

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

et

Université René Descartes – Paris V  
Centre universitaire des Saints-Pères  
UFR Biomédicale

Cette thèse intitulée

**Prescription et usages du Subutex® dans les parcours des  
toxicomanes en France**

présentée et soutenue à l'Université René Descartes – Paris V par :

Anne Guichard



a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Président	Monsieur le Pr. Alfred Spira, Hôpital de Bicêtre
Directeur de recherche	Madame France Lert, Inserm U 687
Directeur de recherche	Monsieur Jean-Marc Brodeur, Université de Montréal
Codirecteur	Madame Lucie Richard, Université de Montréal
Rapporteur	Monsieur Michel Perreault, Université McGill
Rapporteur	Monsieur Michel Joubert, Cesames
Examineur	Madame Isabelle Ville, Cermes

WA

5

U58

2005

V. 010

## **AVIS**

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

## **NOTICE**

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

# **Prescription et usages du Subutex® dans les parcours des toxicomanes en France**

Par

Anne GUICHARD

Thèse de doctorat effectuée en cotutelle

au

Département de Médecine sociale et préventive

Faculté de médecine

Université de Montréal

et à l'

UFR Biomédicale

Centre Universitaire des Saints-Pères

Université René Descartes – Paris V

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal

en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph.D.)

en Santé Publique, option : promotion de la santé

et à l'

Université René Descartes – Paris V

en vue de l'obtention du grade de Docteur

Discipline : Sciences de la Vie et de la Matière; Spécialité : Sociologie

Juin, 2005

© Anne Guichard, 2005



## SOMMAIRE

Cette recherche avait pour objet l'évaluation par les usagers eux-mêmes de la place du traitement de substitution aux opiacés par le Subutex® dans leurs parcours avec les produits (licites et illicites). Elle poursuivait deux objectifs. Le premier visait à décrire les modes d'appropriation du Subutex® et à analyser les dynamiques d'usages, tandis que le second explorait les perceptions des usagers relatives aux modalités de la prise en charge proposée dans cadre de la prescription du Subutex®. Pour répondre à ces questions, une étude multisite reposant sur une méthodologie qualitative a été conduite auprès de 28 personnes aux caractéristiques socio-démographiques contrastées et recevant une prescription de Subutex®.

Les résultats mettent à jour la grande diversité des populations en traitement de substitution tant du point de vue des attentes, des bénéfices, des difficultés que des besoins. Les modes d'appropriation du Subutex® sont divers et ne font pas rupture avec les systèmes de consommation antérieurs, ils s'insèrent plutôt dans la continuité des trajectoires avec les produits. Ils s'inscrivent sur un continuum allant d'une dépendance atténuée, de modes de consommation plus régulés s'insérant dans le mode de vie jusqu'à des formes de renouvellement ou d'aggravation des états de dépendance. La prescription d'un produit de substitution n'en fait pas un traitement. Il s'agit plutôt d'un glissement du cadre de la consommation et de l'approvisionnement faisant passer de l'univers de la rue et de la dépendance aux produits illicites à la consommation légale et autonome d'un produit addictif pour en faire une des modalités de la « carrière » de toxicomanie qui tend à se développer sur le mode de la chronicité.

Les modalités du traitement par le Subutex® dans le système français tendent à concentrer les enjeux de la prise en charge autour de la seule relation avec le médecin prescripteur. Fortement investie, la relation avec le médecin constitue le point de cristallisation de toutes les attentes et des difficultés rencontrées au cours de la prescription. L'étude dégage différents patterns de relation entre le médecin et l'utilisateur. Dans tous les cas, l'expression des consommations associées ou des usages intraveineux du médicament reste difficile au sein d'une relation qui tend à renouveler le stigmata

attaché à la toxicomanie. Il règne par ailleurs un flou quant aux objectifs du traitement et leur cadre temporel qui limite la capacité des usagers à intégrer le traitement et à s'y engager.

L'hétérogénéité des situations des usagers et leur instabilité au cours de la prescription dégagent les limites d'un modèle de prise en charge centré sur une approche médicale et pharmacologique pour répondre à l'étendue des besoins des personnes concernées, en particulier celles dont les situations sociales sont marquées par la précarité et l'exclusion. Dans le système français, les situations sociales combinées aux modalités du dispositif (produit : faiblesse des effets psychotropes et galénique qui permet l'injection, et encadrement : absence de contrôle et souplesse du suivi) se traduisent par une amplification des résultats des traitements, d'une part en favorisant l'autonomie des personnes les mieux dotées socialement, d'autre part en produisant une spirale de l'échec chez les personnes dont les ressources sociales sont faibles.

Dans ce contexte, il importe de reconsidérer les modes de prise en charge et d'évaluation des traitements au regard de l'hétérogénéité des problématiques de la dépendance et de l'évolution des situations au fil de la prescription. A l'instar de n'importe quelle maladie ou condition évoluant vers la chronicisation, l'étude soutient la nécessité d'adopter un modèle de prise en charge de la dépendance plus intégré et centré sur la personne et dont les effets doivent être régulièrement évalués pour tenir compte de l'instabilité des situations sociales et affectives. Mais plus généralement, c'est tout l'encadrement de ces traitements qu'il faut repenser pour l'inscrire dans une véritable démarche de promotion de la santé.

**Mots-clés :** toxicomanie, héroïne, traitement de substitution (traitement de maintenance), Subutex®, usages, prescription, relation soignant-soigné, perspective de l'usager.

## ABSTRACT

This thesis focus on the drug users self-evaluation of opiate substitution treatment by Subutex®. This research aimed at two main objectives. The first was to describe how users adapt to Subutex® and to analyse how they used this substitute. The second was to explore users' perceptions of the treatment program (of Subutex® prescription) and follow up. To achieve these objectives, a multi-site qualitative study was conducted on 28 users with contrasting socio-demographic characteristics and who received Subutex® treatment.

The results show a wide diversity among populations on substitution treatment in terms of expectations, benefits, difficulties and needs. The ways of self appropriating Subutex® are diverse but they do not differ from former drug use patterns. They fit in a continuum from diminished dependence, to more regulated use, to renewed or increased dependence. From the user's perspective, the prescription of a substitution drug cannot be viewed as a treatment. It is more accurately described as a shift in supply and use allowing for a transition from dependence upon an illegal street substance to the legal and autonomous use of an addictive substance. This transition defines a new stage in a drug user's "career".

The characteristics of Subutex® treatment in France tend to concentrate on the treatment issues around the relationship with the prescribing doctor. This relationship constitutes the junction between expectations and difficulties encountered during the treatment. The study shows different patterns of relationship between doctor and drug user. In all cases, users have difficulty expressing their challenges with illegal drug and substitution medicines. The user-doctor relationship tends to renew the stigma of drug dependence. The treatment expected outcome and its time scale remain blurred, which limits the ability of drug users to engage in the treatment programme.

The heterogeneousness of drug users' circumstances living conditions and their instability during the course of treatment reveal the limits of a treatment method centred on a medical and pharmaceutical approach. It is difficult to respond the diversity of needs of drug users, in particular those whose circumstances are marked by social

deprivation and exclusion. In France, poor social circumstances combined with the treatment programme lead to a wide range of outcomes, on one hand, by encouraging the autonomy of those with a stronger social network and on the other hand, by amplifying the downward spiral of those with fewer social resources.

This context underlines the need to reconsider the treatment methods and their evaluation in light of the heterogeneousness and the evolution of drug users' situations over the course of treatment. Like for any chronic condition, the study highlights the need to adopt a treatment model that is centred on the person. The effects must be evaluated regularly to take into account the instability of emotional and social circumstances. On a more general level, treatment management needs to be rethought to include it in a more global health promotion strategy.

**Key-words:** addiction, heroin, replacement therapy, Subutex®, drug uses, prescription, doctor-patient relationship, users' perspectives.

## PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS REALISÉES AU COURS DE LA FORMATION DOCTORALE

### Publications

---

#### Articles scientifiques (revues à comité de lecture)

- Guichard, A., Lert, F., Brodeur, J. M., Richard, L. (article en cours de traduction en vue d'une soumission à la revue *Social Sciences and Medicine*). Buprenorphine substitution treatment in France : Users' view of the doctors-patients relationship.
- Guichard, A., Lert, F., Brodeur, J. M., Richard, L. (article soumis à la revue *Sciences Sociales et Santé*). Pluralité des modes d'appropriation du Subutex® : de la reconquête de l'autonomie à la spirale de l'échec.
- Guichard, A., Calderon, C., Maguet, O., Lert, F. Du point de vue des usagers, quels sont les effets, les bénéfices et les difficultés suscités par les traitements de substitution aux opiacés ? *Alcoologie et addictologie*, 26 (4 suppl.) : 61S-74S.
- Guichard, A., Lert, F., Aides., Brodeur, J. M., Richard, L., Benigeri, M., & Zunzunegui, M. V. (2003). Illicit Drug Use and Injection Practices among Drug Users on Methadone and Buprenorphine Maintenance Treatment in France. *Addiction*, 98, 1585-1597.
- Guichard, A., Lert, F., & Dru, A. (2002). Tensions sociales et usages de drogue: une étude chez des jeunes incarcérés. *Psychotropes*, 8, 43-63.

#### Autres articles

- Guichard, A. (2002) L'expérience d'une cotutelle de thèse à l'Université de Montréal. L'Epidémiologie sans frontière. *Bulletin de L'Adelf*, 25, 5-6.
- Guichard, A. (1999). Migrants africains et traitements du VIH. Une enquête menée à Londres, Grande Bretagne. *Transcriptase*, 21-23.
- Guichard, A. (1999). Modalités de traitement par la méthadone et risques d'infection à VIH. Note de lecture. *Transcriptase*, 79, 28-31.
- Guichard, A., Lert, F., & Dru, A. (1999). Substances psychoactives et jeunes détenus. *Revue Documentaire Toxibase*, 4, 58-67.
- Guichard, A., & al. (2001). *Attentes des usagers de drogues concernant les traitements de substitution: expérience, satisfaction, effets recherchés, effets redoutés*. Paris: Aides/Inserm U88, 70 pages.

## Rapports

- Guichard, A., & al. (2001). *Attentes des usagers de drogues concernant les traitements de substitution: expérience, satisfaction, effets recherchés, effets redoutés*. Paris: Aides/Inserm U88, 70 pages.
- Guichard, A., Lert, F., & Dru, A. (1999). *Substances Psychoactives et Jeunes détenus: usages de substances psychoactives, modes de vie, réseaux sociaux et trajectoires des jeunes détenus*. Paris: Inserm U88/PJJ, 112 pages.

## Communications

---

### Présentations orales

- Guichard, A., Calderon, C., Maguet, O. & Lert, F. *Du point de vue des usagers, quels sont les effets, les bénéfices et les difficultés suscités par les traitements de substitution aux opiacés ?* » Conférence de consensus sur la place des traitements de substitution parmi les stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés. Lyon, 22-24 juin 2004.
- Guichard, A. *Impact des traitements de substitution et satisfaction des usagers de drogues*. Rencontres nationales de la réduction des risques, Association Aides. Marseille, 18-20 mai 2001.

### Présentations affichées

- Mohindra K.S., Nikiéma B., Breton E., Guichard A., & Mantoura P. *Integrating social justice principles within public health interventions. A reflection on Amartya Sen's contribution*. 131<sup>st</sup> Annual Meeting of the American Public Health Association (APHA), San Francisco, 15-19 novembre 2003.
- Guichard, A., Lert, F., Calderon, C., Gaigi, H., Maguet, O., Soletti, J., Brodeur, J. M., Richard, L., Benigeri, M., & Zunzunegui, M. V. *Illicit Drug Use and Injection Practices among Drug Users on Methadone and Buprenorphine Maintenance Treatment in France*. 8<sup>th</sup> National Institute of Drug Abuse International Forum / 65<sup>th</sup> Annual Scientific Meeting of the College on Problems of Drug Dependence, Miami, 13-19 juin 2003.
- Guichard, A., Lert, F., Calderon, C. & Maguet, O. *Vers la clarification du contrat thérapeutique des traitements de substitution pour les dépendances aux opiacés*. 2<sup>ème</sup> Conférence Latine de Réduction des Risques liés aux Usages de Drogues, CLAT 2. Perpignan, 22-24 mai 2002. (Affiche ayant reçu le premier prix des posters).
- Guichard, A., Soletti, J., Calderon, C., Gaigi, H. & Lert, F. *Impact des traitements de substitution sur les consommations et pratiques d'injection*. 1<sup>ère</sup> Conférence Latine de Réduction des Risques liés aux Usages de Drogues, CLAT. Barcelone, 14-16 novembre 2001.

# TABLE DES MATIÈRES

<i>SOMMAIRE</i> .....	<i>iii</i>
<i>PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS RÉALISÉES AU COURS</i>	
<i>DE LA FORMATION DOCTORALE</i> .....	<i>vii</i>
<i>TABLE DES MATIÈRES</i> .....	<i>ix</i>
<i>LISTE DES TABLEAUX</i> .....	<i>xii</i>
<i>LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS</i> .....	<i>xiii</i>
<i>REMERCIEMENTS</i> .....	<i>xiv</i>
<b>1. INTRODUCTION</b> _____	<b>1</b>
<b>2. REVUE DE LA LITTÉRATURE</b> _____	<b>4</b>
<b>2.1 Contexte</b> _____	<b>5</b>
2.1.1 La réduction des risques: une stratégie de la nouvelle santé publique _____	5
<b>2.2 Les traitements de substitution</b> _____	<b>8</b>
2.2.1 Principes et objectifs généraux de ces traitements _____	8
<b>2.3 La substitution en France : du modèle de l'abstinence au paradigme de la réduction des risques</b> _____	<b>9</b>
<b>2.4 Le système français des traitements de substitution : une situation inédite</b> _____	<b>11</b>
2.4.1 La buprénorphine _____	12
2.4.2 La buprénorphine dans le système de soin des dépendances aux opiacés en France _____	12
2.4.3 Des cadres réglementaires différenciés pour la méthadone et le Subutex® _____	14
2.4.4 Souplesse du régime de la buprénorphine _____	14
2.4.5 Objectifs de la substitution et modalités de suivi des traitements _____	15
<b>2.5 Efficacité des traitements de substitution</b> _____	<b>17</b>
2.5.1 La méthadone : une substance qui a fait ses preuves _____	17
2.5.2 La buprénorphine : une substance encore mal connue _____	18
<b>2.6 Les « mésusages » du Subutex® et les risques associés</b> _____	<b>21</b>
<b>2.7 Le point de vue des usagers: l'enquête Aides-Inserm</b> _____	<b>23</b>
<b>2.8 Les facteurs associés aux usages de la substitution</b> _____	<b>25</b>
2.8.1 Les motivations de traitement _____	25
2.8.2 L'intégration des produits de substitution dans les modes de consommation _____	25



2.9	<b>Les facteurs en relation avec le maintien des pratiques d'injection</b>	27
2.10	<b>Les facteurs associés au cadre de prise en charge, au contexte institutionnel et réglementaire</b>	29
2.10.1	Modalités de prise en charge et de suivi des traitements	29
2.10.2	Contexte institutionnel et réglementaire	32
2.11	<b>Les modèles théoriques de la toxicomanie</b>	33
2.11.1	L'histoire naturelle de la toxicomanie	35
2.11.2	Perspective psychanalytique de la toxicomanie	37
2.11.3	La dépendance aux opiacés : une maladie	38
2.11.4	L'approche sociologique des usages de drogues	40
2.11.5	Conclusion - problématisation de la question de recherche	46
3.	<b>OBJECTIFS</b>	51
3.1	<b>Premier objectif: Identifier, décrire et analyser les usages différenciés du Subutex®</b>	52
3.2	<b>Deuxième objectif: Identifier, décrire et analyser les configurations de la relation avec le médecin</b>	53
4.	<b>METHODES</b>	54
4.1	<b>Une brève histoire de l'étude ....</b>	55
4.2	<b>Une approche sociologique des usages des Subutex®</b>	55
4.3	<b>Population à l'étude et échantillonnage</b>	56
4.3.1	Population	56
4.3.2	Taille de l'échantillon et procédure d'échantillonnage	57
4.4	<b>Collecte des données et définition des dimensions à l'étude</b>	60
4.4.1	Procédure de collecte des données	60
4.4.2	Procédure d'entretiens	61
4.4.3	Méthode d'entretien	62
4.4.4	Dimensions à l'étude	63
4.4.5	Commentaires relatifs au terrain	65
4.4.6	Procédure de sélection des entretiens	67
4.5	<b>Analyse des données</b>	68
4.6	<b>Considérations éthiques</b>	68
5.	<b>ARTICLE 1: Pluralité des modes d'appropriation du Subutex®: de la reconquête de l'autonomie à la spirale de l'échec</b>	70
6.	<b>ARTICLE 2: Rapports des usagers de Subutex® avec leurs médecins : points de vue des usagers</b>	116
7.	<b>DISCUSSION</b>	152
7.1	<b>Principaux résultats</b>	153
7.2	<b>Limites de la recherche</b>	153



7.3	Place des traitements de substitution dans les parcours avec les produits	156
7.4	Implications d'une méthode de recherche empruntant à la sociologie dans le champ de l'évaluation des traitements de substitution	159
7.5	Implications pour la politique de traitement et les pratiques professionnelles	161
7.6	Perspectives de recherche	167
8.	<b>CONCLUSION</b>	172
9.	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	175
	<i>ANNEXE 1 : Guide d'entretien</i>	<i>I</i>
	<i>ANNEXE 2 : Fiche de synthèse des entretiens</i>	<i>VI</i>
	<i>ANNEXE 3 : Article publié - Illicit drug use and injection practices among drug users on methadone and buprenorphine maintenance treatment in France</i>	<i>XXIII</i>
	<i>ANNEXE 4 : Article publié - Du point de vue des usagers, quels sont les effets, les bénéfices et les difficultés suscités par les traitements de substitution aux opiacés?</i>	<i>XXIII</i>

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1</b> : Tableau récapitulatif de la structure initiale de l'échantillon _____	59
<b>Tableau 2</b> : Tableau récapitulatif des recrutements et des entretiens réalisés _____	65
<b>Tableau 3</b> : Structure finale de l'échantillon _____	67
<b>Tableau 4</b> : Tableau récapitulatif des principales caractéristiques socio-démographiques des participants en fonction des profils _____	115
<b>Tableau 5</b> : Tableau récapitulatif des profils des modes d'appropriation du Subutex® _____	84
<b>Tableau 6</b> : Patterns de relations entre le médecin et l'utilisateur _____	151

## LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

<b>CSST :</b>	Centre de soins spécialisés pour les toxicomanes
<b>PES :</b>	Programme d'échange de seringues
<b>CL :</b>	Cabinets libéraux
<b>BHD :</b>	Buprénorphine Haut Dosage

Pour faciliter la lecture, certains termes ont été utilisés indistinctement alors qu'il est courant de leur attribuer des sens et des réalités différentes. Par exemple, nous n'avons pas marqué de différences entre les termes « toxicomanie », « addiction », « usage de drogue » qui désignent dans le texte la condition d'une personne que la dépendance à l'héroïne, principalement, a conduite à faire appel au système de soin.

De la même façon, on a utilisé le terme « réduction des risques » (terminologie dominante en France) pour « réduction des méfaits et des dommages » (terminologie dominante au Québec) et le terme de « traitement de substitution » (terminologie dominante en France) pour « traitement de maintenance » (terminologie dominante au Québec).

## REMERCIEMENTS

Bien avant que je ne commence le doctorat, France Lert, ma directrice de thèse à l'unité 88 de l'Inserm, a joué un rôle décisif et mobilisateur dans le cours de ma formation. Durant ces six années de thèse, elle a fait bien plus qu'encadrer mon travail. Très tôt, elle s'est préoccupée de mon avenir professionnel et elle a tout mis en œuvre pour que je poursuive une formation solide de santé publique, que je me familiarise avec d'autres disciplines et de nouvelles approches, et que je me confronte à d'autres milieux, universitaires ou associatifs. Au fil de mes pérégrinations entre le terrain, Paris et Montréal où mes séjours s'allongeaient, elle m'a laissé toute latitude pour aller au bout de mes projets, malgré le retard accumulé sur d'autres projets menés conjointement et dont elle portait la responsabilité. À plusieurs reprises, elle a su tendre ses filets protecteurs, toujours dans la plus grande discrétion. Dire au passé qu'elle a toujours été présente, attentive, active et disponible pour mon travail est faible alors que je sais pouvoir encore compter sur elle à l'avenir. Exigeante et incisive dans ses critiques, elle n'a eu cesse de me pousser dans ma réflexion et sa traduction rigoureuse dans les écrits. Qu'ajouter de plus sinon lui exprimer ma plus profonde gratitude et lui dire combien sa confiance, mais aussi son soutien dans les coups durs plus personnels, ont été précieux pour mener à terme ce travail.

Au moment de la mise en place de la cotutelle de doctorat avec le département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal, j'étais loin d'imaginer à quel point mon passage au sein de l'équipe de promotion de la santé allait bousculer mes idées et marquer mon orientation professionnelle. C'est tout un univers académique transdisciplinaire qui s'est ouvert à mon arrivée à l'université de Montréal, avec une équipe dynamique et accueillante au sein du Gris et un encadrement solide. Au cours de ces dix huit mois passés au département de médecine sociale et préventive, Jean-Marc Brodeur et Lucie Richard, mes directeurs de thèse à l'Université de Montréal, n'ont pas ménagé leurs efforts pour m'épauler dans la réalisation de mon projet d'études, me mettre en contact avec les personnes ressources de mon domaine, et me faire découvrir ce champ nouveau qu'était pour moi la promotion de la santé. La bonne humeur de

Jean-Marc Brodeur, sa rigueur, sa bienveillance et son ouverture d'esprit, ont contribué à créer un environnement stimulant et facilitant pour accomplir ce travail et explorer d'autres pistes de réflexion. Dans le cadre d'une codirection habilement conduite avec Lucie Richard, tous deux m'ont appris à prendre du recul par rapport à mes données et à les modéliser, mais aussi à les problématiser en vue d'en extraire des articles. Rapides dans la lecture des documents que je leur remettais, je leur dois aussi d'être toujours restés très vigilants à ne pas multiplier les avis, et à me donner des commentaires précis et concertés, même à distance. Mon travail à l'Université de Montréal a également été fortement soutenu par Louise Potvin qui m'a fait partager son formidable enthousiasme pour la recherche et la promotion de la santé, et qui a toujours été là pour relancer une pensée ou un moral faiblissants.

Mais cette belle aventure de cotutelle n'aurait jamais pu voir le jour si les personnes que je viens de nommer ne s'étaient pas mobilisées, de part et d'autres, pour soutenir les différentes demandes de bourses d'études que j'ai pu obtenir. Je tiens à exprimer ma reconnaissance toute particulière au Professeur Marcel Goldberg, ancien directeur de l'unité 88 de l'Inserm, pour m'avoir non seulement accueillie dans son laboratoire, mais aussi et surtout pour son appui financier dans les périodes critiques.

Je dois beaucoup aussi à France Pinsonnault qui a suivi attentivement mon dossier administratif et qui m'a évité à plusieurs reprises d'être rayée de la liste des étudiants de l'université ! Je pense aussi à Christine Calderon qui a vécu plusieurs mois avec ma voix lui résonnant dans les oreilles, transcrivant efficacement les entretiens qui tombaient par dizaines. Je n'oublierai pas ces longues heures au téléphone à revivre avec elle les entretiens, pas plus que le réconfort qu'elle a su me procurer quand je peinais sur le terrain.

Je tiens aussi à remercier tous mes amis qui, par leurs questions incessantes : « Alors, t'en es où ? », « T'as pas encore fini ? », « Tu soutiens quand ? », « T'en a encore pour longtemps ? », « Mmh, cinq ans déjà, et ben... », « Et tu sais ce que tu vas faire après ? », ont servi d'aiguillon pour relancer mon travail et me permettre de le mener à terme. Merci à tous pour votre patience à m'écouter me lamenter que la situation était désespérément désespérée, que je ne finirai jamais par en finir, pour vos

subtils messages d'encouragements (« Intelligente comme t'es... ! »), et pour tous les efforts consentis à manifester votre intérêt pour le Subutex® (« Hé, mais ça a l'air vachement intéressant c'que tu fais ! »). Merci à tous pour vos témoignages d'amitié, merci surtout d'être encore là après toutes ces fois où j'ai décliné vos invitations pour cause de « ...faut qu'j'travaille ma thèse ».

Le tableau ne serait pas complet si je ne citais le soutien indéfectible de ma famille. Bien plus que leur affection, leur attention et leur confiance, c'est le courage et la persévérance de mes parents qui m'ont servi d'exemple dans les moments difficiles. Papa, maman, comment vous dire toute la force puisée à guetter cette réflexion qui n'est jamais venue : « C'est bien joli toutes ces études, mais tu te mets quand à bosser ? ».

# **1. INTRODUCTION**

En France, le développement des traitements de substitution a été tardif (dans le milieu des années 90) et a constitué le deuxième temps de mise en œuvre de la stratégie de réduction des risques (ou des dommages), après l'accent mis sur l'accessibilité aux seringues. A cette époque, le traitement de la dépendance à l'héroïne consistait principalement en une prise en charge articulant l'élaboration de demande de soin, la cure de sevrage, suivi psychosocial et/ou post-cure; seuls quelques dizaines d'individus bénéficiaient d'un traitement par méthadone délivré sous contrôle sévère et dont la prescription et la délivrance étaient alors réservées à deux services hospitaliers.

En 1995, la mise en place du dispositif français de dispensation et de suivi des traitements de substitution a constitué un véritable bouleversement dans le paysage thérapeutique dominant, tant en France qu'au niveau international, notamment par l'importance accordée à la buprénorphine haut dosage (appellation commerciale: Subutex®) et la souplesse de son cadre thérapeutique en médecine de ville. Aujourd'hui et après presque dix années d'expérience de ce système, des questions persistent quant à la façon dont les usagers disposent du Subutex®. Ses « mésusages », injection et diversion vers le marché de la rue pour ne citer que ceux qui cristallisent les interrogations des autorités publiques et des professionnels impliqués dans la prise en charge de l'usager de drogues. Des données, principalement épidémiologiques, tirées de méthodologies d'enquêtes très variées existent. La plupart ont été menées auprès d'échantillons d'usagers non représentatifs de la population générale d'usagers traités par le Subutex® et sans un recueil de données auprès des personnes concernées et indépendant des services délivrant ces traitements. Ces données conjuguées à des représentations toujours péjoratives quand il est question de consommations abusives de substances (il)licites ou détournées tendent à orienter les débats vers le renforcement de la réglementation et une application mieux surveillée. Pour autant, force est de reconnaître les limites de ces données pour comprendre l'impact réel de ces traitements dans le quotidien des usagers, les bénéfices tirés et les obstacles à un engagement thérapeutique. C'est dans ce contexte qu'a vu le jour notre recherche. En complément d'autres enquêtes d'évaluation de ces traitements, elle vise à éclairer, du point de vue de



l'utilisateur, le vécu de ces traitements à travers l'étude des modes d'appropriation du Subutex®, d'une part, et de la relation au médecin, d'autre part.

## **2. REVUE DE LA LITTÉRATURE**

## **2.1 Contexte**

### **2.1.1 La réduction des risques: une stratégie de la nouvelle santé publique**

Les traitements de substitution (ou de maintenance) constituent une composante importante de l'approche dite de « réduction des risques » (ou des dommages). Dans la littérature, trois grandes catégories de dommages sont généralement décrits : sanitaires (maladies infectieuses, somatiques et santé mentale), sociaux (désordres publics, phénomènes de marginalisation, violence, délinquance, etc), et économiques (coûts directs ou dérivés des consommations) (O'Hare, 1992). Cette perspective qui tend aujourd'hui à être assimilée aux programmes de substitution, aux programmes d'échange de seringues ou aux associations d'entraide d'usagers de drogue ne se limite pas à cela. En s'imposant d'abord en Grande Bretagne puis dans le reste de l'Europe pour répondre à la menace du sida, la réduction des risques constitue avant tout une autre approche de l'usage de drogues et des dépendances dans les sociétés. Elle se fixe comme objectif de limiter les conséquences néfastes de la consommation de substances psychoactives licites (alcool et médicaments) et illicites tant pour les personnes concernées que pour la société. Elle repose sur les principes que protéger la santé des usagers, c'est protéger la santé de tous, que restaurer les liens sanitaires et sociaux, c'est limiter la délinquance, et que santé publique et sécurité publique peuvent coexister dans certaines conditions. En positionnant les dépendances aux substances licites ou illicites dans le champ de la prévention et du soin et non plus strictement celui de la répression, la réduction des risques s'est imposée comme une véritable politique de santé publique dans la plupart des pays où elle fut adoptée, s'inscrivant de fait à contre courant des politiques criminalisant les usages de substances illicites.

Dans la plupart des pays où la stratégie a vu le jour, l'émergence de l'infection par le VIH a en effet joué un rôle capital dans la définition d'objectifs de santé publique (Cooper, 1989; Dole, 1989; Loo, Laqueille, Rémi, Bayle et Olie, 1993), le virus se diffusant sur un mode épidémique et susceptible de s'étendre à la population générale.

Ainsi, on compte parmi les objectifs principaux des programmes de réduction des risques, la limitation des risques de contaminations par les virus des hépatites (B ou C) et du VIH dans cette population massivement contaminée, notamment par la diminution des pratiques d'injection et de mise en commun du matériel. De sorte que même si l'utilisateur poursuit sa consommation, il doit pouvoir être à même de préserver sa santé (infections et autres pathologies) et disposer de services de prévention et de soins comme tout un chacun. À cette fin et en vue de maintenir les liens des usagers avec la société, la réduction des risques se veut une approche pragmatique de prévention qui s'intercale entre la prévention et le traitement. De la prévention à la désintoxication, elle propose une gamme de réponses allant de la prévention des usages de substances psychoactives licites et illicites, à la mise à disposition de traitements pour ceux qui veulent interrompre leur consommation (psychothérapie, sevrage et post-cure, substitution, communauté thérapeutique), à l'accès à du matériel stérile pour ceux qui ne peuvent ou ne souhaitent pas renoncer à l'injection, ou encore à la mise en place d'actions de prévention sur le terrain qu'il s'agisse de quartiers difficiles ou de soirées festives comme les technivals par exemple. Dans tous les cas, l'approche de réduction des risques vise un meilleur accès aux soins et aux droits sociaux sans lesquels les mesures purement sanitaires ne peuvent être efficaces.

L'approche historique de la « réduction des risques » décrite par Berridge (1993) fait cependant remonter la politique de réduction des risques à une période antérieure à l'épidémie du VIH, s'articulant au courant de la « nouvelle santé publique ». La nouvelle santé publique s'inscrit dans un vaste mouvement de transformation de l'organisation sociale, des configurations politiques, économiques, et symboliques qui positionne l'individu au cœur de la réalisation du projet collectif. Le modèle « holistique » de la santé, considéré comme une ressource en vue de la construction des subjectivités (Crawford, 1994), met l'accent sur la responsabilité, l'autonomie et la participation de la personne dans le processus de construction d'une « citoyenneté contemporaine ». Ainsi, Berridge (1993) soutient que l'appellation de « harm minimisation » désigne l'accent qui a été mis au cours des années 70 et 80 sur une approche plus globale de la santé et de ses déterminants. Appliquée à l'usage de drogue

dans le contexte du sida, Berridge souligne le rôle de plus en plus important donné à l'individu, à ses modes de vie, et à ses comportements dans l'évolution de son état de santé. Reconnue citoyenne à part entière, la personne consommatrice devient alors responsable de sa santé. En réaction aux formes de « contrôle social » qui dominaient autrefois les interventions de santé publique, la tendance serait aujourd'hui et selon l'auteur, à tenir l'individu dans un rôle plus actif, l'invitant à participer pleinement et de façon éclairée au maintien ou à la restauration de son capital santé. Sur le plan de l'intervention, l'approche de la « réduction des risques » tend à produire un ensemble d'activités, de discours et de pratiques axés sur l'individu et à laquelle on a pu reprocher d'ignorer les déterminants sociaux, environnementaux, politiques, économiques, et structurels qui pèsent sur l'état de santé et la vulnérabilité de ces populations (Castel et Coppel, 1991; Desjarlais, Friedman and Ward, 1993; Neaigus, Friedman, Jose, Goldstein, Curtis, Idelfonso and Desjarlais, 1996; Bourgois, Lettiere et Quesada, 1997).

Dans ce contexte, le modèle de la réduction des risques peut se caractériser de la façon suivante. Au niveau conceptuel, l'approche de la réduction des risques porte son attention sur les situations à risque, elle ne met pas la problématique de l'abstinence au premier plan, et considère le rôle actif de l'utilisateur dans le processus de réduction des dommages. Si une vie sans dépendance fait figure d'idéal en termes de soins, l'approche pragmatique de la réduction des dommages via le traitement de substitution et initiée depuis quarante ans (Dole and Nyswander, 1965), vise des objectifs centrés sur la normalisation du comportement social et la diminution des risques et dommages associés à la consommation de drogues. Au niveau pratique, le modèle met la priorité sur des stratégies de réduction des risques réalistes et réalisables à court terme, le développement de programmes pragmatiques, non dogmatiques, flexibles et novateurs centrés sur l'utilisateur, et met l'accent sur le choix pour l'utilisateur de décider du niveau ou du type de dommages qu'il souhaite réduire. Les utilisateurs sont ainsi encouragés à faire des choix volontaires de prévention ou à s'inscrire dans des programmes de soins à plus ou moins haut seuil d'exigences. Certains de ces choix peuvent tout simplement impliquer de considérer ses propres responsabilités en tant que membre de la communauté. Au niveau politique enfin, la réduction des risques met en avant l'idée de

développer un système qui permettrait aux individus de « faire face » (ex : mise à disposition de seringues, traitements de substitution, prise en charge psychosociale, etc.). Elle met aussi l'accent sur les droits de la personne et encourage à prendre en considération les libertés individuelles au nom desquelles les dommages doivent être réduits (O'Hare, 1997).

## **2.2 Les traitements de substitution**

### **2.2.1 Principes et objectifs généraux de ces traitements**

Le principe du traitement de substitution renvoie à la redéfinition biomédicale de la dépendance à l'héroïne comme une « maladie métabolique » objective et identifiable (Dole and Nyswander, 1965). L'hypothèse de Dole et Nyswander (1965) est qu'une consommation intense d'opiacés sur le long terme produit un trouble métabolique durable requérant une stabilisation médicale par une intervention pharmacologique (la méthadone). De façon générale, son principe repose sur la délivrance d'un médicament à base d'opiacés de synthèse sur une durée prolongée et dans une relation de soin. En raison de propriétés pharmacologiques spécifiques et différenciées de l'héroïne, le médicament vise à mettre un frein aux conduites addictives notamment par le soulagement des états de manque et l'absence d'effets euphorisants dont les mécanismes sont bien établis dans le cycle de la dépendance. On fait l'hypothèse que, du fait d'un mode d'action beaucoup plus graduel et prolongé de la substitution, l'utilisateur n'est plus exposé aux fluctuations rapides et marquées de l'héroïne (« rush » - « flash » / « crash » - « descente ») tant du point de vue des fonctions physiologiques que cérébrales. En stabilisant l'usager à un dosage adéquat et régulier, le traitement doit permettre un soulagement prononcé du désir compulsif de la substance en atténuant (ou en annulant) significativement les effets euphorisants de l'héroïne en cas de consommation associée. A l'aide d'une galénique inadaptée ou peu appropriée à l'administration par voie intraveineuse (sirop, cachet), il est attendu qu'un tel support facilite la diminution voire l'arrêt des pratiques d'injection. Ainsi dégagé de la spirale - euphorie, crash, craving – et soutenu sur le plan biologique, l'usager devrait être à même de réguler son rapport aux produits, voire à terme de stopper toute consommation

excessive de produits licites, illicites ou détournés. Enfin, on attend du cadre médical de prescription du traitement qu'il fournisse à l'usager un environnement propice au désengagement de l'univers de l'illégalité et de la déviance, pour ainsi permettre une amélioration significative des conditions de vie et le retour à des modes de vie plus « normalisés » (socioprofessionnelle et sanitaire...), bénéfiques devant être soutenus par une prise en charge psychosociale adaptée (Nida, 2000).

Selon les pays, la mise à disposition de ces traitements et le cadre réglementaire qui les régissent sont très variables et souvent liés à une configuration politique et idéologique plus générale. Les modalités de prise en charge et de soins à l'usager de drogues explorent des voies multiples avec des objectifs qui mettent tantôt l'accent sur la désintoxication (sevrage), tantôt sur la maintenance (traitement de longue durée). D'un point de vue individuel, on attend du traitement, la réduction des consommations licites et illicites ou détournées et des activités criminelles, l'amélioration ou la stabilisation de la situation sociale, l'accès aux soins pour des pathologies associées, et la prévention des surdosages. Ces indicateurs sont considérés comme les principaux indices d'efficacité de la stratégie dite de « substitution » ou de « maintenance » (Dole, 1988).

### **2.3 La substitution en France : du modèle de l'abstinence au paradigme de la réduction des risques**

En France, le développement des traitements de substitution a été tardif (milieu des années 90) et a constitué le deuxième temps de mise en œuvre de la stratégie de réduction des dommages (adoptée en 1993), après l'accent mis sur l'accessibilité aux seringues. Comme dans d'autres pays, cette transformation de la politique sanitaire envers les usagers de drogues est liée à la prise de conscience a) de la grande misère sociale et physique que l'infection du VIH a permis de dévoiler, et b) de transformations politiques et sociales qui contribuent à l'émergence de phénomènes d'exclusion et de marginalité (Paugam, 1996), notamment au sein des populations consommatrices de drogues. C'est donc sur la base d'une volonté d'assurer des services de santé plus égalitaires, et en référence aux droits fondamentaux de la personne (libertés

individuelles, droits civiques et sociaux), donc à la citoyenneté que la « réduction des risques » a pu s'inscrire dans le cadre plus général d'une politique sociale de lutte contre l'exclusion et permettre un changement des représentations autour de l'usage de drogues (Lert, 2000). En outre et si on se réfère aux analyses dégagées par Lert (2000), ces politiques sont désormais à situer dans une nouvelle conception de la santé qui intègre la lutte contre l'exclusion sociale, la discrimination et la marginalisation des usagers, trois éléments qui ont une forte implication dans les conduites à risque.

En effet, jusqu'à l'adoption de la stratégie de réduction des risques, la politique de la drogue en France est demeurée très résistante aux changements susceptibles d'infléchir le cours de l'épidémie et de répondre aux besoins sociaux et sanitaires des usagers. Les initiatives officielles précédant cette période se « limitaient » au décret de 1987 qui autorisait la vente libre des seringues dans les pharmacies. Sous l'impulsion de mouvements militants, on assiste en 1989 à l'ouverture du premier programme d'échange de seringues par Médecins du monde, ainsi qu'à la mise en place progressive de nouvelles stratégies d'accès au matériel d'injection (mise en vente du Stéribox® en 1994) et au développement des équipes mobiles (bus) allant à la rencontre des usagers. Jusqu'alors, la toxicomanie était considérée comme un « symptôme » (et pas encore comme une maladie) d'où une orientation du traitement vers l'abstinence comme condition et objectif de prise en charge articulant demande de soin, cure de sevrage, suivi psychosocial et/ou post-cure. Plus précisément, ce n'est qu'au terme d'un long processus de transformation et de débats entre une minorité d'associations de professionnels de la santé et d'officiels avec le reste du secteur médico-hospitalier et des autorités politiques (Coppel, 1996) que la « réduction des risques » a pu voir le jour en France. Reconnaisant l'idée qu'il ne peut exister de sociétés sans drogues, cette politique a pu contribuer à redessiner la stratégie de santé publique en France sur le principe que la santé collective est d'autant plus préservée que les consommations de drogues sont encadrées au plan sanitaire (Parquet, 1998).

Dans le passé, la toxicomanie était conçue comme une pathologie individuelle née de l'histoire du sujet et de sa rencontre avec la société, une déviance sociale. Le traitement alors fondé sur le paradigme de l'abstinence consistait pour l'essentiel en une



prise en charge psychologique de l'individu. Centrée sur deux acteurs, le thérapeute et son patient, l'intervention excluait l'objet drogue (Lert, 2000). A cette époque, une grande tension régnait entre la position « d'ordre public », et celle des thérapeutes qui se refusaient à considérer le phénomène comme un problème de santé ou comme une maladie ainsi qu'à faire de leurs pratiques un instrument de « contrôle social » subordonnant l'intérêt du sujet à celui de la collectivité. Ces derniers plaçaient au contraire la personne au cœur d'un processus visant à lui rendre son autonomie par la mise à jour et la résolution de conflits issus de son histoire et de son rapport avec la société. Dans ce contexte, toute intervention d'ordre médical ou social visait d'abord à faciliter la démarche psychothérapeutique. Le système français alors fondé sur l'interdit légal « il ne faut pas se droguer » et une référence aux soins qui prône l'autonomie par l'abstinence connaît un renversement en 1995 avec la mise à disposition à grande échelle de produits de substitution pour les dépendances aux opiacés. Jusqu'en 1993 en effet, seulement une cinquantaine d'utilisateurs bénéficiaient d'un traitement par la méthadone en France, sous contrôle sévère et dont la prescription était alors réservée à deux services hospitaliers parisiens. A partir de 1993, la méthadone fut rendue disponible d'abord avec un contingent de 1 000 places, puis dans la plupart des centres spécialisés avec une distribution demeurée strictement contrôlée, notamment par l'obligation faite aux usagers de se présenter quotidiennement dans les centres spécialisés pour recevoir leur traitement.

