée à de l'alcool, chez des héroïnomanes ou des patients substitués, rejoint les comportements décrits sous la dénomination métaphorique de conduites ordaliques, de «jeu avec la mort» (14).

Avec le crack, il semble que ce soit un peu la même chose: espace temps concentré, ivresse fulgurante, instant d'intensité maximum, disparition momentanée de la pensée, de la conscience douloureuse. Mais il semble, tout au moins vis à vis de la clientèle des centres de soins parisiens délivrants de la méthadone, que les consommations de crack restent marginales, concernant environ un patient sur trente en moyenne (15), un peu plus en ce qui concernent les sujets précaires.

Quelque soit le produit, il s'agit d'un même désir, disparaître, échapper à l'emprise du temps et de la pensée, au travers d'un état modifié de conscience chimiquement provoqué.

L'association méthadone - produit d'ivresse correspondrait ainsi à l'alliance de l'eau et du feu, la convergence des contraires, le caractère à la fois continu du temps (le temps qui passe avec son cortège de souffrances) et fondamentalement discontinu (le moment précédent ne sera jamais retrouvé, le suivant jamais le même).

Mais, globalement, ce qui apparaît lorsque l'on observe au fil des mois la clientèle de l'Espace Parmentier et du Sleep-in est plutôt intéressant: par la mise à disposition de produits de substitution, largement accompagnée à Paris d'une diffusion de ces produits par le marché illicite, les patients se «reposent» beaucoup plus sur ces produits. C'est aussi à une diminution globale de l'injection et de l'usage d'héroïne à laquelle on assiste.

Pour la clientèle de l'Espace Parmentier, l'encadrement lié tant à l'effet de l'opiacé de substitution, qu'aux conditions de distribution et au contact avec l'institution et les soignants, permet une modification progressive du mode de vie, induit un effet modificateur dans la carrière du sujet

toxicomane, comme pour ceux qui avaient accès au dispositif de soins classique (centre de consultation ambulatoires, post-cure...).

Pour les clients du Sleep-in, on remarque finalement un effet assez similaire: même si la mise en place de cette auto-médication est plus «sauvage», ceci renforce l'observation que l'auto-substitution est en effet le quotidien des toxicomanes précarisés, et «il n'est pas toujours simple d'en distinguer la fonction adaptative plus ou moins positive, du caractère délétère» (16).

En tous cas, la contrebande de produits de substitution opiacés diminue la consommation d'héroïne et les risques afférents. Ceci recoupe d'ailleurs les plus récentes enquêtes de la police (O.C.T.R.I.S.) sur la circulation de l'héroïne à Paris, qui montrent une diminution des saisies.

Ainsi, en déverrouillant l'hétéro-contrôle social, les usagers ont pu optimiser l'auto-contrôle des drogues. Ce constat paraît une telle évidence que le lecteur pourrait s'étonner qu'on cherche ici à en administrer la preuve, mais la promotion d'institutions qui favorisent un tel but sont encore expérimentales. On n'attribue à priori aucune capacité de gestion de leurs pratiques d'intoxication aux toxicomanes et le cas échéant, l'Etat se méfie de telles velléités. Comme le rappelle F. Vedelago (17), l'intervention publique s'élabore en rapport avec la seule partie émergée du phénomène, sans prendre en compte la diversité de la «carrière sociale» des toxicomanes.

Dans ce cas, effectivement, il s'agit d'une situation de **maintenance (18)**, de **réduction des risques**, découlant de l'association des auto et hétéro-contrôles à laquelle nous assistons.

C'est d'un objectif sanitaire, et non d'un objectif thérapeutique individuel dont il est question; mais de cette situation de maintenance, il semble tout à fait possible, pour ceux qui le désirent, car ils ont pu se «poser», d'élaborer une demande thérapeutique, impliquant un processus psychodynamique.

Les patients faisant une demande de psychothérapie sont relativement nombreux. L'interaction avec l'autre devient possible dans la durée, car cet autre présente moins un risque persécutif. Les patients «tournent» souvent un certain temps «autour du bureau du psy», avant d'oser y rentrer, et de se mettre à parler.

Pour ces raisons, il nous semble que la prescription de méthadone est donc plus adaptée à un stratégie de main-

tenance, qu'un véritable agent thérapeutique, comme le promeuvent certains. (19).

Mais pour autant elle n'empêche pas ceux qui en sont proche, d'une remise en question préalable à un processus thérapeutique (20). Peut-être aussi parce que la dimension de contrainte quotidienne de son acquisition met en exergue la situation de dépendance, d'aliénation chimique. Cette dimension restait souvent caché dans le processus toxicomane organisé autour des opiacés injectables, qui sont longtemps source de moments d'intensité renouvelée dans une «galère» sans fin, d'une mise en jeu permanente du corps et de la conscience.

Les directives officielles en matière de substitution ne prennent pas du tout en compte cette dimension, la substitution étant conçue en fonction d'un objectif thérapeutique. On peut objecter que cette dimension de maintenance est clairement sous entendue, dans l'objectif de réinsertion sociale; mais les discours habituels diabolisent cette notion.

Or, à contrario, il est intéressant de constater que, pour ce qu'il en est des patients rencontrés à la Maison d'Arrêt de Fleury-Mérogis, qui sont pour nombre d'entre eux originaires de cités de banlieue, les produits opiacés de substitution sont beaucoup moins accessibles. C'est plus sur les benzodiazépines que s'appuie une substitution sauvage, avec des effets beaucoup plus graves, lorsque, associés à l'alcool, ils favorisent les passages à l'acte délinquantiels.

Il paraît donc nécessaire de mettre en place des dispositifs de substitution de «bas seuil», bien évidemment en ne les mettant pas en opposition vis à vis des pratiques de soins psychologiques et d'accompagnement individuel (21).

Bas seuil d'exigence afin de favoriser l'entrée de patients présentant des psychopathologies lourdes, très marginalisés, qui ne rencontrent souvent que l'hôpital psychiatrique en période de crise, sans que de véritables relations thérapeutiques puissent progressivement se tisser dans ce contexte inadéquat. «Nous pouvons effectivement penser que tout programme qui amène des sujets marginalisés à fréquenter régulièrement le système sanitaire est de nature à favoriser une prise en charge des pathologies révélées» (22).

Bas seuil afin de diffuser encore plus largement des opiacés non injectables, comme la méthadone, ou diminuant le risque d'overdoses, comme les substances partiellement antagonistes comme la buprénorphine (Temgesic^o ou Subutex^o), substances également moins susceptibles de provoquer des altérations de conscience majeures. Ces

substances prendraient une place médiane entre l'héroïne et les dérivés codéinés largement disponibles dans les pharmacies françaises.

Bas seuil encore, car cela permettrait peut-être d'en finir avec des législations d'exceptions qui continuent d'infiltrer les dispositifs de soins, même dans le cas des prescriptions d'opiacés de substitution (23).

Bas seuil enfin, car pour l'instant, seuls les patients se considérant comme «malades» vont se diriger directement vers les centres de soins. Les usagers qui gèrent bien leur toxicomanie opiacée sont nombreux, bien qu'ils soient invisibles aux yeux des médias, des politiques et des agents sanitaires ou sociaux, puisque l'on nie par principe leur existence. Ils n'ont d'autre ressource que l'héroïne du marché illicite, d'autant plus dangereuses de ce fait. Serait également diminuée de ce fait la délinquance d'obligation, liée à la pourvoyance en ces produits illicites.

Certes, ceci ne changerait pas ce qui reste un problème fondamental, symboliquement et réellement, l'existence d'une loi inique, d'une loi d'exception attentatoire aux Droits de l'Homme, la loi du 31 décembre 1970 qui correctionnalise l'usage de stupéfiants. Mais il s'agit là d'un combat d'ordre politique, qui, malheureusement, semble difficile à mener dans une société où «l'ordre moral» revient nettement en force.

Conclusion

La maintenance est surtout affaire d'auto-contrôle; elle renoue avec une continuité temporelle que l'héroïnomanie avait interrompue.

La thérapeutique, qu'elle soit dite de substitution ou fondée sur le sevrage, introduit à nouveau une discontinuité ouverte par les aléas de la relation à l'Autre, le prescripteur, le psychothérapeute.

Dans les deux cas, c'est le mot «substitution» qui revient; rappel cruel de la déception qui inaugure toute relation d'un sujet avec un nouvel objet d'investissement.

Quel objet n'est-il pas de substitution ? Mais l'insistance à le qualifier ainsi donne corps au fantôme d'un objet initial, virtuel, merveilleusement comblant. Fantôme partagé par les usagers et ceux qui ont affaire à eux, sinon comment comprendre la passion qui submerge les uns et les autres à l'autoriser ou l'interdire, jouir de ses effets ou de son abstinence ?

Il nous semble finalement que l'usager en situation précaire a su, mieux que tout autre, destituer le produit de substitution de la place imaginaire où les spécialistes l'avait mis.

C'est un médiateur dont les qualités dépendent de ceux qui l'utilisent. C'est de la place du produit et de la mobilisation de cette place par les protagonistes que dépendra le traitement (24). Rappelons à cet égard que le transfert est avant tout un espace qui prend en nasse le thérapeute et son patient.

Le produit de substitution se déplace dans l'espace thérapeutique qui comporte bien d'autres constantes et paramètres. Mais de la maintenance à la prescription substitutive, il y a aussi un espace qui amorce la relation à un Autre, condition à ce qu'un jour une relation thérapeutique advienne. ■

Dr. Jean François Solal, psychiatre, psychanalyste, praticien hospitalier;

Conseiller Médical du Sleep-In,

S.O.S. Drogue International

61, rue Pajol

75018 Paris, França

Dr. Christian Sueur, psychiatre, praticien hospitalier;

Consultant à l'Espace Parmentier,

Médecins du Monde

62 bis, avenue Parmentier

75011 Paris, França

Coordinateur Médical de l'Antenne Toxicomanie de la Maison d'Arrêt de Fleury-Mérogis,