## **2.4 Le système français des traitements de substitution : une situation inédite**

Aujourd'hui, le système français de dispensation et de suivi des traitements se démarque des pays ayant une très longue expérience avec ces traitements par la place prépondérante accordée à la buprénorphine sur la méthadone, des régimes différents pour chacun d'eux, la souplesse du cadre thérapeutique et réglementaire de la buprénorphine.

### **2.4.1 La buprénorphine**

Dérivée de la thébaïne, la buprénorphine a été synthétisée en 1973. Son indication pour les traitements des dépendances aux opiacés a été étudiée très tôt par Jasinski (1978). L'intérêt porté à cette molécule était surtout de pouvoir disposer d'une alternative à la méthadone dont les limites étaient avérées : risques de surdose, difficultés de sevrage, disponibilité limitée sur le plan géographique, administration quotidienne sous supervision directe, échecs thérapeutiques, et lourdeurs réglementaires des traitements.

Le principal critère pharmacologique retenu pour cette indication tient à ses effets d'agoniste partiel et ses propriétés antagonistes qui en feraient un produit théoriquement sans risque de conséquences mortelles de surdosage (Inserm, 1998) ce qui n'est pas le cas pour la méthadone. En d'autres termes, la buprénorphine présente une activité initiale proportionnelle à la dose puis limitée par un effet seuil. Cette propriété aurait démontré sa capacité à calmer le manque sans toutefois entraîner les effets euphorisants des opiacés (blocage des récepteurs). Sa forte affinité avec certains récepteurs opiacés est à l'origine de l'annulation des effets des opiacés absorbés consécutivement à la buprénorphine (récepteurs saturés) ; elle expliquerait les risques faibles de surdosages. A contrario, l'ingestion de buprénorphine immédiatement après celle d'héroïne induit un syndrome de manque par déplacement des opiacés au niveau des récepteurs. Sa très grande affinité avec certains récepteurs opiacés combinée à une propriété dite « lipophile », auraient pour principe d'induire un phénomène de sevrage peu marqué (par rapport à la méthadone et à l'héroïne) avec l'apparition tardive des symptômes (plus de dix jours après l'arrêt vs quelques heures après l'arrêt de l'héroïne).

### **2.4.2 La buprénorphine dans le système de soin des dépendances aux opiacés en France**

La buprénorphine faiblement dosée pour les indications antalgiques (Temgésic®) est disponible en France depuis 1984 comme antalgique. Dans la période qui suit sa commercialisation, on observe une accessibilité croissante de la substance sur le marché des drogues illicites (Baumevieille, Haramburu et Begaud, 1997; Lapeyre-

Mestre, Damase-Michel, Adams, Michaud et Montastruc, 1997) ; le Temgésic® est également signalé à l'origine de pharmacodépendance chez des personnes initialement non dépendantes aux opiacés (San, Torrens, Castillo, Porta Serra and De la Torre, 1993). Ceci a conduit à des restrictions des conditions de prescription, notamment chez les médecins généralistes qui avaient recours à cette substance (à la limite de la légalité) pour venir en aide aux usagers en l'absence d'autres substances adaptées (Inserm, 1998). Le sulfate de morphine très utilisé dans le traitement de la douleur a été également détourné par les usagers de drogue et prescrit par les médecins au début des années 90. En l'absence de résultats d'essais cliniques dans cette indication, la volonté de préserver la valeur thérapeutique de ce traitement antalgique et de prévenir les surdosages très graves avec cette substance, a conduit à ne pas lui donner une indication dans le traitement de substitution malgré les pressions de certains médecins et de quelques mouvements d'usagers. Sa prescription hors « autorisation de mise sur le marché » est rare et sous la responsabilité du médecin. Alors que la buprénorphine demeurait encore un traitement expérimental aux Etats-Unis, le Subutex® (appellation commerciale de la buprénorphine haut dosage) reçoit en juillet 1995 une autorisation de mise sur le marché pour son indication dans le « *traitement substitutif des pharmacodépendances majeures des dépendance aux opiacés* » et dans le cadre « *d'une stratégie thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique* ». Peu après sa mise sur le marché (février 1996), les ventes du Subutex® ont connu une croissance rapide et constante (Emmanuelli, 2000) positionnant ainsi la spécialité comme le traitement de référence en France pour ce type d'indication. Sur la base des données des CSST et des ventes de Subutex®, le nombre d'usagers recevant une prescription est estimé à plus 80 000 <sup>1</sup> (vs 15 000 pour la méthadone). Cependant, en dépit de l'extension du dispositif sur tout le territoire national, on observe la persistance des inégalités régionales d'accès aux traitements tant en ce qui concerne l'offre par les services spécialisés que ceux relevant de la médecine générale (Lert, 1999; Auge-Caumon, Bloch-Laine, Lowenstein et Morel, 2002).

---

<sup>1</sup> Source : SIAMOIS, Institut National de Veille sanitaire (InVS)

### **2.4.3 Des cadres réglementaires différenciés pour la méthadone et le Subutex®**

La circulaire de 1995 (Ministère des Affaires Sociales, 1995) définit des régimes différents pour la méthadone et le Subutex®. Ces régimes ont en commun la prescription sur ordonnance sécurisée, des recommandations sur la liaison médecin prescripteur-pharmacien et sur la participation du médecin prescripteur à un réseau spécialisé permettant la prise en charge pluridisciplinaire. Ils diffèrent cependant sur des points déterminants : la stabilisation du patient traité par la méthadone en centre de soins ou dans un établissement de santé<sup>2</sup> est un préalable à la prescription en médecine de ville alors que tout médecin peut prescrire d'emblée la buprénorphine haut-dosage, Subutex®. Le patient sous méthadone souhaitant changer de médecin doit reprendre contact avec le médecin du centre qui a effectué la première prescription. La durée de prescription est de 14 jours pour la méthadone et s'étend à 28 jours pour le Subutex®, avec une délivrance fractionnée en officine sauf mention expresse du prescripteur (une fraction correspondant à une durée de 7 jours) depuis septembre 2000<sup>3</sup>. Le traitement de la méthadone en centre de soins est gratuit. Le Subutex®, prescrit en ville ou en centre spécialisé, est acheté en pharmacie et remboursé selon les modalités classiques de couverture des dépenses de médicaments (tiers payant total ou partiel, très souvent possible).

### **2.4.4 Souplesse du régime de la buprénorphine**

Par comparaison avec la méthadone, le régime de la buprénorphine peut être considéré comme relativement souple compte tenu de la possibilité de prescription par tout généraliste sans agrément, de l'absence de notification aux autorités sanitaires des usagers sous traitement substitutif, de la longueur de la prescription, de la non supervision de l'administration du médicament, de l'absence de contrôle biologique de

---

<sup>2</sup> Circulaire DGS/DHOS n°2002-57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution.

<sup>3</sup> Arrêté du 20 septembre 1999 relatif au fractionnement de la délivrance de certains médicaments à base de buprénorphine

la consommation d'autres substances (héroïne, cocaïne, benzodiazépines, etc.). Toutes ces modalités de contrôle existent dans des combinaisons diverses dans la plupart des pays, y compris les plus libéraux, dans la mise en œuvre de la politique sanitaire en matière de dépendance aux opiacés (Farrell, 1995).

Aujourd'hui encore, le choix d'un tel dispositif et de sa base réglementaire n'est pas clairement explicité, et on fait l'hypothèse d'une combinaison de raisons. Ses propriétés pharmacologiques et son mode d'action (effets agonistes/antagonistes) auraient conduit à considérer la buprénorphine comme un produit à faible risque de surdosage, peu attractif pour des consommations concomitantes d'opiacés, et donc à faible potentiel de détournement vers le marché de la rue. Sa galénique intégrant des excipients amidonnés inappropriés à l'administration par voie intraveineuse permettait un cadre de prescription et de délivrance plus souple. En outre, l'expérience des médecins généralistes dans la prescription de médicaments de substitution et la prise en charge des usagers ainsi que les difficultés liées à l'extension des traitements par la méthadone dans les CSST étaient d'autant plus propices au suivi hors des centres spécialisés. Enfin, et dans un contexte de forte polémique à l'égard de ces traitements, il semblerait que ce choix fut plutôt un compromis adopté pour réconcilier des points de vue divergents et répondre à l'urgence sanitaire et sociale à laquelle les modèles « criminels » et psychologiques n'avaient pas su répondre.

#### **2.4.5 Objectifs de la substitution et modalités de suivi des traitements**

Les objectifs de la substitution sont définis par la circulaire du 31 mars 1995 (relative à la prescription de la méthadone), et celle du 3 avril 1996 (relative à la prescription de la buprénorphine) (Ministère des Affaires Sociales, 1996). En fait, il s'agit plus de dresser les principes directeurs autour de grands axes d'intervention (thérapeutiques, préventifs et de réduction des risques, et sociaux) tant les énoncés des textes officiels demeurent vagues et peu explicites des objectifs réellement visés.

Globalement, la substitution s'inscrit dans une prise en charge globale et de longue durée de la personne avec pour objectif ultime : « *de permettre à chaque patient d'élaborer une vie sans dépendance y compris à l'égard de la substitution.* »

Les orientations plus spécifiques sont hiérarchisées de la façon suivante :

- D'un point de vue thérapeutique, il s'agit de : « *favoriser l'insertion dans un processus thérapeutique et faciliter le suivi médical d'éventuelles pathologies associées à la toxicomanie d'ordre psychiatrique et/ou somatique* » ;
- Sur l'axe de la prévention et de la réduction des risques, l'objectif est : « *d'aider à la réduction de la consommation de drogues issues du marché illicite et de favoriser un moindre recours à la voie injectable* » (mesure renforcée dans la circulaire de 1996 où c'est « *l'interruption de la consommation d'opiacés, notamment d'héroïne* » qui est visée) ;
- Enfin dans le registre social, on attend du traitement qu'il contribue à « *l'insertion sociale* » des usagers dépendants.

Les règles encadrant la prescription et la délivrance se démarquent par leur flexibilité. On y traite en effet de « [...] *modalités de délivrance adaptées à chaque patient* ». Quant au praticien, on l'engage à s'entourer de confrères pour guider sa pratique ainsi qu'à travailler au sein d'un réseau ville-hôpital dont l'organisation est prévue pour faciliter l'articulation de la prise en charge médicale avec le secteur spécialisé, les services hospitaliers et psychosociaux. En référence à la circulaire, la posologie conseillée est de 4 à 8 mg par jour et de 16 mg maximum sans précisions concernant les étapes du traitement ou les objectifs thérapeutiques. La forme comprimé est disponible en France sous trois dosages de 0.4 mg, 2 mg et 8 mg. Elle s'administre par voie sublinguale avec une durée de dissolution de 5 à 10 minutes (rappelons que les essais ont été réalisés avec une forme liquide). Une prise unique journalière est recommandée pour une efficacité pharmacologique optimale. Il existe une grande variation de biodisponibilité si le médicament est administré oralement (Farrell, Gowing, Marsden and Ali, 2001) ou même avalé.

Parallèlement aux recommandations officielles, le laboratoire pharmaceutique qui a le monopole de la buprenorphine en France joue un rôle majeur dans l'animation du champ, notamment par la diffusion des informations et des recommandations de pratiques, l'organisation de réunions professionnelles et le financement de congrès. Pendant longtemps en effet, les médecins n'ont disposé que des outils et des



recommandations édités par le laboratoire en question pour soutenir la conduite de ces traitements. Dans le manuel intitulé « Bonnes pratiques de prescription et de prise en charge thérapeutique » destiné aux médecins, le laboratoire décrit un schéma thérapeutique en trois phases faisant référence aux modèles biomédical et pharmacologique, c'est-à-dire : 1) une *phase d'induction* permettant d'adapter la prescription en fonction de la pharmacodépendance initiale, 2) une *phase de stabilisation* de plusieurs mois à plusieurs années combinant le maintien d'une posologie de substitution la plus stable possible à une prise en charge globale, et 3) une *phase de réduction* progressive de la dose. Il faudra attendre juin 2004 pour préciser les recommandations officielles concernant les stratégies thérapeutiques utilisant les traitements de substitution (Conférence de consensus, juin 2004), et disposer d'éléments de réponses face aux difficultés rencontrées concernant ce qu'il est coutume d'appeler « les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés » (Afsaps-Anaes, 2004).

## **2.5 Efficacité des traitements de substitution**

### **2.5.1 La méthadone : une substance qui a fait ses preuves**

Aujourd'hui encore, la méthadone est le seul produit de substitution pour lequel l'efficacité dans la prise en charge des personnes dépendantes a été bien étudiée au-delà des essais cliniques (études observationnelles, cohortes); ce produit demeurant, dans la plupart des pays, le traitement quasi exclusif des dépendances aux opiacés. Une importante littérature existe à ce sujet rigoureusement synthétisée dans une revue de la littérature conduite par Amato et ses collaborateurs (2003). Globalement, on relève un impact positif du produit sur la diminution des consommations et des injections d'héroïne, mais les résultats sont plus discordants sur l'évolution de l'abus d'autres drogues. Un faisceau d'arguments soutient l'efficacité de la méthadone sur la réduction du risque d'infection à VIH, mais la part du traitement reste difficile à évaluer et est probablement indissociable des autres mesures de réduction des risques. L'infléchissement de la délinquance et des incarcérations liées à l'usage de drogues sont les effets sociaux les plus marqués alors que l'impact sur l'insertion professionnelle

demeure modeste et très variable en fonction des contextes. On note un effet positif du traitement sur la stabilisation de l'usager dans des relations sociales « normalisées », notamment avec la famille. Plusieurs études indiquent que l'entrée en traitement de substitution peut révéler chez les usagers des troubles psychiques tels que l'anxiété ou la dépression (Regier, Farmer, Rae, Locke, Keith, Judd and Goodwin, 1990; Laqueille et Spadone, 1995; Brooner, King, Kidorf, Schmidt and Bigelow, 1997; Charles-Nicolas, 1998). Toutefois, on ne saurait dire à ce jour si ces troubles sont consécutifs au traitement ou si les consommations les maintenaient masqués. De façon plus générale, les résultats de ces évaluations de traitements demeurent difficiles à extrapoler au-delà des contextes, des pratiques différenciées, et des politiques en cours dans les pays où les traitements se déroulent. La généralisation de ces résultats reste d'autant plus délicate que les protocoles de prise en charge sont très hétérogènes, avec dans la plupart des cas des contraintes strictes (critères d'inclusion restrictifs, horaires délimités, doses, supervision de l'administration des traitements, contrôles urinaires).

### **2.5.2 La buprénorphine : une substance encore mal connue**

La buprénorphine a été beaucoup moins évaluée en dehors des essais cliniques. Aux États-Unis, où elle a été le plus étudiée, elle n'est sortie que depuis octobre 2002 de son statut de traitement expérimental (sous une forme associant la naloxone pour prévenir l'injection), et elle demeure réservée à des sites pilotes.

Aux doses étudiées, l'efficacité pharmacologique de la buprénorphine la rapproche de celle des doses faibles ou moyennes de méthadone (Inserm, 1998). La durée optimale de traitement et le devenir à long terme des usagers ne sont pas connus, la durée des essais étant de quelques semaines à un an au plus. On observe une relation dose-effet, comme pour la méthadone. Les résultats d'études comparant l'efficacité de la méthadone et de la buprénorphine rapportent des niveaux d'efficacité comparables des deux substances pour le soulagement du manque, la rétention en traitement et la réduction des consommations d'opiacés, si les doses sont adaptées; aucune des deux molécules n'est vraiment efficace sur la consommation de cocaïne (Johnson, Jaffe and Fudala, 1992; Kosten, Gawin, Kosten and Rounsaville, 1993; Strain, Stitzer, Liebson



and Bigelow, 1994; Ling, Wesson, Charuvastra and Klett, 1996; Strain, Stitzer, Liebson and Bigelow, 1996; Schottenfeld, Pakes, Oliveto, Ziedonis and Kosten, 1997; Bouchez and Vignau, 1998; Ling, Charuvastra, Collins, Batki, Brown JR, Kintaudi, Wesson, McNicholas, Tusel, Malkerneker, Renner JR, Santos, Casadonte, Fye, Stine, Wang and Segal, 1998; Uehlinger, Deglon, Livoti, Petitjean, Waldvogel and Ladewig, 1998; Fischer, Gliksman, Rehm, Daniel and Medved, 1999; Ward, Hall and Mattick, 1999; Pani, Marenmani, Pirastu, Tagliamonte and Gessa, 2000; Barnett, Rodgers and Bloch, 2001; Bramness, Bachs and Waal, 2002; Gowing, Ali and White, 2002; Mattick, Kimber and Breen, 2002; Ahmadi, 2003; Ling and Wesson, 2003). Des données suggèrent néanmoins un plus faible potentiel de rétention en traitement pour la buprénorphine (Mattick, Ali, White, O'Brien, Wolk and Danz, 2003), mais ce résultat pourrait être lié à une durée de stabilisation du dosage de buprénorphine plus lente à l'induction du traitement. Un autre essai randomisé met en avant l'efficacité équivalente des deux traitements pour le sevrage des personnes dépendantes en médecine générale ou en CSST (Gibson, Doran, Bell, Ryan and Lintzeris, 2003).

Cependant, on est confronté ici à la problématique classique des essais cliniques, à savoir le passage de l'évaluation de l'intérêt thérapeutique à un intérêt de santé publique. Par conséquent, les modes d'appropriation différenciés de ces substances une fois transférées en routine sont peu connus (Agar, Bourgois, French et Murdoch, 2001). Ainsi, il est difficile d'extrapoler les modèles étrangers au contexte français dont l'évaluation est encore insuffisante, notamment celle des volets psychologique, social, et l'accès aux soins (Inserm, 1998; Weber and Kopferschmitt, 1998; Lert, 2000).

Si l'impact de la méthadone sur l'incidence des contaminations par le VIH semble établie (Longshore, Hsieh, Danila and Anglin, 1993; Metzger, Woody, McLellan, O'Brien, Druley, Navaline, DePhilippis, Stolley and Abrutyn, 1993; Gibson, Flynn and McCarthy, 1999), notamment du fait de la réduction ou de la cessation des pratiques d'injection (et/ou des risques associés) au cours du traitement (Gossop, Marsden, Stewart and Kidd, 2003b), les effets de la buprénorphine sur la morbidité associée à l'usage de drogues sont encore insuffisamment étayés. Sur la base des données de synthèse publiées par l'Observatoire français des drogues et des

toxicomanies (OFDT, 2003b), on peut raisonnablement avancer que le nombre de nouvelles contaminations chez les usagers de drogue a diminué pour le VIH entre 1988 et 1998 bien qu'il soit difficile de distinguer le rôle spécifique des traitements d'autres mesures de prévention des risques de l'accès élargi au matériel d'injection stérile. En outre, des données récentes montrent que les nouveaux diagnostics d'infection par le VIH en 2003 sont devenus rares parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse (InVS., 2004), des résultats confirmés dans l'enquête Vespa (Lert, Obadia and Vespa., 2004). Depuis 1996, la prévalence se situe entre 19 et 23 % selon les études qui portent rarement sur des échantillons représentatifs. Concernant l'hépatite C (VHC), la prévalence est évaluée dans les enquêtes entre 43 % et 73 %. Ce taux basé sur les déclarations est sans doute sous-estimé. En effet dans l'enquête « Coquelicot » (données tirées d'un échantillon limité construit pour étudier la faisabilité de l'enquête), on observe un écart de 20 % entre la prévalence déclarée (52 %) et la prévalence observée (73 %) sur prélèvement sanguin ; plus d'un quart des cas n'était pas dépistés et le diagnostic donc ignoré des usagers interrogés (Emmanuelli, Jauffret-Roustide et Barin, 2003). En revanche, d'autres données indiquent que les traitements de substitution génèrent un effet protecteur sur le partage des seringues (Valenciano, Emmanuelli et Lert, 2001), même chez les usagers séropositifs pour le VIH (Reynaud-Maurupt, Carrieri, Gastaud, Pradier, Obadia et Moatti, 2000). De plus, on observe un déclin très significatif (60 %) des overdoses en France depuis 1995 (Inserm, 1998; Weber and Kopferschmitt, 1998; Lert, 2000; OCRTIS, 2000; Lepere, Gourarier, Sanchez, Adda, Peyret, Nordmann, Ben Soussen, Gisselbrecht and Lowenstein, 2001; Gueye, Megarbane, Borron, Adnet, Galliot-Guilley, Ricordel, Tourneau, Goldgran-Toledano and Baud, 2002; OFDT, 2003b).

Plus généralement, la maintenance des sujets dépendants des opiacés par la buprénorphine n'a pas fait l'objet de suivi de longue durée par comparaison avec les traitements utilisant la méthadone. Les études dont on dispose sur l'impact du Subutex® (Blin, Duburcq, Nouveau, Charpack et Martin, 1998; Bouchez et Vignau, 1998; Bry, 1998; Vignau et Brunelle, 1998; Gasquet, Lancon et Parquet, 1999; Perdrieau, Bâcle, Lalande et Fontaine, 1999; Duburcq, Charpak, Blin et Madec, 2000; Thirion, Barrau,

Micallef, Haramburu, Lovenstein et Sanmarco, 2000; Fhima, Henrion, Lowenstein et Charpack, 2001; Thirion, Micallef, Barrau, Djeddar, Lambert, San Marco et Lagier, 2001; Vignau, Duhamel, Catteau, Legal, Pho, Grailles, Beauvillain, Petit, Beauvillain et Parquet, 2001; Thirion, Lapierre, Micallef, Ronfle, Masut, Pradel, Coudert, Mabriez et San Marco, 2002) montrent généralement une bonne rétention en traitement sur une période d'observation de six mois à deux ans, ainsi qu'une amélioration des modes de vie, notamment la situation sociale et professionnelle, et la diminution des consommations d'héroïne et des pratiques d'injection de produits illicites (Bilal, Menares, De La Selle, Toufik et Perdrieux, 2003).

L'évolution ou le maintien des autres consommations en cours de traitement reste difficile à apprécier. Parallèlement au constat du « déclin » de l'héroïne sur le marché des drogues illicites en France au cours des dernières années, on a vu se développer le marché de la cocaïne repéré à partir du nombre d'interpellations pour usage ou trafic (OCRTIS, 2000). Les usages d'alcool et de benzodiazépines varient fortement d'une étude à l'autre. L'aggravation de ces consommations au cours du traitement de maintenance n'est pas démontrée de façon générale, celle-ci étant en grande partie déterminée par son intensité avant le traitement. Néanmoins, les données relevées dans la littérature montrent que ces consommations peuvent demeurer problématiques puisque une fraction importante des usagers en traitement déclarent un usage quotidien d'alcool (72 %) et de benzodiazépines (30 %) (Aides-Inserm, 2001). On soulignera que ces résultats (alcool et benzodiazépines) se retrouvent dans le suivi de cohorte à 4-5 ans du NTORS (National Treatment Outcome Research Study) des patients sous méthadone (Gossop, Marsden, Stewart and Kidd, 2003a).

## **2.6 Les « mésusages » du Subutex® et les risques associés**

Au moment de sa mise sur le marché, le Subutex® se présentait comme une alternative originale et prometteuse de prise en charge de la toxicomanie par rapport à la méthadone dans le contexte français. Or, il a très rapidement été rapporté une consommation de Subutex® par injection, dont la fréquence très élevée était inattendue (variant de 8 % à 78 % en fonction des méthodologies utilisées et des caractéristiques

des populations enquêtées) (Bouchez et Vignau, 1998; Bry, 1998; Aides, 1999; Emmanuelli, Lert et Valenciano, 1999b, 1999a; Reynaud-Maurupt et al., 2000; Varescon, Vidal-Trecan, Nabet et Boissonnas, 2002; Vidal-Trecan, Varescon, Nabet et Boissonnas, 2003). Aujourd'hui, on estime autour de 40 % le nombre d'utilisateurs sous Subutex® ayant recours à l'injection de façon plus ou moins régulière.

La vente de rue et les multiprescriptions sont à mettre en relation avec l'important volume de médicaments mis en circulation dès les premières années de mise sur le marché du Subutex®: 4 millions de boîtes en 1997, 6,8 millions en 1998 d'après les données Siamois/RNSP<sup>4</sup>. Aujourd'hui encore, il est difficile de quantifier l'ampleur de ce phénomène ; des estimations font état d'une proportion de 6 % de « trafiquants » parmi les patients ayant reçu au moins une prescription (OFDT, 2004).

Le maintien des pratiques d'injection, notamment de la buprenorphine pourrait mettre en question la stratégie adoptée au regard des risques liés aux VIH et au VHC (Lert, 1999; Claudon-Charpentier, Hoibian, Glasser, Lalanne et Pasquali, 2000; Valenciano et al., 2001), en particulier chez jeunes consommateurs non séropositifs pour le Subutex® (Obadia, Perrin, Feroni, Vlahov et Moatti, 2001). D'autre part, les composants de l'excipient des comprimés de Subutex® sont pour certains non solubles dans l'eau. L'injection du comprimé broyé et dissous constituerait un risque d'embolie pulmonaire, mais ce risque n'a pas été confirmé pour le moment par l'observation de cas cliniques (données hospitalières ou surdoses). Par contre, les complications locorégionales, notamment des abcès, sont fréquemment observées sur les sites d'injection. En outre, la détérioration croissante du système veineux des membres concernés par l'injection est connue pour conduire l'utilisateur à emprunter des sites d'injection de plus en plus dangereux (cou, par exemple) (Guillaume, Grange, Mulberg, Schreckenber and Haug-Dit-Gentes, 1996).

Des décès et des cas de surdosage non mortels ont été observés (Reynaud, Petit, Potard et Courty, 1998; Tracqui, Kintz et Ludes, 1998; Tracqui, Tournoud, Flesch, Kopferschmitt, Kintz, Deveaux, Ghysel, Marquet, Pepin, Petit, Jaeger et Ludes, 1998).

---

<sup>4</sup> Siamois: Système d'Information sur l'Accessibilité au Matériel Officiel d'Injection et de Substitution; RNSP: Réseau National de Santé Publique

Leur analyse montre que des risques de dépression respiratoire existent avec la buprénorphine surtout en cas d'association avec des benzodiazépines et des neuroleptiques (Kintz, 2001)<sup>5</sup>. Or, la consommation des benzodiazépines est extrêmement fréquente puisqu'elle est rapportée par plus de la moitié des usagers fréquentant les programmes d'échange de seringues (Emmanuelli, 1999) et constitue de façon générale un indicateur de sévérité de la toxicomanie. De plus, l'injection du produit de substitution est surreprésentée parmi les cas mortels (Kintz, 2002), y compris dans les traitements à la méthadone (Sunjic and Zador, 1997; Zador and Sunjic, 2000; Caplehorn and Drummer, 2002). La sévérité de la toxicomanie (héroïne et polytoxicomanie) et une fréquence supérieure d'overdoses non mortelles à l'héroïne sont également observées chez les injecteurs de sirop de méthadone, (Humenuik, Ali, McGregor and Darke, 2003).

## **2.7 Le point de vue des usagers: l'enquête Aides-Inserm**

En 2000, alors que les interrogations des pouvoirs publics grandissaient autour de ces « mésusages » du Subutex®, l'association Aides a sollicité notre équipe de l'Unité 88 de l'Inserm en vue d'un appui scientifique, méthodologique et statistique sur une enquête de niveau national qui serait conduite auprès des usagers en traitement de substitution (méthadone, Subutex®, sulfate de morphine). Pour l'association, il s'agissait en fait de mener à plus grande échelle et avec une meilleure assise scientifique un travail du même type réalisé en 1998. En effet, la portée des résultats de cette étude s'était trouvée limitée notamment en raison d'un recrutement quasi-exclusif dans le réseau de l'association, considéré comme accueillant des usagers en situation de plus grande précarité sociale et donc, non représentatifs des populations sous substitution. Portés par l'intérêt de la complémentarité du sujet proposé avec nos travaux en cours et par l'enthousiasme que suscitait la perspective d'un partenariat avec un milieu associatif bénéficiant de surcroît d'un vaste réseau national et logistique pour porter l'enquête, la collaboration fut initiée.

---

<sup>5</sup> Cependant, dans les pays où les traitements de substitution sont largement diffusés, on observe fréquemment chez les sujets décédés l'association entre la méthadone et d'autres substances, ce qui ne préjuge pas du rôle direct de la méthadone dans la survenue du décès.

Menée auprès de 506 usagers recrutés à la fois dans les centres de soins spécialisés pour les toxicomanes (CSST) et les cabinets libéraux (CL) sur cinq sites du territoire français (Brest, Clermont-Ferrand, Montpellier, Mulhouse, Paris) et hors du réseau de l'association Aides, cette étude explorait à partir d'un questionnaire à questions fermées les effets, les bénéfices, les difficultés et les attentes à l'égard des traitements de substitution aux opiacés. A ce jour, l'enquête Aides-Inserm (2001) reste, à notre connaissance, la seule enquête d'envergure ayant, à partir d'une méthodologie quantitative, exploré l'ensemble de ces questions sur un large échantillon (rendant compte de situations sociales diversifiées et de traitements utilisant les divers médicaments disponibles en France (Subutex®, méthadone, sulfate de morphine) ainsi que des différents cadres de prise en charge (CL, CSST)), et par un recueil de données indépendant des soignants. Elle permet de caractériser, par des méthodes statistiques, les différentes dimensions du rapport des usagers au cadre thérapeutique et de quantifier la part des « mésusages ». Ainsi et à cette étape de présentation des éléments de contexte structurant ce travail de thèse, il convient de situer cette enquête comme le premier volet quantitatif de la recherche auquel il sera fait régulièrement référence dans les travaux présentés ici.

A côté des données classiques de type clinique ou épidémiologique, cette étude apporte un éclairage de l'impact des traitements dans le quotidien des usagers au regard de la diversité des populations traitées. Elle fait, entre autres, émerger une évolution très nuancée des situations (personnelles, sociales, professionnelles, consommations...) des usagers en fonction de leurs caractéristiques individuelles (situations sociales et états de santé, par exemple) et des différents médicaments de substitution. Alors que pour certains le traitement se présente comme un succès, il se montre pour d'autres insuffisant pour permettre de « s'en sortir ». A l'extrême, les résultats font apparaître des situations qui se détériorent (Guichard, Calderon, Maguet and Lert, 2004) — Article présenté en ANNEXE 3.

Cette étude apporte des éléments nouveaux sur les usages du produit de substitution, notamment le Subutex®, leur place dans les parcours avec les produits et dans la dépendance en général, aux bénéfices et aux difficultés rencontrées par les



usagers dans le décours de la prescription et de la prise en charge. Ainsi, nous proposons dans la section suivante de faire un point plus qualitatif sur les connaissances acquises autour de ces questions en particulier auprès des usagers sous méthadone.

## **2.8 Les facteurs associés aux usages de la substitution**

### **2.8.1 Les motivations de traitement**

Traitant des raisons de recours à une prescription de méthadone chez les usagers de drogue, Neale (1999b) a procédé à une analyse catégorielle pour dégager des types de motivation. Il ressort que : 36 % rapportent une motivation liée à un désir de mode de vie plus stable, 15% recherchent les propriétés d'un produit qui soulage les douleurs liées au manque et les troubles émotionnels qui s'y rattachent, 14 % voient dans la substitution un moyen de réduire les dommages associés à leur consommation (la plupart souhaite mettre un terme aux pratiques d'injection, d'autres mettent l'accent sur les propriétés sécurisantes de la substitution en termes de « pureté » du produit et de moindres risques de surdosage, d'autres enfin recourent à la substitution pour mettre un frein à leurs activités criminelles), 13 % évoquent le désir de poursuivre une toxicomanie peu coûteuse, ou l'opportunité fournie par le traitement de percevoir des allocations, 10 % disent entrer en traitement sous la pression des proches, 7 % parlent des pénuries d'héroïne sur le marché noir, ou un accès difficile, 6 % rapportent des événements ayant précipité cette demande (grossesse, hospitalisation, etc.), et une minorité ont adopté la substitution comme un moyen de faire face aux aléas de l'existence. En France, l'étude de Lalande et Grelet (1999) qui a interrogé des usagers sous Subutex® relativement bien insérés et suivis en médecine de ville dégage des motivations tout aussi diverses à l'égard de la demande de traitement.

### **2.8.2 L'intégration des produits de substitution dans les modes de consommation**

Le détournement de la buprénorphine dans sa forme faiblement dosée (Temgésic®) hors d'un contexte thérapeutique est rapporté très tôt dans la littérature

internationale parmi les utilisateurs d'héroïne, et s'inscrit dans une gestion de la consommation d'opiacés (O'Connor, Moloney, Travers and Campbell, 1988; Sakol, Stark and Sykes, 1989; San, Tremoleda, Olle, Porta Serra and de la Torre, 1989; Segui, Cascio and Soler Insa, 1989; Chowdhury and Chowdhury, 1990a; Chowdhury and Chowdhury, 1990b; Hammersley, Lavelle and Forsyth, 1990; Singh, Mattoo, Malhotra and Varma, 1992). La plupart de ces études font état d'un usage très souvent associé à des benzodiazépines ; tendance largement retrouvée avec la buprenorphine en France (Aides-Inserm, 2001; Thirion et al., 2002). Les motifs avancés d'utilisation sont : son faible coût, sa disponibilité sur le marché de rue, le coût prohibitif de l'héroïne souvent de mauvaise qualité. De plus, l'usage de la buprenorphine est souvent rapporté comme venant pallier les pénuries d'héroïne; la prise concomitante de benzodiazépines visant une majoration des effets euphorisants. La méthadone, plus contrôlée, a déjà été signalée comme faisant l'objet de « mésusages » dans et hors contexte de substitution. Une étude australienne (Zador, Sunjic and Darke, 1996) montre qu'une majorité des personnes sous méthadone rapporte un usage illicite quotidien de la méthadone avant l'admission en traitement ; cet usage étant principalement motivé par une volonté « d'arrêter de galérer » (« to stop hanging out »). Une petite proportion dit recourir à un usage détourné de la méthadone en cours de traitement pour se « défoncer » (« to get stoned »).

Le recours aux produits de substitution comme stratégie de consommation contrôlée des opiacés favorisant l'intégration socio-professionnelle, la réduction des activités illicites, l'amélioration de la santé et l'inscription dans un cadre structurant est mis en avant dans certains travaux (Caiata, 1996; Lalande et Grelet, 1999; Soulet, 2002). Parmi les 11 consommateurs interviewés par M. Caiata, « contrôlant » leurs consommations, 6 d'entre eux situaient leur traitement de méthadone comme un moyen de concilier la poursuite de la consommation d'opiacés et leur activité professionnelle. Dans un effort de négociation et d'adaptation constant entre deux univers, celui de la « déviance » et celui de la « conformité », le produit de substitution offrirait à l'utilisateur une meilleure qualité de vie. Il interviendrait dans une tentative (parmi d'autres) de faire face aux risques physiques, aux problèmes financiers et à la nécessité de



s'approvisionner dans la plus grande discrétion. L'existence de ce que l'auteur appelle « une toxicodépendance d'intégration » mérite donc d'être investiguée dans le recours au Subutex®.

## **2.9 Les facteurs en relation avec le maintien des pratiques d'injection**

Dans la littérature, l'adoption d'un mode de consommation est décrite comme associée à la nature des produits disponibles, la qualité du produit qui en détermine l'effet, sa disponibilité et son prix ainsi que des facteurs propres aux sous-cultures de la drogue qui peuvent avoir un caractère local ou ethnique (Strang, Des Jarlais, Griffiths and Gossop, 1992; Strang, Griffiths and Gossop, 1997). Ainsi, le maintien de la pratique d'injection par une partie des usagers traités est à mettre en relation avec la très nette dominance de cette pratique en France parmi les toxicomanes (Irep, 1996). Ces pratiques pourraient aussi, si on suit les observations de Bourgois et de ses collaborateurs (1997) auprès des toxicomanes les plus marginalisés de San Francisco, s'inscrire dans une forme d'appartenance au groupe des usagers et participer de la constitution de l'identité. Ces auteurs montrent également dans ce groupe très marginalisé l'irrégularité des pratiques de consommation et des prises de risque liées au caractère très instable du mode de vie, des ressources (en particulier la consommation effrénée et incontrôlée (« binge ») les jours de paiement des allocations d'assistance) et de la disponibilité des produits. D'autres études ont abondamment traité des configurations des réseaux sociaux des usagers de drogue par voie intraveineuse apportant ainsi un nouvel éclairage sur la façon dont les dynamiques à l'intérieur de ces réseaux, étroitement liés au soutien social qu'ils procurent, contribuent au maintien de ces pratiques (Neaigus et al., 1996; Friedman, Des Jarlais and Sterk, 1998; Bourgois, 2000). Ainsi, dans un contexte de réduction des risques, il convient de ne pas perdre de vue le caractère inséparable des formes de sociabilité liées à l'injection, ce que Lovell (2001) appelle le « pharmaco-sociatif ».

Au moment de la mise en place de notre recherche, les informations dont on disposait en France sur le maintien de l'injection au cours du traitement de substitution

correspondaient quasi exclusivement à la consommation d'héroïne, de cocaïne ou de crack et non à celle du produit de substitution. Aujourd'hui, une série d'enquêtes épidémiologiques menées spécifiquement autour de la problématique de l'injection de la buprenorphine dégagent de nouvelles pistes de réflexion autour de ce phénomène. Une étude montre que parmi les 300 personnes enquêtées, 20 % déclarent s'être injectés le Subutex® avant de l'obtenir sur prescription (De Ducla, Gagnon, Mucchielli, Robinet et Vellay, 2000). Une autre enquête (Varescon et al., 2002) fait apparaître que parmi les injecteurs de Subutex®, près de 40 % l'ont injecté dès la première prise. Interrogés au sujet de leurs pratiques d'injection de la buprenorphine, les injecteurs mettent surtout en avant l'idée d'une « dépendance à l'injection », la curiosité, et la recherche d'effets sédatifs plus immédiats. D'autres raisons sont avancées telles que l'inadaptation du dosage prescrit, la fréquentation d'usagers injecteurs, le mal être et les événements de vie (Varescon et al., 2002; Courty, 2003). L'étude menée en collaboration avec Aides (2001) fait également apparaître des éléments liés aux modes de vie (inactivité), mais aussi en lien avec le mauvais goût du produit et les nausées.

Dans la littérature, les facteurs de risque associés à ces pratiques sont : l'âge (plus jeunes) et le genre (hommes), la fréquence des injections et l'usage de drogues multiples (cannabis, héroïne, cocaïne), (Obadia et al., 2001; Blanchon, Boissonnas, Varescon et Vidal-Trecan, 2003; Brunelle, 2003; Courty, 2003; Vidal-Trecan et al., 2003). On observe également chez les injecteurs de buprenorphine une plus forte consommation de benzodiazépines, et des scores élevés de dépression (Auriacombe, Fatseas, Franques-Reneric, Daulouede et Tignol, 2003). Il convient cependant de souligner la variabilité des facteurs dégagés en fonction des études, des méthodologies employées et des groupes étudiés. En revanche, les situations sociales (précarité du logement et revenus), ressortent de la presque totalité des études mentionnées ci-dessus comme facteur associé à cette pratique ; pratique qui, parmi les usagers sans domicile fixe est aggravée par le manque d'hygiène et se traduit par des abcès (Bouhnik, Jacob, Maillard et Touzé, 1999; Bouhnik et Touzé, 2001; Blanchon et al., 2003). Dans le cadre d'une sous analyse menée à partir des données de l'enquête Aides-Inserm, on a montré par ailleurs que si le produit prescrit comme traitement de substitution (méthadone vs

Subutex®) ne distinguait pas les usagers du point de vue de la poursuite des consommations d'héroïne ou de cocaïne, le maintien de l'injection était près de 5 fois supérieur parmi les usagers traités par le Subutex® (notamment chez les plus précarisés), ce qui tend à montrer un effet propre de la galénique qui permet l'injection après broyage et dilution des comprimés (Guichard, Lert, Calderon, Maguet, Brodeur, Richard, Benigeri and Zunzunegui, 2003) — Article présenté en ANNEXE 4.

## **2.10 Les facteurs associés au cadre de prise en charge, au contexte institutionnel et réglementaire**

### **2.10.1 Modalités de prise en charge et de suivi des traitements**

Les études d'évaluation de la maintenance par la méthadone ont montré que plusieurs conditions étaient nécessaires à l'efficacité d'une prise en charge dont : une dose suffisante de méthadone, un suivi psychosocial et une formation adéquate de l'équipe impliquée dans la prise en charge (Ball and Ross, 1991; Rawson and Ling, 1991; McLellan, Arndt, Metzger, Woody and O'Brien, 1993). Concernant la buprénorphine, la dose de 8 mg a été comparée à des doses de 30, 40, 60 ou 80 mg de méthadone et trouvée équivalente selon les effets étudiés à des doses moyennes, en général 60 mg pour les effets subjectifs comme pour les effets thérapeutiques mesurés dans des études de suivi de quelques semaines (Ling and Wesson, 2003). Une étude randomisée comparant des doses fixes de buprénorphine indique que les résultats sont meilleurs avec 16 mg qu'avec 8 mg lorsqu'un indicateur relatif à la rétention en traitement est utilisé (Ling, 1998). Cependant cet essai, comme tous ceux menés aux États-Unis, a été réalisé avec une solution alcoolique dont la biodisponibilité est supérieure à celle des comprimés sublinguaux (Mendelson, Upton, Everhart, Jacob and Jones, 1997), et administrée sous supervision par une infirmière (bouche fermée pendant 5 minutes). Si les doses moyennes prescrites en France évoluaient entre 6 et 8 mg (Blin et al., 1998; Vignau et al., 2001) au début de la mise en place du dispositif, elles avoisinaient les 11 mg (Aides-Inserm, 2001; Thirion et al., 2002) à la fin des années 90 jusqu'à atteindre les 13 mg par jour ces dernières années (Mancini, Thirion,

Masut, Ronfle, Coudert, Pradel, Frauger and Micallef, 2003). En dépit de cette évolution constante du dosage moyen, des questions demeurent quant aux modalités de fixation de la dose au cours de la prescription pouvant conduire à des situations de sur- ou de sous-dosages. On observe en effet à partir des données issues de notre enquête quantitative que le recours aux achats de rue est motivé dans 27 % des cas par un dosage prescrit jugé insuffisant. En outre, et compte tenu de la fréquence et de l'ampleur des effets secondaires rapportés par les usagers sous Subutex® (transpiration-60 %, fatigue importante-33 %, troubles digestifs-43 %, prise de poids-38 %, irritabilité, angoisses et anxiété, perte d'appétit, et perte de libido- 28 %), il convient d'interroger cette dimension véritablement déconsidérée dans la littérature (Aides-Inserm, 2001).

Pour ce qui est de la prise en charge psychosociale nécessaire en accompagnement du traitement pharmacologique, les données issues du volet quantitatif de notre programme de recherche montrent qu'une minorité seulement des usagers traités (méthadone et Subutex®) bénéficie de ce type de prise en charge. Sur les 506 usagers interrogés, 31 % des répondants ont rencontré un travailleur social dans le dernier mois, dont 23 % une seule fois. Environ un quart (26 %) des répondants a eu un entretien psychologique, la moitié ayant eu un seul entretien dans le dernier mois et environ 8 % une séance hebdomadaire (Aides-Inserm, 2001). Dans cette étude, on a observé que c'était sur la dimension de la prise en charge que les usagers étaient les plus insatisfaits. Les données soulignaient par ailleurs que le suivi psychosocial était plus fréquent parmi les usagers recevant de la méthadone en CSST que ceux sous Subutex® et suivis en médecine de ville. Ce résultat doit être mis en relation avec la difficulté des médecins libéraux à fonctionner au sein des réseaux mis en place pour faciliter la prise en charge globale de l'utilisateur suivi en médecine générale. Sur ce point, les données de l'enquête de Bilal (2003) menée auprès d'utilisateurs fréquentant les médecins généralistes sont éclairantes puisqu'ils montrent un plus grand recours des usagers aux services sociaux de droit commun (CCAS, etc.) qu'aux prestations offertes par le réseau.

La prise en charge des troubles psychiatriques associés à l'usage de drogues est très mal connue (Barrow, 1999). On sait que les comorbidités psychiatriques sont très fréquentes chez les personnes demandeuses d'un traitement (Mason, Kocsis, Melia,

Khuri, Sweeney, Wells, Borg, Millman and Kreek, 1998). L'étude de Vignau (2001), une des rares enquêtes à avoir observé les pratiques médicales pour ce type de traitement, discute les modalités de diagnostics des troubles mentaux dans les cabinets libéraux. Les médecins généralistes sont en difficulté pour diagnostiquer les troubles psychiatriques chez les usagers de drogue et tendent à les sous-estimer.

Les données les plus récentes du système Oppidum<sup>6</sup> des Bouches-du-Rhône (Mancini et al., 2003) montrent une tendance à la hausse des prescriptions associant à les benzodiazépines au produit de substitution (47 % des usagers sous buprenorphine), malgré une diminution des co-prescriptions de flunitrazepam (Rohypnol®) (29 % des usagers en 2001 vs 32 % en 2000) qui est sans doute à mettre en relation avec l'encadrement plus strict édicté par l'Afssaps et la DGS en 2001. Les usagers interrogés sur cette question dans l'enquête quantitative rapportaient une prescription concomitante de benzodiazépines (surtout du Rohypnol®, du Lexomil® et du Tranxène®) pour la moitié d'entre eux, dont 33 % par un autre médecin que celui qui prescrit la substitution. Parmi les 50 % qui ne recevaient pas ce type de prescription, 15 % déclaraient qu'ils en auraient besoin (Aides-Inserm, 2001). Les prescriptions de benzodiazépines associées à un traitement de substitution ne sont pas recommandées en raison du risque d'abus et des effets majorant le risque de surdosage. Dans les faits, il est difficile de démêler ce qui tient à une demande de l'usager visant à obtenir des effets majorés de ce qui relève d'une prescription du médecin ciblant les symptômes psychiques fréquents chez les usagers de drogue, en particulier dans le décours du traitement. La difficulté des médecins généralistes dans la prescription de psychotropes est ici accentuée.

Plusieurs enquêtes montrent que si un nombre important de médecins a prescrit du Subutex®, seuls 20 à 30 % (en fonction des régions) sont impliqués dans un suivi de longue durée de plus d'un usager (Vignau et al., 2001; Thirion et al., 2002; Mancini et al., 2003). De plus en plus, on tend à relativiser les indicateurs reflétant une bonne diffusion de la substitution sur le territoire (ex: ventes de Subutex®) par le constat

---

<sup>6</sup> Oppidum : Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse

d'une très forte concentration des prescriptions autour d'un petit nombre de médecins. Des données récentes (Feroni, Peretti-Watel, Masut, Coudert, Paraponaris et Obadia, 2005) montrent qu'un tiers des médecins prescripteurs de Subutex® est formé en toxicomanie tandis qu'un prescripteur sur cinq est en relation avec un réseau toxicomanie. Dans cette étude, il a été observé une probabilité plus forte parmi les médecins non formés de prescrire des doses insuffisantes de Subutex®. Divers facteurs concourent à la concentration des usagers de drogue dans certains cabinets libéraux médicaux, dont : a) l'inégale répartition des usagers de drogue sur le territoire avec une forte concentration dans certaines zones, b) l'intérêt variable des médecins, voire leur réticence envers un traitement qui maintient la personne dans la dépendance, c) les difficultés pratiques posées par l'accueil et la gestion d'une population difficile dans un cabinet de ville, et d) le bouche-à-oreille entre les usagers eux-mêmes.

### **2.10.2 Contexte institutionnel et réglementaire**

Plusieurs travaux de nature anthropologiques ou ethnographiques surtout et pour lesquels on peut citer, sans être exhaustif, quelques références (Agar and Stephens, 1975; Agar, 1977; Rosenbaum and Murphy, 1984; Johnson and Friedman, 1993; Uchtenhagen, Gutzwiller and Dobler-Mikola, 1997; Koester, Anderson and Hoffer, 1999; Bourgois, 2000) ont rapporté très tôt que, dans certains cas, l'addiction à la méthadone mêlée aux règles extrêmement rigides des centres de soins (heures d'ouvertures des centres, administration quotidienne du traitement sous supervision directe, contrôles urinaires) étaient susceptibles de renforcer ou de déplacer les vulnérabilités qui se jouent à la fois sur les plans social, familial et intime des usagers. L'obéissance stricte, passive, parfois infantilisante aux règles des centres spécialisés, pourrait avoir comme conséquences de limiter la capacité de l'utilisateur à trouver du travail ou à le maintenir, d'altérer la qualité de ses relations sociales, familiales et intimes, et de réduire son espace géographique de mobilité. Si l'on suit les analyses produites par ces auteurs, le traitement ainsi que ses modalités réglementaires et de suivi pourraient produire de l'isolement et limiter les sources de soutien social. Cette situation s'accompagnerait d'une profonde détresse psychologique déjà décrite dans la littérature



sur les traitements de la méthadone, qui associerait des dimensions telles que la mésestime de soi, l'autodépréciation, le ressentiment, la colère, l'agressivité, et des formes de dépression.

Au terme de ce paragraphe, on retiendra que le produit ainsi que les conditions de sa délivrance peuvent limiter les options pour l'individu de (re)conquérir son autonomie en vue de la réalisation du projet social visé par les traitements. Le fort potentiel addictif de la méthadone peut mettre à mal les tentatives de l'utilisateur de réguler ses consommations et les risques associés. Ces formes de contrôles décrites dans le traitement de la méthadone s'éloignent des principes de respect de la liberté individuelle énoncés dans le paradigme de la réduction des risques ou par la nouvelle santé publique. Ces principes pourraient être mis en relation avec ce que Petersen et Lupton (1996) décrivent comme des formes de régulations paternalistes (contrôles urinaires et supervision directe des traitements), de « conduite des corps », et de maintien de relations directives, autoritaires voire répressives vis-à-vis du citoyen, susceptibles de reconduire l'exclusion, de renouveler ou d'accentuer des vulnérabilités initiales. Ces considérations portées au cadre de la méthadone et de ses conditions strictes de suivi du traitement apparaissent très éloignées de ce que propose le dispositif du Subutex® à ses bénéficiaires. À l'exception des visites médicales mensuelles auxquelles l'utilisateur doit se prêter pour obtenir sa prescription, il n'existe pas de contrôle de la façon dont l'utilisateur dispose de sa prescription à domicile. Bénéficiant à première vue d'une grande latitude pour gérer son traitement, on tend à se représenter une personne plus autonome, plus responsable et plus à même de prendre part à la détermination du projet thérapeutique à mettre en place (sevrage, arrêt des consommations illicites, consommation contrôlée, maintenance, poursuite d'une toxicomanie en milieu médical, etc.).

## **2.11 Les modèles théoriques de la toxicomanie**

La toxicomanie est définie par un ensemble de traits associant des phénomènes biophysiques et psychologiques, des comportements et des dimensions sociales. Elle constitue aussi un phénomène social par ses liens avec la pauvreté, la transgression des normes sociales et son traitement juridique. Elle fait l'objet de représentations

sociales qui l'associent à la délinquance, à la déviance et à la perte de la maîtrise de soi. Ces représentations marquent aussi les pratiques professionnelles des soignants ou des travailleurs sociaux. Le phénomène lui-même comme les théories qui en rendent compte ou les dispositifs socio médicaux et juridiques sont évolutifs. L'hétérogénéité de ces conceptions a pour corollaire celle des modes de prise en charge et de leurs objectifs attendus en termes de « sorties de la toxicomanie ». C'est pourquoi il est apparu utile de les rappeler ici car elles sont la toile de fond des pratiques professionnelles et des relations des usagers avec les institutions.

Les sorties de la toxicomanie restent extrêmement difficiles à quantifier et à qualifier, notamment en raison des difficultés à observer ces populations sur de longues durées. De nombreux travaux sociologiques et des études épidémiologiques se sont centrés sur la « sortie de la toxicomanie ». Il s'agissait de départager ce qui revenait à un processus spontané de maturation de l'individu de ce qui résultait des interventions médico-sociales, voire de mettre à jour l'effet contre productif des mesures répressives. Pendant toute une période en effet, le modèle de la maturation (qui renvoyait à des sorties « naturelles » de la dépendance) a prévalu du fait de l'absence dans les statistiques épidémiologiques (études observationnelles) des usagers de drogue appartenant aux tranches d'âge élevé. Plus tard, les études de cohortes ont révélé un devenir tout différent de celui de la maturation pour la très grande majorité des usagers suivis mettant à jour des proportions importantes de décès, le glissement des problématiques de dépendance aux opiacés vers d'autres consommations ou d'autres difficultés (prison). Elles ont aussi montré que le processus de maturation était fortement déterminé par les circonstances sociales. Les trajectoires passant par les traitements sont naturellement plus documentées et les travaux sociologiques resituant la trajectoire des toxicomanes dans leur contexte de vie sont plus rares. Ils montrent l'imbrication de processus sociaux multiples dans la sortie de la toxicomanie au sein desquels la médecine et le travail social n'ont qu'une place parmi d'autres.



### 2.11.1 L'histoire naturelle de la toxicomanie

Avant d'aborder les modèles de la toxicomanie, il convient de rappeler les grandes lignes de la trajectoire du toxicomane auxquelles on fait traditionnellement référence. Cette trajectoire décrite par Waldorf (1983) suit un déroulement temporel qui peut se résumer dans les 6 étapes suivantes:

- ✓ une phase d'initiation et d'expérimentation: il s'agit des premiers contacts avec les opiacés, souvent en groupe. La majorité des utilisateurs ne dépassent pas ce stade.
- ✓ une étape d'escalade, repérée par des prises répétées de drogue qui se déroule de plusieurs semaines à plusieurs mois. A son point culminant, cette phase se traduit par l'usage quotidien du(des) produit(s) et aboutit à une dépendance physique caractérisée par le développement d'une tolérance au produit et la survenue de symptômes de manque (mydriase, hypertension, dyspnée, diarrhée, vomissement, angoisse, pleurs, rhinorrhée, frissons, « chair de poule », tremblements, bâillements prononcés, convulsions).
- ✓ une phase de maintenance qui consiste en une période d'utilisation régulière où la personne parvient à s'approvisionner en limitant les difficultés généralement associées à la prise d'opiacés. Au cours de cette période, la personne éprouve une relative satisfaction et est convaincue de sa capacité à réguler ses consommations.
- ✓ une période de dysfonctionnement, habituellement caractérisée par l'expérience de l'incarcération et des traitements, ou qui survient lorsque les aspects négatifs de la consommation deviennent prédominants. C'est à ce stade généralement que l'on observe les premières tentatives de l'individu de mettre fin à sa consommation, tentatives qui débouchent souvent sur des rechutes et donc au retour aux phases 2 et 3.
- ✓ l'arrêt de la toxicomanie, peut survenir avec ou sans l'aide d'un traitement. Ici, ce sont les efforts fournis par la personne pour arrêter sa consommation qui prévalent: éloignement du milieu des opiacés (pairs, dealers, etc.), évitement des usages de produits, recherche de nouveaux centres d'intérêts et d'autres connaissances, et reconstruction d'une nouvelle identité sociale.

- ✓ une période d'ancien toxicomane qui, dans le contexte restreint de la trajectoire décrite dans ce travail, fait référence aux personnes qui, suite à un traitement, sont devenues des collaborateurs des équipes professionnelles de certains programmes thérapeutiques.

A une époque où le modèle dominant de la toxicomanie ne considérait pas d'issue à la dépendance aux opiacés, la mise en évidence d'étapes différenciées dans les trajectoires des consommateurs a constitué un virage important dans la façon de penser le devenir de l'usager, et donc sa prise en charge. Depuis cependant, l'émergence des épidémies du VIH et de l'hépatite C parmi les populations consommatrices de drogues illicites rend quelque peu caduque cette conception.

La dépendance aux substances psychoactives est un phénomène complexe qui recouvre différentes dimensions: biologiques, psychologiques et sociales que l'on retrouve d'ailleurs parmi les critères diagnostiques du DSM. Mais pour les praticiens et les chercheurs qui exercent dans ce domaine, il est nécessaire d'avoir recours à des théories issues de disciplines différentes. Ces théories, qu'elles portent sur certaines substances ou sur des sous groupes de personnes dépendantes en particulier n'ont pas nécessairement pour finalité de rendre compte d'un phénomène sous toutes ses facettes, mais elles doivent au moins pouvoir fournir un certain nombre d'éléments explicatifs en lien avec les données d'observation. Les quelques questions importantes auxquelles ces théories s'adressent peuvent être résumées ainsi:

- ✓ Dans quelles conditions commence-t-on à consommer des substances psychoactives?
- ✓ Pourquoi certaines personnes s'installent dans des modes de consommation réguliers alors que d'autres non?
- ✓ Comment ces modes de consommation se transforment-ils en situations et en états de dépendance?
- ✓ De quelle(s) façon(s) les personnes dépendantes arrêtent-elles de consommer ces substances?
- ✓ Comment expliquer les rechutes?

Sans prétendre faire ici une revue de ces théories qui serait forcément incomplète, nous proposons plutôt de voir quelques grandes approches de la toxicomanie afin de saisir les fondements des dispositifs de prise en charge dont la référence à ces modèles est souvent implicite et dégager les enjeux qu'ils recouvrent pour la mise en oeuvre de programmes thérapeutiques, la définition de leurs objectifs et l'évaluation de leur impact. Dans cette optique, nos sources emprunteront à une des monographies du National Institute on Drug Abuse (NIDA, 1980) consacrée à la revue d'une quarantaine de systèmes théoriques, reprise ultérieurement par Lert et Fonbonne (1989).

### **2.11.2 Perspective psychanalytique de la toxicomanie**

Il existe bien sûr de multiples théories empruntant à l'approche psychanalytique que l'exposé suivant ne pourra que partiellement traduire. Nous opterons plutôt ici pour la présentation de quelques points communs à ces approches.

D'une façon générale, l'addiction est ici conçue comme une disposition affective particulière de la personne à recourir à des substances ayant des effets psychotropes, disposition qui résulte d'un trouble adaptatif et représente une tentative de défense et de régulation contre les déficiences et les failles narcissiques. Défaut d'organisation du moi, le sujet retrouverait son état narcissique originnaire d'accomplissement de « désirs magiques » et d'omnipotence dans la consommation de substances psychotropes. Le comportement « toxicomane » est donc vu comme un symptôme né de l'histoire de la personne et considéré comme un mode d'organisation particulier venu supplanter les mécanismes adaptatifs habituels que sont la formation de symptômes névrotiques ou de traits de caractère particuliers. Pour beaucoup d'auteurs en effet, la toxicomanie n'est pas associée à une structure spécifique précise, ce n'est ni une névrose, ni une psychose, ni une perversion, mais « une pathologie narcissique ». Les cliniciens retrouvent une forme particulière de dépression commune à la plupart des utilisateurs compulsifs de drogues. La lutte contre les émotions désagréables, anxiété ou dépression, trouverait une issue particulière chez la personne dépendante dont les affects peinent à être mentalisés et envahissent le champ somatique. Dans ce contexte, le toxicomane est à la recherche

d'une substance externe protectrice et toute puissante dont il dépend complètement pour rendre tolérable son angoisse. Ainsi dans cette approche, ce n'est pas le toxique mais le désir de le prendre qui fait d'un individu donné un toxicomane.

Quel que soit l'abord et la compréhension psychanalytique à laquelle on se réfère, toutes ces approches ont comme caractéristique commune de proposer un suivi à long terme avec des aménagements variés, axé sur l'introspection, où l'individu est amené à régler ses conflits essentiels en en prenant conscience et en les resituant dans son histoire et se trouve ainsi débarrassé des symptômes qui s'y rattachent. Si l'approche thérapeutique proposée s'éloigne souvent du modèle de cure analytique type, le thérapeute se fonde sur l'analyse du transfert comme élément de changement principal. La cible du traitement est donc la modification du fonctionnement psychique du sujet.

### **2.11.3 La dépendance aux opiacés : une maladie**

A côté d'une conception psychopathologique soutenant l'idée d'une hypothétique personnalité du toxicomane, il existe tout un courant de recherche envisageant le développement de la dépendance aux opiacés comme la traduction d'un déficit métabolique particulier chez certains individus. Cette perspective a été soutenue et développée pour être appliquée aux héroïnomanes par les promoteurs des traitements par la méthadone, Dole et Nyswander (1967). D'un point de vue biologique, ces derniers soutiennent que la méthadone serait tout aussi utile à l'héroïnomane que l'insuline l'est à certains diabétiques.

A l'appui de ces conceptions, il convient de rappeler les découvertes importantes dans les années 1970 des récepteurs spécifiques aux opiacés dans le cerveau humain puis celle des endorphines et des enképhalines ainsi que la mise en évidence de leur rôle dans les phénomènes de tolérance/dépendance. Quant à l'hypothèse d'un déficit métabolique, les analyses se fondent sur l'observation bien connue que l'administration de morphiniques n'entraîne pas systématiquement l'installation d'une tolérance, en particulier lorsqu'ils sont prescrits dans un cadre médical et que les effets observés induisent plus souvent des effets secondaires (nausées, etc.) que des sensations d'euphorie. Pour les tenants de cette approche, la recherche de toxique, au delà des

conditions des premières prises (curiosité, anxiété, etc.), ne peut se restreindre à l'explication psychologique. Plusieurs expériences menées chez l'animal montrent en effet que ce dernier, une fois exposé, développe un état de tolérance particulier aux opiacés persistant même après une désintoxication. Ces mécanismes expliqueraient pourquoi certaines personnes sont amenées à rechercher l'euphorie et à développer des conduites compulsives de consommation du produit.

Dans ce contexte, les traitements n'ont pas pour finalité première l'arrêt total des consommations, l'attention est davantage centrée sur les comportements sociaux (réduction des activités délinquantes, insertion professionnelle, et restructuration des réseaux familiaux et sociaux de la personne).

On est bien ici dans un modèle pharmacologique « dur » où la dépendance aux opiacés résulte d'un dysfonctionnement biologique, une maladie. Pour corriger ce dysfonctionnement, on fait appel à une substance dont l'efficacité a été prouvée selon les critères admis pour n'importe quel autre médicament. Une fois cette étape de stabilisation biologique franchie avec la substance, la « réhabilitation » de la personne devient alors possible et si elle ne survient pas, ce n'est pas le traitement pharmacologique qui doit être mis en cause mais les insuffisances des autres modalités de suivi thérapeutique de la personne (prise en charge psychologique ou sociale, conseils, etc.).

Aujourd'hui, cette conception médicale de la dépendance constitue au niveau international le principal modèle de référence pour la prise en charge des usagers dépendants aux opiacés. Suite à une longue période de controverse autour de la nécessité ou non de poursuivre indéfiniment les traitements de substitution, un mouvement favorable à une conception de la dépendance en général (nicotine, opiacés, alcool) comme une maladie chronique s'est affirmé ces dernières années. McLellan (2000), qui figure comme tête de file de cette perspective fonde son argumentaire sur la reconnaissance des problèmes sociaux issus de la consommation et de la limitation des ressources médicales (prévention et traitements). McLellan construit son argumentation en montrant que les facteurs qui favorisent la dépendance et en déterminent l'évolution sont de même nature (génétique et facteurs environnementaux) que ceux impliqués dans

les maladies chroniques comme l'hypertension, l'asthme ou le diabète. Il observe par ailleurs des niveaux d'adhésion au traitement et de rechute similaires à travers les groupes étudiés. Reprenant l'idée que la dépendance aux drogues induit des changements significatifs et de longue durée sur le fonctionnement cérébral, McLellan plaide contre le statut d'exception réservé à la dépendance conçue et traitée comme une maladie aiguë. Au même titre que tout autre maladie produisant des dysfonctionnements chroniques, il recommande que la dépendance soit considérée, traitée et évaluée sur le modèle des pathologies chroniques. Il faut rappeler que dans le contexte nord-américain, la reconnaissance de cette conception de la toxicomanie comme une maladie chronique met en jeu la normalisation des traitements dans le système de soins et leur financement dans les systèmes d'assurance.

#### **2.11.4 L'approche sociologique des usages de drogues**

Les choix analytiques de notre étude s'inscrivent dans une démarche sociologique et s'alimentent de recherches conduites sur le thème des usages de drogues le plus souvent issues de cette perspective. Afin d'aider le lecteur à se situer dans l'approche qui a guidé notre travail, nous en rappelons les principaux apports.

Dans les années soixante dix et jusqu'à la fin des années quatre vingt dix environ, des travaux de recherche ont été consacrés en France à l'étude des usages des consommateurs d'héroïne investissant l'espace public (les usages maîtrisés d'héroïne, moins visibles, ne sont pas abordés) pour lequel on peut citer, sans être exhaustif, quelques références (Ogien et Mignon, 1994; Bouhnik, 1995; Castel, 1998; Duprez et Kokoreff, 2000; Reynaud-Maurupt, 2000). Dans ces travaux, l'usager décrit est habituellement injecteur, il consomme de l'héroïne comme produit principal de façon intense et connaît une situation sociale marquée par une grande marginalisation. Au moment où ils sont rencontrés, les usagers présentent des trajectoires déjà marquées par cette consommation, ils sont rendus extrêmement vulnérables tant sur le plan personnel qu'en terme d'insertion sociale. Leur parcours est ponctué par des périodes alternant les tentatives de sevrage et les rechutes. Epuisés, les consommateurs perçoivent l'usage d'héroïne comme un obstacle, son achat et sa consommation sont devenus une ligne



biographique dominante (Castel, 1998) structurant un autre mode de vie dans les activités du quotidien.

Dès les années soixante, la littérature américaine d'inspiration interactionniste s'est intéressée aux usages de drogues illicites. L'analyse des carrières<sup>7</sup> de consommateur de drogues fut un des grands axes des travaux de la sociologie de la déviance<sup>8</sup>. L'école de Chicago, qui a développé les études *in situ* a pu démontrer que l'usager de drogues n'était pas privé de liens sociaux comme on tendait à le considérer, mais qu'il était un acteur social « ordinaire » (Ogien, 2000). L'idée d'une structuration des réseaux sociaux « délinquants » sur le mode d'une dérive anomique a été renversée pour être envisagée comme la résultante d'une socialisation hors des normes sociales communément admises, mais construite à partir d'un modèle d'insertion similaire à celui couramment légitimé par le système social.

Les travaux de Becker (1985) s'inscrivent dans ce renversement de perspective soutenant l'idée que les propriétés pharmacologiques d'un produit sont insuffisantes à créer un état de dépendance (cas des patients traités sur de longue période avec la morphine et qui ne deviennent pas toxicomanes). Pour que celle-ci se développe, il faut que la personne mette en relation la prise du produit avec les effets psychotropes qu'il contient et la signification qu'elle lui donne (Lindensmith, 1968; Castel, 1998). Par son étude des fumeurs de marijuana, Becker montre comment l'utilisation d'une substance s'inscrit dans un processus d'apprentissage de la juste sensation, des normes et des valeurs qui s'y rapportent. Parallèlement, une suite de stratégies se met en place avec les autres usagers pour s'ajuster autant que possible aux contrôles exercés par l'entourage (« contrôles sociaux ») et faisant de leurs usages des conduites « immorales ».

Dans cette perspective, le monde de la drogue est abordé comme un monde social qui intègre des savoirs collectifs tirés de pratiques communes liées à l'usage de drogue. Ces savoirs et ces pratiques partagées donnent aux consommateurs le sentiment

---

<sup>7</sup> « la carrière d'un usager de drogues » renvoie à la succession des étapes qui conduit la personne à faire la découverte puis l'apprentissage des normes déviantes, pour finir par s'insérer dans le monde social des consommateurs.

<sup>8</sup> la sociologie de la déviance porte sur l'étude des conduites perçues immorales ou marginales parce qu'elles s'écartent des normes admises socialement

d'appartenir à un groupe social spécifique dont les règles sont fixées autour de leurs propres normes pour permettre de résister à la pression du système normatif. En outre, c'est au sein de ce même groupe que s'élaborent et se transmettent les stratégies de régulation de la consommation, l'interprétation des effets et les mécanismes de valorisation ou de rejet d'une substance.

Alors que les discours de sens commun s'attachaient à l'idée d'une perte de contrôle totale du consommateur d'héroïne, Zinberg (1984), dans une étude de cas devenue célèbre (*Carl is an occasional heroin drug user*), démontre qu'il est possible d'avoir un usage contrôlé de ses consommations et que l'usage de drogues se distingue de l'expérience proche de la « possession » souvent attachée à la toxicomanie. Fondée sur une analyse biographique examinant les différentes trajectoires (familiales, sociales, affectives, professionnelles) de Carl, Zinberg soutient que l'addiction recouvre trois éléments: la drogue (son action pharmacologique), la situation (l'attitude et la personnalité de la personne en situation de prise d'un produit) et le contexte (les éléments de l'environnement social déterminent les circonstances de l'usage). Ainsi selon l'auteur, le passage d'une consommation abusive au choix de la poursuite d'une consommation plus contrôlée nécessite une restructuration des réseaux sociaux pour limiter les relations avec les autres usagers (distanciation ou désengagement), de créer ou de maintenir des passerelles affectives ou sociales avec des milieux étrangers au monde de la drogue, d'intégrer (intérieuriser), en partie au moins, les contrôles sociaux ou légaux des drogues illicites en fonction de ses moyens ou de ses aspirations. Dans un article intitulé « Les contrôles de la toxicomanie » Castel et Coppel (1991) distinguent deux formes de contrôles : les *hétéro-contrôles* et les *auto-contrôles*. Les premiers font appel à des modes de régulation externes sociaux et sociétaux généralement quand l'utilisateur n'est plus en mesure de mobiliser ses propres ressources (*auto-contrôles*) pour réguler sa consommation. Les *hétéro-contrôles* peuvent s'opérer de façon informelle (contrôles sociétaux non professionnalisés: entourage familial ou professionnel, par exemple) ou plus formelle (justice, médecine). La prise en charge institutionnelle, qu'elle soit spécialisée ou professionnelle (CSST, établissements médicaux ou médicaux psychologiques), ou de type profane (dans le sens où elle ne correspondent pas à un



savoir spécialisé) — groupes d'auto-support ou communauté religieuse, par exemple — constituent des « hétéro-contrôles », c'est-à-dire un champ d'intervention qui, chacun à sa façon, propose ou impose une voie planifiée d'abandon de la toxicomanie. D'après les auteurs, les *auto-contrôles* reflètent l'importance des stratégies d'adaptation et de régulation que développent les usagers au contact quotidien du monde de la drogue. Ces *auto-contrôles* sont lisibles à travers a) les modes de consommation qui regroupent trois catégories (fréquence, quantité et type d'engagement dans le monde de la drogue), et b) la gestion des relations de marché, des rapports sociaux ; la perte de contrôle étant sanctionnée par l'exclusion. Ces univers de la drogue selon qu'ils s'insèrent dans un contexte de rue ou de plus grande insertion n'offrent pas les mêmes opportunités de régulations. Tous ces travaux convergent vers le fait que ce n'est pas tant le produit que le rapport au produit et le mode de vie dans lequel il s'inscrit qui compte. Ce faisant, seule une fraction des usagers de drogues est visible et désignée socialement comme déviante du fait d'un rapport spécifique à la drogue qui se manifeste par la perte de contrôle de la consommation (Castel, 1998).

Depuis une dizaine d'années, on a vu émerger un autre courant d'étude de la toxicomanie qui positionne son objet d'étude sous un autre angle, celui du quartier ou de la ville par exemple (Bibeau et Perreault, 1995; Perreault, 1999). A partir d'une analyse historique et sociologique des villes et des quartiers puis de l'étude des dynamiques urbaines, les auteurs montrent les ramifications entre les phénomènes de désintégration de quartiers urbains et l'ancrage de la toxicomanie. Des phénomènes comme la prostitution, l'errance, les jeunes de la rue, la détérioration de l'environnement, ou les activités criminelles peuvent avoir de nombreux liens avec l'émergence de la toxicomanie dans un quartier. Au terme de leur analyse, les auteurs concluent à la nécessité d'une approche globale de la toxicomanie. Intervenir sur les causes de la désintégration sociale et du tissu urbain, c'est agir sur la toxicomanie et ses conséquences.

A l'issue d'un travail de plus de cinq années de recherche et de vie dans le Barrio, un quartier de East Harlem qui abrite une forte communauté portoricaine dont une partie immigrée et l'autre partie, très jeune, née sur le sol américain, Bourgeois

(2001) positionne la drogue — en l'occurrence, le crack — comme un biais d'étude sociologique. En pénétrant dans le quotidien de cette communauté portoricaine, le chercheur montre que la question de la toxicomanie devient accessoire tant elle s'efface au profit de l'analyse d'une microsociété en marge des normes sociales communément admises. « *En quête de respect : le crack à New York* »<sup>9</sup> traite de l'exclusion et de la marginalité sociale d'une minorité ethnique. L'auteur décrit et analyse les stratégies de celle-ci pour survivre et pour sauvegarder sa dignité, les conséquences souvent destructrices de ces stratégies sur la communauté portoricaine, la contribution du système politico-économique américain à la reproduction de la misère des habitants du Barrio et l'antagonisme entre les valeurs de ces derniers et celles, dominantes, de la société blanche anglo-saxonne. La prégnance de la pauvreté dans le Barrio favorise l'invention d'une culture économique de survie faite de débrouillardise et de ruse, qui se manifeste, entre autres initiatives, par la commercialisation de produits illicites comme le crack, la cocaïne ou l'héroïne.

La vente de crack, industrie multimillionnaire, constitue ainsi le poumon de l'économie de ce quartier. Elle s'est développée d'autant plus facilement qu'elle est considérée comme un moyen, certes risqué mais rapide, d'enrichissement individuel. Par cette fonction de promoteur économique qu'on lui suppose, le commerce de crack, quasi monopolisé par les hommes, est devenue une activité économique qui intègre une forte proportion de la population du Barrio. En effet, de la manne financière que dégage cette activité, bénéficient même des préadolescents et des adolescents que son mode d'organisation permet d'intégrer facilement. Bourgois montre que la longévité d'un commerce de crack dépend de la création d'une diversité de postes de travail dont ceux de guetteur et de livreur qu'occupent idéalement les plus jeunes parce qu'ils sont moins soupçonnables par les autorités policières et bénéficient d'une plus grande clémence devant les tribunaux que les personnes majeures. Poursuivant son analyse, Bourgois montre comment la rentabilité financière dérivée de la vente de crack, en contexte d'extrême pauvreté sociale, peut constituer une cause première de la violence dans le

---

<sup>9</sup> Traduction en français de l'ouvrage « *In Search of Respect. Selling Crack in El Barrio* », publié en 1995 par Philippe Bourgois. Cambridge University Press

Barrio. Resituée dans cette économie, l'auteur décrit tant la fonction que l'incalculable valeur de la violence dont l'usage est à la fois au service du contrôle du marché du crack entre bandes rivales, qu'un outil permettant de jouir d'un franc respect et d'une autorité dans le quartier. A partir de cette analyse de la relation entre la culture, l'économie et le déterminisme social, ce travail contribue à repenser la question des facteurs individuels.

### **2.11.5 Conclusion - problématisation de la question de recherche**

Au terme de cette section qui a tenté de faire une synthèse des connaissances concernant les traitements de substitution de la dépendance aux opiacés et leur évaluation, que faut-il retenir ?

La « toxicomanie » a donné lieu au fil de l'histoire à une multitude de modèles explicatifs et il n'existe pas de théorisation unifiée permettant de rendre compte de l'intégralité du phénomène. Aujourd'hui, la conception biomédicale de la dépendance aux opiacés domine un peu partout dans le monde les politiques de prise en charge de la dépendance aux opiacés. Sa mise en œuvre dans la délivrance des traitements de substitution, son cadre réglementaire ainsi que les modalités de prise en charge associées se révèlent néanmoins très hétérogènes en fonction des pays et des conceptions plus ou moins tolérantes des sociétés à l'égard des usages de drogues en général. Mais globalement, on attend du cadre médical de prescription du traitement qu'il puisse fournir aux usagers un environnement propice au désengagement de l'univers de l'illégalité pour ainsi permettre un meilleur accès aux soins, une amélioration significative des conditions de vie et l'adoption de modes de vie « normalisés », bénéfiques nécessitant une prise en charge psychosociale adaptée.

Sous l'impulsion de la politique de réduction des risques, on a assisté en France à un véritable renversement paradigmatique qui a donné lieu, à travers la mise en place des traitements de substitution, à l'émergence d'un nouveau dispositif de santé publique avec des nouveaux objectifs et un nouveau rôle tant pour les praticiens que pour les bénéficiaires de ces traitements. En effet, le système français d'offre des traitements de substitution se démarque à plus d'un titre des modalités de fonctionnement souvent très strictes des CSST appliquées dans les pays ayant une expérience ancienne des traitements de substitution. En France, la prédominance de la médecine de ville dans le suivi des traitements et le cadre très souple de prescription du Subutex® (durée de prescription jusqu'à 28 jours, absence de contrôles urinaires, pas d'enregistrement, gestion à domicile de la prescription) se traduisent, de facto, par une large autonomie pour l'utilisateur dans la façon de gérer sa prescription. La flexibilité du cadre

réglementaire et le faible encadrement des pratiques médicales, nés de l'urgence de développer une offre de soin dans un contexte d'épidémie du VIH parmi les usagers de drogue et de la nécessité de contourner les résistances des professionnels à l'égard d'une population réputée difficile, se sont d'emblée inscrits dans une stratégie de réduction des risques. L'objectif d'une vie sans produit ni support médicamenteux restant un horizon de long terme. L'implantation de ces traitements en France a suscité un véritable engouement qui s'est maintenu dans le temps malgré les réticences initiales. Or, l'observation de phénomènes « d'abus du système », de détournement du Subutex® sur le marché de la rue, de « mésusages » et son intégration progressive dans des usages hors indications thérapeutiques ont soulevé de nombreuses interrogations, encore sans réponse, qui conduisent à proposer diverses formes de renforcement de la réglementation.

En France, les modalités de prise en charge des usagers sous méthadone sont relativement proches de celles appliquées dans les pays anglo-saxons. Utilisée de longue date, la méthadone est un produit dont les effets et les modalités de prise en charge ont été bien étudiés d'un point de vue clinique et épidémiologique, plus modestement cependant dans la perspective des usagers. Il en est tout autrement du Subutex® dont les conditions de suivi et de délivrance en font aujourd'hui encore une expérience unique au niveau international, et partiellement évaluée.

Dans la littérature, les données existantes sur l'évaluation de ce traitement se réfèrent principalement au schéma biomédical, la mise en place du dispositif du Subutex® ne s'étant pas accompagnée d'une procédure d'évaluation. Ces données reposent sur des méthodes d'évaluation usuelles de l'efficacité des traitements (essais thérapeutiques et études observationnelles) utilisant des indicateurs cliniques, pharmacologiques, ou comportementaux, croisés parfois à des indicateurs individuels de délinquance. Les résultats de ces études témoignent d'un bon impact des traitements tant au niveau collectif (indicateurs de mortalité, saisies d'héroïne, etc.) qu'individuel (évolution de la situation sociale et de la santé dans les études observationnelles), mais les méthodes d'investigation utilisées demeurent limitées pour juger de leur impact plus large dans le quotidien des usagers. En effet, la façon dont ces produits de substitution

s'intègrent dans le quotidien des usagers reste peu étudiée dans la littérature. Pourtant, comme n'importe quel autre traitement de longue durée, l'efficacité de la prise en charge est étroitement liée à la capacité du dispositif à répondre aux besoins de ceux qui y ont recours ce qui exige une meilleure connaissance du vécu et du sens donné par les bénéficiaires à la prise en charge proposée.

Ces questions ont été abordées dans quelques études utilisant des méthodologies de type sociologique, ethnologique ou anthropologique menées principalement dans les pays anglo-saxons auprès d'usagers sous méthadone. Les données issues de ces travaux révèlent des motivations, des attitudes et des perceptions très hétérogènes à l'égard du traitement. A l'exception de quelques rares travaux mettant en exergue les bénéfices rapportés par les usagers, c'est plus généralement une forte mise en cause des pharmacothérapies de substitution dans les processus de la dépendance qui se dégage à côté d'une critique sévère du cadre institutionnel strict des centres spécialisés qui tend à brimer l'autonomie des personnes. Ces analyses ne suffisent pas à comprendre la situation française compte tenu du cadre très différent du dispositif du Subutex® et des études rares conduites en France. En plus d'être demeurées très descriptives, la très grande majorité de ces recherches ont été menées, y compris en France, auprès des populations en situation de grande précarité (Bouhnik et Touzé, 2001) ou au contraire centrées sur des populations relativement bien insérées (Lalande et Grelet, 1999). La restriction du champ d'étude autour des traitements de substitution et des populations concernées conduit à une présentation dichotomique de ces thérapies, tantôt idéalisées, tantôt diabolisées, qui ne rend pas compte de la diversité des situations ni des dynamiques sous-jacentes aux usages des produits de substitution.