91705 Sainte Geneviève des Bois Cedex, França

NOTAS

- (1) LEBEAU, B., COPPEL, A., *Drogues, toxicomanie et action humanitaire*, chapitre 8 in « Médecine humanitaire », J. Lebas, F. Veber, G. Brücker, Paris, Flammarion Médecine - Sciences, 1994, 55-58.
- (2) Actes du colloque « *Toxicomanies et recherche du temps perdu* », 16-17 mars 1990, Paris, Editions du Centre Saint Germain des Prés, 1991.
- (3) Ils disent en verlan « *piquer du zen* », ce qui renvoie avec humour à la philosophie Zen, où la capacité de l'impétrant d'arrêter le geste, de suspendre le temps a justement beaucoup d'importance.
- (4) CAIATA, M., *La consommation contrôlée de drogues dures. Une toxicodépendance d'intégration paradoxale*, Psychotropes - Revue Internationale des Toxicomanies, 1996, 2, 2, 7-24.
- (5) SOLAL, J.F., *Les médicaments psychotropes, une dépendance confortable*, in « *Individus sous influence* », dir. A. Ehrenberg, Paris, Ed. Esprit, 1991, 205-218.
- (6) Le danger est réel de produire de nouveaux « monstres » au sens moyenâgeux du terme : un des effets de la « scène » zurichoise n'a-t-il pas été la désignation puis la monstration des toxicos auprès de la bourgeoisie bien-pensante ? cf. SOLAL J.F., *Ça me regarde*, in « Citoyenneté et toxicomanies », dir. E. Malet, Paris, Ed. Passages, 1994.
- (7) CASTEL R. et COPPEL A., *Les contrôles de la toxicomanie*, in « *Individus sous influence* », dir. A. Ehrenberg, Paris, Ed. Esprit, 1991, 237-256.
- (8) SUEUR C., *Drogues, l'esprit des lois*, in « Actes des XV^e Journées Nationales de l'A.N.I.T. », Bordeaux, Mai 1994, 142-145.
- (9) Nous donnerons à ce terme le sens religieux du renoncement temporel pour l'espoir d'un ailleurs meilleur, ou d'une promesse spirituelle. Nous ne pensons pas que l'exclusion est choisie de gaieté de coeur par celui qui d'abord en est la victime.
- (10) LE POULICHET S., *Toxicomanie et psychanalyse. Les narcoses du désir*, Paris, P.U.F., 1987.
- (11) Circulaire DGS/SP3/95 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés, Annexe 1 « *Cadre d'utilisation de la méthadone* », p. 1.
- (12) CAIATA M., *La consommation contrôlée de drogues dures. Une toxicodépendance d'intégration paradoxale*, Psychotropes - Revue Internationale des Toxicomanies, 1996, 2, 2, 7-24.
- (13) JAMOULLE M., *Etre en Roche. Utilisation compulsive du Flunitrazépam (Rohypnol®). Etude dans une population de toxicomanes consultants en médecine de famille*, Rapport de Recherche, CSGH, 159 rue du Calvaire B-6060 Gilly, Belgium, 1995.
et : JAMOULLE M., *Le Rohypnol®, une drogue dure amnésiante*, Psychotropes - Revue Internationale des Toxicomanies, 1996, 2, 2, 53-66.
- (14) cf. *Toxicomanie et mort. Addictions et conduites de risque*, "Rapport de recherche du GRECO", Ministère de la Recherche-DGLDT-Association Descartes, Paris, 1994, sous la direction de M. VALLEUR et C. SUEUR,
et : VALLEUR M., SUEUR C., *Les nouvelles addictions et la question du risque*, Génération, 1995, 2, 6-11.
- (15) cf. communication de W. LOWENSTEIN dans les Actes de la 21^e Rencontre du CRIPS « Le crack », Paris, 31 mai 1995, p. 18.
- (16) ADES J., Editorial, *Dépendances*, 1995.
- (17) VEDELAGO F., *La carrière sociale du toxicomane*, in « La demande sociale des drogues », dir. A. Ogien et P. Mignon, Paris, Ed. La Documentation Française, 1991, 63-71.
- (18) MINO A., *Les maintenances à la méthadone*, L'Information Psychiatrique, 1995, 71, 3, 237-246.
- (19) DUGARIN J. et NOMINE P., *Méthadone, objet complexe*, Interventions, 1990, 23, 17-19.
- (20) PIQUET J.M. et coll. , *La méthadone ne serait-elle qu'un prétexte ?*, Synapse, 1996, 125, 41-46.
- (21) VALLEUR M., *A propos des débats sur le Subutex®*, Le Journal des Psychologues, 1996, 141, p. 11.

(22) POUYETO P., *La méthadone : entre programme expérimental et prescription abusive*, L'Information Psychiatrique, 1995, 3, 233-236.

(23) SUEUR C., *Les pratiques de substitution et leur cadre légal en France*, Interventions, 1996, 53, 35-37.

(24) DUGARIN J. et NOMINE P., *Méthadone, objet complexe*, Interventions, 1990, 23, 17-19.