La structure de l'enquête Aides-Inserm qui constitue le premier volet de notre étude a tenté de rendre compte, du point de vue des usagers et sans emprunter aux catégories médicales, des effets, des bénéfices et des difficultés suscitées par ces traitements et mieux situer la place qu'ils tenaient dans leur parcours. Cette étude transversale qui met en relation l'évaluation du traitement, de ses effets et de ses modalités avec la situation des individus en termes de situation sociale et de consommations a mis en évidence des situations très diverses qui traduisent des succès,



des insuffisances et des échecs avec le traitement. Pour autant, cette étude ne permet pas d'appréhender les trajectoires et les processus de changement liés au traitement par le Subutex®. Un éclairage qualitatif de ces données est donc nécessaire et c'est l'objet de l'étude présentée ici.

Au terme de plusieurs années d'expérience de cet unique dispositif qui a mis à jour une grande diversité des usages du Subutex® susceptibles de mettre en question la stratégie adoptée, il importe d'identifier ces usages et de mieux comprendre ceux qui vont constituer des ajustements favorisant la réinsertion du sujet dépendant, ceux qui s'inscrivent dans des modes de gestion contrôlée des produits, ceux qui participent à la poursuite ou l'aggravation d'une toxicomanie aux opiacés et enfin ceux dans lesquels le Subutex® pourrait jouer le rôle d'une transition vers un abus ou une dépendance plus sévères. Dans un domaine où les perceptions des usagers font simultanément référence aux propriétés du produit, à ses effets, à son régime thérapeutique et à son cadre réglementaire, à la scène et aux cultures locales de la drogue, ce projet s'interroge sur la façon dont les usagers s'approprient un « nouveau » produit qui, à la différence de la méthadone, se présente comme un substitut dépourvu d'effets euphorisants. Quelle place et quel sens donnent-ils à ce produit dans leur parcours avec les produits ? En quoi va-t-il modifier le vécu de la dépendance ?

Alors que la personne sous méthadone est décrite dans la littérature comme un sujet passif, discipliné, infantilisé et obéissant aux modalités strictes de suivi de ces traitements, ce phénomène est nettement moins lisible dans le cas du dispositif du Subutex®. Au contraire, et au regard de la souplesse du cadre réglementaire qui donne à l'utilisateur une grande latitude dans la façon de gérer son traitement, ce dernier apparaît plus autonome dans la définition de son projet thérapeutique, d'une part, et dans la façon de s'approprier le médicament de substitution, d'autre part. On fait l'hypothèse comme l'indique Lovell (2001) que l'utilisateur a la capacité de se responsabiliser et d'exercer son autonomie quant à la gestion de sa prescription, la régulation de ses consommations, et de faire le choix du niveau de dommage ou de risque qu'il souhaite éliminer. Néanmoins, dans un contexte où les pratiques professionnelles restent très peu

codifiées, la manière dont les usagers se positionnent dans ce système et les perceptions qu'ils en ont demeurent totalement méconnues.

L'adoption du paradigme de la réduction des risques en France dont le dispositif du Subutex® constitue une composante essentielle de la stratégie dans le contexte national a représenté un véritable renversement dans la prise en charge des usagers de drogues. Jusqu'alors en effet, l'offre de soin pour les dépendances aux opiacés était demeurée très restreinte, limitée pour une grande part au suivi psychologique et à quelques places dans les centres de soins spécialisés délivrant de la méthadone dans des conditions très contrôlées et réglementées. C'est ainsi que la substitution par le Subutex® telle qu'elle fut mise en place en France a ouvert une nouvelle voie de santé publique faisant tomber en désuétude toute autre modalité thérapeutique, hégémonie qui peut aussi être considérée comme problématique. Si l'on suit les analyses de Fassin (1998), le dispositif du Subutex® pourrait être rapproché de ce que l'auteur désigne comme une gestion de plus en plus décentralisée, localisée des situations tant sociales que sanitaires des consommateurs de drogues. Aux lourdeurs des règles fixées par les centres spécialisés se substitue le médecin de famille. D'une situation de quasi « non choix » de l'institution, l'utilisateur est mis face à un système où les possibilités de suivi se démultiplient ; suivi qui se déroule dans le cadre d'une relation de plus grande proximité sur le plan géographique, d'un projet thérapeutique plus individualisé par le biais de la médecine familiale, et l'anonymat (secret médical) renforcé dans la pratique médicale privée. Une prise en charge qui pourrait finalement résulter de la combinaison des expériences et des choix des deux principaux acteurs impliqués dans le contrat, soit l'utilisateur et son médecin. La place donnée à l'utilisateur de drogues dans la perspective de la réduction des risques tend à illustrer celle du sujet dans le modèle de la nouvelle santé publique dont un des axes consiste à reconnaître un rôle central à la personne. Un modèle qui tend à la responsabilisation des individus et à l'autorégulation, une approche où le consommateur de drogues n'est pas passif et considéré incapable « d'auto-contrôle », mais porté à « l'autodétermination », un modèle où l'utilisateur serait finalement le principal « expert » et entrepreneur de sa situation. C'est à ces questions que nous tenterons d'apporter quelques éléments de réponse dans les sections suivantes.



### **3. OBJECTIFS**

Cette étude s'intéressait à l'évaluation faite par les usagers de l'impact du traitement par le Subutex® dans leur quotidien. Dans un contexte de prise en charge centré sur une approche médicale et pharmacologique de la dépendance aux opiacés mais relativement souple au niveau de l'encadrement de la prescription et du suivi du traitement, notre principal objectif consistait à interroger le vécu de la transformation de la dépendance au cours de la prescription.

Pour éclairer cette question, nous avons procédé en plusieurs étapes poursuivant deux objectifs spécifiques :

**Objectif 1 :** Identifier, décrire et analyser les usages différenciés du Subutex® allant de formes de régulation des consommations de l'utilisateur à des modalités d'aggravation de la toxicomanie ;

**Objectif 2 :** Identifier, décrire et analyser les modalités de la construction de la relation avec le médecin dans le déroulement de la prescription du Subutex®, du point de vue de l'utilisateur.

### **3.1 Premier objectif: Identifier, décrire et analyser les usages différenciés du Subutex®**

Pour étudier les transformations induites par le passage de la consommation d'un produit illicite avec des propriétés et des effets spécifiques à un médicament de substitution présentant lui-même ses propres caractéristiques pharmacologiques, nous nous sommes intéressés dans un premier temps aux dynamiques d'usages du Subutex®.

Cette étude visait plus particulièrement à :

- identifier et décrire les dimensions permettant de caractériser les modes d'appropriation du Subutex® par les usagers ;
- dresser une typologie des dynamiques d'usages;
- identifier et décrire les déterminants des dynamiques d'usages.

### **3.2 Deuxième objectif: Identifier, décrire et analyser les configurations de la relation avec le médecin**

Dans un contexte où les pratiques médicales sont peu codifiées et le cadre réglementaire et de suivi des traitements peu contraignant pour l'utilisateur, la deuxième étape de la recherche consistait à interroger la manière dont la relation avec le médecin se construisait du point de vue des usagers.

Cette étude s'attachait plus spécifiquement à :

- identifier et décrire les principales dimensions permettant de caractériser la relation avec le médecin prescripteur ;
- établir les configurations des différents modes de relation avec le médecin à partir des principaux enjeux qui s'y jouent.

## **4. METHODES**

## **4.1 Une brève histoire de l'étude ....**

Fin 1999, trois ans après la mise en place du dispositif du Subutex®, des remontées inquiétantes du terrain (professionnels de la santé, associations, travailleurs sociaux) commençaient à faire jour au sujet de ce qu'il est coutume d'appeler les « mésusages » du Subutex® (pratiques d'injection, usages associés d'autres substances psychoactives dont les benzodiazépines, vente dans la rue). A cette époque, les données épidémiologiques étaient trop peu nombreuses et les méthodologies trop hétérogènes pour appréhender l'ampleur de ces phénomènes et les risques associés, tant pour la personne que d'un point de vue de santé publique. Partant de ces constats pouvant mettre en question une stratégie récente et dans l'attente de résultats plus complets sur l'évaluation des bénéfices au niveau individuel et de l'impact des traitements sur la mortalité et la dynamique des infections virales (VIH, VHC), une étude de méthodologie qualitative fut mise en place. Menée sous l'égide de l'Inserm U88, cette recherche s'attachait à décrire et à analyser les usages du Subutex® quel que soit le mode d'acquisition du produit (rue, don, prescription...) pour les resituer dans une gestion plus large des consommations par les usagers en fonction de leur histoire, de leur mode de vie, et de leurs attentes vis-à-vis du médicament de substitution et des services de soins. L'étude présentée dans le cadre de ce travail de thèse s'inscrit dans cette recherche en se limitant aux usagers recevant une prescription dans le contexte d'un protocole thérapeutique. Pour une plus grande lisibilité de la démarche, la partie suivante se limitera à décrire les sections du protocole d'enquête réservées aux usagers recevant une prescription de Subutex®.

## **4.2 Une approche sociologique des usages des Subutex®**

Dans le cadre de notre travail qui s'attache à explorer le devenir de la personne dans les processus de la dépendance au cours de la prescription des traitements de substitution, l'étude des processus sociaux dans lesquels les personnes s'inscrivent et le sens qu'elles donnent à leurs pratiques nous semblent pertinents pour aborder de façon qualitative les usages du Subutex® prescrit dans le cadre d'un traitement de substitution

aux opiacés. Pour comprendre les pratiques de la substitution, il importe de prendre en compte la manière dont les usagers définissent eux-mêmes leur situation et les attitudes qu'ils adoptent ainsi que les contextes dans lesquels elles se produisent. Dans cette perspective, notre réflexion implique de s'extraire de la vision normative et réductrice des écarts aux normes thérapeutiques (non observance de la posologie, du rythme des prises, du mode d'administration), couramment appelés les « mésusages » du Subutex®, pour les resituer dans une gestion plus large des consommations par les usagers en fonction de leur histoire, de leur mode de vie, et de leurs attentes vis-à-vis de la substitution et des services de soins. De la même façon, l'utilisateur de substances psychoactives est considéré dans ce travail non pas comme un « déviant » mais comme une « personne ordinaire ». Dans la continuité des travaux décrits dans la section 4.4, notre étude postule que les usagers de drogues, tout en partageant les caractéristiques d'un mode de vie marqué par la « culture de la drogue », sont loin d'être irrationnels ou incohérents et sont à même de justifier leur choix et de les argumenter. Cette façon de structurer notre réflexion nous apparaît d'autant plus appropriée qu'elle est proche des principes et des problématiques sous tendues par la politique de réduction des risques et des dommages liés aux usages de drogues à des fins de prévention des infections comme le VIH/sida. Appréhender les usages de la substitution sous l'angle sociologique procède plus, comme l'écrit Castel (1998) d'une phénoménologie empirique des conduites plutôt que de l'analyse d'un phénomène à travers le prisme théorique.

## **4.3 Population à l'étude et échantillonnage**

### **4.3.1 Population**

De nombreux travaux ethnologiques ou anthropologiques ont été réalisés dans des lieux publics ou collectifs : squats, parcs et concernant donc des populations d'usagers ayant une forte implication dans un espace public. Or, une part importante de la consommation et des transactions se déroule dans des espaces privés<sup>10</sup> et ces

---

<sup>10</sup> Dans l'étude réalisée en 1994 (Lert, Candillier, Imbert and Belforte, 1995), dans divers centres de soins de la région parisienne, 46% consomment chez eux et 16% chez des amis. Les chiffres sont de 57% et 11% pour les clients des programmes d'échange de seringues en 1998 (Emmanuelli et al., 1999a)

approches ne rendent donc compte que d'une population particulière. Il était donc nécessaire pour notre étude d'avoir accès à une population plus diverse et donc plus dispersée que la population de la rue. De plus nous ne nous intéressions pas aux pratiques de consommation : préparation du produit, réalisation des injections, utilisation du matériel, pratiques collectives de consommation, relations avec les dealers etc., qui relèvent davantage de l'observation ethnographique. Par conséquent, la stratégie a consisté à recruter un échantillon contrasté quant à certains critères (caractéristiques socio-démographiques, âge, contextes et modes de vie, histoire avec les produits) pour rendre compte de la diversité des situations individuelles susceptibles de mener à des usages différenciés du Subutex®. Ainsi, l'enquête a été menée en région parisienne, à Paris et à Montreuil (Seine Saint-Denis) sur la base d'un recrutement multisite et multiniveaux.

#### **4.3.2 Taille de l'échantillon et procédure d'échantillonnage**

Un premier recrutement a été réalisé auprès des médecins prescripteurs en cabinets libéraux (CL) et en centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST). On a par la suite procédé à un recrutement complémentaire dans les Programmes d'échanges de seringues (PES) afin de toucher une population connue pour avoir des consommations fréquentes et par injection, de Subutex® (Emmanuelli et al., 1999a). Enfin et dans chacun des sites, on a procédé à un (sous)échantillonnage en fonction des caractéristiques socio-démographiques de la population générale des consommateurs de drogues, en fonction du sexe, de l'âge, de l'insertion professionnelle, et de l'existence d'une relation de couple.

##### **4.3.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion**

L'étude a porté sur des personnes de 18 ans et plus présentant des antécédents de consommation d'héroïne, et ayant consommé au moins deux fois du Subutex® dans le cadre d'un traitement de substitution prescrit par des médecins exerçant en CL ou en CSST de la région parisienne au cours du mois précédant la première entrevue.



Parmi les usagers sollicités en cabinet libéral et en centre de soins, nous nous sommes basés sur le critère « d'observance » des personnes au protocole thérapeutique, laissé à l'appréciation des médecins chargés du suivi de ces personnes. Ces critères nous apparaissaient alors appropriés au repérage des populations présentant des usages, a priori, contrastés. Trois groupes ont ainsi été distingués pour un premier contact :

A - *les usagers sous prescription depuis plus de six mois venant régulièrement consulter* à la date prévue de renouvellement de la prescription. Ces usagers étaient susceptibles d'avoir une bonne « adhésion » aux posologies prescrites, ce qui n'empêchait ni l'injection, ni les multiprescriptions.

B - *les usagers sous prescription depuis plus de six mois venant irrégulièrement consulter*. On a ici fait l'hypothèse que les « mésusages » étaient plus fréquents dans ce groupe. En effet, devancer ou retarder la consultation peut être lié à une prise non-conforme à la posologie prescrite, au troc ou à la vente d'une partie des médicaments, à une prise concomitante d'autres substances ou à l'utilisation du Subutex® en produit de dépannage.

C - *les usagers ayant commencé un traitement de substitution depuis moins de trois mois*. Le début du traitement de substitution a été considéré comme un temps d'observation particulièrement intéressant susceptible de correspondre à une phase d'ajustement du mode de vie et de tentative d'interruption de l'injection.

Parmi les usagers sollicités dans les PES, toutes les personnes ayant consommé du Subutex® obtenu sur prescription au moins deux fois dans le mois précédant le premier entretien ont été considérées éligibles pour l'enquête.

Les critères d'exclusion étaient de deux ordres :

a) « a priori », et sur la base de l'expertise des médecins :

✓ les usagers dont les caractéristiques psychologiques (ex: troubles psychiatriques connus) pouvaient menacer la sécurité de l'enquêtrice<sup>11</sup> ou compromettre la bonne conduite de l'entretien ;

---

<sup>11</sup> l'enquêtrice est l'auteur(e) de cette thèse

✓ les usagers pour qui la problématique des entrevues était susceptible de menacer l'équilibre psychologique.

b) « A posteriori », et laissés au jugement de l'enquêtrice :

En raison de la méthodologie retenue, il importait pour mener cette enquête de faire preuve d'une grande flexibilité à l'égard des personnes rencontrées et de se déplacer au plus près des lieux de vie, parfois même au domicile des gens, squats compris. Les entretiens en soirée ont été nombreux car ils correspondaient à des temps de plus grande disponibilité, notamment pour ceux qui avaient des enfants ou qui travaillaient. Du fait de ces déplacements tardifs en banlieue et de l'isolement de l'enquêtrice, il a pu arriver que celle-ci décide de ne pas recontacter certaines personnes (5 au total). Deux cas de figure se sont présentés : les personnes qui, au premier entretien, avaient fait preuve de propos jugés inappropriés dans le cadre de l'enquête (ex : digressions répétées sur un mode pervers, drague insistante) sans qu'il soit possible de recadrer l'entretien, et celles dont l'attitude avait été vécue particulièrement agressive (ex : attitude paranoïaque accompagnée de menaces).

**Tableau 1** : Tableau récapitulatif de la structure initiale de l'échantillon (n = 75)

PARIS							MONTREUIL						
CL			CSST			PES	CL			CSST			PES
O <sup>a</sup>	NO <sup>b</sup>	NC <sup>c</sup>	O <sup>a</sup>	NO <sup>b</sup>	NC <sup>c</sup>	US <sup>d</sup>	O <sup>a</sup>	NO <sup>b</sup>	NC <sup>c</sup>	O <sup>a</sup>	NO <sup>b</sup>	NC <sup>c</sup>	US <sup>d</sup>
n=5	n=5	n=5	n=5	n=5	n=5	n=5	n=5	n=5	n=5	n=5	n=5	n=5	n=5

<sup>a</sup> « observance » : usagers substitués depuis > 6 mois venant régulièrement

<sup>b</sup> « non observance » : Usagers substitués depuis > 6 mois venant irrégulièrement

<sup>c</sup> nouveaux consultants : substitution depuis < 3 mois

<sup>d</sup> usagers ayant reçu une prescription de Subutex® dans le mois précédent l'enquête

## **4.4 Collecte des données et définition des dimensions à l'étude**

### **4.4.1 Procédure de collecte des données**

La collecte des données s'est déroulée sur une période d'un an, de janvier à décembre 2000. Afin de faciliter la prise de contact souvent difficile auprès des populations consommatrices de drogues et rencontrer une population aux caractéristiques différenciées, le recrutement a été réalisé par l'intermédiaire des médecins prescripteurs en cabinet libéral et en centre de soins préalablement contactés en vue de leur collaboration au projet. Pour ne pas entraver le fonctionnement des structures de soins (plus contraignant en médecine familiale), une rencontre préalable avec les médecins et les coordinateurs de chaque structure était initiée afin de présenter l'enquête, préciser les critères d'inclusion et d'exclusion, discuter les modalités de collaboration des structures avec l'enquêtrice tout au long du recueil des données (prise de contact, présence de l'enquêtrice sur place, etc.), et réaffirmer la stricte confidentialité des entretiens à l'égard des structures de soin.

Au cours de ces rencontres, une première liste d'utilisateurs à contacter par le médecin était établie, et/ou des journées de recrutement planifiées en fonction des consultations des médecins. Sur cette base, les médecins avisaient les utilisateurs de l'enquête durant la consultation et les encourageaient à venir rencontrer l'enquêtrice (présente dans la salle d'attente) pour plus d'informations. La collaboration avec le médecin, et plus généralement avec les structures de soins, prenait généralement fin lorsque l'utilisateur avait été mis en contact avec l'enquêtrice (à moins que les modalités de prise de contact souhaitées par l'utilisateur nécessitaient l'intermédiaire institutionnel : contacter le secrétariat ou le médecin pour être avisé de la date du prochain rendez-vous de la personne, par exemple).

Lors de ce premier contact, un accord oral de participation volontaire était généralement recueilli directement par l'enquêtrice après spécification des objectifs de l'enquête, des bénéfices et des risques pour l'utilisateur, de la confidentialité des entretiens ainsi que de leur déroulement, et du rôle attendu du participant. La personne était également avisée qu'aucune indemnité ne lui serait versée pour sa participation, et

qu'elle pouvait à tout moment cesser sa collaboration sans aucune conséquence pour son traitement. Les modalités de prise de contact les plus adéquates pour la personne étaient discutées au cours de ce premier contact. Plus rarement et en fonction de la disponibilité de la personne un premier entretien était alors réalisé.

Étant donné le mode de vie, et la grande mobilité de ces populations, nous nous aperçûmes très rapidement que le téléphone portable était l'outil privilégié pour maintenir les contacts avec les usagers tout au long du recueil de données. Il s'est avéré que les usagers rencontrés en étaient largement équipés et que ce mode de communication remportait la préférence parmi d'autres proposés (téléphone fixe, courrier, relais des structures de soin, par exemple). Cet instrument présentait plusieurs avantages pour notre enquête : une prise de contact rapide, individualisée et discrète pour prendre rendez-vous, confirmer le rendez-vous la veille, l'annuler ou le différer. L'enquêtrice munie d'un portable avec un numéro « professionnel » laissait aux personnes une carte professionnelle avec ses coordonnées les invitant à la contacter en cas de besoin (empêchement pour un rendez-vous fixé, demandes d'informations complémentaires liées à l'enquête, arrêt de sa participation, etc.). L'enquêtrice ainsi contactée avait pour consigne de rappeler la personne afin que cette dernière ne supporte pas le coût de l'appel. Pour les personnes non équipées de ce type d'appareil, les modalités de prise de contact sur téléphone fixe étaient discutées de même que les consignes à respecter vis-à-vis de l'entourage de la personne. D'autres modalités étaient proposées comme la possibilité de repasser par l'intermédiaire de la structure de soin.

#### **4.4.2 Procédure d'entretiens**

Les recherches rétrospectives ou transversales de type qualitatif qui reposent sur du matériel discursif présentent des failles bien connues dans leur capacité à reconstruire ce qui s'est produit « après coup » : défaut de mémoire, souvenirs sélectifs des événements lourds sur le plan affectif ou cognitif, tendance à amplifier les émotions rattachées aux événements et à privilégier le positif ou le négatif en fonction de l'état d'esprit du moment. De plus, le souvenir reconstruit dans le récit tend à le rendre plus harmonieux, rationnel et cohérent que les événements ont pu l'être. Dans le domaine

des usages de produits illicites qui renvoient à des comportements jugés délictueux, déviants et fortement stigmatisés sur le plan social et sanitaire (VIH), un biais de désirabilité sociale ou la sous-déclaration des comportements et pratiques est à craindre (Darke, 1998), si on se contente d'une seule source d'information ou d'un entretien isolé. De plus, en raison même de notre objet d'étude qui s'attachait à comprendre des usages qui ne sont pas toujours conformes à la norme thérapeutique, il était déterminant pour notre enquête de prendre en compte les résistances possibles des personnes à exprimer leurs pratiques. Nous avons ainsi fait l'hypothèse que le dévoilement de ces comportements pouvait être perçu comme une menace sur la poursuite du traitement (cessation du traitement ou conséquences légales). Il était donc important de miser sur l'instauration d'une relation de confiance avec l'enquêtrice, lien qui ne peut se développer que dans le temps. Ainsi, en plus de permettre une meilleure appréhension des dynamiques d'usages et des enjeux de la relation avec le médecin, la composante longitudinale de notre enquête visait 1) la conduite d'entretiens plus court (environ 1 heure/entretien), 2) le développement d'une relation de confiance.

#### **4.4.3 Méthode d'entretien**

Pour les raisons mentionnées ci-dessus, nous avons opté pour une procédure d'entretiens semi-directifs répétés dans le temps, inspirée et adaptée de l'approche phénoménologique des entretiens approfondis décrits par Seidman (1998). La méthode se caractérise par une série de trois entretiens permettant à l'enquêtrice et au participant de « sonder » l'expérience et de la mettre en contexte. Traditionnellement, le premier entretien consiste à positionner le contexte de l'expérience du participant. Le second permet au participant de reconstruire les détails de l'expérience dans le contexte où elle s'est déroulée. Et le troisième encourage la personne à exprimer la signification que revêt pour elle-même l'expérience.

Pour faciliter et guider la conduite des entrevues, un guide d'entretien précisant les principales thématiques à aborder a été construit après avoir procédé à une série d'entrevues exploratoires et effectué une phase d'observation dans deux structures de soins. Ce guide (ANNEXE 1) pouvait être modifié au cours de l'enquête lorsque les

entrevues faisaient émerger des composantes laissées dans l'ombre dans le schéma d'entrevue initial. Ainsi, la procédure d'entretien a suivi la démarche des trois entretiens réalisés aux temps  $t_1$ ,  $t_2 = t_1 \pm 15$  jours, et  $t_3 = t_1 \pm 3$  mois. Les entretiens ont été réalisés le plus possible en dehors des cabinets ou des centres de soins, dans un lieu choisi avec l'utilisateur afin qu'il se sente à l'aise et que la confidentialité de ses propos soit préservée. Par conséquent, on a privilégié les entretiens dans les cafés ou au domicile de la personne. Tous les rendez-vous étaient pris par téléphone et confirmés la veille de l'entrevue par l'enquêtrice.

Entre chaque entretien, l'enquêtrice faisait une lecture (ou une audition) de l'entretien précédant afin de dresser une liste des points à discuter, préciser ou à aborder avec la personne. Ces remarques, mais aussi les impressions de l'enquêtrice, étaient consignées sur une fiche de synthèse qui servait d'aide mémoire ainsi qu'à la planification de la prochaine rencontre (ANNEXE 2).

En plus de ces fiches de synthèse, l'enquêtrice tenait un journal de bord dans lequel elle consignait ses observations, impressions et réflexions. Dans ce cahier figurent également toutes les décisions méthodologiques prises en cours d'enquête, les contacts et le type de relations entretenues avec les structures au cours de l'enquête, mais aussi les contacts entretenus avec les usagers en dehors des entrevues. Dans une perspective de discussion méthodologique, l'enquêtrice a pris soin de noter le nombre et les circonstances des rendez-vous non-honorés, annulés ou reportés. Enfin, tous les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits en verbatim par une personne recrutée et rémunérée à cette fin.

#### **4.4.4 Dimensions à l'étude**

Les usages du Subutex® ont été appréhendés par le biais de questions centrées sur la vie quotidienne, sur les usages et sur les modes de consommation du Subutex® et de produits associés, sur les contextes de ces consommations, les modes de vie et les modalités de la prise en charge thérapeutique.

##### **✓ La vie quotidienne**



En plus des données socio-démographiques couramment recueillies (âge, ressources, activité professionnelle, logement, partenaire, enfants, passé carcéral), les entretiens étaient centrés sur la vie quotidienne des personnes interrogées de façon à situer les usages dans le mode de vie. Le récit détaillé de la journée qui a précédé l'entretien et des événements marquant entre deux entretiens fut l'occasion de préciser et d'expliquer les pratiques habituelles avec le Subutex®. Les éléments de l'histoire ont également été rapportés à cette occasion.

Au cours de ces récits, l'accent a été mis sur :

✓ **Les usages du Subutex® et les contextes de la consommation**

- l'histoire de l'usage du Subutex® et le contexte des premières expériences,
- la gestion de la prescription (doses consommées, rythme de la consommation, mode d'administration : sublingual, oral, injection, sniff),
- les consommations de produits associés,
- les effets ressentis, redoutés, recherchés,
- les contextes de consommation en lien avec les activités (ex: jour de travail/jour de repos, loisirs, fête...), les événements de vie (naissances, décès, conflits relationnels, les ruptures affectives, les difficultés financières, administratives ou juridiques, par exemple), les relations avec le milieu de la drogue, les relations sociales et affectives, et les troubles psychologiques.

✓ **Le mode de vie et les réseaux sociaux**

- l'évolution des réseaux sociaux (rapports avec le milieu de la drogue et nouvelles relations sociales), des rapports familiaux, de la vie affective et sexuelle, des activités et des loisirs.

✓ **L'état de santé et les modalités de la prise en charge thérapeutique**

- l'état de santé physique (VIH/VHC) et psychologique et les traitements associés,
- le suivi médical, psychologique ou social (fréquence des rendez-vous, attentes, satisfaction, etc.),
- le rapport avec le médecin prescripteur (fréquence des rendez-vous, modalités de la relation, attentes, besoins, satisfaction).



#### 4.4.5 Commentaires relatifs au terrain

Sur les 75 usagers initialement envisagés pour participer à l'enquête, 60 ont été recrutés, soit 136 entretiens. Le tableau 2 présente la composition de l'échantillon recruté et des entretiens réalisés. Au regard de la structure initiale de l'échantillon prévue (cf. tableau 1) quelques commentaires s'imposent.

**Tableau 2** : Tableau récapitulatif des recrutements et des entretiens réalisés

	PARIS (n=25)			MONTREUIL (n= 35)			<i>Total</i> (entretiens)
	CL	CSST	PES	CL	CSST	PES	
<b>Recrutements</b>	9	6	10	9	20	6	60
1 entretien	2	2	3	0	1	2	10
2 entretiens	3	3	4	2	4	2	36
3 entretiens	4	1	3	6	14	2	90
<b>Total (entretiens)</b>	20	11	20	22	51	12	136

Les critères « d'observance au traitement » initialement retenus pour le recrutement dans les structures médicales n'apparaissent pas dans le tableau par manque de visibilité des « indicateurs » qui ont guidé les médecins à nous mettre en contact avec certaines personnes plus que d'autres. Une fois l'enquête démarrée, il nous a en effet été difficile de maintenir un lien suffisamment proche avec les médecins pour obtenir des précisions sur la procédure de « sélection ». Néanmoins, on a pu se rendre compte à plusieurs reprises et avec grand intérêt que les personnes qualifiées parfois par les médecins eux-mêmes de « bons élèves » ou de « cancras » se révélaient tout différemment au cours des entretiens.

Il ne nous a pas non plus été possible de rencontrer des usagers en début de traitement (< 3 mois de prescription). Les médecins se sont en effet montrés réticents à nous mettre en contact avec ces derniers jugeant le lien thérapeutique trop fragile.

Les quotas de recrutement dans les CSST n'ont pas pu être respectés. Dans la période de l'enquête, il s'est trouvé que le centre parisien enquêté recevait trop peu de personnes sous Subutex® pour espérer en rencontrer dix. Quant au second centre, ce dernier faisait face à de grandes difficultés de fonctionnement au moment où l'enquête a démarré, ralentissant ainsi le recrutement. Quand la situation s'est améliorée, les médecins de la structure se sont fortement mobilisés, sans nécessairement se concerter, ce qui a donné lieu à une vague de recrutements massifs d'usagers ne correspondant pas toujours à nos critères d'inclusion (ex : usagers passés sous méthadone après un traitement de Subutex®). Pour des raisons éthiques cependant, tous les usagers sollicités ont été interviewés selon les modalités annoncées avec un aménagement de la grille d'entretien quand les situations le nécessitaient.

Le recrutement dans les PES fut long et le suivi des usagers plus difficile en raison de l'instabilité des modes de vie et de l'importance des consommations qui ne rendaient pas toujours aisée le déroulement des entretiens. Ces derniers ont souvent dû être écourtés face à l'attitude de désintérêt de la personne ou la difficulté de cette dernière à s'investir trop longtemps dans ce rapport d'échange. Afin de recueillir suffisamment d'informations concernant ces populations plus en difficultés, nous avons choisi de poursuivre le recrutement au delà du quota fixé.

La conduite des trois entretiens à intervalles de temps réguliers a été difficile à tenir en raison des modes de consommation et de l'instabilité des modes de vie des usagers souvent soumis à des conditions de vie difficiles. Au total, plus de la moitié des rendez-vous fixés étaient non honorés, annulés ou reportés. L'enquêtrice cessait généralement de relancer la personne au bout de deux tentatives infructueuses afin d'éviter une attitude qui aurait pu passer pour une forme de « harcèlement » auprès des répondants. Ceci ne doit pas masquer un très fort engagement et la grande participation de la plupart des usagers vis-à-vis de l'enquête. S'il est difficile d'estimer les « vrais » refus (qui pouvaient se manifester sous la forme « déguisée » d'une indisponibilité répétée), on a également pu se rendre compte au fil du temps que les réticences initialement affichées avaient parfois, consciemment ou non, une fonction de mise à l'épreuve de l'enquêtrice. Loin de susciter l'énervement, « l'insistance » de cette

dernière à les rappeler, à s'adapter à leur emploi du temps et à se déplacer au plus près d'eux était particulièrement appréciée des personnes. Avec le recul et dans un contexte où les débats sont vifs quant à la légitimité d'une rémunération incitant les personnes à participer aux enquêtes, nous nous risquons à avancer que dans le cadre de notre enquête, l'instauration d'une relation individualisée, la prise en compte du rythme des personnes et une attitude respectueuse furent « le prix » que les usagers ont jugé nécessaire de nous demander en contrepartie de leur plein investissement dans notre travail.

#### 4.4.6 Procédure de sélection des entretiens

A partir de cet échantillon, nous avons procédé à une sélection des entretiens afin de construire un sous échantillonnage pour notre analyse qui nous a conduit à retenir 28 personnes, soit 84 entretiens. La procédure de sélection des entretiens a utilisé les critères suivants :

- ✓ les répondants sous méthadone ou ceux utilisant le Subutex® hors prescription n'étaient pas retenus ;
- ✓ chaque répondant devait avoir répondu aux trois entretiens prévus par le protocole ;
- ✓ les entretiens devaient être complets, c'est-à-dire que chaque répondant devait avoir pu s'exprimer sur l'ensemble des thèmes prévus dans le schéma d'entretien ;
- ✓ les trois entretiens devaient être exploitables (cohérence des propos et maîtrise minimale de la langue).

**Tableau 3 : Structure finale de l'échantillon**

	PARIS n=12			MONTREUIL n=16			<i>Total</i>
	<i>Genre</i>	CL	CSST	PES	CL	CSST	
Hommes	2	1	5	4	6	1	<b>19</b>
Femmes	2	2	0	3	1	1	<b>9</b>
<i>Total</i>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>28</b>

Nous nous sommes bien entendu interrogés sur le biais de sélection introduit par cette étape de sélection qui écartait, de fait, les usagers probablement les plus en difficultés. Néanmoins et compte tenu de la diversité des profils contenus dans ce sous échantillonnage, nous avons jugé préférable à cette étape de notre réflexion d'opter pour la « qualité » des entretiens permettant une analyse en profondeur des différentes thématiques à l'étude.

## **4.5 Analyse des données**

La méthode d'analyse utilisée lors de cette dernière étape a emprunté la démarche analytique de la « théorisation ancrée » (« Grounded Theory ») élaborée par Glaser et Strauss (1967) et décrite par Paillé (1994) et Laperrière (1997). Le processus comprend trois étapes : codification, modélisation, et théorisation. La codification procède en trois temps menant à une intégration et à une délimitation de plus en plus affinée de la théorie. Le premier utilise une codification dite « ouverte » et vise à faire émerger des données le plus grand nombre de concepts et de catégories possibles puis à spécifier les propriétés et dimensions des concepts. C'est à cette étape là que les variables seront identifiées. Le second temps de la codification consiste à établir des relations entre les catégories dégagées, ce que Corbin et Strauss (1990) désignent sous le nom de « codification axiale ». La mise en relation des dimensions marquera le début de l'analyse qui se poursuivra dans les étapes ultérieures. La dernière étape de codification dite « sélective », vise l'intégration de la théorie par rapport à une catégorie centrale qui est en quelque sorte un concept qui représente le phénomène et le synthétise. C'est à ce moment de la codification que se joue la recherche de modèles (patterns) recouvrant des sous ensemble de données.

## **4.6 Considérations éthiques**

Le recueil des données s'est déroulé de janvier à décembre 2000 en France dans un contexte où les modalités du code éthique en recherche n'imposaient pas l'obtention du consentement écrit de la personne interrogée. Ainsi, et afin d'alléger la procédure de recrutement, l'équipe de recherche a opté pour une participation volontaire des usagers

et le recueil d'un accord oral par l'enquêtrice sous réserve du respect de celle-ci des principes éthiques fondamentaux en recherche avec des êtres humains.

Une procédure spécifique a été établie par l'équipe (cf. infra), et il a été convenu que si des éléments d'ordre éthique non envisagés survenaient en cours d'enquête, l'enquêtrice se devait d'en référer le plus rapidement possible au chercheur principal. Ainsi, la démarche suivante fut adoptée avec toutes les personnes avec lesquelles nous avons été mises en contact. Il a par ailleurs été convenu que ces consignes seraient répétées au cours des trois entretiens:

A) Spécification des objectifs et de la pertinence de l'étude dans le contexte plus général des traitements de substitution et de l'absence d'informations concernant le vécu des traitements par l'utilisateur. La procédure des trois entrevues d'une durée moyenne d'une heure à intervalle de plus ou moins quinze jours, puis trois mois était précisée dès le premier contact.

B) Garantie de confidentialité des entretiens et droit de retrait de l'enquête sans préjudice. La confidentialité des entretiens par rapport : a) aux autres usagers de drogues rencontrés, b) à la famille et aux conjoints, c) aux institutions (administratives, sociales, médicales, etc.), ou aux structures de réduction des dommages, acteurs que nous étions toujours susceptibles de rencontrer au cours de la phase de terrain. Comme nous l'avons souligné dans le paragraphe sur les entretiens, les modalités de prise de contact avec les usagers étaient rigoureusement planifiées en concertation avec la personne.

D'autre part et étant donné le processus de recrutement par l'intermédiaire des médecins, nous avons accordé une attention particulière au 1) caractère confidentiel des entrevues vis-à-vis de la structure de soins (il a systématiquement été expliqué à la personne pourquoi la collaboration des médecins dans le processus de recrutement était nécessaire à notre démarche, et que cette collaboration se limitait strictement à nous faciliter les contacts), et 2) droit de retrait de la personne de l'étude sans préjudice (notamment pour la poursuite de son traitement) et sans avoir à se justifier. Ce dernier point était systématiquement rappelé lors des contacts téléphoniques visant la planification d'une nouvelle entrevue.

**5. ARTICLE 1: Pluralité des modes d'appropriation  
du Subutex®: de la reconquête de l'autonomie à la  
spirale de l'échec**

**Pluralité des modes d'appropriation du Subutex®:  
de la reconquête de l'autonomie à la spirale de l'échec**

*Article soumis à la revue : Sciences Sociales et Santé*

*Mots clés* : toxicomanie, traitement de substitution, Subutex®, usages, perspective de l'usager

*Auteurs* : Anne GUICHARD<sup>1</sup>, France LERT<sup>1</sup>, Jean-Marc BRODEUR<sup>2</sup> et Lucie RICHARD<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Inserm, U88, IFR69, Saint-Maurice, F-94415 France

<sup>2</sup> Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Gris, Montréal, Canada

Contact :

Anne Guichard (Doctorante en Santé Publique)

INSERM U88

Hôpital National de Saint-Maurice

14, rue du Val d'Osne

94415 Saint-Maurice Cedex

email : [aguichard@netcourrier.com](mailto:aguichard@netcourrier.com)

Cette étude a été financée par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et l'Agence Nationale de recherche sur le Sida (ANRS)

*Remerciements* : La conduite de cette étude a été rendue possible grâce à l'implication des intervenants des structures partenaires (CSST, Cabinets libéraux et PES). Les auteurs souhaitent remercier et exprimer leur reconnaissance à toutes les personnes ayant participé à l'enquête, en particulier celles qui se sont rendues disponibles et se sont investies dans la durée des trois entretiens, ainsi que Christine Calderon qui a retranscrit tous les entretiens.



### **Résumé**

Les traitements de substitution se sont imposés en France comme stratégie de prise en charge des personnes dépendant de l'héroïne dans le contexte de l'infection VIH/sida. Les modalités choisies en France pour diffuser ce modèle, en particulier le choix de la buprénorphine et le rôle majeur des médecins de ville, tranchent avec le caractère plus strict de leur mise à disposition dans d'autres pays et laissent place à des usages hors normes qui conduisent à une mise en cause du bien-fondé de cette stratégie. Une enquête par entretiens répétés auprès d'un échantillon diversifié de 28 personnes en traitement dégage quatre profils d'appropriation du traitement qui conjuguent les effets recherchés ou non de la molécule, la prise du médicament selon des règles auto-définies, la transformation de la dépendance dans le sens de l'allègement ou de l'aggravation, les ressources sociales et personnelles ou leur absence. La représentation péjorative du toxicomane continue à peser sur tous, faisant pour les uns obstacle à la reconstruction de l'image de soi, contribuant à une dévalorisation accrue pour les autres.

### **Abstract**

In France, in the context of HIV-AIDS epidemics, substitution treatment emerged as the standard for heroin addiction treatment. The French model of substitution treatment –buprenorphine, prescription by GPs and delivery in community pharmacies – contrasts with the restrictive regulation in many other countries. This flexible framework allows for substitution drug use out of regular guidelines and questions the validity of such a strategy. A qualitative study based on repeated interviews with a convenient sample of 28 drug users under buprenorphine was carried out to draw patterns of substitution treatment use and misuse. Four profiles are identified combining desired or adverse effects of the buprenorphine pills, self defined regimens for taking prescription drugs, improvement or worsening in dependence, existence or lack of social and personal resources. The negative image of the intravenous drug user hangs over all individuals under substitution treatment and hinders the construction of a new self-image.

## **1. Introduction**

Progressivement avec l'émergence du sida, les traitements de substitution pour la dépendance à l'héroïne sont passés d'une stricte perspective thérapeutique à une mesure de santé publique au sein du paradigme de réduction des risques. Pour autant, la mise en place de programmes de prévention (les programmes d'échange de seringues — PES — par exemple) et la normalisation du traitement ne font pas des usagers de drogues des citoyens et des malades comme les autres. Leur point de vue reste aujourd'hui encore largement négligé dans l'élaboration des politiques publiques et les recherches portant sur la prise en charge des addictions toujours dominés par la perspective médicale et épidémiologique (Montagne, 1998). Dans un domaine soumis à des enjeux idéologiques et moraux aussi puissants que celui des « drogues » et de la « toxicomanie », notre étude s'intéresse à l'expérience et aux pratiques concrètes des personnes qui utilisent ces traitements sur de très longues périodes pour mieux comprendre les logiques qui sous-tendent les usages et la façon dont elles se construisent dans la vie quotidienne.

La dépendance tend aujourd'hui à être assimilée à une condition chronique nécessitant une prise en charge de très longue durée (Newman, 1996). Sur le plan individuel, les objectifs des traitements de substitution consistent, à partir de la prescription médicale d'un produit qui soulage le manque sans produire de sensations agréables et d'une prise en charge psychosociale adaptée, à offrir un cadre de vie sorti de l'illégalité pour permettre à la personne de réduire (voire d'arrêter) ses consommations de drogues et des risques associés, de s'occuper de sa santé, et d'adopter un mode de vie moins déviant, notamment par l'insertion professionnelle et l'arrêt de la délinquance.

Aujourd'hui encore, l'analyse des traitements de maintenance se réfère principalement au paradigme médical qui normalise la substitution (Montagne, 2002). Elle met en jeu des méthodes d'évaluation usuelles de l'efficacité des traitements (essais thérapeutiques et cohortes observationnelles) utilisant des indicateurs cliniques, pharmacologiques, comportementaux, ou de santé publique. La façon dont ces produits de substitution s'intègrent dans le quotidien des usagers reste peu étudiée (Agar et al.,

2001). Quelques études ont cependant été réalisées en Angleterre, aux Etats-Unis, au Canada, en Australie et aux Pays Bas. Les données issues de ces études qualitatives menées auprès d'usagers sous méthadone indiquent des motivations variées et des bénéfices nuancés. La revue de la littérature montre que la prise de la méthadone correspond à des situations très hétérogènes. Entre la volonté de retrouver un mode de vie plus ordinaire, de rompre avec les substances illicites, de soulager la douleur répétitive du manque et de réduire les risques (sociaux et sanitaires), la prise de méthadone peut également être motivée par l'opportunité économique du traitement (allocations d'assistance), pour pallier les pénuries d'héroïne sur le marché noir ou pour poursuivre une toxicomanie médicamenteuse moins onéreuse. Le soulagement des tensions émotionnelles, la « pression sociale » (ex : famille, alternative à l'incarcération), la dégradation de l'état de santé ou la survenue d'événements de vie (grossesse, hospitalisation, prison, décès d'un proche, etc.) (Beschner and Walters, 1985; Hunt, Lipton, Goldsmith, Strug and Spunt, 1985; Koester et al., 1999; Neale, 1999b) sont d'autres raisons précipitant parfois la demande de traitement. Malgré les bénéfices réels rapportés (Gayre and Richard, 2000), les attitudes et les perceptions à l'égard de la méthadone se révèlent souvent beaucoup plus mitigés du fait de la pénibilité de ses nombreux effets secondaires et son fort potentiel addictif (Brown, Benn and Jansen, 1975; Rosenbaum and Murphy, 1981; Beschner and Walters, 1985; Hunt et al., 1985; Gold, Sorensen, McCanlies, Trier and Dlugosch, 1988; Rosenblum, Magura and Joseph, 1991; Koester et al., 1999). D'autres travaux mettent directement en cause les pharmacothérapies de substitution pour leur potentiel d'escalade dans les processus de la dépendance vers des formes plus sévères de polytoxicomanies ou de déplacement des modalités de la dépendance (produit et institution médicale) (Newman, 1996; Bourgois, 2000; Magura and Rosenblum, 2001; Fischer, Chin, Kuo, Kirst and Vlahov, 2002a). Enfin et surtout, ressort la difficulté des usagers à se soumettre au cadre de prise en charge, souvent très strict, de la méthadone (supervision de l'administration des traitements contraints à des horaires délimités, contrôles urinaires) et dont les modalités de suivi des traitement sont perçues comme infantilisantes, moralisatrices et brimant la liberté individuelle.

L'apport de ces travaux aux questions suscitées par ces traitements dans le quotidien des usagers est cependant limité, soit parce que l'effort de recherche ne va guère au-delà de la description, soit parce que les observations demeurent restreintes à des populations très précarisées. Cette restriction du « champ d'étude » entretient une vision dichotomique autour des traitements et des médicaments de substitution, tantôt idéalisés, tantôt diabolisés qui occulte la diversité des situations et les dynamiques sous-jacentes aux usages du médicament de substitution.

En France, les modalités de traitement proposées aux personnes dépendantes des opiacés se démarquent de ce qui se fait quasiment partout ailleurs. La méthadone n'occupe qu'une place très secondaire dans le dispositif de soin, la buprénorphine (morphinique agoniste partiel /antagoniste) ayant été adoptée comme traitement de première intention (85 000 personnes traitées pour environ 15 000 sous méthadone)<sup>12</sup>. A la différence de la méthadone largement cantonnée aux centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST), le Subutex® (nom commercial de la buprénorphine haut dosage) domine la pratique en médecine générale avec des modalités réglementaires de suivi des traitements et de prescription extrêmement souples<sup>13</sup>. Le Subutex® se prend par voie sublinguale, une fois par jour selon les recommandations.

Dans un domaine où les vues des usagers font simultanément référence aux propriétés du produit, à ses effets, à son régime thérapeutique, à la scène locale de la drogue et à la singularité des parcours individuels, on s'interroge sur les modes d'appropriation du Subutex® par des usagers bénéficiant d'une grande autonomie dans la gestion de leur prescription. L'étude vise par une démarche phénoménologique à identifier et à caractériser les différentes façons dont le Subutex® vient se substituer aux drogues illicites dans la vie de personnes aux contextes de vie et aux caractéristiques

---

<sup>12</sup> Source : Données pour l'année 2003 fournies par Julien Emmanuelli - Institut national de veille sanitaire (InVS) – Siamois.

<sup>13</sup> La durée de prescription peut s'étendre jusqu'à 28 jours, la délivrance se fait en officine et sans supervision de l'administration, les contrôles urinaires ne sont pas prévus et il n'y a pas d'enregistrement médico-administratif des personnes auxquelles le traitement est prescrit contrairement à d'autres pays. Pour plus d'informations sur le dispositif français des traitements de substitution et le descriptif détaillé des aspects pharmacologiques propres au Subutex®, le lecteur est invité à se référer au rapport annuel publié par l'OFDT (OFDT, 2003b).

socio-démographiques diversifiées pour transformer la nature du vécu de la dépendance au cours de la prescription.

## **2. Méthodes**

L'analyse présentée dans cet article porte sur des entretiens réalisés de janvier à décembre 2000 auprès de 28 usagers sélectionnés à partir d'un échantillon plus large au sein d'une étude visant à décrire et à analyser les usages du Subutex®. Parmi un total de 66 personnes rencontrées, 28 qui avaient réalisé les trois entretiens avec des contenus suffisamment riches ont été retenues pour cette analyse.

### **2.1 Procédure d'échantillonnage et de recrutement**

Le recrutement a été diversifié pour rendre compte à la fois de l'hétérogénéité des caractères socio-démographiques (genre, âge, vie de couple, emploi) de la diversité des contextes de vie dans la région Ile de France et des deux modes de prise en charge : ainsi, le recrutement a été fait dans Paris intra-muros et en proche banlieue d'une part, en centre de soins spécialisés et en cabinet de généraliste d'autre part. Un sous-échantillon a été constitué à partir des programmes à bas seuil (Programmes d'échange de seringues) pour favoriser la rencontre d'usagers moins stabilisés avec leur traitement. Le critère d'éligibilité était un traitement par le Subutex® de plus de 6 mois. Pour les personnes recrutées en milieu médical, les soignants devaient solliciter d'une part des usagers réguliers (respect des rendez-vous, continuité dans le traitement, demandes de dépannages exceptionnelles ou justifiées), et irréguliers (non respect ou reports répétés des rendez-vous, demandes répétées de dépannages, d'avance de la prescription, interruptions du traitement) afin de mieux rendre compte de la diversité des rapports au traitement. Dans les PES, les usagers tout venants étaient invités à participer à l'enquête sur le seul critère d'obtention du Subutex® sur prescription médicale. Les usagers sous l'effet marqué des drogues lors de la prise de contact ou présentant des troubles psychiatriques n'étaient pas sollicités.

L'enquêteur présent dans la structure informait la personne: a) du strict anonymat et de la confidentialité des entrevues, notamment par rapport aux structures de soins b) des modalités et du déroulement de l'enquête, notamment du caractère volontaire, de la série de trois entretiens et de leur enregistrement, c) de la possibilité de refuser les entretiens ultérieurs sans conséquences pour son traitement et sans avoir à se justifier, et d) de l'absence de rémunération. Les modalités de prise de contact ultérieure les plus adéquates pour la personne étaient alors discutées, le plus souvent le téléphone portable moyen à la fois anonyme et personnel.

## **2.2 Recueil des données**

Un guide d'entretien a été mis au point à partir d'une dizaine d'entrevues exploratoires et des observations menées dans deux structures de soins. La méthodologie utilisée s'est inspirée de l'approche phénoménologique des entretiens approfondis (« in-depth ») décrits par Seidman (1998) et qui adopte une technique d'entretiens semi-directifs répétés dans le temps pour « sonder » l'expérience et la mettre en contexte. Compte tenu du sujet de la recherche qui explorait des comportements souvent jugés non-conformes à la norme thérapeutique (« misuse »), cette méthode a également été retenue pour permettre l'établissement d'un lien de confiance avec l'enquêteur dans le temps et faciliter l'expression. En outre, la répétition des entretiens avait pour objectif de réduire l'effet de discours rencontré souvent lors des premiers contacts avec un usager, de mettre les informations sur l'usage de la substitution en lien avec des éléments concrets de l'histoire de vie, de rendre compte de l'instabilité des modes de vie et des rapports aux drogues et au traitement. De plus, la répétition des entretiens permettait d'obtenir suffisamment d'informations pour des individus qui n'auraient pas supporté des entretiens trop longs. Ainsi, trois entretiens (d'une durée variant de 40 minutes à deux heures) ont été réalisés, les deux premiers rapprochés d'environ 15 jours puis trois mois plus tard.

Le premier entretien était centré sur a) le contexte et les conditions d'initiation du Subutex® (histoire avec les produits, traitements antérieurs, éléments d'histoire et de mode de vie, et b) les modalités de la prescription et l'utilisation du Subutex® (dose



prescrite, dose consommée, rythme des prises, mode d'administration, autres produits consommés, etc.). Le second entretien portait sur la mise en relation par le répondant de ses usages du Subutex® avec son mode de vie (logement, insertion professionnelle, situation juridique/administrative, vie familiale ou affective, etc.) et se basait sur le récit d'une journée (la veille de l'entretien) et le récit des événements survenus depuis la première fois. Le dernier entretien répétait cette structure et proposait à la personne de faire une synthèse de sens de son expérience avec le Subutex®. Chaque entretien était préparé par les notes du journal de bord, et la fiche synthétique établie par l'enquêteur. Les entretiens ont été réalisés en dehors des structures de soins dans des lieux laissés au choix de la personne : parcs, cafés, squats et plus rarement à domicile. Tous les entretiens ont été enregistrés et intégralement retranscrits.

Au total, 28 usagers majoritairement (n=16) issus de la banlieue proche de Paris ont été interrogés. Ce groupe âgé de 33 ans (min= 23 ans, max = 43 ans) en moyenne est composé principalement d'hommes (n=19). La moitié de l'échantillon a un emploi rémunéré et vit dans un logement stable. Le suivi du traitement est réalisé en majorité dans les cabinets libéraux (n=17) et pour la quasi-totalité de l'échantillon (n=24), la durée du traitement de Subutex® est supérieure à 2 ans et deux personnes avaient à cette époque un suivi en psychothérapie. A l'exception de trois usagers rapportant une toxicomanie récente, tous les autres présentent une longue histoire avec l'héroïne, pour la plupart par injection (24/28), variant de 5 à 10 ans pour 12 d'entre eux, supérieure à 15 ans pour une minorité (n=5), et consommée presque exclusivement. Au moment des entretiens, la quasi-totalité des répondants (20/24) a déclaré l'abandon définitif de l'héroïne et plus de la moitié (13/24) a cessé de s'injecter.

### **2.3 Etapes de l'analyse**

S'appuyant sur la littérature, l'analyse des données a suivi une démarche inductive en plusieurs étapes menée à l'aide du logiciel ATLAS TI (win 4.2). L'analyse textuelle a servi à dégager les grandes dimensions qui caractérisent le rapport des interviewés au produit de substitution et les différentes catégories qui s'y rattachent. Puis, des profils ont été construits correspondant à la mise en relation des



positionnements des individus sur chaque dimension. En raison de l'approche expérientielle de l'étude, les principaux critères d'analyse retenus pour la description de ces dimensions empruntent directement aux modes d'évaluation des produits par les usagers, c'est-à-dire les effets ressentis, recherchés et redoutés. La répétition des entretiens met bien en évidence l'instabilité des situations des usagers en traitement. Cependant, dans un souci de simplification des résultats présentés, les usagers sont classés dans un profil « dominant », défini à partir de la synthèse de sens faite par l'individu lui-même au sujet de son expérience avec le Subutex® lors du troisième entretien.

Enfin et pour alléger le texte, chaque profil est illustré par un cas présenté de façon détaillée dans un encadré. Les caractéristiques socio-démographiques des répondants répartis dans chaque profil sont présentées au tableau 4.

**Insérer Tableau 4 (cf. p 115)**

### ***3. Résultats***

L'appropriation du Subutex® peut être décrite en référence à cinq dimensions à partir desquelles peuvent être dressés quatre profils principaux de rapport à la substitution : 1) l'univers des produits, 2) l'usage du Subutex®, des médicaments et les autres substances psychoactives, 3) le vécu de la dépendance, 4) les situations sociales et les modes de vie, et 5) l'image de soi.

#### **3.1 Les dimensions qui caractérisent l'appropriation du traitement**

##### ***3.1.1 L'univers des produits***

Cette dimension renvoie à la façon dont les usagers perçoivent et situent le Subutex® dans leur parcours avec les produits (alcool, drogues licites et illicites, médicaments) et dans leurs expériences antérieures de substitution (méthadone, Temgésic®, sulfate de morphine) qu'elle ait été obtenue dans la rue ou avec une

prescription médicale. Le Subutex® est situé dans l'univers des produits expérimentés par l'utilisateur selon les fonctions qu'il remplit et les effets ressentis, les effets recherchés ou les effets subis. Quatre positions sont identifiées :

- a) un médicament : une ressource transitoire conçue pour mener à une « sortie de la dépendance »,
- b) un traitement de maintenance et de confort : un soutien chimique nécessaire pour fonctionner au quotidien, participant d'une meilleure qualité de vie, et dont l'usage est envisagé dans le très long terme,
- c) une drogue : une substance qui met en jeu une logique d'effets similaires à celle de l'usage de drogues comme l'héroïne ou la cocaïne avec la recherche d'un état de « défonce »,
- d) un produit « diabolique » : une substance devenue instrument de persécution, perçue comme pire que l'héroïne du fait d'une augmentation continue des doses absorbées et de la perception de risques et de dommages aggravés.

### *3.1.2 L'usage du Subutex®, des médicaments et autres substances psychoactives*

Dans l'étude, les usages correspondent à la façon dont la personne met en acte, conçoit et donne sens à sa pratique dans sa logique d'acteur (Trostle, 1997). Les usages sont repérés à travers les modes et les pratiques de consommation du Subutex® d'une part, des médicaments prescrits et des autres produits licites et illicites utilisés d'autre part. Ils se caractérisent en fonction de la dose absorbée (sur/sous consommations par rapport à la dose prescrite), du rythme quotidien des prises (pour le Subutex® : prise unique ou prise fractionnée dans la journée ou rythme anarchique), de la fréquence de consommation des autres substances : occasionnelle, régulière, aléatoire), du mode d'administration (oral, sublingual, fumé, injecté, sniffé) et de la fréquence de ces pratiques (occasionnelles, régulières, systématiques), et du contexte des consommations (le soir, le matin, le week-end, ou en fête uniquement, tout au long de la journée, ponctuellement lors de la survenue d'un événement stressant, seul ou entre amis...), et de la régularité de ces modes et pratiques de consommation dans le temps.

Quatre positions ont été dégagées :

- a) Le régime thérapeutique individualisé : correspond à l'aménagement de la prescription de Subutex® (prise unique ou fractionnée du Subutex® sur- et sous-consommation de la dose prescrite) par l'utilisateur pour l'adapter à son « métabolisme » ou à son modes de vie. Une fois défini, ce régime thérapeutique devient la norme thérapeutique pour l'utilisateur qui s'y conforme dans le temps. Dans cette catégorie, l'administration par voie sublinguale du médicament est dominante et s'accompagne de consommations occasionnelles et festives de cocaïne et d'héroïne.
- b) L'observance thérapeutique : renvoie à « l'observance » de l'utilisateur à la prescription et aux consignes médicales relatives au Subutex® (dose, mode d'administration, etc.). Dans ce positionnement, on ne relève pas de consommations de type cocaïne, héroïne ou crack.
- c) Les modes de consommation intégrant Subutex® et drogues de rue : ici le Subutex® est intégré dans les anciens systèmes de consommation (recours dominant à l'injection ou au sniff du Subutex®, usages associés ou en alternance de différentes substances légales ou détournées : alcool, benzodiazépines, ou illicites : héroïne, cocaïne, crack).
- d) Les usages chaotiques du Subutex® : se caractérisent par des modes et des pratiques de consommation aléatoires du Subutex® et des autres substances légales, illicites ou détournées disponibles dans la rue.

### *3.1.3 Le vécu de la dépendance*

Cet axe qui correspond au vécu de la dépendance avec le Subutex®, fait référence aux dimensions psychologiques (obsession), comportementales (compulsion), physiques (manque) de la dépendance repérées dans les modes de consommation du Subutex®. Quatre catégories composent cet axe avec en toile de fond une dépendance physique recouvrant le sentiment du déplacement de la dépendance au dealer à l'institution médicale :

- a) la régulation-stabilisation du rapport au(x) produit(s), y compris le médicament de substitution correspond au sentiment de reprise de contrôle et de maîtrise de ses consommations,
- b) la substitution et la maintenance renvoient à l'intégration par les usagers des principes d'un médicament qui soulage durablement le manque et atténue l'envie de consommer,
- c) la chronicisation des états de dépendance par le médicament correspond au sentiment d'une dépendance renforcée par Subutex® : pas d'évolution perçue du rapport au produit et forte assuétude,
- d) la dépendance « totalisante », associe les sentiments de pharmaco-contrôle (cf. infra), de perte de contrôle aggravée de la consommation de produits, et de forte emprise de l'institution médicale et des pouvoirs publics.

Ici, la notion de « pharmaco-contrôle » fait référence à la puissance ultime d'un outil chimique qui impose la discipline du comportement par la sanction et la pénalisation des modes de consommation du Subutex® non-conformes à l'indication thérapeutique (sniffé, le Subutex® ne procure qu'un plaisir modeste ; injecté, il produit une « défonce » médiocre pour des risques d'abcès sévères<sup>14</sup> ; la prise de Subutex® consécutive à l'héroïne inflige une crise violente de manque.

#### *3.1.4 Les situations sociales et les modes de vie*

La définition même de la dépendance comporte la domination de la vie sociale par la consommation des substances devenue une préoccupation constante. Cet axe du mode de vie est donc très présent dans la façon dont les usagers traités expriment leur rapport au médicament de substitution. Compte tenu de la multiplicité des facteurs qui entrent dans la situation sociale, on distingue moins des catégories que des pôles : d'un côté la normalisation du mode de vie, de l'autre le maintien d'un style de vie marqué

---

<sup>14</sup> Les excipients à base d'amidon et non solubles rendent les comprimés impropres à l'administration par voie intraveineuse.

par la sous-culture de la vie à la rue. Certains parviennent à des degrés divers à normaliser leur mode de vie et à se dégager de l'emprise du milieu de la rue et de la drogue : c'est la position de normalisation. Elle prend en compte les aspects relationnels (décentration et ouverture vers les autres, élargissement du réseau social hors de la sphère des produits, repli sur soi, isolement...), et occupationnels (loisirs, sport), les activités professionnelles et le logement, l'adoption de rôles sociaux (vie de couple, projet d'enfant, militantisme, participation associative, etc.). A l'autre extrême, se positionnent ceux qui conjuguent ou cumulent l'absence de logement fixe, l'absence d'emploi, l'isolement, l'imprévisibilité du quotidien et des relations sociales principalement avec des usagers. On nommera cette position : précarité-exclusion.

### 3.1.5 *L'image de soi*

L'image de soi se dégage comme une composante essentielle de la problématique identitaire qui se joue dans le décours du traitement. Elle apparaît de façon forte dans le discours des usagers sur leur rapport à la consommation de drogue et au traitement et fait référence à la façon dont l'usager va se définir dans une image de soi déagée (ou non) du stigmatisme de la toxicomanie et de son appartenance à « l'univers de la déviance ». Les entretiens dégagent quatre positions dominantes : une image d'ancien toxicomane (« ex-tox ») dans laquelle le stigmatisme est en quelque sorte atténué, celle du toxicomane invétéré (« always a junkie »), celle de malade (patient), enfin celle de « cobaye », correspondant à l'impression de faire l'objet d'une expérience « socio-médicale » aux intentions douteuses.

Quatre profils se dégagent de la combinaison de ces cinq dimensions pour rendre compte du mode d'appropriation du traitement de substitution par le Subutex®.

## 3.2 **Présentation des profils**

Les quatre profils qui se dégagent de la combinaison de ces dimensions sont présentés dans le tableau 5 puis décrits à travers des cas illustratifs.

**Tableau 4 : Tableau récapitulatif des profils des modes d'appropriation du Subutex®**

<b>Profils</b>	<b>Le Subutex®</b>	<b>Les usages</b>	<b>La dépendance</b>	<b>La vie sociale</b>	<b>L'image de soi</b>
<b>1. Une « ressource » pour s'en sortir</b>	Médicament	Régime individualisé	Régulation des consommations	Normalisation	Ex-tox
<b>2. Un traitement de maintenance</b>	Substitution-confort	Observance thérapeutique	Maintenance	Normalisation	Malade-patient
<b>3. Une « drogue » légale</b>	Drogue	Patterns de consommation de drogue	Chronicisation /Réduction risques	Précarité-exclusion	Junkie
<b>4. Un produit « piège »</b>	Substance diabolique	Usages chaotiques	Dépendance totalisante	Précarité-exclusion	Cobaye

### **3.2.1 Profil 1 : Une ressource pour s'en sortir**

« Le gros changement avec le Subutex®, c'est que quelque chose s'est passé dans ma tête, j'ai changé. Je crois vraiment que le Subutex® sort de la drogue. » Eric (40 ans, sans emploi, en couple, Subutex® depuis 2 ans, MG)

*Yves, 35 ans est aide soignant. Il vit depuis cinq ans dans un pavillon avec sa conjointe infirmière qui n'a jamais consommé d'héroïne. Au moment du premier entretien, elle est enceinte. Yves a consommé surtout de l'héroïne, en sniff, pendant une vingtaine d'années, entrecoupées de nombreuses tentatives de sevrage. Avant la mise sur le marché du Subutex®, il avait eu une fois du Temgésic® pour partir en vacances. Il n'avait pas continué à cause de la difficulté à s'en faire prescrire et de l'inadaptation des dosages qui nécessitait un trop grand nombre de comprimés. Le Subutex® « remet les yeux en face des trous », dit-il. Ses effets normalisants sont vécus comme un soulagement mais se traduisent aussi par une prise de conscience brutale et violente de toutes les problématiques occultées par l'héroïne : « Le bilan est lourd [...] j'ai tellement de regrets », dit-il. Il se sent vulnérable aujourd'hui, démuné pour faire face à la réalité sans l'« assurance » que procurait l'héroïne. Le soutien et la confiance de ses amis et de sa femme l'encouragent. Son travail l'occupe et lui offre une base sécurisante pour l'avenir. Comme il n'a plus à courir après l'argent et l'héroïne, Yves s'est investi dans la vie du foyer et de nouvelles activités (lecture, cinéma, sport) ; il vient aussi d'acquérir un pavillon grâce aux économies réalisées sur l'héroïne. Enfin, se considérant « rescapé » du VIH et de l'hépatite C, il tient à « honorer ce cadeau de la vie ». Pris du remords des années passées à vivre égoïstement aux dépens des autres, Yves affirme vouloir « rattraper le temps perdu » en prenant des responsabilités et en se rendant disponible pour les autres. Sa paternité le réjouit autant qu'elle le confronte. Il tire aussi une immense estime de ses nouvelles fonctions de leader syndical. Pour lui, le Subutex® agit dans le temps par étapes, comme un engrenage qui le tire vers le haut. Pourtant il déclare : « plus je m'en sors et plus j'ai peur de tout perdre du jour au lendemain et de tomber d'autant plus haut ».*



*Il attribue cet engrenage positif à une gestion très stricte du secret de son traitement. Yves prend du Subutex® depuis 2 ans. Il a eu recours à un médecin depuis un an seulement en raison des risques d'un approvisionnement dans la rue, de sa volonté de rompre avec un milieu et des valeurs dont il ne partage plus l'attrait. La naissance prochaine de son enfant le renforce dans son choix. Aujourd'hui stabilisé autour de 10 mg, Yves fractionne la dose en trois prises par jour pour gérer simultanément le manque et éviter une sensation de défonce ressentie s'il prend 10 mg d'un coup. Il lui arrive de consommer plus pour s'endormir, en cas de difficultés passagères ou quand son niveau d'activité s'intensifie. Il revient rapidement à la dose prescrite pour ne pas amplifier sa dépendance physique. Il n'a plus consommé d'héroïne depuis un an mais il lui arrive occasionnellement de prendre de la cocaïne. S'il se dit aujourd'hui stabilisé avec le Subutex®, il n'en a pas toujours été de même. Au tout début, Yves utilisait le Subutex® comme une défonce satisfaisante en association avec l'alcool. Puis, il est passé à un usage « alterné » avec l'héroïne puis l'a abandonnée progressivement. Récemment, motivé par un projet d'enfant, il a fini par le prendre sous la langue après l'avoir sniffé pendant plusieurs mois.*

*Il souffre de cette mauvaise image du toxicomane qui continue de lui coller à la peau, pourtant dit-il « même si on est encore dépendant à quelque chose il n'y a plus le délire qui va avec ». Il a déclaré un nom d'emprunt au médecin pour éviter tout étiquetage et ne se fait rembourser ni les consultations, ni le médicament. Il craint de perdre toute sa crédibilité si son traitement était mis à jour dans son entourage, professionnel surtout, « je ne le supporterais pas », dit-il. C'est pourquoi il est déterminant pour lui de se libérer du Subutex® au plus vite.*

Sur les 28 répondants, 8 correspondent à ce profil pour lequel le Subutex® apparaît comme une ressource pour se sortir du carcan de la toxicomanie.

### *3.2.2.1 Un médicament pour sortir de la dépendance : les effets normalisants du Subutex®*

Le Subutex® est perçu comme un « médicament » quand il fait franchir une étape significative dans la redéfinition de soi et de son rapport avec les substances. Ce sont les qualités d'un produit aux effets « normalisants » qui sont soulignées : un état de bien-être physique sans les sensations de manque ou de défonce. Le passage d'une logique de « défonce » à la seule gestion du manque d'une part, l'abandon de l'injection ou du sniff pour la voie sublinguale d'autre part, évoquent chez tous une normalisation du rapport au produit. Ce changement est vécu comme une étape décisive dans



l'expérience du produit, faisant passer d'une logique de recherche « d'effets drogue » à une logique thérapeutique. L'autre fonction « normalisante » du Subutex® est celle de révélateur des dimensions occultées par la prise de drogue : la satisfaction de renouer avec des sensations, des émotions et une façon d'être plus authentiques est aussi une épreuve de lucidité, jugée incontournable pour s'en sortir. La survenue d'épisodes « dépressifs » consécutifs à cette pensée réflexive est récurrente dans les discours.

Le Subutex® s'inscrit dans un projet de « sortie de la dépendance » quand il commence à « sortir de la tête », c'est-à-dire lorsqu'on oublie à plusieurs reprises de le prendre. D'après les répondants, ce n'est qu'une fois dégagé des aspects obsessionnels et compulsifs de la toxicomanie (dont les angoisses liées à l'anticipation du manque) qu'une véritable démarche pour réduire progressivement la dose jusqu'au sevrage peut être amorcée.

### *3.2.2.2 Des régimes thérapeutiques individualisés*

Le médicament est pris soit en prise unique (5/8), soit fractionné et par voie sublinguale (7/8 – 1 sniff). La moitié consomme exactement la dose prescrite, les autres plus ou moins. Ils déclarent des consommations occasionnelles (moins d'une fois par mois) de produits illicites (cocaïne, héroïne ou crack) ; trois fument quotidiennement du cannabis et 3 autres ont une prescription de benzodiazépines.

Ici, les usages du Subutex® se distinguent par des modalités de gestion des quantités, des effets et des circonstances de consommation qui visent à ne pas interférer avec les activités du quotidien et à anticiper les conséquences négatives. La relation dose/effet est primordiale pour les usagers, d'où le jeu sur le nombre de prises et les doses. Le fractionnement de la prise vise ici à limiter la sensation de défonce ressentie quand la dose quotidienne est prise en une seule fois. Il s'agit donc de trouver l'équilibre subtil permettant à la fois d'utiliser pleinement ses capacités sans ressentir le manque ni la sensation d'être « défoncé », tout en résistant à l'escalade.

Quand ils existent, les usages de cannabis et de benzodiazépines (sur prescription) sont quotidiens et modérés. Utilisés plutôt en soirée, ces produits sont

décrits comme le pendant psychologique du Subutex®, véritables régulateurs des tensions émotionnelles et du sommeil. Les produits illicites (cocaïne/ crack /héroïne) sont peu recherchés et leur usage, restreint à des contextes festifs en compagnie d'autres consommateurs occasionnels.

### 3.2.2.3 *Normalisation du mode de vie et émancipation du milieu de la drogue*

Parce qu'il évite le manque, le Subutex® offre de rompre avec un mode de vie hyperactif centré sur la recherche d'argent et d'héroïne. Sa disponibilité sur prescription favorise la prise d'autonomie par rapport au milieu des drogues (pairs consommateurs et dealers), la réduction des risques d'interpellation et de rechute, et l'ancrage dans un système de valeurs plus commun. Chez les personnes dont les situations sociales, professionnelles et affectives offrent le plus de ressources et de soutien, le Subutex® sert aussi de révélateur des atouts pour s'en sortir. Il offre des perspectives positives pour l'avenir. Les discours illustrent l'émergence ou le retour de centres d'intérêt alternatifs aux produits tournés vers soi (s'occuper de sa santé, de son corps, de son alimentation, de son aspect vestimentaire), vers d'autres activités, solitaires ou partagées (travail, sport, cinéma, lecture), ou encore vers des satisfactions plus relationnelles (familiales surtout). L'implication et l'engagement dans de nouveaux rôles sociaux (vie de couple, parentalité, accès à la propriété, responsabilités professionnelles) caractérisent les parcours avec le Subutex® comme des éléments qui structurent l'identité sociale (valorisation, estime de soi...) et se combinent en « boucles de résilience » (élargissement et diversification des réseaux de sociabilités).

### 3.2.2.4 « *Ex-tox* » : le stigmatisme du Subutex®

Dans la majorité des cas, la prise d'un produit légal n'a pas permis de s'extraire de l'image du « junkie » auprès de l'entourage (famille, amis, collègues) même si, de leur point de vue, les représentations attachées au « junkie » n'ont plus de réalité sociale, comportementale ou subjective. Le maintien d'une dépendance physique importante et le vécu d'un stigmatisme persistant lié à la prise du Subutex® sont perçus

comme un déplacement des problématiques de la déviance et de la dépendance vers l'institution médicale et une représentation de soi où la figure de « l'ex-tox » domine. La dépendance, doublée de la nécessité de maintenir le secret du traitement, menace les acquis et renouvelle l'obsession du sevrage.

### 3.2.3 Profil 2 : un traitement de maintenance

*« Avec le Subutex®, on est bien sans être mal. En même temps, il sert un peu de garde-fou. »*

**Victor** (37 ans, sans emploi, vit seul, Subutex® depuis 4 ans en CSST)

*Victor a 37 ans et vit seul depuis quatre ans dans un appartement en location. Divorcé, il a la garde de sa fille de 8 ans un week-end sur deux. Il ne travaille plus depuis deux ans suite à une dépression survenue au cours de son traitement pour l'hépatite C. Il ne peut plus exercer sa profession et est en invalidité. Il vit des indemnités de la Cotorep et d'une aide au logement. Pendant des mois, il a cherché et a fini par obtenir un stage de reconversion en informatique.*

*A 28 ans, après cinq années d'héroïne prise en injection, Victor a épousé sa partenaire tombée enceinte. Il a alors arrêté complètement l'héroïne pour une polyconsommation alliant alcool, codéine et benzodiazépines, plus économique et moins risquée pour une défonce très acceptable. Après un an de ce régime, il a obtenu une prescription de Temgésic® et l'injecte. Au bout de deux ans, des problèmes de santé devenus préoccupants l'amènent à entrer en cure de désintoxication pour l'alcool. Il abandonne alors alcool et tabac mais poursuit le Temgésic qu'il s'injecte moins systématiquement. A cette époque, le Subutex® est mis sur le marché. Victor dit avoir alors saisi cette opportunité pour rompre avec la seringue. Se référant au mode d'administration, il parle du Temgésic® comme d'une drogue et du Subutex® comme d'un médicament. Au moment du premier entretien, il est sous Subutex® depuis 4 ans. Il se qualifie de « bon patient » : il n'a plus retouché à aucune substance psychoactive (café compris), à l'exception d'un traitement antidépresseur prescrit. Il attribue deux fonctions principales au Subutex® : traiter le manque et prévenir les rechutes. « Le Subutex® est à l'héroïne ce que l'Espéral est à l'alcool », dit-il. Il n'a plus envie d'être défoncé, il veut « être bien sans être mal ». Considérant la toxicomanie comme une maladie, il situe le Subutex® dans le registre du vital. C'est un traitement comme un autre qui ne soigne pas vraiment mais qui protège de la rechute, d'où un rapprochement avec le diabète ou l'hypertension. Il ne se sent plus « toxicomane » et ne supporte pas qu'on lui dise qu'il est « substitué », terme trop connoté « à une mauvaise image », dit-il, tant chez les consommateurs que les non usagers. Dans sa famille, on fait l'amalgame substitution/toxicomanie. Il a donc déclaré qu'il était « sevré » pour faciliter la restauration des liens familiaux et la confiance de son ex femme au sujet de la garde de leur fille. Il est aujourd'hui déterminant pour lui de préserver ces attaches péniblement reconstruites. Dans une existence où tout lui semble fragile et incertain (santé, liens familiaux, situation professionnelle), Victor ne conçoit pas l'arrêt du Subutex® (même*

*à long terme), qui l'exposerait à une rechute. Il le prend indistinctement du reste de ses médicaments en trois prises d'intervalles réguliers afin, précise-t-il, « de me défaire de tout ce qui est compulsif dans mon comportement ». Dans cette démarche de prise de contrôle sur le produit et aussi parce qu'il a observé un plus grand confort sur le plan sexuel, il consomme moins que la dose prescrite (4 mg au lieu de 5 mg) et stocke précieusement l'excédent pour garder une marge de manœuvre ; cette thésaurisation des comprimés symbolisant jour après jour sa victoire sur les produits. Il redoute que les pouvoirs publics ne retirent un jour le Subutex® du marché. Il ne revend pas l'excédent et a cessé de dépanner les amis qui en étaient arrivés à le considérer comme un dealer. Invité à parler des drogues, Victor déclare « C'est tellement loin tout ça pour moi, aujourd'hui c'est pour ma santé que j'ai peur, c'est ma tête et l'éducation de ma fille qui me préoccupent et puis j'aimerais bien rencontrer quelqu'un surtout ». Depuis deux ans, il mène une psychothérapie intensive (2 séances/semaine) qui occupe une grande place dans sa vie et qu'il considère comme le complément indispensable du médicament. La solitude est pesante car il n'a pas vraiment réussi à nouer de nouvelles relations depuis qu'il a rompu avec le milieu de la rue. Il s'est impliqué dans le syndicat de son immeuble et va quotidiennement à la bibliothèque avant d'aller chercher sa fille à l'école. Au fil du temps, l'inactivité professionnelle et la solitude alimentent le découragement et l'amertume face à tous les efforts consentis pour s'en sortir.*

Sur les 28 répondants, 6 ont situé le Subutex® comme un traitement au long cours (au même titre, pour quatre d'entre eux, que l'insuline pour les diabétiques).

### **3.2.3.1** *Entre traitement de maintenance et médicament de confort*

Le médicament de substitution assure une forme de survie et participe à une meilleure qualité de vie. Il a permis de rompre la course aux produits de rue. Il relève à la fois du registre du besoin quand il est nécessaire pour démarrer la journée et « assurer » les activités du quotidien, et du registre du confort quand on y puise des effets conjuguant bien-être physique et émotionnel. Ici, c'est la pénibilité des conditions (ou du maintien) de l'insertion, une santé dégradée, et l'épuisement des années de toxicomanie qui ressort. Les existences sont marquées par la souffrance et la vulnérabilité psychologique (états dépressifs), physique (maladie) et sociale (chômage de longue durée, isolement). Pour trois des répondants, le Subutex® remplit le rôle d'adjuvant thérapeutique aux traitements des maladies graves (VIH, VHC).

Spontanément, les répondants se situent dans l'univers d'une « maladie » qui envahit l'ensemble de l'expérience de la personne et d'un traitement quelque peu à part. Ici, l'objet de la substitution navigue entre le soin de « la maladie des produits », le soutien à des « polyhandicaps » de la vie, et le traitement palliatif. Il offre un relatif confort pour affronter la réalité sans la protection des drogues. Dans les entretiens, la problématique de la toxicomanie est absente ou au second plan. C'est la fragilité des modes de vie qui ressort, le souci constant de préserver les acquis (le travail pour ceux qui en ont, n=4), et de répondre aux impératifs du quotidien (s'occuper des enfants, n=5).

### *3.2.3.2 Observance du régime thérapeutique et intégration du Subutex® dans les modes de vie*

« L'observance » du régime thérapeutique domine dans ce groupe. Tous prennent le Subutex® par voie sublinguale et à la dose prescrite. Un aménagement en 2 ou 3 prises réparties dans la journée est observé pour la moitié des répondants. La prise de Subutex® tend à s'intégrer aux « rituels » matinaux (avec le café, après la douche, etc.) ou à se combiner aux autres traitements (tri-thérapie souvent mentionnée). Deux personnes ont rapporté une prescription de benzodiazépines. Tous ont affirmé ne plus consommer de cannabis ou de produits illicites depuis plusieurs années.

### *3.2.3.3 La maintenance dans la dépendance*

Le Subutex® s'inscrit dans la continuité de l'expérience de l'héroïne : il ne « défonce » plus et laisse place à un état normal pour pouvoir fonctionner. Dans ce groupe, les produits de rue sont traités comme d'une expérience dépassée (« j'ai tellement pris de distance par rapport à ça... », Béatrice, 43 ans) et qui ne « prend plus la tête ». Dans ce contexte, les usagers tendent à construire autour de la maintenance des états de dépendance une problématique relevant essentiellement du registre somatique. Ainsi, l'usage du Subutex® répond à la logique de maintenance des maladies chroniques. Il est perçu comme une barrière pharmacologique (un « garde fou ») qui



vient suppléer le manque de volonté ou faire rempart aux tentations qui surviennent encore parfois même après des années de renoncement aux effets psychotropes des substances, d'où la vision d'un traitement au très long cours.

### 3.2.3.4 Une redéfinition de soi dans le « rôle de patient »

Une identité plus stable se dessine parmi ces usagers autour du « rôle du patient » (« sick role ») fortement assise sur le diagnostic de pathologies somatiques sévères à côté de la toxicomanie (hépatite C, infection à VIH, insuffisance cardiaque). En raison d'une conception « globalisante de la maladie », ces personnes établissent une moindre dissociation entre le suivi de la toxicomanie et le suivi des autres problèmes de santé et il n'est pas rare qu'ils confient le suivi somatique au médecin qui leur délivre le médicament de substitution dans un esprit de véritable prise en charge globale de leur santé.

### 3.2.4 Profil 3 : une drogue légale

*« Le Subutex® c'est comme l'héroïne sauf que c'est légal, c'est la nouvelle drogue de l'état et les toubibs c'est des dealers en blouse blanche. C'est comme la prison le Subutex®, alors ben moi j'en profite ! »*

**Gérard** (36 ans, SDF, Subutex® depuis 4 ans en MG)

*Diane a 33 ans. Au premier entretien, elle vient d'emménager dans un studio où elle ne se sent pas en sécurité. Redoutant d'être relancée pour « des plans came », elle ne répond pas au téléphone et ne communique son adresse à personne. Elle fait un stage rémunéré en bureautique sans grand investissement et reçoit le RMI.*

*Diane a commencé l'héroïne à 16 ans et en a consommé pendant 8 ans sans discontinuer vivant avec un dealer qui la fournissait gratuitement. A l'approche de la trentaine, elle apprend sa séropositivité pour l'hépatite C, rompt avec son ami et s'éloigne du milieu. Elle se fait prescrire du Di-Antalvic par son médecin de famille pour décrocher. Elle diminue la fréquence des shoots, puis alterne Di-antalvic et héroïne jusqu'à abandonner complètement héroïne et seringue. Elle réalise alors qu'elle est « accro » au Di-antalvic, une dépendance qu'elle décrit comme pire que l'héroïne sur le plan « psychique » et provoquant des états de manque encore plus marqués. Dès la mise sur le marché du Subutex®, Diane obtient une prescription de 8 mg, diminue à 6 mg en raison d'effets « trop forts » (nausées, chaleurs), dit-elle, puis descend à environ 2 mg/jour en 14 mois. « Le traitement marchait super bien avec moi », dit-elle. Survient alors le suicide de son frère. Pour ne pas replonger, Diane*

remonte à 6 mg. Et depuis deux ans maintenant, plus rien ne va avec le Subutex® qu'elle consomme comme « un bonbon » au coup par coup quand elle se sent angoissée ou contrariée, quand elle s'ennuie ou lorsqu'elle croit sentir le manque arriver. Consciente de l'absurdité de son comportement, elle a aussi observé une « humeur dépressive » les lendemains d'abus, stimulants sur le coup. Elle gère alors ces états avec du Lexomil® prescrit par un médecin autre que celui qui la suit en substitution. Systématiquement en fin ou en milieu de mois, elle tombe en panne de Subutex® et c'est la « galère » des dépannages (pharmacies, CSST, coprescriptions, amis..) et des états de manque. Au troisième entretien, Diane révèle une consommation de crack entraînant des difficultés grandissantes avec le Subutex®, utilisé pour atténuer les « descentes » de crack. Ses problèmes financiers s'aggravent. Elle a envisagé d'aller se procurer le médicament dans la rue, mais hésite à franchir le pas. Elle a abandonné son stage.

Pour elle, le Subutex® reste moins dangereux que l'héroïne, sécurisant quant aux risques de surdose, un produit qui l'a « débarrassée » du Di-Antalvic et du milieu des « cachetonneurs ». Diane en apprécie le caractère « normalisant ». Les comprimés sont peu propices à l'injection. Coquette, elle ne se fait plus remarquer dans la rue et peut désormais adopter des tenues plus féminines. Elle est gênée cependant par une forte transpiration malodorante.

Supportant difficilement son isolement, elle a préféré reprendre le contact avec d'anciens amis-amants de confiance, comme elle sous Subutex®. Au second entretien, elle réengage une relation affective avec l'un d'entre eux. « C'est pas de l'amour, mais ça fait du bien de pouvoir parler à quelqu'un qui connaît tout ça », dit-elle. En effet, depuis qu'elle a rompu avec le milieu, elle ne se sent pas bien avec « les gens ordinaires », rien à partager ou alors « c'est pour tes fesses », précise-t-elle. Au dernier entretien, Diane relate une expérience humiliante avec un homme qui l'a délaissée après avoir découvert fortuitement une boîte de Subutex®. Pour elle rien n'a changé, la prise du Subutex® est attachée au même stigmate que celui de la toxicomanie.

Sur les 28 répondants rencontrés, 9 ont situé le Subutex® comme une drogue au même titre que l'héroïne ou les autres produits utilisés avant le Subutex®. Pour quatre d'entre eux, le Subutex® s'inscrit dans une histoire récente avec les opiacés, de quelques mois à trois ans.

#### 3.2.4.1 Une drogue : gestion du manque et défonce

Le Subutex® est ici perçu comme une drogue qui reproduit les effets et le mode d'action des opiacés. Trois répondants évoquent son goût « amer » et des démangeaisons typiques de l'héroïne en sniff. Quasiment tous s'accordent pour dire qu'à l'exception du « flash », les effets du Subutex® répètent le phénomène en « dent



de scie » de l'héroïne, c'est-à-dire une sensation de chaleur de quelques minutes qui s'atténue progressivement jusqu'à laisser place à un mal être physique ou psychologique que seule une nouvelle prise soulage. La recherche d'effets intenses est au premier plan pour 6 des 9 interviewés. Les expressions pour décrire les effets du Subutex® empruntent en tout point au registre de l'héroïne : « piquer du nez », « montée », « taper » etc. La description de ces états évoquent ceux produits par l'héroïne avec la sensation d'une conscience modifiée et diffuse, un état de bien être hors de soi et protégé des turbulences du monde extérieur. En fonction de leur expérience, les uns voient un retour des effets des opiacés (ceux qui ont arrêté depuis longtemps l'héroïne), alors que pour d'autres, il s'agit d'une substance venue s'intégrer dans une histoire récente (voire initiatique) avec les opiacés et d'autres médicaments détournés. Et à l'instar de l'héroïne, les effets plaisants du Subutex® s'estompent avec le temps.

#### *3.2.4.2 Des usages qui s'intègrent dans les anciens systèmes de consommation*

Le Subutex® n'est pas pris oralement, est surconsommé par rapport à la dose prescrite en multiples prises quotidiennes.

Chez les moins expérimentés, le Subutex® peut suffire à lui seul à remplir les fonctions du produit-drogue. Parmi les vieux consommateurs d'héroïne, le Subutex® est une drogue parce qu'il offre une « défonce » satisfaisante et économique surtout lorsqu'il est injecté et/ou associé à d'autres substances (cannabis – n=3-, alcool et benzodiazépines – n=6). Certains consomment héroïne, cocaïne ou crack ou des amphétamines et des drogues de synthèse. Il s'agit d'usages occasionnels en fonction des opportunités du marché et des rencontres de la rue ou des moyens financiers. Mais pour 3 personnes, le Subutex® est utilisé pour adoucir les descentes de speed, pour pallier les pénuries d'héroïne, ou pour réduire les coûts de ces consommations.

### 3.2.4.3 *Chronicisation de la dépendance par le médicament*

Chez les vieux consommateurs d'opiacés (n=5), le Subutex® est intégré dans la continuité des logiques qui préexistaient. Il entretient le désir d'effets forts, une dépendance physique importante et l'anticipation du manque. C'est un nouveau produit dans un système de consommation ancien ou l'injection constitue un mode d'administration privilégié ou normal des produits. Parmi les injecteurs, la galénique du Subutex® qui permet l'injection est jugée peu favorable à l'adoption d'un rapport nouveau avec le produit. Le sentiment d'une dépendance au « fix » retient dans une logique drogue avec tous les risques de cette pratique avec le Subutex® (dégradation des veines, abcès). Parmi ceux qui ont tenté de « décrocher » depuis longtemps, c'est le registre plus spécifique d'une chronicisation de la dépendance par le médicament et le sentiment d'une emprise chimique renforcée qui sont mis en avant. Le Subutex® s'insère par déplacement dans la continuité de l'expérience des opiacés et des (auto)substitutions successives : la tolérance s'installant sans procurer de plaisir et punissant de surcroît par ses propriétés pharmacologiques (effet seuil, antagonistes, etc.) les comportements tournés vers la recherche d'un plaisir (cf. description du pharmacoc-trôle, section 3.1.3). Dans l'incapacité de réduire les doses, les usagers se sentent pris dans une logique d'échecs à répétition et c'est le sentiment d'une captivité dans la substitution qui prend le dessus.

### 3.2.4.4 *Une dépendance à moindres risques*

Chez les consommateurs plus jeunes (n=4), qui ont une histoire plus récente, marquée par des consommations multiples de: benzodiazépines, amphétamines, alcool, Temgésic®, cannabis, héroïne, cocaïne, drogues de synthèses, le Subutex® marque l'entrée dans la dépendance aux opiacés (ils n'ont jamais connu d'états de manque avant). Dans ce groupe, la pénibilité de la dépendance au Subutex® est secondaire à la fonction de réduction des risques (sociaux, économiques, délinquance, sanitaires, mise à distance du milieu des drogues illicites) qu'il offre. Ainsi, « décrocher » est très secondaire dans la hiérarchie des préoccupations. Le Subutex® apparaît comme une

ressource dans l'économie de la dépendance qui contribue à réduire les coûts et les risques de la dépendance à une drogue de rue.

### *3.2.4.5 Des situations sociales inchangées : précarité et image de soi attachée à celle du « junkie »*

Dans le registre social, la prise de Subutex® ne s'est pas accompagnée d'une évolution significative des conditions de vie. La plupart demeurent confrontés au quotidien de la rue et du commerce des produits. A leurs yeux, comme à ceux de leurs proches, rien n'a changé : pas d'emploi, pas de logement personnel pour la majorité d'entre eux, mêmes fréquentations, toujours « junkie ». Encore soumis aux systèmes de survie dans la rue, ils continuent de faire la manche et de s'impliquer dans des activités illicites, mais bien moins activement qu'avant, reconnaissent-ils tous. Pour 3 d'entre eux, la revente du Subutex® participe d'une économie de survie menée sans scrupules car sur leur échelle des risques et des dommages, ce commerce est relativement sécurisé tant sur le plan individuel que collectif !

### *3.2.5 Profil 4 : un produit piège*

*« Avec le Subutex on dirait qu'on est marié avec le diable. C'est un produit bien pire que l'héroïne ou que le Temgésic®. On veut nous tuer, c'est pour ça que j'ai fait le lien Sub-Subite, « Mort Subite<sup>15</sup>. »*

**Alioum** (35 ans, RMI, vit seul, Subutex® depuis 2 ans en MG)

*Paulo a 35 ans. Il vit en squat depuis 3 ans, touche le RMI complété par des activités illégales. Son histoire avec les produits est ancienne et lourde : une quinzaine d'années de polytoxicomanie (héroïne, cocaïne, amphétamines, médicaments) suivie de plusieurs années d'usage des médicaments de substitution (méthadone, Temgésic®, Moscontin®, Skénan®) avec ou sans suivi médical. Tout au long des entretiens, il fait référence au Temgésic®, « un produit miraculeux », dit-il. Il lui avait permis de franchir un pas significatif avec les produits, de se refaire une santé, de retrouver un travail, et de renouer avec sa famille, même s'il l'injectait : « la belle époque », dit-il. En 1995, il est incarcéré. A sa sortie, sa femme l'a quitté, il n'a plus de logement et c'est le Subutex® qui remplace le Temgésic®. Résolu à ne plus toucher à l'héroïne, il se tourne vers le Subutex®. Epuisé, précarisé et en mauvaise santé (hépatite C), Paulo n'est plus du tout*

<sup>15</sup> la « Mort Subite » est une marque de bière forte, très prisée dans le milieu.

*attiré par la « défonce », il recherche plutôt un produit qui dynamise et procure un certain confort psychologique. Il trouve alors les effets souhaités en associant le Subutex® et le Rohypnol® et apprécie les rares occasions des amphétamines ou de la cocaïne. Mais après deux années de ce régime, sa situation n'en finit pas de se dégrader, selon lui à cause du Subutex®. Il ne peut cesser de l'injecter et ses veines sont dans un état alarmant. Pour Paulo, c'est un produit incontrôlable et traître : « comme on le sent pas, on en prend, on en prend et puis tout à coup on se rend compte qu'on est complètement accroc mais c'est trop tard.... », explique-t-il. Il se sent pris au piège d'une forte dépendance physique au produit et à l'injection. Il n'arrive pas à prendre le comprimé par la bouche à cause de son goût amer et de ses problèmes hépatiques. Il a échoué dans sa tentative de sevrage bien pire, pour lui, que celui d'héroïne. Quand il rechute, il en revient au Subutex® « par contrainte et désespoir », dit-il. Il refuse les autres médicaments opiacés (méthadone, sulfate de morphine) ou les drogues : « je n'en peux plus, mon corps n'en peut plus », dit-il. Au fil des difficultés grandissantes à s'injecter, il décrit des états de manque quasi permanents qu'il soulage par l'absorption de « cocktails explosifs » (alcool, amphétamines, benzodiazépines), dit-il. Sous l'emprise de ces consommations, il commet des actes dont il ne garde aucun souvenir. Il montre ainsi un abcès découvert au réveil sans aucun souvenir de l'injection (« Voilà, c'est juste pour que vous vous rendiez bien compte ce qu'il fait le Subutex® », dit-il). Rien n'a changé dans sa vie, Paulo est toujours à la rue. Il a rompu avec le milieu de l'héroïne, mais est maintenant au contact du réseau des « cachetonneurs ». Il garde de bonnes relations avec sa sœur et sa mère, toujours méfiantes et infantilissantes à son égard. Le Subutex® ne fait pas de différence à leurs yeux, c'est toujours une dépendance à un produit. Pire encore dans l'univers de la rue qui est le sien, il est avec les autres usagers de Subutex® mis à l'écart.*

*Au troisième entretien, Paulo se dit au bout du rouleau, dans une impasse, contraint d'arrêter le Subutex® car sa vie en dépend. Il livre alors des motivations plus intimes touchant à l'image du corps (traces profondes des abcès à répétition) et à la difficulté à avoir des relations sexuelles satisfaisantes depuis le Subutex®, ce qui accentue sa perte d'estime de soi. Il n'assume pas cette situation qui l'isole encore un peu plus. Dans une ultime tentative de reprise de contrôle, il met en place un projet de sevrage loin de Paris et sans en référer au médecin qui lui prescrit le Subutex® et qu'il considère en grande partie responsable de sa situation.*

Sur les 28 répondants, 5 ont ainsi situé le Subutex® comme un produit « pire que la came », « diabolique », responsable d'une dépendance majeure et de l'aggravation de leur situation.

### 3.2.5.1 *Un produit diabolique*

Les usagers se sentent pris au piège d'un produit « diabolique » qui contraint à une escalade sans limite en l'absence de repères régulateurs ou d'effets modérateurs (absence de plaisir ou de satisfaction psychologique, absence de repères corporels et de sécurité par rapport aux risques d'overdoses). Pour les uns, il ne soulage pas le manque induit par des années de polyconsommations intenses, pour les autres, il n'apporte pas le soulagement psychologique attendu. Ces derniers évoquent un état de « manque psychologique » qui provoque un mal être viscéral décrit comme « un grand vide intérieur », « une boule omniprésente », « quelque chose de cassé à tout jamais », et qui conduit à l'inhibition et au repli sur soi. L'intense détresse psychologique attribuée au Subutex® peut atteindre une dimension existentielle chez ceux marqués par la prison, la vie à la rue, les ruptures affectives et un mauvais état de santé. Il ne permet pas le mieux être même transitoire des drogues de rue et laisse à vif la conscience de la situation et d'un avenir compromis. Pour trois des répondants, la facilité d'obtention du Subutex® dans la rue ou sur prescription ne permet plus les pauses dans la consommation auxquelles le coût de l'héroïne ou les pénuries du marché contraignaient. Enfin, la découverte du manque, plus pénible que celui de l'héroïne, constitue un événement clé de la perception du traitement comme un piège.

### 3.2.5.2 *Des usages chaotiques*

Dans ce groupe, le Subutex® est au cœur d'une consommation erratique tendue vers la recherche d'effets forts. Les doses, les rythmes et les modes de consommation (par injection, 3 fois sur cinq) n'ont plus rien à voir avec les recommandations médicales. L'incompatibilité du Subutex® avec l'héroïne, le refus inconditionnel de retourner vers l'héroïne souvent arrêtée de longue date et le manque de moyens poussent à se tourner vers « n'importe quelles » substances bon marché, dans la rue ou sur prescription (antidépresseurs, benzodiazépines, alcool, drogues de synthèse). Selon les aléas des ressources et de l'état du marché, ce sont plutôt la cocaïne, le crack ou les amphétamines (3/5) qui sont recherchés pour faire face à l'état d'épuisement.

### *3.2.5.3 L'impasse d'une dépendance totalisante*

La « dépendance à l'injection » entretenue par la possibilité d'injecter les comprimés contribue fortement à cette impression de piège. Cette possibilité d'injection suscite l'incompréhension, la frustration et le désespoir de ceux qui se perçoivent dans l'incapacité d'arrêter une pratique devenue pénible et dangereuse. Les abcès à répétition et la détérioration des veines obligent à recourir à des sites d'injection dangereux (dans le cou) ou à partager des seringues quand les aiguilles se cassent. L'exaspération des tentatives de résister au « craving », les états de manque de plus en plus douloureux s'achèvent dans ce qu'on pourrait appeler « les cocktails du désespoir », avec des quantités massives et désordonnées de médicaments et d'alcool produisant un état d'abrutissement complet. Sous l'emprise des effets désinhibants et/ou anesthésiants de certaines associations (Subutex® et Rohypnol® par exemple), les usagers dressent la liste des comportements et des dommages consécutifs à ces consommations : passages à l'acte incontrôlés, confusion mentale, amnésies et troubles de la mémoire, troubles du sommeil, comas, abcès, etc.).

Dans ce contexte, les usagers évoquent une dépendance ultime et aggravée que l'on pourrait qualifier de « totalisante » au produit, à la seringue, aux dealers, aux médecins et aux pouvoirs publics. Elle a envahit le corps, l'esprit, « l'âme », pour aboutir à l'impasse des recours. Tous se disent arrivés à un point de rupture avec le Subutex®, enchaîné à un produit qui détruit lentement, pris dans la double injonction d'une dépendance imposant la recherche de produit et l'urgence « vitale » d'y mettre fin. Dans un ultime effort de reprise de contrôle, deux répondants prennent l'initiative d'arrêter brutalement et sans aide le Subutex®.

### *3.2.5.4 De l'exclusion à la marginalisation au sein même de la scène des produits*

Dans le registre social, la prise de Subutex® est perçue comme l'évènement à l'origine d'une accélération du processus de précarisation. Les modes de vie se sont enlisés dans l'univers de la rue jusqu'à atteindre des situations d'exclusion culminant



dans la perte des liens familiaux ou affectifs (ruptures, décès). La pauvreté couplée à la lassitude, à l'épuisement des parcours et des corps tend à s'amplifier en une spirale infernale pour envahir l'ensemble de l'expérience de la personne : dégradation des conditions d'hygiènes, altération profonde de l'estime de soi et de l'image corporelle, souffrance psychique et isolement.

La perception d'une vulnérabilité et d'une fragilisation croissante s'accompagne du vécu de la restriction des ressources et des solidarités autrefois offertes par le milieu. Pour les usagers de « l'ancienne génération », les traitements de substitution ont déstructuré les anciens réseaux et les pratiques qui y étaient attachées. Marginalisés par ces « nouveaux toxicos » de la rue, maîtrisant mal les codes et n'adhérant pas aux systèmes de valeurs qui dominent aujourd'hui la scène de drogue, ils tendent à se replier au sein de micro-groupes rassemblant ceux qu'ils qualifient de « derniers survivants » [de cette époque].

### *3.2.5.5 Le sentiment de servir de cobaye*

Un phénomène de « régression identitaire » marqué par la disqualification se joue au travers un processus de rejet non seulement aux marges de la société mais aussi du monde de la rue. Aux prises avec l'enchaînement à un produit qui détruit alors qu'on l'avait supposé libérateur, le Subutex® devient instrument de persécution. L'impression de servir de « cobaye » d'un traitement expérimental est largement partagée dans ce groupe. Tous prêtent aux pouvoirs publics et aux médecins des intentions malveillantes à l'égard des usagers de drogues ; ils les soupçonnent d'instrumentaliser les médicaments de substitution au bénéfice d'une politique de répression.

## **4. Discussion**

De recommandations de bonnes pratiques contre les « mésusages » (Afssaps-Anaes, 2004; Conférence de consensus, juin 2004) en conférence de consensus ou articles de loi prescrivant des contrôles étroits, les traitements de substitutions restent une pratique en marge du système de soins, suspectés d'entretenir la dépendance aux



dépens de la collectivité, voire de générer des toxicomanes d'un nouveau type. Le Subutex® est devenu en valeur le 11<sup>ème</sup> médicament vendu et remboursé par l'assurance maladie en France et le 2<sup>ème</sup> à Paris. Depuis 1996, année de mise sur le marché du Subutex®, le nombre d'usagers de drogues sous substitution augmente sans discontinuer. Si certains indicateurs épidémiologiques (overdoses, contamination par le VIH) se sont améliorés et que l'usage de l'héroïne s'est considérablement réduit (OFDT, 2003a), de nombreuses questions subsistent sur l'efficacité de cette stratégie en terme d'amélioration de la situation sociale et la qualité de vie des usagers de drogues d'une part, d'autre part sur l'existence d'un phénomène massif de détournement grâce à des prescriptions simultanées par des médicaments différents et d'effets négatifs liés à une fréquence élevée de l'injection du médicament broyé et dilué, entraînant abcès et problèmes veineux. L'étude visait à resituer ces phénomènes, interprétés comme des mésusages ou des détournements au sein de l'expérience des usagers avec les traitements et à rendre compte de la façon dont ils transforment la toxicomanie elle-même.

L'étude a dégagé des situations contrastées dans le vécu de la dépendance correspondant à des modes d'appropriation et des itinéraires différenciés avec le Subutex®. Pour une moitié de l'échantillon (profils 1 «ressource» et 2 «maintenance»), le Subutex® présente d'abord les caractéristiques d'un médicament ayant permis une amélioration significative des conditions de vie. Pour les uns (groupe 1 «ressource»), il agit comme support pharmacologique d'un processus plus global de normalisation des modes de vie, de redéfinition de soi, qui s'accompagne de changements majeurs dans l'utilisation des substances psychoactives. Le traitement doit se terminer avec une véritable sortie de la toxicomanie. Pour ceux qui s'inscrivent dans le profil 2, la dépendance constitue un facteur durable et peut-être définitif de vulnérabilité. Le traitement fait rempart aux risques persistants de rechutes et participe d'une qualité de vie améliorée. Dans ces cas de figure, on observe une prise régulée du Subutex®. Chaque individu définit de façon autonome ses propres règles adaptant les doses et le nombre de prises quotidiennes. Les entretiens successifs sur une période de quelques mois et les récits des usagers des périodes antérieures indiquent le caractère

toujours fragile des bénéfiques tirés des traitements, même après de longues périodes d'amélioration. Pour l'autre moitié des répondants (profils 3 « drogue » et 4 « produit-piège »), le Subutex® est perçu comme une drogue qui s'est insérée de façon « fonctionnelle » dans les anciens systèmes de consommation et les modes de vie. Pour les uns (profil 3 « drogue »), il marque une transition vers des polyconsommations associant médicaments et alcool avec une chronicisation des états de dépendance. La disponibilité facile du Subutex® permet néanmoins des usages à moindre risques aussi bien en matière de délinquance que de risques pour la santé. Enfin, l'expérience du Subutex® fait franchir à certains (profil 4 « produit-piège ») une nouvelle étape dans l'aggravation de la situation sociale et le mal-être et augmenter les dommages associés à des modes de consommations, de plus en plus chaotiques et compulsifs. L'échec est interprété comme une persécution perpétrée intentionnellement par les autorités qui assujettissent les usagers à un produit encore plus addictif et plus nocif pour le corps que les produits de rue, sans en apporter aucun des bénéfiques, notamment le plaisir fugace de la drogue.

L'originalité de cette étude est d'avoir porté sur des populations diversifiées tant du point de vue des caractéristiques socio-démographiques que des contextes de vie et des traitements, dans Paris et dans sa proche banlieue. Les soignants qui ont introduit l'enquête auprès des usagers redoutant que l'entretien ne fragilise la relation thérapeutique ont pu exclure les usagers jugés plus « vulnérables » ou plus marginalisés. Le recrutement d'usagers par le biais des programmes à bas seuil (PES) dans lesquels les liens avec la structure ou les animateurs sont plus libres vient compenser cette possible sélection.

La réalisation des entretiens hors du cadre de soin, leur répétition, jouent en faveur de l'instauration d'un certain degré de confiance avec l'enquêteur et limitent la sous-déclaration observée parmi les personnes traitées des usages de produits illicites (Falck, Siegal, Forney, Wang and Carlson, 1992; Sherman and conformes, 1992) et des conduites à risque (Desjarlais, Friedmann, Hagan and Friedman, 1996). D'ailleurs, après un premier entretien où l'interviewé tend à privilégier les événements et situations qui correspondent à l'image qu'il veut donner de lui-même, les récits ultérieurs

dégagent les éléments solides des parcours : les événements survenus entre les entretiens prennent place dans une histoire, sont mis en perspective et les biais de mémorisation sont ainsi atténués ou corrigés. En outre, les entretiens se sont centrés sur la vie quotidienne sans focaliser sur l'observance ou sur la consommation de drogues illicites.

Cependant les récits portent sur une courte séquence de temps (4 mois environ) au sein d'une histoire avec les produits souvent de plus de 10 ans, marquée par une forte instabilité. Celle-ci est apparue d'ailleurs dans la série des entretiens où les usagers ont pu rendre compte de rapports différents au traitement et à l'usage des produits. Les profils constituent des « photographies », chaque personne interrogée étant reclassée dans le profil qui caractérise le mieux sa situation au cours de la période des entretiens. Toutefois il serait réducteur de « fixer » les usagers dans un « profil type » (Neale, 1999a; Fischer et al., 2002a).

L'analyse faite ici des récits des usagers traités par le Subutex® dans leurs attentes, leurs usages du médicament, leurs perceptions du traitement, les bénéfices et difficultés face à la substitution recoupe pour une grande part les observations faites avec la méthadone dans d'autres pays. C'est le cas notamment pour ce qui a trait à la diversité des modes d'appropriation du traitement, aux résultats de la prise en charge allant d'un véritable changement positif et d'une reprise de contrôle du mode de vie à une détérioration continue avec le médicament de substitution, la coexistence chez les mêmes individus de satisfactions et d'insatisfactions, et la fluctuation des situations (Gayre and Richard, 2000).

A partir de cette observation et au regard de la littérature disponible sur la perception des usagers des traitements par la méthadone, la discussion tentera de dégager les spécificités et les enjeux du dispositif français dans le vécu au quotidien de ce traitement. Le rapport au médicament de substitution, la question de l'injection et de l'encadrement des traitements seront traités successivement pour les mettre ensuite en lien avec les situations sociales et les problématiques « identitaires » en jeu dans le décours du traitement.

#### 4.1 Le Subutex® : un produit addictif et pauvre en sensations

L'observation de modes d'appropriation similaires du Subutex® et de la méthadone tient tout d'abord à la proximité des propriétés pharmacologiques de ces molécules déjà mise en évidence dans les essais cliniques : longue durée d'action, blocage du syndrome de manque, effet sur le « craving », effets secondaires (Ling and Wesson, 2003; Mattick et al., 2003; Amato, Davoli, Ferri, Gowing and Perucci, 2004). Cependant les propriétés spécifiques de la buprénorphine, à la fois agoniste et antagoniste se traduisent par la pauvreté du « flash » et la faiblesse des effets euphorisants. Ce type d'effet peut améliorer le bénéfice du Subutex® chez ceux qui cherchent à normaliser leur style de vie, à éprouver les sensations physiques et émotionnelles dégagées de l'effet de l'héroïne et le perçoivent comme un simple médicament. C'est le cas notamment chez ceux qui ont déjà une bonne insertion sociale ou qui intègrent le médicament de substitution à la gestion de leur santé mise à mal par des pathologies plus graves. A l'inverse, on peut faire l'hypothèse que l'insatisfaction liée à cette pauvreté des effets recherchés majore le recours à d'autres substances, (médicaments, cocaïne ou alcool) ou la pratique de l'injection, notamment chez ceux pour qui cette recherche de sensation est nécessaire ou revendiquée. Ce phénomène qui associe le produit et ses conditions de dispensation est relevé par de nombreux auteurs qui stigmatisent, à propos de la méthadone, une aggravation de la situation des personnes en substitution (Rosenbaum and Murphy, 1984; Johnson and Friedman, 1993; Uchtenhagen et al., 1997; Koester et al., 1999; Bourgois, 2000). Les consommations incontrôlées qui culminent les jours d'aisance financière — en particulier de paiement des allocations d'assistance — résulteraient de l'absence de plaisir dans la prise de méthadone, des dosages insuffisants qui n'épargnent pas les symptômes de manque, des effets secondaires pénibles, de son fort potentiel addictif ou encore de son encadrement trop rigide (Bourgois et al., 1997). Le profil 4 « produit-piège » correspond à ce processus : on y retrouve l'addiction au Subutex®, la permanence des sensations de manque, l'insuffisance des effets qui entretient une consommation désordonnée de produits, notamment les benzodiazépines, avec une

totale perte de contrôle de la conduite. C'est aussi dans ce registre qu'on doit situer l'injection.

#### **4.2 L'injection du médicament broyé : une composante autonome dans la dépendance**

La problématique de l'injection a en effet une place centrale dans la contestation de la valeur thérapeutique du Subutex® en France. L'injection des comprimés par une proportion significative des personnes traitées ou non — entre 11% et 48 % en fonction des études (OFDT, 2004) —, porte atteinte au crédit d'un traitement mis en place dans le contexte de l'épidémie de sida. En France, la forme galénique en comprimé, facile à broyer et à diluer dans un petit volume liquide et injectable malgré ses risques, est un déterminant du maintien de l'injection chez les personnes sous Subutex® (Guichard et al., 2003). Ailleurs, l'injection de méthadone (souvent en sirop) est rare (Humenuik, 2003). C'est un marqueur de sévérité d'une dépendance associant polytoxicomanie, forte désinsertion sociale, surconsommation du médicament, recherche de « défonce » et consommation chaotique du médicament et d'autres produits (Varescon et al., 2002; Blanchon et al., 2003; Brunelle, 2003; Courty, 2003; Vidal-Trecan et al., 2003).

Dans les travaux menés sur la pratique d'injection, celle-ci apparaît de plus en plus comme une dimension en partie autonome au sein du phénomène de dépendance à l'héroïne (McBride, Pates, Arnold and Ball, 2001; Fischer, Rehm, Kirst, Casas, Hall, Krausz, Metrebian, Reggers, Uchtenhagen, van den Brink and van Ree, 2002b). L'installation ou l'arrêt de l'injection sont des processus qui répondent de façon spécifique au traitement de la dépendance comme le montrent les travaux de Kelley (2004) menés auprès de sniffers ou d'injecteurs (Langendam, van Brussel, Coutinho and van Ameijden, 2000) sur le lien entre dosage de méthadone et abandon de l'injection. Cette dimension particulière apparaît également dans notre étude. En effet, dans les profils 1 « médicament » et 2 « traitement de substitution », l'arrêt de l'injection est survenu progressivement au fil de l'itinéraire thérapeutique ; l'ancienneté de cet abandon favorise l'appropriation du Subutex® comme une ressource pour s'en sortir.

Ces résultats incitent à la prendre en compte comme un enjeu en soi au moment des évaluations cliniques, du choix et du dosage du médicament de substitution et à considérer la cessation de l'injection comme un objectif du traitement.

### **4.3 Un encadrement du traitement qui offre une grande autonomie**

Le principe qui préside aux traitements de substitution est de déplacer le cadre de la dépendance de la scène de la drogue au cabinet médical ou au centre spécialisé, et de remplacer une drogue de rue par un médicament. Ce déplacement est analysé par Bourgois (2000) comme une disciplinarisation des toxicomanes par la médecine : ils sont soumis par la substitution au « biopouvoir » et à ses règles de façon beaucoup plus étroite qu'ils ne le sont au dealer et à la sous-culture de la rue. Cette soumission opère par les règles des centres de soins : enregistrement obligatoire, venue quotidienne, qui, entre autres, permettent de repérer les clients des centres de soins, absorption supervisée du médicament, prélèvements d'urine sous contrôle visuel, éventuellement punitions ou récompenses en fonction du résultat des tests urinaires (Neale, 1999a; Gayre and Richard, 2000). Cependant cette rigueur des règles est variable, en Grande Bretagne notamment, les usagers rapportent une certaine latitude pour les arrangements et la négociation (Neale, 1999a).

A l'inverse de ce contrôle hétéronome, la flexibilité du système français favorise l'autonomie des usagers dans toutes les dimensions du traitement (choix du praticien, choix du pharmacien, horaire des consultations, horaires et modes des prises puisque la personne a ses médicaments pour quelques jours ou quelques semaines). On le voit dans les profils 1 et 2. En revanche dans les situations d'échec que l'on retrouve ici dans les profils 3 « drogue » et 4 « produit-piège », l'absence de contrôle se traduit par une disponibilité quasi sans limite au médicament ; l'autonomie ainsi permise rend encore plus difficile la gestion du produit au quotidien et conduit à intégrer à la logique du monde de la drogue tant le médecin ou le pharmacien que le produit de substitution.



#### **4.4 Les déterminants sociaux des modes d'appropriation du Subutex®**

Avec un échantillon diversifié de personnes interrogées, la situation sociale et le contexte de vie apparaissent jouer un rôle majeur dans l'appropriation et la régulation des usages d'une substance (Norman and Zinberg, 1980; Simpson, Joe, Greener and Rowan-Szal, 2000). Parmi les interviewés correspondant aux profils 3 et 4 aucun n'a de qualification et seuls deux ont une activité à temps partiel alors que la plupart de ceux relevant des profils 1 et 2 ont une activité professionnelle, certains avec des emplois qualifiés et/ou permanents. Pour eux, la flexibilité du traitement favorise la normalisation des modes de vie et renforcent le rôle favorable des ressources sociales (Castel et Coppel, 1991; Caiata, 1996; Castel, 1998). Pour les autres, l'échec avec le Subutex® se conjugue à la précarité pour amplifier les vulnérabilités initiales issues du poids à long terme des années de toxicomanie et de ses conséquences sociales (amendes impayées, dettes, peines suspendues à un sursis, vie à la rue, marquage des institutions répressives, altérations des relations sociales, faiblesse des expériences professionnelles) (Bouhnik et al., 1999; Duprez et Kokoreff, 2000; Bouhnik et Touzé, 2001), les états de santé dégradés (notamment le sida et l'hépatite C) pesant sur les capacités de s'en sortir (Tobutt, Oppenheimer and Laranjeira, 1996). Pour autant, on observe comme l'a déjà montré A. Lovell (2001), que les usagers les plus vulnérables peuvent trouver dans l'accès aisé au Subutex® une forme de réponse face à des problèmes juridiques, économiques ou sociaux même quand il est injecté.

#### **4.5 Une identité complexe porteuse du stigmatisme de la substitution**

Les entretiens ont mis en exergue le poids persistant de l'image péjorative du toxicomane comme un obstacle même dans les cas les plus favorables à l'adoption d'un rôle de malade en traitement. Dans les études menées aux Etats-Unis ou au Royaume uni, le stigmatisme qui pèse sur le méthadonien est d'abord mis en relation avec le caractère infantilisant des services de soins évoqué précédemment (Hunt et al., 1985; Lovejoy, Rosenblum, Magura, Foote, Handelsman and Stimmel, 1995; Hunt and Rosenbaum, 1998; Neale, 1999b; Bourgois, 2000; Fischer et al., 2002a). En France et en dépit de l'organisation d'un dispositif à priori favorable à l'individualisation et à l'adoption d'un



statut social « ordinaire », l'étude montre que les représentations des traitements de substitution restent marquées par l'image du « junkie ». Elles se nourrissent de l'existence d'un marché de rue et d'un encadrement jugé laxiste, y compris par une partie des usagers. Le sevrage « de tout produit » reste pour beaucoup, les usagers, leur entourage voire de nombreux professionnels, le seul mode d'affranchissement du passé de toxicomane. Dans le milieu même des usagers de drogues de rue, le consommateur d'un produit de substitution est perçu comme l'antithèse du « righteous dope friend », figure valorisée d'indépendance et de résistance aux lois et aux institutions (Koester et al., 1999; Bourgois, 2000). L'utilisateur traité, déjà « désaffilié » perd ses liens avec la culture de rue et se trouverait ainsi doublement exclu comme l'a déjà montré R. Castel (1998) dans une analyse retraçant les processus de « sortie de la toxicomanie ». A l'extrême comme dans le profil 4, l'utilisateur se sent devenu l'objet d'une expérience déshumanisée en se représentant comme un cobaye.

Ainsi la recherche d'une banalisation du traitement de substitution par son intégration au régime de la médecine générale ne suffit pas à faire exister la substitution comme un traitement comme un autre. De fait, la porosité entre le monde de la drogue de rue et le monde du traitement que souligne Agar et al. (2001) rend plus difficile l'émergence d'une identité de personne soignée. En effet, les médicaments de substitution sont croisés très tôt dans les trajectoires, pour les plus anciens avec les médicaments codéinés (néocodion®) puis avec les dosages antalgiques de la buprénorphine (Temgesic®), ensuite avec le Subutex®. L'usage de rue des médicaments précède l'entrée en traitement pour la quasi-totalité des consommateurs d'héroïne (Aides-Inserm, 2001). La régularisation qui s'opère avec la demande de traitement baisse de façon très forte l'usage des substances illégales avec l'adoption de nouveaux modes de consommation. La faiblesse des contrôles dans le régime du Subutex® et l'absence de sanction évitent les ruptures volontaires ou imposées par le système de soins qui sont observées avec la méthadone et qui conduisent à un système de « porte tournante » (Koester et al., 1999). Le traitement de substitution devient alors une des modalités de la « carrière » de toxicomanie qui se développe sur le mode de la

chronicité (McLellan et al., 2000). La dépendance s'exprime par une alternance sur une longue période et souvent à vie, de périodes de consommation sans frein, de traitement, de rémission et de rechute (Nurco, Cisin and Balter, 1981; Hser, Anglin and Powers, 1993; Hser, Hoffman, Grella and Anglin, 2001), d'échecs et d'avancées.

## Références

- Afssaps-Anaes. (2004). Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés: recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis, Afssaps-Anaes, 18.
- Agar M., Bourgois P., French J., Murdoch O. (2001). Buprenorphine: "field trials" of a new drug. *Qualitative Health Research*, 11(1), 69-84.
- Aides-Inserm. (2001). Attentes des usagers de drogues concernant les traitements de substitution: expérience, satisfaction, effets recherchés, effets redoutés. Paris, Aides / Inserm, 56.
- Amato L., Davoli M., Ferri M., Gowing L., Perucci C.A. (2004). Effectiveness of interventions on opiate withdrawal treatment: an overview of systematic reviews. *Drug and Alcohol Dependence*, 73(3), 219-26.
- Beschner G.M., Walters J.M. (1985). Just another habit? The heroin users' perspective. In: B. Hanson, G.M. Beschner, J.M. Walters and E. Bovellet (Eds.) *Life with heroin: voices from the inner city*. Lexington MA: Lexington Books, 155-173.
- Blanchon T., Boissonnas A., Vareseon I., Vidal-Trecan G. (2003). Homelessness and high-dosage buprenorphine misuse. *Substance Use and Misuse*, 38(3-6), 429-42.
- Bouhnik P., Jacob E., Maillard I., Touzé S. (1999). L'amplification des risques chez les usagers de drogues précarisés. Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité- Direction générale de la santé- Ministère de la justice- Direction de l'administration pénitentiaire / Resscom (Recherches et évaluations sociologiques sur le social, la santé et les actions communautaires), 155.
- Bouhnik P., Touzé S. (2001). Précarisation et consommations de drogues illicites: amplification des prises de risques à l'ère de la substitution. In: M. Joubert, P. Chauvin, F. Facy and V. Ringa (Eds.) *Précarisation, risque et santé*. Paris: Inserm, 395-412.
- Bourgois P. (2000). Disciplining addictions: The bio-politics of methadone and heroin in the United States. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24(2), 165-195.

- Bourgois P., Lettiere M., Quesada J. (1997). Social misery and the sanctions of substance abuse: confronting HIV risk among homeless heroin addicts in San Francisco. *Social Problems*, 44(2), 155-173.
- Brown B.S., Benn G.J., Jansen D.R. (1975). Methadone maintenance: some client opinions. *American Journal of Psychiatry*, 132(6), 623-6.
- Brunelle E. (2003). Analysis of drug consumption among ambulatory patients in a drug agency of Northern France (Lens). *Annales de Médecine Interne*, 154 No 1, S15-23.
- Caiata M. (1996). La consommation contrôlée de drogues dures: une toxicodépendance d'intégration paradoxale. *Psychotropes*, 2, 7-24.
- Castel R. (1998). *Les sorties de la toxicomanie*. Fribourg, Editions universitaires Fribourg Suisse, 296.
- Castel R., Coppel A. (1991). Les contrôles de la toxicomanie. In: A. Ehrenberg (Ed.) *Individus sous influence*. Paris: Esprit.
- Conférence de consensus. (juin 2004). Textes des recommandations. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés: place des traitements de substitution, Anaes - FFA, 40.
- Courty P. (2003). High dosage buprenorphine and injection practices. A study of 303 patients. *Annales de Médecine Interne*, 154 Spec No 1, S35-45.
- Desjarlais D.C., Friedmann P., Hagan H., Friedman S.R. (1996). The prospective effect of AIDS-related behavioral change among injection drug users: a cross-national study. *American Journal of Public Health*, 86, 1780-1785.
- Duprez D., Kokoreff M. (2000). Les carrières de consommation. In: D. Duprez and M. Kokoreff (Eds.) *Les mondes de la drogue*. Paris: Editions Odile Jacob, 111-191.
- Falck R., Siegal H.A., Forney M.A., Wang J., Carlson R.G. (1992). Self-reported use of opiates and cocaine. *Journal of Drug Issues*, 22, 823-832.
- Fischer B., Chin A.T., Kuo I., Kirst M., Vlahov D. (2002). Canadian illicit opiate users' views on methadone and other opiate prescription treatment: an exploratory qualitative study. *Substance Use and Misuse*, 37(4), 495-522.

- Fischer B., Rehm J., Kirst M., Casas M., Hall W., Krausz M., Metrebian N., Reggers J., Uchtenhagen A., van den Brink W., van Ree J.M. (2002). Heroin-assisted treatment as a response to the public health problem of opiate dependence. *European Journal of Public Health*, 12(3), 228-34.
- Gayre C., Richard H. (2000). Service users' and providers' perceptions of a methadone maintenance program: a Queensland qualitative pilot study. Queensland, 1-150.
- Gold M.L., Sorensen J.L., McCanlies N., Trier M., Dlugosch G. (1988). Tapering from methadone maintenance: attitudes of clients and staff. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 5(1), 37-44.
- Guichard A., Lert F., AIDES., Brodeur J.M., Richard L., Benigeri M., Zunzunegui M.V. (2003). Illicit Drug Use and Injection Practices among Drug Users on Methadone and Buprenorphine Maintenance Treatment in France. *Addiction*, 98, 1585-1597.
- Hser Y.I., Anglin D., Powers K. (1993). A 24-year follow-up of California narcotics addicts. *Archives of General Psychiatry*, 50(7), 577-84.
- Hser Y.I., Hoffman V., Grella C.E., Anglin M.D. (2001). A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Archives of General Psychiatry*, 58(5), 503-8.
- Hunt D.E., Lipton D.S., Goldsmith D.S., Strug D.L., Spunt B. (1985). "It takes your heart": the image of methadone maintenance in the addict world and its effect on recruitment into treatment. *The International Journal of the Addictions*, 20(11-12), 1751-71.
- Hunt G., Rosenbaum M. (1998). "Hustling" within the clinic: consumer perspectives on methadone maintenance treatment. In: J.A. Inciardi and L.D. Harrison (Eds.) *Heroin in the age of crack-cocaine*. London: Sage Publ., 188-214.
- Johnson P., Friedman J. (1993). Social versus physiological motives in the drug careers of methadone clinics clients. *Deviant Behavior*, 14, 23-42.
- Kelley M.S., Chitwood D.D. (2004). Effects of drug treatment for heroin sniffers: a protective factor against moving to injection? *Social Science and Medicine*, 58(10), 2083-92.

- Koester S., Anderson K., Hoffer L. (1999). Active heroin injectors' perceptions and use of methadone maintenance treatment: cynical performance or self-prescribed risk reduction? *Substance Use and Misuse*, 34(14), 2135-53.
- Langendam M.W., van Brussel G.H., Coutinho R.A., van Ameijden E.J. (2000). Methadone maintenance and cessation of injecting drug use: results from the Amsterdam Cohort Study. *Addiction*, 95(4), 591-600.
- Ling W., Wesson D.R. (2003). Clinical efficacy of buprenorphine: comparisons to methadone and placebo. *Drug and Alcohol Dependence*, 70(2 Suppl), S49-57.
- Lovejoy M., Rosenblum A., Magura S., Foote J., Handelsman L., Stimmel B. (1995). Patients' perspective on the process of change in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12(4), 269-82.
- Lovell A. (2001). Ordonner les risques: l'individu et le pharmaco-sociatif face à l'injection de drogues. In: D. Fassin (Ed.) *Critique de la santé publique*. Paris.
- Magura S., Rosenblum A. (2001). Leaving methadone treatment: lessons learned, lessons forgotten, lessons ignored. *Mt Sinai J Med*, 68(1), 62-74.
- Mattick R.P., Ali R., White J.M., O'Brien S., Wolk S., Danz C. (2003). Buprenorphine versus methadone maintenance therapy: a randomized double-blind trial with 405 opioid-dependent patients. *Addiction*, 98(4), 441-52.
- McBride A.J., Pates R.M., Arnold K., Ball N. (2001). Needle fixation, the drug user's perspective: a qualitative study. *Addiction*, 96(7), 1049-58.
- McLellan A.T., Lewis D.C., O'Brien C.P., Kleber H.D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284(13), 1689-95.
- Montagne M. (1998). Philosophies of drug giving and drug taking. *Journal of Drug Issues*, 18, 139-284.
- Montagne M. (2002). Appreciating the user's perspective: listening to the "methadonians". *Substance Use and Misuse*, 37(4), 565-70.
- Neale J. (1999a). Drug users' views of substitute prescribing conditions. *International Journal of Drug and Policy*, 10, 247-258.
- Neale J. (1999b). Understanding drug-users clients' views of substitute prescribing. *The British Journal of Social Work*, 29(1), 127-145.

- Newman R. (1996). The promises and pitfalls of methadone treatment. *International Journal of Drug and Policy*, 7, 66-67.
- Norman E., Zinberg N.E. (1980). The social setting as a control mechanism in intoxicant use. In: D.J. Lettieri, S. M. and H. Wallenstein Pearson (Eds.) *Theories on drug abuse*. Rockville: NIDA, 236-255.
- Nurco D.N., Cisin I.H., Balter M.B. (1981). Addict careers. I. A new typology. *The International Journal of the Addictions*, 16(8), 1305-25.
- O.F.D.T. (2003a). Phénomènes émergents liés aux drogues en France en 2001. Rapport Trend 2002. Paris, OFDT, 287.
- O.F.D.T. (2003b). Substitution aux opiacés: Synthèse des informations disponibles de 1996 à 2001 en France. Paris, OFDT, 80.
- O.F.D.T. (2004). Les traitements de substitution en France: résultats récents 2004. N°37. Tendances. Paris, OFDT, 8.
- Rosenbaum M., Murphy S. (1981). Getting the treatment: recycling women addicts. *Journal of Psychoactive Drugs*, 13(1), 1-13.
- Rosenbaum M., Murphy S. (1984). Always a junkie?: the arduous task of getting off methadone. *Journal of Drug Issue*, 16(4), 527-552.
- Rosenblum A., Magura S., Joseph H. (1991). Ambivalence toward methadone treatment among intravenous drug users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 23(1), 21-7.
- Seidman I. (1998). *Interviewing as qualitative research*. New York, Teachers College Press, 168.
- Sherman M.F., Bigelow G.E. (1992). Validity of patients' self-reported drug use as a function of treatment status. *Drug and Alcohol Dependence*, 30, 1-11.
- Simpson D.D., Joe G.W., Greener J.M., Rowan-Szal G.A. (2000). Modeling year 1 outcomes with treatment process and post-treatment social influences. *Substance Use and Misuse*, 35(12-14), 1911-30.
- Tobutt C., Oppenheimer E., Laranjeira R. (1996). Health of cohort of heroin addicts from London clinics: 22 year follow up. *BMJ*, 312(7044), 1458.
- Trostle J.A. (1997). The history and meaning of patient compliance as an ideology. In: D. Gochman (Ed.) *Handbook of health behavior research: provider determinants*. New York: Plenum, 49-62.



- Uchtenhagen A., Gutzwiller F., Dobler-Mikola A. (1997). Essais de prescription médicale de stupéfiants. Rapport de synthèse PROVE. Zurich, Institut de Médecine Sociale et Préventive, 162.
- Varescon I., Vidal-Trecan G., Nabet N., Boissonnas A. (2002). Buprenorphine abuse: high dose intravenous administration of buprenorphine. *Encephale*, 28(5 Pt 1), 397-402.
- Vidal-Trecan G., Varescon I., Nabet N., Boissonnas A. (2003). Intravenous use of prescribed sublingual buprenorphine tablets by drug users receiving maintenance therapy in France. *Drug and Alcohol Dependence*, 69(2), 175-81.

**Tableau 5** : Tableau récapitulatif des principales caractéristiques socio-démographiques des participants en fonction des profils

	Ressource N = 8	Maintenance N = 6	Drogue N= 9	Piège N = 5	Total N = 28
<b>Ville de recrutement:</b>					
- Paris	1	2	5	4	12
- Montreuil	7	4	4	1	16
<b>Genre:</b>					
- Hommes	8	2	4	5	19
<b>Age (moyenne, sd):</b>	33 (29-42)	35 (27-43)	30 (23-36)	36 (32-43)	33 (23-43)
<b>Age (classes):</b>					
- Moins de 30 ans	1	1	3	/	5
- Entre 31 et 40 ans	5	2	6	3	16
- Plus de 40 ans	2	3	/	2	7
<b>Enfants :</b>					
- Sans	2	1	5	4	12
- Un et plus	6	5	4	1	16
<b>Statut marital :</b>					
- Célibataire	3	3	5	4	15
- Vit en couple	5	3	4	1	13
<b>Emploi :</b>					
- Oui	8	4	1	1	14
<b>Salaire:</b>					
- Salaire + allocation chômage	8	4	1	1	14
- Autres revenus (activités illicites, allocations, etc.)	/	2	8	4	14
<b>Logement:</b>					
- Stable (appartement, maison)	8	6	4	1	19
- Instable (squat, hotel, etc.)	/	/	5	4	9
<b>Prison:</b>					
- Oui	1	/	4	5	9
<b>Statut sérologique :</b>					
- HIV+	/	3	/	1	4
- HCV+	4	1	4	3	12
- Coinfecté	/	1	/	1	2
<b>Cadre de traitement:</b>					
- Cabinet libéral	4	3	7	3	17
- CSST	4	3	2	2	11
<b>Durée de l'usage de drogue:</b>					
- Moins de 2 ans	/	1	2	/	3
- Entre 5 et 10 ans	5	3	4	/	12
- Entre 10 et 15 ans	2	/	1	/	3
- Plus de 15 ans	1	2	2	5	10

**6. ARTICLE 2: Rapports des usagers de Subutex®  
avec leurs médecins : points de vue des usagers**

**Rapports des usagers de Subutex® avec leurs médecins :  
points de vue des usagers**

*Article en cours de traduction pour une soumission à la revue : Social Science and Medicine*

*Mots clés* : toxicomanie, traitement de substitution, Subutex®, relation soignant-soigné, perspective de l'utilisateur.

*Auteurs* : Anne GUICHARD<sup>1</sup>, France LERT<sup>1</sup>, Jean-Marc BRODEUR<sup>2</sup> et Lucie RICHARD<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Inserm, U687, IFR69, Saint-Maurice, F-94415 France

<sup>2</sup> Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (Gris), Montréal, Canada

Contact :

Anne Guichard (Doctorante en Santé Publique)

INSERM U 687

Hôpital National de Saint-Maurice

14, rue du Val d'Osne

94415 Saint-Maurice Cedex

email : [aguichard@netcourrier.com](mailto:aguichard@netcourrier.com)

Cette étude a été financée par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) et l'Agence Nationale de recherche sur le Sida (ANRS)

*Remerciements* : La conduite de cette étude a été rendue possible grâce à l'implication des intervenants des structures partenaires (CSST, Cabinets libéraux et PES). Les auteurs souhaitent remercier et exprimer leur reconnaissance à toutes les personnes ayant participé à l'enquête, en particulier celles qui se sont rendues disponibles et se sont investies dans la durée des trois entretiens, ainsi que Christine Calderon qui a retranscrit tous les entretiens.

### **Résumé**

Le dispositif français d'offre des traitements de substitution mis en place depuis 1996 se distingue des conditions souvent très strictes de fonctionnement des cliniques méthadone mises en place dans d'autres pays. En France, la place prépondérante de la médecine générale et le cadre très souple de prescription et de délivrance du Subutex® tend à faire de la relation entre le médecin et l'utilisateur substitué une dimension centrale du traitement de substitution. L'article porte sur les attentes des usagers en traitement de substitution vis-à-vis du médecin et sur leur perception de son attitude à leur égard. Il s'attache à l'évaluation faite par les usagers de la réponse du médecin aux difficultés exprimées de façon à identifier les sources possibles de non adhésion au traitement et de « mésusages ».

Une enquête par entretiens répétés auprès d'un échantillon diversifié de 28 personnes en traitement dégage 4 patterns de relation entre le médecin et l'utilisateur : a) centrée sur la posologie de la prescription, b) centrée sur la compliance, c) centrée sur la personne et d) centrée sur l'obtention de la prescription. Dans tous les cas, l'expression des consommations associées ou des usages intraveineux du médicament reste difficile au sein d'une relation qui tend à renouveler le stigmate attaché à la toxicomanie. Il règne par ailleurs un flou quant aux objectifs du traitement et leur cadre temporel qui limite la capacité des usagers à intégrer le traitement et à s'y engager. L'hétérogénéité et la fragilité des situations des usagers doivent être considérés comme des éléments constitutifs de la dépendance nécessitant une évaluation régulière de la situation des individus et des objectifs du traitement au cours des contacts avec le médecin. Cette actualisation constante des situations avec le médecin devrait permettre d'optimiser la prise en charge et d'éviter le hiatus qui génère ou entretient les « mésusages ».

### **Abstract**

The French system for drug substitution or maintenance treatment, established in 1996, differs from the often strict conditions attached to methadone clinics in other countries. Because of the predominant role of general practitioners and the flexible

prescription rules for Subutex® in France, the relationship between the physician and the drug user becomes a central element of the treatment. This article deals with the expectations that these patients have of the physician and their perception of his or her attitude towards them. It focuses on their assessment of the physician's response to the problems they report, in order to identify possible reasons for the absence of treatment compliance and of Subutex® misuse.

This study, based on a diversified sample of 28 persons in treatment showed 4 patterns of doctor-patient relationship which differed according to their focus on : a) dosage, b) compliance, c) the person and d) obtaining a prescription. In all four types of cases, patients have difficulties to report other drug use or Subutex® injection within this relationship in which the stigma attached to drug dependence seems to reappear. Moreover, the lack of clarity about the treatment objectives and time frame limits the users' ability to integrate the treatment into their lives and commit themselves to it. The heterogeneity and fragility of the users' situations are elements relative to dependence that require regular assessment of the individual's situation and of the treatment objectives during contact with the physician. This constant reappraisal of the situation with the physician should help to optimize the treatment and avoid the hiatus that can generate or maintain "misuse."

## **1. Introduction**

Le dispositif français d'offre des traitements de substitution, mis en place dans le contexte de l'épidémie de sida, se distingue des conditions souvent très strictes de fonctionnement des cliniques méthadone mis en place dans les pays où existent de longue date les traitements de substitution. En France, la place prépondérante de la médecine générale et le cadre très souple de prescription et de délivrance du Subutex®<sup>16</sup> (durée de prescription pouvant aller jusqu'à 28 jours, absence de contrôle urinaire, gestion à domicile de son traitement, pas d'enregistrement) se traduisent par une grande autonomie de l'utilisateur dans la gestion des médicaments. Les textes initiaux instaurant ce dispositif, commandés par l'urgence de développer l'offre de soins, étaient restés très ouverts sur les objectifs du traitement et les recommandations de prescription et de suivi. Cette flexibilité visait aussi à lever les réticences des médecins à prendre en charge une population difficile, jusque là tenue à l'écart des cabinets médicaux (Moatti, Souville, Escaffre and Obadia, 1998). La substitution s'inscrivait d'emblée dans un contexte de réduction des risques tout en assignant un objectif à long terme d'une vie sans drogue ni médicament. Les traitements, principalement la prescription de traitement de buprénorphine haut dosage (Subutex®) en médecine de ville, ont connu un succès rapide et soutenu dans la durée dont attestent le nombre de médecins prenant en charge les personnes dépendantes et le volume de médicaments vendus en officine (Emmanuelli, 2001).

Après plusieurs années d'expérience, les données existantes sur l'évaluation de cette stratégie tant au niveau collectif (indicateurs de mortalité par overdose, interpellations pour usage, saisie d'héroïne) ou au niveau individuel (données de suivis observationnel) ont mis en évidence de nombreux résultats positifs (OFDT, 2003b, 2004). L'observation des abus du système, l'existence d'un trafic du médicament et son intégration à des usages non thérapeutiques, dont l'injection, ont conduit à proposer une régulation plus stricte : possibilité pour le médecin de prescrire une délivrance

---

<sup>16</sup> Le Subutex® se présente sous la forme d'un comprimé à prendre 1 fois/jour par voie sublinguale. En France, 3 dosages sont disponibles: 0.2 mg, 4 mg et 8 mg.



fractionnée en officine, désignation du pharmacien sur l'ordonnance, contrôle par l'assurance maladie des médecins ayant des prescriptions jugées excessives ou des patients ayant recours à plusieurs médecins sur une même période, etc. Beaucoup de questions demeurent donc pour améliorer le système de soins. Les essais cliniques ont montré l'intérêt et les limites des quelques médicaments disponibles pour la substitution et les interrogations portent aujourd'hui sur la prise en charge qui est contingente au mode d'organisation des soins dans chaque pays. Les travaux ethnographiques menés aux Etats-Unis, en Australie, et en Grande Bretagne ont porté sur des usagers en situation de grande précarité traités par la méthadone, dans des centres spécialisés imposant des règles strictes de dispensation, de contrôle et de suivi avec des contrôles assortis d'un système de récompense ou de rétorsion. L'utilisateur y apparaît dans une position de soumission aux professionnels « discipliné par le pouvoir médical », infantilisé et stigmatisé (Agar and Stephens, 1975; Brown et al., 1975; Rosenbaum and Murphy, 1981; Beschner and Walters, 1985; Hunt et al., 1985; Caplehorn and Bell, 1991; Bell, 1998; Koester et al., 1999; Bourgois, 2000; Fischer et al., 2002a).

En France, les attitudes des médecins de ville ont fait l'objet d'enquêtes à plusieurs reprises montrant une évolution positive de leurs attitudes vis-à-vis des traitements de substitution et des usagers (Moatti et al., 1998; OFDT, 2003b). Les professionnels pratiquant dans les centres spécialisés, notamment les infirmières, psychologues ou travailleurs sociaux n'ont pas été enquêtés alors que leurs conceptions et leurs pratiques professionnelles ont dû considérablement évoluer. De même, le point de vue des usagers substitués sur l'organisation des soins, la relation avec les professionnels et les traitements, n'a pas été considéré, les informations s'étant focalisées sur l'évolution de leurs comportements et de leur situation sociale. Pourtant et à l'instar de n'importe quelle autre prise en charge de longue durée, l'efficacité des traitements de substitution est largement tributaire de leur adéquation avec les attentes et les besoins de ceux qui en bénéficient et d'une meilleure connaissance du vécu et du sens qu'ils donnent à la prise en charge qui leur est proposée (Adrian, 2002; Montagne, 2002). La qualité des interactions entre la personne substituée et les professionnels apparaît dans les études comme un déterminant majeur de l'engagement des patients

dans leur traitement et du succès de ce dernier (Lovejoy et al., 1995; Lalande and Grelet, 1999; Fischer et al., 2002a).

Cet article porte sur les attentes des usagers en traitement de substitution vis-à-vis du médecin, sur la perception de son attitude à leur égard, sur l'évaluation de sa réponse aux difficultés exprimées de façon à identifier les sources possibles de « non-adhésion » au traitement et de « mésusages ».

## **2. Méthodes**

Le matériel de cette analyse se fonde sur 84 entretiens réalisés auprès de 28 usagers de drogues prenant un traitement de substitution par le Subutex®. Pour représenter la diversité des contextes dans la région Ile de France, un double recrutement de l'échantillon a été fait en centre de soins spécialisés (n=9), en cabinet de généraliste (n=12) auprès de médecins volontaires et impliqués dans ce type de prise en charge et ceci, dans Paris intra-muros et en proche banlieue. Dans les CSST et les cabinets de ville, les médecins sollicitaient les patients au cours de la consultation pour participer à l'enquête tandis que dans les PES le contact avec les usagers était établi de façon plus directe. Le critère d'éligibilité était un traitement par le Subutex® de plus de 6 mois avec une attention à solliciter d'une part des usagers réguliers caractérisés par le respect des rendez-vous, la continuité dans le traitement, le caractère exceptionnel des demandes de dépannages, et d'autre part des usagers plus irréguliers en fonction de ces mêmes critères ; ceci en diversifiant au mieux les caractéristiques socio-démographiques (genre, âge, vie de couple, emploi). Sur chaque site, le recrutement a été complété dans les programmes d'échange de seringues (PES) pour contacter des personnes qui maintiennent une consommation de produits illicites ou la pratique de l'injection (n=7). Les usagers sous l'effet marqué des drogues lors de la prise de contact ou présentant des troubles psychiatriques n'étaient pas sollicités.

L'enquêteur présent dans le cabinet, le centre ou le local d'échange de seringues informait la personne: a) du strict anonymat et de la confidentialité des entrevues, notamment par rapport aux soignants, b) des modalités et du déroulement de l'enquête,

notamment du caractère volontaire, de la répétition des entretiens, c) de la possibilité de refuser les entretiens ultérieurs sans conséquences pour son traitement et sans avoir à se justifier, et d) de l'absence de rémunération. Le téléphone portable dont la très grande majorité des usagers était équipée s'est avéré l'outil le plus apprécié pour gérer les rendez-vous des entretiens ultérieurs étalés sur une période de 4 mois<sup>17</sup>. Ceux-ci ont été réalisés en dehors des structures de soins dans des lieux laissés au choix de la personne : parcs, cafés, squats et plus rarement à domicile.

Le guide d'entretien a été mis au point à partir d'une dizaine d'entrevues exploratoires et des observations menées dans deux structures de soins. Conçu dans le cadre d'une recherche plus vaste dont l'objectif était d'éclairer différentes questions se rapportant au vécu du traitement et aux usages du médicament de substitution, le schéma d'entretien intégrait plusieurs niveaux d'investigation dont les conditions d'initiation du Subutex® (histoire avec les produits, traitements antérieurs, éléments d'histoire et de mode de vie, et b), les modalités de la prise en charge, du suivi médical et de la relation au médecin (prise en charge psychosociale, dose prescrite, coprescriptions, informations reçues, rythme et déroulement des consultations, éléments de satisfaction ou d'insatisfaction, besoins et attentes, et difficultés vécues au sein de la relation), c) l'utilisation du Subutex® (dose prescrite, dose consommée, rythme des prises, mode d'administration, autres produits consommés, etc.), et d) le mode de vie (logement, insertion professionnelle, situation juridique/administrative, vie familiale ou affective, etc.). Tous les entretiens ont été enregistrés et intégralement retranscrits.

Les personnes interrogées, 19 hommes et 9 femmes, ont de 23 à 42 ans (moyenne : 33 ans). La moitié a un emploi rémunéré et vit dans un logement stable. Le suivi du traitement est réalisé en majorité dans les cabinets libéraux (n=17 – usagers recrutés dans les PES inclus) et pour la quasi-totalité de l'échantillon (n=24), la durée du traitement de Subutex® est supérieure à 2 ans. Seulement deux personnes font état d'un suivi psychologique au moment des entretiens. Presque tous ont une longue

---

<sup>17</sup> Pour une description détaillée de la méthodologie utilisée et du déroulement des 3 entretiens, nous renvoyons le lecteur à la section « méthode » de l'article : Guichard A., Lert F., Brodeur J. M. and Richard L., article soumis, Pluralité des modes d'appropriation du Subutex®: de la reconquête de l'autonomie à la spirale de l'échec, *Sciences Sociales et santé*.

histoire avec l'héroïne, de 5 à 10 ans pour 12 d'entre-eux et de plus de 15 ans pour cinq d'entre-eux. Tous l'injectaient sauf un qui la prenait en sniff. Trois usagers se distinguent par une histoire récente (de quelques mois à 3 ans) de consommation de cocktails de produits associant drogues et médicaments, antérieure à la prescription de Subutex®.

Seules les sections des entretiens traitant des modalités de la prise en charge, du suivi médical et de la relation au médecin ont été retenues pour cet article. Elles ont été analysées en suivant une démarche inductive en plusieurs étapes menée à l'aide du logiciel ATLAS TI (win 4.2). L'analyse de texte a consisté à identifier les dimensions constitutives de la relation avec le médecin pour en dégager les principaux enjeux.

### **3. Résultats**

#### **3.1 Dimensions et profils**

L'analyse des entretiens permet de dégager 8 dimensions caractérisant la relation avec le médecin au cours du traitement du point de vue de l'utilisateur : la fonction du médecin par rapport à la prise en charge de la dépendance, le positionnement des deux protagonistes au sein de la relation, la place de la prescription (produits, dose, durée) lors des consultations, l'expression des consommations non-conformes à la norme du traitement (qu'on appellera mésusages qu'il s'agisse de sur ou sous consommation du médicament, de la prise d'autres substances ou d'injection) et la réponse de la part du médecin, la perception du projet thérapeutique par l'utilisateur en substitution, l'image de soi dans le rapport au traitement et au médecin, et les incongruences entre médecin et personne traitée au cours du temps.

La combinaison des différents positionnements des usagers sur ces dimensions conduit à identifier 4 patterns de relation entre le médecin et l'utilisateur (cf. tableau 6).

**Insérer Tableau 6 (cf. p 151)**

### 3.2 Une relation centrée sur la posologie de la prescription

#### 3.2.1 Une relation impersonnelle et instrumentale

Les usagers décrivent des interactions avec le médecin centrées sur la prescription du médicament et sa posologie. Après la phase initiale de détermination du dosage adapté, les patients se plaignent du désintérêt du médecin pour ce qu'ils vivent au quotidien. Le médecin est passif et indifférent face à l'évocation des situations personnelles (problèmes sociaux, administratifs, juridiques, affectifs...), du mal être et des questions existentielles. Tout problème exprimé quel que soit le registre (consommations persistantes de drogues, événements de vie, problèmes affectifs ou relationnels, difficultés sociales ....) est interprété et traité en terme d'ajustement du traitement. Le médecin vérifie par un bref interrogatoire l'adaptation du traitement, mais ne pose pas de questions sur les autres sujets si ce n'est de façon conventionnelle. Au fil du temps, la consultation se réduit à un échange courtois de banalités et à la prescription.

*Sébastien (35 ans, en couple, un enfant, routier, Subutex® depuis 3 ans, CSST) : « Quand j'y vais, c'est pas compliqué, c'est : ça va ? Comment ça se passe ? On reste toujours pareil ? Vous avez des questions ? Et puis je me casse. J'ai même plus envie de lui parler parce que j'ai l'impression de l'emmerder avec mes histoires. Même moi, ça me fait chier, je n'ai pas envie d'aller le voir. »*

#### 3.2.2 Une prescription adaptée avec largesse

Les usagers évoquent les « largesses » d'un médecin réceptif à tous les arrangements possibles. Son objectif serait de prévenir les « dérapages » en augmentant la posologie pour éviter la survenue du manque ou toute discontinuité du traitement entre deux prescriptions. Certains usagers voient dans cette attitude une logique qui vient contrecarrer les limites et les contrôles qu'ils tentent vainement de se fixer. Ce faisant, la posologie peut devenir sujet à tensions dans la relation, l'utilisateur insistant pour une prescription à la baisse et le médecin laissant toute latitude à l'utilisateur de baisser s'il le veut la dose quotidienne.

**Karim (30 ans, en couple, un enfant, travail en intérim, Subutex® depuis 3 ans, MG) :** « Ce qui est très bizarre avec les médecins, c'est que moins on en prend, plus ils nous en donnent, plus on en veut, moins ils nous en donnent... Moi je prenais pas beaucoup, il trouvait ça bizarre, je crois qu'il pensait à l'époque que c'était pour moi un complément de ma continuité de toxicomane, c'est-à-dire que j'avais pas de truc, je me rabattais sur le Subutex®, donc je n'avais pas besoin de prendre beaucoup. Les médecins ont tendance à avoir cette logique là alors qu'honnêtement, c'était pas du tout ça. Moi déjà, j'étais un petit consommateur d'héroïne, donc je pense pas avoir été suffisamment accroché pour avoir besoin de fortes doses de Subutex®. Moi je prenais 2 mg, c'est rien, et j'ai tourné comme ça pendant plusieurs mois et ça allait. Mais quand je suis allé voir le toubib il a rien voulu savoir, il me disait que j'avais besoin de plus, moi je disais que non, peut-être que j'avais besoin de plus, mais pas autant. Je lui en veux un peu. Pour lui, c'était pour se rassurer lui-même, il ne voulait pas de patients qui soient là à prendre le Subutex® en complément de l'héroïne, donc il a préféré me donner un traitement plus complet pour lui, donc 8mg. »

### 3.2.3 Le mésusage se résout par une augmentation de la dose prescrite

L'expression des « mésusages » (consommations associées, surconsommations de Subutex®, injection...) est encouragée et dédramatisée par le médecin. Pourtant, la plupart disent avoir cessé de mentionner ces écarts au cours de la consultation, soit parce qu'ils se sont vus proposer en réponse une augmentation de la dose, soit parce que ces difficultés n'ont pas reçu l'attention ou les réponses escomptées.

**Sébastien (35 ans, en couple, un enfant, routier, Subutex® depuis 3 ans, CSST) :** « Avant avec le Dr « M », je ne me déplaçais pas juste pour aller chercher mon papier. On parlait, il s'intéressait à moi, me demandait si j'allais mieux. Il me disait : « le jour où tu m'apprends que tu y a retouché, tu vas m'entendre ». L'autre jour, pour voir ce qu'il allait me dire, je lui ai dit : « hier, je me suis permis de retoucher à l'héroïne, si c'est qu'un fois, ça va aller, tu veux qu'on augmente la dose ? Non mais c'est quoi ce charlot ? Il sert à quoi ? C'est un connard ! »

### 3.2.4 Projet de substitution maintenance stricte de la part du médecin

Aux attentes de clarification sur le but à atteindre avec le traitement, aux demandes de réduction de la dose, les usagers ne reçoivent qu'une réponse évasive, ou technique sur les modes d'action du Subutex® ; la stabilité de la dose et la poursuite du traitement sont justifiés par le médecin. Cette indétermination de la durée du traitement est vécue par les usagers comme un obstacle à se projeter dans l'avenir. Ne percevant pas de progression dans leur traitement, ils se sentent captifs autant du produit que de



celui qui le délivre. Le repli sur soi est mis sur le compte du découragement face à ces demandes sans réponse.

**Sébastien (35 ans, en couple, un enfant, routier, Subutex® depuis 3 ans, CSST) :** *"Moi je viens le voir pour être soigné pas pour qu'on ne me dise rien. Quand je lui dis que le traitement je ne le supporte pas dans la longueur, que ça me fait flipper de ne pas en voir la fin, il ne t'aide pas, à la limite il dirait même : « si ça t'énerve, arrête-le ». Il me prend pour un con. Une fois, j'ai posé la question pour arrêter et voir s'il n'y avait pas autre chose, je suis à 2mg. Il m'a dit : « non, vaut mieux continuer avec ça. Ok, et après? Je vais quand même pas passer ma vie à bouffer des cachetons ? Je ne m'en sors pas. J'ai arrêté quelque chose, je vais prendre autre chose, je vais arrêter encore...où je vais comme ça ? Avant, la mode c'était de te désintoxiquer, maintenant c'est de te laisser traîner dans le système. Ce traitement, c'est une véritable camisole chimique, c'est pire que la taule. Moi, j'ai ma femme, ma famille et je n'ai plus envie d'avoir des trucs comme ça, j'ai envie de passer à autre chose. »*

### 3.2.5 Un junkie incurable

Les attitudes du médecin, le retard dans la salle d'attente, l'indifférence aux problèmes personnels, la focalisation sur la réponse médicamenteuse contribuent à altérer un peu plus encore l'image de soi et à exacerber le sentiment d'échec. Ce traitement sans fin prévue, ni même envisagée, amène les usagers à se voir perçus comme des junkies incurables et à faire un parallèle entre le traitement de substitution et les soins palliatifs.

**Sébastien (35 ans, en couple, un enfant, routier, Subutex® depuis 3 ans, CSST) :** *« De toutes façons, il s'en fout, je peux bien crever, je suis qu'une merde pour lui. Mais qui c'est qui peut me dire comment on l'arrête ce putain de traitement ? Non mais tu te rends comptes ce qu'ils nous font bouffer ? C'est super fort ce truc là, c'est comme pour les cancéreux ou les mecs qui vont crever du sida...Et si un jour j'ai un cancer, ben je fais quoi moi, hein ?»*

### 3.2.6 Risques de distanciation ou de rupture dans la relation thérapeutique

Dans la durée, la relation tend à se déliter, la fonction soignante du médecin, ses compétences sont mises en cause.

**Philippe (43 ans, veuf, 2 enfants, emploi stable, VIH+/VHC+, Subutex® depuis 4 ans, CSST) :** *« En fait, il n'y a pas de suivi à côté du traitement, on est livré à soi-même. Je m'aperçois qu'il avance à tâtons, ça fout les boules ... C'est le laisser-aller le plus total, il file son Subutex® et ses cachetons...mais ce n'est pas la substitution qui vous permet d'aller plus loin, c'est tout ce qu'il y a autour. »*



Le mépris et la défiance gagnent la relation et le médecin est qualifié tour à tour d'irresponsable ou d'usurpateur guidé par une logique économique et agissant à ses propres fins. En fonction des ressources et des attentes de la personne, cette situation peut évoluer vers une (ré)appropriation progressive du médicament par l'usager dans la continuité d'un processus thérapeutique autorégulé ou bien mener au désinvestissement du traitement avec la reprise d'une logique de consommation et la manipulation du médecin pour obtenir « le produit ».

*Paulo (35 ans, célibataire, vit en squat, RMI, Subutex® depuis 4 ans, MG) : « Mon toubib, je le considère comme un charlatan, qui a trouvé le bon filon avec nous. Je lui fais pas confiance. »*

### 3.3 Une relation centrée sur la compliance

#### 3.3.1 Une relation paternaliste

L'usager et le médecin peuvent établir entre eux une relation « classique » marquée par une certaine bienveillance du médecin, une reconnaissance de la part du patient de sa compétence, et une focalisation sur le traitement avec mise entre parenthèses de la personne. Souvent, les répondants évoquent une relation cordiale avec leur médecin. Ils ne s'y sentent pourtant pas toujours à l'aise. Pour eux, elle manque d'authenticité, la cordialité est surfaite, voire manipulatrice, interprétée comme une stratégie du médecin pour favoriser l'adhésion au traitement et limiter les abus du système.

*Yves (31 ans, en couple, jumeaux, chômage, VHC+, Subutex® depuis 2 ans, CSST) : « Lui ce qu'il cherche à savoir c'est si on est sérieux dans le traitement, si on le prend bien, si les effets qu'on a sont ceux qu'on attendait, mais sans trop rentrer dans la vie...Je ne me sens pas à l'aise avec lui, j'ai toujours l'impression qu'il n'y a rien de gratuit dans sa façon de faire, surtout quand il veut faire copain avec moi j'ai l'impression qu'il cherche à me coincer. »*

#### 3.3.2 Une prescription a minima

La consultation laisse peu de place à la négociation et les arguments (angoisses, anxiété, symptômes dépressifs) avancés par la personne sont interprétés comme des

stratagèmes pour obtenir une augmentation de la posologie ou une prescription de benzodiazépines qui n'aurait pas de justification.

**Danièle (23 ans, en couple, un enfant, RMI, Subutex® depuis 2 ans, MG) :** « J'ai essayé de lui en parler, de lui dire que j'avais besoin de plus. Tout ce que je lui disais, lui coupait en deux. Il s'imaginait que je grattais et ça n'allait pas du tout, je ne grattais pas, j'étais vraiment malade. J'ai laissé tomber, je me fais dépanner ailleurs. »

### 3.3.3 Compliance à la prescription et système de sanctions

Les usagers perçoivent qu'ils sont évalués par la conformité au régime fixé par le médecin. Les entorses à celui-ci (usages de benzodiazépines non prescrites, alcool, substances illicites, ou traces d'injection) sont sanctionnées par la réduction de la dose prescrite, la menace de l'arrêt de la prescription ou du transfert sur un traitement de méthadone plus étroitement contrôlé. Ces conditions ont souvent été énoncées dès le départ. Ce faisant et même lorsqu'ils y sont encouragés, la plupart redoutent d'exprimer leurs difficultés par peur des représailles, d'encourir la réprobation ou la suspicion ou par crainte d'hypothéquer les bonnes relations avec le médecin. Les écarts sont tolérés et relativement bien acceptés en début de traitement, mais leur persistance est de moins en moins comprise par le médecin et interprétée comme une tentative d'abus du système.

**Catherine (23 ans, en couple, un enfant, RMI, VHC+, Subutex® depuis 3 ans, MG) :** « Non, je ne lui dis pas que je shoote, il sait pas. Je ne veux pas lui en parler parce que j'ai peur qu'il arrête mon traitement. C'est vrai que c'est paradoxal parce qu'après tout, on est là pour ça, pour parler de nos difficultés avec les produits. Mais je sais pas, je le sens pas et je n'ai pas envie de prendre le risque. »

### 3.3.4 Dissymétrie de l'échange d'information et dissonances thérapeutiques

Ce climat de suspicion fait obstacle aux demandes d'information, les questions risquant d'être perçues comme une curiosité permettant d'utiliser le médicament comme une drogue. Le besoin s'est exprimé au cours de l'enquête, les usagers ont systématiquement mis à profit les entretiens pour obtenir des informations précises ou de simples clarifications au sujet du traitement : les risques de toxicité d'une prise prolongée de Subutex®, les interactions médicamenteuses du Subutex® avec le

traitement de l'hépatite C ou du VIH, les risques et les effets en cas d'association à d'autres substances psychoactives ou l'éventualité d'une grossesse, les effets secondaires, etc.

**Jean-Pierre (42 ans, divorcé, deux enfants, emploi stable, Subutex® depuis 4 ans, MG) :** « En fait, je me pose plein de questions sur le Subutex®, c'est fou ça je sais toujours pas ce qu'il y a dedans, c'est quoi ses composés ? De la morphine ? J'ai jamais osé demander à mon médecin des fois qu'il croirait que je m'y intéresse un peu trop et que je cherche à me renseigner pour savoir si je peux... »

Le schéma qui sous-tend l'attitude médicale envisage une progression standard induction-stabilisation-diminution alors que l'expérience de l'utilisateur est celle de l'instabilité des effets du traitement en lien avec son état psychologique ou sa situation (problèmes de santé, de logement, tensions psychologiques etc.). Le médecin peut tenter d'amorcer une diminution de la posologie sans tenir compte des circonstances.

**Philippe (43 ans, veuf, deux enfants, emploi stable, VIH+/VHC+, Subutex® depuis 4 ans, CSST) :** « On est complètement en décalage avec mon médecin, il n'arrive pas à saisir, ses capacités de compréhension sont très limitées. Il fait sa thérapie comme il l'entend et passe par des stades différents. J'essaie de lui expliquer que je suis malade, [VIH+], que j'ai des soucis avec l'arrivée de mes enfants, que je ne sais toujours pas où on va crêcher quand ils vont être là, j'essaie de lui expliquer mais lui il est dans une logique personnelle et moi j'ai pas la même démarche que lui. »

### 3.3.5 Le rôle du bon patient

Le médecin est décrit comme autoritaire, moralisant, et souvent infantilisant.

**Saïd (36 ans, en couple, un enfant, chômage, VHC+, Subutex® depuis 3 ans, MG) :** « Je me sens comme un gosse qui doit avouer qu'il a fait des bêtises. »

Les usagers ressentent une attente de discipline et de reconnaissance comme s'ils avaient à s'acquitter d'une « dette sociale ». Ils jouent alors le rôle du « bon patient » repentant et irréprochable. L'impossibilité de gagner la confiance du médecin ou de conquérir plus de marge de négociation dans les décisions se traduit chez certains par un sentiment d'humiliation ou de révolte pouvant aller jusqu'à la rupture.

*Luc (33 ans, célibataire, à l'hôtel, RMI, Subutex® depuis 2 ans, CSST) : « Ça fait longtemps que je suis suivi là-bas, 10 ans exactement qu'il me connaissent. Avec mon médecin, c'est pas compliqué, j'ai rendez-vous tous les mardi à 15h. Et bien mardi, il y a trois semaines, je suis arrivé à 15h10 et je devais jouer de la guitare dans le métro. J'avais réservé une place à 16h. Si je suis en retard, il se peut qu'un musicien prenne la place et à cette heure là pour trouver.....J'ai dit à « M » que j'étais en retard, je lui ai demandé s'il pouvait me donner mon traitement et on se parlerait la prochaine. Il m'a dit : non, il faut que je te vois 5/10 minutes, où tu te crois ? Je me suis énervé, je lui ai dit : je n'ai rien à te dire et j'ai claqué la porte. Je lui ai dit : toutes les informations que vous avez sur moi, vous pouvez les déchirer, arrêtez vos flicages... Ça fait 10 ans qu'ils me connaissent. »*

### *3.3.6 Risques de distanciation ou de rupture dans la relation thérapeutique*

Comme dans le profil précédent, un hiatus apparaît avec le temps dans la relation entre le médecin et l'utilisateur : celui-ci apprend à réguler son traitement de façon autonome, se désengage de ses attentes envers le médecin, tait les (més)usages du médicament. Les achats de rue et la recherche d'autres prescripteurs (de Subutex® ou de benzodiazépines) sont mis au compte de ce blocage de la relation, de l'impossibilité de négocier, et du refus de se mettre en position de quémander.

## **3.4 Une relation centrée sur la personne**

### *3.4.1 Une relation participative-contractuelle*

Le troisième modèle de relation entre le patient et l'utilisateur en traitement permet à celui-ci de se sentir pris en compte comme une personne et pas seulement comme un consommateur de drogues, il se sent actif dans la gestion et l'orientation du traitement, le médecin est reconnu dans son expertise professionnelle et son expérience des toxicomanes.

### *3.4.2 La prescription : un outil thérapeutique adapté avec largesse*

L'acte de prescription et de fixation de la posologie est un outil thérapeutique mais pas le seul. Le soutien psychologique, l'accès aux aides sociales sont aussi reconnus comme participant du processus thérapeutique. L'ajustement de la dose est une négociation entre l'utilisateur et le médecin, modulable au fil des rendez-vous et d'une

réévaluation constante de la situation et des besoins de la personne. Le plus souvent, elle clôt la consultation, l'essentiel du temps de la consultation étant consacré à un échange. L'utilisateur exprime ses préoccupations sur le traitement ou tout autre thème de sa vie personnelle (le boulot, la santé, le moral, les problèmes du quotidien ou existentiels, l'éducation des enfants, la sexualité, les produits, l'actualité, les blagues, les loisirs, etc.) avec peu de censure au moins jusqu'au point où il se sent proche de la rechute dans une consommation incontrôlée.

*Yves (31 ans, en couple, jumeaux, chômage, VHC+, Subutex® depuis 2 ans, CSST) : « Ce qui est bien aussi, je ne sais pas si tous les médecins sont pareils, mais le docteur qui me suit prend le temps de m'écouter, il ne me coupe pas la parole à chaque fois que j'ouvre la bouche. Elle m'a mis en confiance et surtout on ne parle pas que de ça. Elle fait vraiment attention à la personne, je vais parler de moi, de ma vie, du travail, de ce que j'ai fait. Elle attache plus d'importance à ça qu'au traitement. Enfin, le traitement c'est une chose et la personne c'en est une autre. »*

#### 3.4.3 Un projet thérapeutique co-construit fondé sur la confiance

L'adaptation des modalités de prise en charge en fonction des besoins, des situations personnelles ou des préférences de la personne est mise en avant. Le traitement apparaît comme co-construit, comme un partenariat basé sur le respect mutuel, l'échange des informations, la discussion des points de vue de chacun, et la recherche d'un compromis en cas de désaccord. La confiance du médecin favorise l'adoption d'un comportement responsable vis-à-vis du traitement.

L'utilisateur reconnaît les rapports avec le médecin comme une composante « thérapeutique » en soi. Il évoque un rapport de personne à personne, les qualités d'un médecin humaniste, accessible, investi dans sa pratique auprès des usagers de drogues, et qui offre un très grand soutien psychologique. L'expression de son intérêt pour la personne, la confiance qu'elle autorise lui vaut la reconnaissance de son autorité. Dans les périodes de dérapages, le cadrage qu'il fixe est respecté, sinon apprécié.

*Alain (29 ans, célibataire, emploi stable, VHC+, Subutex® depuis 4 ans, CSST) : « On n'est pas amis mais presque, je lui raconte tout ce que j'ai sur le cœur, je lui vide mon sac. Il ne me regarde pas du coin de l'œil quand je viens pour le Subutex®. Quand je viens le voir, je suis toujours content d'aller le voir, ça me permet de me dégager l'esprit. C'est comme si en même temps je voyais un psy. Il fait parti du parcours, s'il n'était pas là, je pense que ce ne serait pas réalisable. »*

La sécurité apportée par ce type de relation se traduit par une inquiétude moindre que dans les deux groupes précédents par rapport au traitement et à son aboutissement. Sans préoccupations excessives quant à l'issue du traitement, les personnes traitées acceptent mieux l'idée d'une maintenance à long terme. L'attitude d'écoute autorise le médecin à se montrer inquisiteur, ferme, discret ou directif selon les expériences rapportées par l'utilisateur pour favoriser le maintien d'un objectif à long terme.

**Sophie (35 ans, en couple, un enfant, travail en intérim, VHC+, Subutex® depuis 3 ans, MG) :** « Lui il a tout compris, c'est un médecin généraliste spécialiste. Quand tu l'entends parler, c'est comme si tu parlais à un mec tox. Il s'informe et il t'informe de tout. Il n'a certainement jamais pris de drogues, mais à lui, on ne la fait pas.... C'est ça qu'il nous faut aussi. Et puis il nous parle durement aussi. Moi, il m'a parlé durement parce que quand on a été toxico, je ne pense pas qu'on soit des sains aussi. C'est : tu as envie de t'en sortir, tu te plantes, tu reviens et on réessaye. »

#### 3.4.4 Une relation centrée sur la personne

L'attitude du médecin fait écho au besoin d'individualisation et favorise la (re)construction d'une image positive et valorisante dégagée du stigmate du junkie. Tous rapportent le vécu d'une relation personnalisée, singulière et privilégiée avec leur médecin. Le discours est ponctué d'expressions d'attachement et de reconnaissance, c'est un véritable hommage qui est rendu au médecin au cours des entretiens.

**Gérard (36 ans, célibataire, SDF, RMI, VHC+, Subutex® depuis 2 ans, MG) :** « C'est un mec extraordinaire, c'est un mec formidable, ça fait longtemps que je n'avais pas rencontré...je sais pas où je serai aujourd'hui sans lui....Je pense pas qu'il soit comme ça avec tout le monde, je crois qu'il m'aime bien aussi, je crois qu'on a une affinité particulière, il a assez confiance en moi.»

Aller chez le médecin n'est pas vécu comme une contrainte ; la consultation est plutôt un espace privilégié pour se ressourcer, se reposer, « être soi », et trouver du réconfort. Interlocuteur privilégié, le médecin a pu être situé à quelques reprises comme une sorte de « passerelle » entre l'univers de la drogue et la société plus conventionnelle. A ce stade de leur parcours, les usagers témoignent d'un positionnement complexe entre ces deux « mondes ». Ils ne partagent plus pleinement les valeurs, les références, les intérêts et les modes de vie qui les reliaient autrefois au milieu de la drogue, et ne s'approprient pas non plus ceux qui prévalent dans la société



ordinaire. Dans ce contexte, le médecin peut constituer le seul lien pour donner sens et continuité à son histoire (dépositaire du passé, témoin du présent, acteur d'un devenir). Il demeure une des rares personnes dans leur environnement avec laquelle il est possible « d'exister pleinement », en toute cohérence avec soi.

**Sophie (35 ans, en couple, un enfant, travail en intérim, VHC+, Subutex® depuis 3 ans, MG) :** « Il connaît à peu près tout de ma vie, ma mère alcoolique, la vie que j'ai menée, le Patriarche, les opérations, mes projets avec « L », etc. Maintenant, on rigole ou je pleure quand j'arrive dans le cabinet. J'y vais une fois par mois et si j'ai besoin de lui parler, je lui parle. Je note mes questions quand je vais le voir. A la limite maintenant, c'est la seule personne à qui je peux vraiment me confier, avec qui je peux vraiment être moi-même. J'ai plus rien à dire aux personnes que je voyais avant et dans mon entourage, il y a plein de choses que je peux pas dire, ils comprendraient pas. »

#### 3.4.5 Les risques et les enjeux du temps dans la relation

Cette relation fortement investie sur le plan affectif par l'utilisateur est mise à l'épreuve dans les moments de « dérapage ». Plus que l'incapacité à respecter le cadre fixé en commun, c'est la culpabilité de rompre le « contrat de confiance » qui interdit la sincérité et suscite la crainte de décevoir. Echapper aux représentations péjoratives du toxicomane participe d'un repositionnement identitaire « normalisé », capital pour la personne déterminée à s'en sortir. Dans ce contexte la préservation de ce lien de confiance, au demeurant difficile à recréer dans l'entourage, peut revêtir des enjeux supérieurs aux difficultés vécues avec les produits. Parfois pris au piège de l'image renvoyée par le médecin, la relation tend à s'appauvrir sous l'accumulation des non-dits ou des mensonges. Elle peut mener à des situations individuelles de grande vulnérabilité vécues comme des impasses tant le déphasage est grand.

**Isabelle (29 ans, célibataire, RMI, Subutex® depuis 2 ans, CSST) :** « Je ne peux pas lui dire pour le crack, qu'est-ce qu'il va penser de moi... Je ne sais plus quoi faire, je croyais que c'était juste comme ça mais je suis en train de plonger [...]. Non, c'est impossible, il serait trop déçu après tout ce qu'il a fait pour moi..., si je lui dis, il voudra plus s'occuper de moi, ce sera plus comme avant. »



### 3.5 Une relation centrée sur l'obtention de la prescription

#### 3.5.1 Une relation instrumentalisée

Un groupe de répondants revendique un rapport avec le médecin axé sur l'obtention d'une prescription sans engagement thérapeutique. Le médecin est le fournisseur d'une drogue légale, un dealer en blouse blanche.

**Stéphane (26 ans, en couple, vit dans un squat, RMI, Subutex® depuis 3 ans, MG) :** « C'est mon nouveau dealer, sauf que lui, c'est légal. C'est un peu comme une personne qui va à Stalingrad chercher son crack, alors qu'en allant chez le médecin, tu es en règle, il n'y a aucun risque. [...] Au départ c'était pour me dépanner, mais comme c'était facile d'en avoir. En plus il ne me posait pas trop de question, il préfère donner plutôt que de laisser galérer. »

#### 3.5.2 Une prescription qui exploite toutes les opportunités de la relation

La prescription occupe une place exclusive et l'utilisateur exploite toutes les opportunités de la relation à cette fin, quitte à « aménager » certains aspects de son histoire avec les produits (produits et doses consommés, durée de consommation, mode d'administration), de son mode de vie ou de son état de santé. Les arguments et la négociation doivent aboutir à la prescription de la dose maximum. En pratique, la demande est toujours revue à la baisse par le médecin au terme de la négociation.

#### 3.5.3 Des « mésusages » aux usages du médicament de substitution

Pour l'utilisateur, il n'est pas ici question de « mésusages » mais « d'usages » d'un produit permettant de satisfaire les besoins d'opiacés. De sorte que ce qui peut-être conçu comme un « mésusage » en référence aux indications thérapeutiques n'est pas exprimé au médecin.

**Stéphane (26 ans, en couple, vit dans un squat, RMI, Subutex® depuis 3 ans, MG) :** « Il pose les questions habituelles, comment ça se passe, si j'arrive à m'en sortir, si j'essaie de régresser. Il doit se douter que je le shoote mais il fait un peu comme si il ne voulait pas savoir. Il préfère donner plutôt que j'aie vu quelqu'un d'autre. »

### *3.5.4 Pas de projet thérapeutique mais des motivations multiples*

L'usager n'a pas d'attentes en termes de prise en charge thérapeutique, dans un premier temps du moins. Il s'agit plutôt d'une véritable négociation entre deux parties qui n'expriment que ce qui est utile aux fins recherchées. L'usager n'a pas besoin de beaucoup d'informations et ne livre de lui-même que le minimum d'information pour justifier la prescription du médicament de substitution. Arguant d'une volonté de préserver sa vie privée et une certaine autonomie à l'égard du système de soin, l'important pour l'usager consiste à « rendre le moins de comptes possible ». Les usagers ont alors à leur disposition une série d'arguments ou de motivations : poursuite ou aménagement d'un mode de consommation moins risqué, dépannage ou complément de prescription, émancipation du milieu des drogues illicites, par ex).

### *3.5.5 La comédie du bon patient*

La fin justifiant les moyens, les répondants rapportent sans gêne un comportement manipulateur. Ils jouent la comédie du bon patient, irréprochable. Certains évoquent un jeu de rôle qui tend à exploiter les clichés attachés au toxicomane repentí pour arriver à leurs fins et croient flatter la vanité du médecin en poussant à l'extrême les expressions de reconnaissance. D'autres disent jouer « carte sur table » et tenter de convaincre le médecin du caractère vital, sincère ou exceptionnel, ainsi que du bon usage de la prescription demandée. Un accord s'établit tacitement pour ne pas pousser l'autre dans ses retranchements et conserver une relation intéressée pour l'un, par la prescription, pour l'autre par l'attente d'un changement d'attitude de l'usager.

*Annette (35 ans, séparée, 2 enfants, RMI, Subutex® depuis 4 ans, MG) : « En fait c'est pas compliqué, je sais ce qu'il a envie d'entendre, et je le lui dis ! Les médecins aiment bien qu'on les flatte, qu'on leur montre qu'on a besoin d'eux, gnagnagna... et les regrets, ils adorent ça, qu'on se plie en deux et qu'on leur fasse notre mea-culpa, ça ils aiment. »*

### *3.5.6 De l'usager au client*

L'expérience du recours à la prescription médicale est présentée par les usagers dans la continuité de celle de l'héroïne, ils se représentent toujours toxicomanes

dépendants d'un produit légal délivré par des prescripteurs, mais pas des soignants. Ils se posent en clients, contrôlant la relation avec le médecin et sans avoir à rendre compte ou à justifier de leur mode de vie au-delà de la seule opportunité.

*Abdel (36 ans, en couple, Cotorep, VIH+, Subutex® depuis 4 ans, CSST) : « Quand je parle avec lui, je ne parle pas comme avec un médecin. Moi il me sert pour mes ordonnances, le reste...si j'avais un problème physique, je n'irai pas le voir. Je n'ai pas envie de lui déballer ma vie, ça ne le regarde pas, je lui demande juste de faire son boulot. Je me sens concerné en tant que client. »*

### 3.5.7 Les risques de la simulation dans la relation thérapeutique

Au fil du temps, de l'évolution des situations, des rencontres avec le médecin et du lien qui pourra se construire entre eux autour d'un intérêt convergent, cette relation peut évoluer vers une véritable demande de prise en charge ou bien s'interrompre.

*Karim (30 ans, en couple, un enfant, travail en intérim, Subutex® depuis 3 ans, MG) : « C'est vrai que j'étais en décalage avec mon médecin. Je voyais bien dans quel but il le faisait, dans quel but il essayait de me proposer son aide. Moi je vois bien dans quel but je m'étais servi de son aide. Maintenant je veux réparer tout ça. Le Subutex®, maintenant ça doit faire pas loin de trois ans que je le prends, mais les deux premières années, c'était moins sérieux. Enfin, c'était sérieux quand même parce que dans l'ensemble, finalement, ça m'a permis de travailler, ça m'a permis d'avoir moins de problèmes d'argent, j'ai repris contact avec ma famille aussi. »*

En quelque sorte, il peut arriver d'être pris à son propre jeu et de passer d'une logique d'instrumentalisation du médecin à une logique thérapeutique avec ce même médecin.

*Claire (33 ans, en couple, un enfant, emploi stable, VHC-, VIH+, Subutex® depuis 2 ans, MG) : « J'aimerais vraiment lui dire, c'est plus possible tous ces mensonges, moi-même je me mélange les pinceaux avec toutes mes histoires, je sais jamais ce que je lui ai dit la dernière fois. Maintenant j'ai vraiment envie de faire les choses sérieusement, mais là je crois que non c'est pas possible de faire machine arrière, je suis allée trop loin. »*

## 4. Discussion :

### 4.1 Principaux résultats

Dans cette enquête réalisée en Ile de France, le point de vue des usagers de drogues sur le rapport avec le médecin dans le cadre d'un traitement de substitution par

le Subutex® s'organise autour de 4 enjeux principaux. Dans trois configurations, la prescription et la posologie du médicament constituent l'enjeu central. Elles servent de levier pour le médecin comme une réponse en terme de substitution stricte (pattern 1), comme un moyen de contrôler le comportement de l'utilisateur qui dévie de la norme thérapeutique (pattern 2), ou à l'inverse elles sont perçues par l'utilisateur lui-même comme l'aboutissement d'une manipulation réussie du médecin (pattern 4). Dans le modèle participatif décrit par les usagers sous traitement (pattern 3), elle n'est en revanche qu'un des éléments de la prise en charge « centrée sur la personne ».

L'expression des consommations associées de drogues ou de médicaments ou de la prise du médicament par voie intraveineuse reste problématique dans tous les cas : dans les deux premiers modèles, l'existence de ces « mésusages » sert de guide au médecin pour l'ajustement du traitement, le sujet traité a peu de marge de négociation, il tend à ne pas en faire état. Dans le modèle participatif (pattern 3), l'aveu de la reprise d'une consommation mal contrôlée est anticipé comme une menace sur la relation de confiance établie avec le médecin. Dans le modèle de la manipulation (pattern 4), l'expression ou non des « mésusages » est purement instrumentale. Ainsi, les usagers se confrontent au paradoxe d'un cadre thérapeutique conçu pour traiter la dépendance à l'héroïne et qui, de fait, « interdit » de parler de ses principaux problèmes : le besoin des substances, médicaments et drogues, et leurs modes de consommation.

La redéfinition de soi dans une identité dégagee du stigmate de la toxicomanie reste improbable : la réponse à la dépendance par le médicament assigne la personne à l'identité de junkie à vie dans le premier modèle, dans le second, l'ex-toxicomane se présente en reflet du patient compliant. Dans le modèle 4, le sujet joue sans scrupule la comédie de l'obéissance. En revanche, le modèle de l'alliance thérapeutique offre la possibilité de s'exprimer dans la relation comme une personne à part entière.

#### **4.2 Limites méthodologiques**

Ces enjeux se dégagent d'entretiens réalisés avec des personnes recrutées dans des contextes bien différenciés par le choix des sites, des contextes et des critères de

recrutement. L'étude se distingue ainsi de travaux réalisés soit dans des cadres de forte marginalisation (Bourgeois, 2000; Bouhnik and Touzé, 2001), soit à partir d'une unique structure de soin (Lalande and Grelet, 1999; Gayre and Richard, 2000), qui dominent la littérature à ce sujet. Cependant que ce soit dans les cabinets médicaux et les CSST, les médecins, médiateurs de la prise de contact avec les usagers ont pu choisir les patients qu'ils jugeaient les plus représentatifs de leurs pratiques et ce faisant introduire ou accentuer dans les entretiens un biais de désirabilité. Ce biais peut être d'autant plus accentué que l'entretien a trait à des pratiques ou des comportements fortement stigmatisés socialement, a fortiori dans un cadre médicalisé qui appelle à se conformer aux indications thérapeutiques. Ce biais a pu être atténué par le recrutement d'un sous-échantillon dans les structures à bas seuil, le recours à un enquêteur n'intervenant pas dans la prise en charge des répondants, enfin par la réalisation d'entretiens à l'extérieur des structures de soins, le plus souvent dans un lieu choisi par l'utilisateur (Rosenblum et al., 1991). La répétition des entretiens contribue aussi à créer une relation de confiance avec l'enquêteur et permet de rendre compte de la dimension temporelle, en particulier de l'instabilité qui caractérise la vie des usagers de drogues et du même coup les relations avec les acteurs de soins.

#### **4.3 Dans le modèle français, tout se joue dans la relation singulière avec le médecin**

Par construction, le traitement de substitution, un médicament prescrit par un médecin et délivré en pharmacie de ville, concentre les enjeux de la prise en charge sur la relation qui se noue entre le médecin et l'utilisateur. Le cadre de soins, médecin de ville ou centre spécialisé, ne ressort pas comme une dimension déterminante de la perception du traitement ; les usagers suivis dans les CSST rapportent des conditions proches de ceux des cabinets de ville et seulement deux des répondants ont déclaré une prise en charge psychosociale plus large. Les autres intervenants potentiels de la prise en charge ont été très rarement cités, y compris parmi les usagers des centres de soins qui offrent pourtant une prise en charge pluridisciplinaire et éventuellement un référent avec qui l'utilisateur peut s'entretenir régulièrement de tous ses problèmes. Les actes de travail

social ou de psychothérapie apparaissent comme des dimensions distinctes du traitement. En médecine de ville, le médecin remplit tous les rôles de façon plus ou moins marquée. Les règles de prescription et de délivrance des médicaments sont interprétées et appliquées au coup par coup pour chaque individu par chaque médecin. La relation au médecin constitue donc le principal support de l'intégration des différents éléments du traitement et le point de cristallisation de toutes les attentes et les difficultés dans le parcours de substitution. Fortement investie, elle se présente comme un espace de négociations, d'ajustements ou de tensions autour du produit, de la détermination de la dose, de l'attention portée à la personne dans ses difficultés au quotidien.

Il ne fait pas de doute que les attitudes et conceptions des médecins vis-à-vis des traitements de substitution, de la toxicomanie et des drogues en général ont un rôle déterminant dans la pratique du traitement comme cela a été montré notamment dans la prise en charge des patients infectés par le VIH par usage de drogues (Moatti, Carrieri, Spire, Gastaut, Cassuto, Moreau and The Manif 2000 study group, 2000). Les usagers interrogés ici ( $n = 28$ ) sont pris en charge par des médecins très impliqués (8 au total). Or, on observe dans ce petit échantillon que la configuration de la relation n'est pas liée à un médecin particulier. Faute d'une observation directe des interactions au cours de la consultation, il n'est pas possible dans l'étude d'appréhender ce qui dans la perception de l'usager traité tient au médecin. Les traitements de substitution peuvent être pratiqués en référence à des modèles divers : réduction des risques, maintenance au long cours, traitement de l'addiction (Lalande and Grelet, 1999; Gayre and Richard, 2000) auxquels sont associés des objectifs spécifiques (stabilisation de la santé et de la situation sociale, arrêt des consommations, insertion sociale et professionnelle, etc.) (Mavis, DeVoss and Stoffelmayr, 1991; Hunt and Barker, 1999). Ces conceptions différentes peuvent coexister chez un même médecin vis-à-vis de patients différents ou se succéder vis-à-vis d'un même patient au cours du temps. Ainsi dans une logique d'accroche thérapeutique qui vaut toujours mieux à ses yeux que la régulation « sauvage » par la drogue et le marché de rue, le médecin tend à adopter une logique « bas seuil » comme une position d'attente : prescrire immédiatement sans évaluation approfondie et revoir la personne ensuite pour un renouvellement et enclencher un véritable suivi. Il pourra alors engager



l'utilisateur dans une gestion moins risquée de sa consommation et la réorienter vers des pratiques moins abusives ou socialement plus acceptables (Lalande and Grelet, 1999).

Le très fort engagement thérapeutique (pattern 3), fondé sur l'attachement au médecin, le sentiment d'être respecté et valorisé, la confiance et la perception d'un soutien constant corrobore les facteurs favorables à « l'adhésion » au traitement mis en évidence par ailleurs : l'information et le conseil sur les produits (Najavits and Weiss, 1994; Lamb, Greenlick and MacCarty, 1998; Hser, Polinsky, Maglione and Anglin, 1999), l'empathie (Hatcher and Barends, 1996), l'expertise perçue du médecin (LaCrosse, 1980), la perception d'une proximité de personnalités ou de « cultures » (Agar, 1985; Vera, Speights, Mildner and H., 1999) se dégagent comme autant de facteurs favorisant l'engagement dans un processus thérapeutique (Kasarabada, Hser, Boles and Huang, 2002).

#### **4.4 : Des configurations instables en lien avec l'hétérogénéité et l'instabilité des situations des usagers et la durée du traitement**

La diversité des configurations de la relation peut être mise en regard de la diversité et de l'instabilité des attentes et des besoins (Lalande et Grelet, 1999 ; Guichard et al ; 2004) tant à l'égard du médicament de substitution que vis-à-vis du médecin (Guichard et al., 2004).

##### *4.4.1 Diversité des motivations à l'entrée en traitement*

Les motivations de la demande de traitement sont multiples et semblables à celles qui sont relevées dans les études menées auprès des patients sous méthadone : se lever le matin sans être en manque, faire des pauses dans sa consommation, réduire le coût financier de la dépendance, réduire les risques liés à la délinquance, trouver un équilibre entre le maintien d'une consommation et les responsabilités familiales, arrêter toutes consommations illicites, réduire la fréquence des injections, s'éloigner du milieu de la rue, faire l'expérience d'un mode de vie alternatif (Oppenheimer and Stimson, 1982a; Oppenheimer, Sheehan and Taylor, 1988; Koester et al., 1999; Lalande et



Grelet, 1999; Neale, 1999b; Fischer et al., 2002a; Montagne, 2002; Guichard et al., 2004; Guichard, Lert, Brodeur and Richard, article soumis). Selon leurs attentes, les usagers se prêtent à une relation franche sur leurs consommations de produits avec le médecin et cherchent en lui un soutien, ou bien perçoivent le questionnement du médecin sur leurs consommations comme une atteinte à leur vie privée et souhaitent maintenir une relation distante (Lovell, Sheridan, Harris, Best and Strang, 1999; Stone and Fletcher, 2003).

#### *4.4.2 Hétérogénéité et instabilité des situations des usagers*

Dans un traitement au long cours, de nombreux facteurs ou événements interfèrent modifiant les besoins et les attentes : impact sur la santé des maladies graves (infection VIH et hépatite C surtout), poids des « dettes du passé » (par exemple : perte du sursis, dettes), précarité sociale, fragilité du soutien social et affectif (Guichard et al., article soumis). Ces situations fluctuantes conjuguées aux capacités des individus à gérer de façon plus ou moins autonome leur traitement (Lovejoy et al., 1995; Neale, 1999a) se traduisent par des rapports différents au traitement : les uns reconnaissent l'intérêt d'un cadre directif (contacts fréquents avec le centre de soins, respect des horaires etc.), pour les aider à retrouver une certaine maîtrise de leurs consommations et reprendre un mode de vie plus normalisé (Neale, 1999a), tandis que d'autres plus à mêmes de gérer seuls leur prescription perçoivent ces mêmes modalités comme une domination, un frein à « l'adhésion » au projet thérapeutique (Hunt and Rosenbaum, 1998), à la mobilité ou à l'insertion professionnelle, poussant à la passivité et accentuant la mésestime de soi (Rosenblum et al., 1991; Bourgois, 2000). Les situations personnelles ou sociales des usagers ne sont pas mises ici en relation avec les configurations de la relation avec le médecin. En effet, dans des récits menés sur une courte période, il est impossible de démêler les ressources préexistantes, la situation à l'entrée du traitement et les changements attribuables à la prise en charge. Différents travaux ont montré cependant le caractère déterminant de ces situations sur le vécu du traitement et les modes d'appropriation de la substitution (Rosenbaum and Murphy, 1984; Johnson and Friedman, 1993; Bourgois, 2000; Bouhnik et Touzé, 2001; Guichard

et al., article soumis). Une évolution positive sera attribuée au traitement et symétriquement, lorsque les situations personnelles stagnent ou se dégradent, le traitement est incriminé comme inefficace voire nocif (Beschner and Walters, 1985; Lovejoy et al., 1995).

#### **4.4.3 Les enjeux de la clarification de la dimension chronique de la dépendance et des étapes de la prise en charge**

Une vie dégagée de l'addiction reste, dans les idéaux professionnels comme dans les normes affichées, comme l'ultime objectif des prises en charge alors même que les données biologiques ou l'observation de cohortes à long terme (Maddux and Desmond, 1992b; Hser et al., 1993; Hser et al., 2001) mettent en évidence le caractère durable de la dépendance ou en tout cas, la fréquence des rechutes même après de longues périodes de contrôle des consommations ou d'abstinence. La notion d'un traitement de substitution de très longue durée n'est pas encore admise et la norme de durée du traitement n'est pas fixée. Cette indéfinition de la durée du traitement se révèle particulièrement mal vécue au sein d'une population portée à ne pouvoir vouloir s'engager que dans le court terme (Rosenblum et al., 1991).

Dans toutes les configurations mises en évidence ici, la difficulté des protagonistes à tenir la distance apparaît sous des jours différents : certains usagers évoquent une pression à la baisse des posologies de la part de leur médecin alors qu'ils ne sentent pas prêts à amorcer une telle phase de réduction, d'autres au contraire aimeraient s'engager dans cette voie mais se confrontent à « l'opposition » du médecin. D'autres facteurs contribuent à générer une incongruence entre les protagonistes : autonomisation progressive de l'utilisateur dans la gestion du médicament, impossibilité d'exprimer les « mésusages », crainte, fondée ou non, de mesures de rétorsion, peur de décevoir la confiance du médecin. Les manifestations de résistance et les inquiétudes liées à la prolongation du traitement apparaissent aussi comme le résultat d'un manque d'informations sur les objectifs du traitement, rendant impossible toute projection dans l'avenir. Dans ce contexte, les enjeux de la relation tendent à se déplacer vers des enjeux de pouvoir (Hunt and Barker, 1999), et le médicament de substitution, vecteur

d'une forte dépendance et d'effets secondaires multiples, devient perçu comme une forme de persécution (Rosenblum et al., 1991).

#### **4.4.4 Les enjeux d'un espace de repositionnement identitaire complexe**

La problématique identitaire contribue à la configuration de la relation. Elle met en jeu la capacité des usagers à reconstruire une image de soi dégagée du stigmaté attaché au junkie et constitue un élément fondamental de l'engagement en traitement ; accéder au respect de soi étant une des principales motivations rapportées par les usagers à initier un traitement (Neale, 1999b). Si les conditions de prise en charge des centres de méthadone entretiennent chez les usagers le sentiment d'être traité de façon infantilissante et d'être l'objet d'attitudes stigmatisantes (Fischer et al., 2002a), le cadre duel de la relation avec le médecin traitant proposé en France est, a priori, propice à une prise en charge individualisée et au développement d'une identité de personne soignée.

Or, les usagers sous Subutex® ne réussissent pas, semble-t-il, à se dégager des étiquettes assignées au toxicomane. Ils ne se sentent pas à l'aise pour parler de leurs consommations et de leurs difficultés à gérer la prescription (Hunt and Rosenbaum, 1998), ils ressentent de la suspicion face au questionnement du médecin concernant les usages du médicament de substitution, ou interprètent comme un rejet les attitudes impersonnelles du médecin. Le manque de considération, la passivité et l'impuissance auxquelles se sentent réduits les usagers dans le déroulement du traitement accentuent la mésestime de soi jusqu'à induire des formes de « régression identitaire » (Rosenblum et al., 1991; Bourgois, 2000). Cette image de soi dévalorisée apparaît en contrepoint du mode de vie de la rue qui implique de la part de l'utilisateur une participation active pour y survivre, utilise des habiletés spécifiques porteuses d'une identité valorisée et du sentiment d'une plus grande autonomie (Hunt and Barker, 1999).

Certaines analyses montrent que l'identité de l'utilisateur de drogues en traitement reste soumise à la force des représentations sociales, juridiques, morales ou idéologiques attachée au toxicomane et qui viennent sans cesse interférer dans la reconstruction de l'image de soi (Lalande et Grelet, 1999). Considérant la dimension

identitaire de l'utilisateur en traitement, Hunt and Barker (1999) montrent comment le processus thérapeutique tend à modeler l'identité de la personne « déviante et indisciplinée » pour en faire une figure quasi religieuse de rédemption à travers le conformisme et la discipline aux règles de l'institution médicale. Si l'on suit ses analyses, il est permis de voir dans le jeu d'acteur des usagers (ex : simulation du rôle du « bon patient » ou attitude repentie), un recours adapté aux habiletés issues du mode de vie à la rue pour faire face à l'emprise exercée par l'institution médicale. De la même façon, on peut retrouver dans l'attitude « clientéliste » affichée par certains répondants des formes de résistances à un système dont les normes incitent à faire de l'utilisateur « un patient contre son gré » (Hunt and Barker, 1999).

Ainsi la recherche d'une banalisation du traitement de substitution par son intégration au régime classique de la médecine générale ne suffit pas à faire exister la substitution comme un traitement comme un autre. De plus, la porosité entre le monde de la drogue de rue et le monde du traitement que souligne Agar et al. (2001) et que l'on retrouve fortement dans le modèle français de mise à disposition des traitements de substitution, gêne l'émergence d'une identité de personne soignée (Guichard et al., article soumis). En effet, la première prescription d'un médicament de substitution ne constitue pas en général pour l'utilisateur qui souvent l'a essayé dans la rue, la date inaugurale du traitement comme elle tend à le symboliser pour le médecin. Les premiers mois du traitement constituent le plus souvent un temps de maturation des motivations à s'engager dans un traitement qui implique, de surcroît et dans la plupart des cas, de passer d'une logique d'utilisation d'un produit connu dans la rue pour se défoncer à une logique thérapeutique. Au terme d'un itinéraire souvent long et difficile dans le système de soin, « l'adhésion » de l'utilisateur au traitement qui lui est proposé ne va pas de soi. Elle implique le plus souvent pour l'utilisateur un temps d'évaluation et d'analyse de ses capacités à s'adapter à un système dont les codes et les valeurs entrent en conflit avec son mode de vie (Biernacki, 1986; Koester et al., 1999).

## **5. Conclusion**

Le traitement de substitution en France a été introduit tardivement dans les stratégies de prise en charge de la dépendance à l'héroïne conçues pendant longtemps comme relevant avant tout d'une prise en charge psychologique inspirée de la psychanalyse. Introduit dans un contexte d'urgence face au sida, il est interprété de façon très diverse dans ses objectifs et dans ses modalités par les médecins comme par les usagers. De plus, ces conceptions coexistent face à une situation des patients qui est hétérogène et instable. Le flou sur les objectifs du traitement et leur cadre temporel — normaliser la dépendance en transformant les modes de vie des consommateurs d'héroïne par une maintenance à long terme ou traiter la dépendance pour accéder en quelques mois ou années à une vie sans drogue ni médicament — est à mettre en relation avec les conceptions émergentes de la dépendance comme une situation à risque chronique de rechute (« chronic relapsing condition »). Cette indéfinition obère la capacité des patients à intégrer le traitement et à s'y engager. Il apparaît nécessaire de considérer cette hétérogénéité comme un élément constitutif de la dépendance et de la situation du patient, qui doit être pris en compte par une actualisation régulière de la situation des individus et des objectifs du traitement au cours des contacts avec le médecin, afin d'optimiser la prise en charge et d'éviter le hiatus qui génère ou entretient les « mésusages ».

## Références

- Adrian M. (2002). Whose needs are to be met? Customer satisfaction with delivery of treatment services for heroin users. *Substance Use and Misuse*, 37(4), 543-7.
- Agar M., Bourgois P., French J., Murdoch O. (2001). Buprenorphine: "field trials" of a new drug. *Qualitative Health Research*, 11(1), 69-84.
- Agar M., Stephens R.C. (1975). The methadone street scene. *Psychiatry*, 38, 381-387.
- Agar M.H. (1985). Folks and professionals: different models for the interpretation of drug use. *The International Journal of the Addictions*, 20(1), 173-82.
- Bell J. (1998). Delivering effective methadone treatment. In: J. Ward, R. Mattick and W. Hall (Eds.) *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*. Australia: Harwood Academic Publishers, 161-175.
- Beschner G.M., Walters J.M. (1985). Just another habit? The heroin users' perspective. In: B. Hanson, G.M. Beschner, J.M. Walters and E. Bovellet (Eds.) *Life with heroin: voices from the inner city*. Lexington MA: Lexington Books, 155-173.
- Biernacki P. (1986). *Pathways from Heroin Addiction. Recovery without treatment*. Philadelphia : Temple University Press, 145.
- Bouhnik P., Touzé S. (2001). Précarisation et consommations de drogues illicites: amplification des prises de risques à l'ère de la substitution. In: M. Joubert, P. Chauvin, F. Facy and V. Ringa (Eds.) *Précarisation, risque et santé*. Paris: Inserm, 395-412.
- Bourgois P. (2000). Disciplining addictions: The bio-politics of methadone and heroin in the United States. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24(2), 165-195.
- Brown B.S., Benn G.J., Jansen D.R. (1975). Methadone maintenance: some client opinions. *American Journal of Psychiatry*, 132(6), 623-6.
- Caplehorn J.R., Bell J. (1991). Methadone dosage and retention of patients in maintenance treatment. *The Medical Journal of Australia*, 154(3), 195-9.
- Emmanuelli J. (2001). Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques sanitaires chez les usagers de drogues intraveineux. *BEH*, N°5.
- Fischer B., Chin A.T., Kuo I., Kirst M., Vlahov D. (2002). Canadian illicit opiate users' views on methadone and other opiate prescription treatment: an exploratory qualitative study. *Substance Use and Misuse*, 37(4), 495-522.



- Gayre C., Richard H. (2000). Service users' and providers' perceptions of a methadone maintenance program: a Queensland qualitative pilot study. Queensland, 1-150.
- Guichard A., Calderon C., Maguet O., Lert F. (2004). Du point de vue des usagers, quels sont les effets, les bénéfices et les difficultés suscités par les traitements de substitution aux opiacés? *Alcoologie et Addictologie*, 26(4 Suppl.), 61S-74S.
- Guichard A., Lert F., Brodeur J.M., Richard L. (article soumis). Pluralité des modes d'appropriation du Subutex: de la reconquête de l'autonomie à la spirale de l'échec. *Sciences Sociales et santé*.
- Hatcher R.L., Barends A.W. (1996). Patients' view of the alliance of psychotherapy: exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1326-36.
- Hser Y.I., Anglin D., Powers K. (1993). A 24-year follow-up of California narcotics addicts. *Archives of General Psychiatry*, 50(7), 577-84.
- Hser Y.I., Hoffman V., Grella C.E., Anglin M.D. (2001). A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Archives of General Psychiatry*, 58(5), 503-8.
- Hser Y.I., Polinsky M.L., Maglione M., Anglin M.D. (1999). Matching clients' needs with drug treatment services. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(4), 299-305.
- Hunt D.E., Lipton D.S., Goldsmith D.S., Strug D.L., Spunt B. (1985). "It takes your heart": the image of methadone maintenance in the addict world and its effect on recruitment into treatment. *The International Journal of the Addictions*, 20(11-12), 1751-71.
- Hunt G., Barker J.C. (1999). Drug treatment in contemporary anthropology and sociology. *European Addiction Research*, 5(3), 126-32.
- Hunt G., Rosenbaum M. (1998). "Hustling" within the clinic: consumer perspectives on methadone maintenance treatment. In: J.A. Inciardi and L.D. Harrison (Eds.) *Heroin in the age of crack-cocaine*. London: Sage Publ., 188-214.
- Johnson P., Friedman J. (1993). Social versus physiological motives in the drug careers of methadone clinics clients. *Deviant Behavior*, 14, 23-42.



- Kasarabada N.D., Hser Y.I., Boles S.M., Huang Y.C. (2002). Do patients' perceptions of their counselors influence outcomes of drug treatment? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(4), 327-34.
- Koester S., Anderson K., Hoffer L. (1999). Active heroin injectors' perceptions and use of methadone maintenance treatment: cynical performance or self-prescribed risk reduction? *Substance Use and Misuse*, 34(14), 2135-53.
- LaCrosse M.B. (1980). Perceived counselor social influence and counseling outcomes: Validity of the Counselor Rating Form. *Journal of Counseling Psychology*, 27(4), 320-327.
- Lalande A., Grelet S. (1999). Pratiques de la substitution en ville. Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale, approche qualitative. Paris, OFDT, 129.
- Lamb S., Greenlick M.R., MacCarty D. (1998). *Bridging the gap between practice and research: Forging partnerships with community-based drug and alcohol treatment*. Washington DC, National Academy Press.
- Lovejoy M., Rosenblum A., Magura S., Foote J., Handelsman L., Stimmel B. (1995). Patients' perspective on the process of change in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12(4), 269-82.
- Lovell S., Sheridan J., Harris J., Best D., Strang J. (1999). Methadone maintenance clients and the acceptability of supervised consumption of methadone. *Journal of Substance Use*, 4, 92-97.
- Maddux J.F., Desmond D.P. (1992). Ten-year follow-up after admission to methadone maintenance. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 18(3), 289-303.
- Mavis B.E., DeVoss G.H., Stoffelmayr B.E. (1991). The perceptions of program directors and clients regarding the efficacy of methadone treatment. *The International Journal of the Addictions*, 26(7), 769-76.
- Moatti J.P., Carrieri M.P., Spire B., Gastaut J.A., Cassuto J.P., Moreau J., The Manif 2000 study group (2000). Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users: the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment. *Aids*, 14, 151-155.

- Moatti J.P., Souville M., Escaffre N., Obadia Y. (1998). French general practitioners' attitudes toward maintenance drug abuse treatment with buprenorphine. *Addiction*, 93(10), 1567-75.
- Montagne M. (2002). Appreciating the user's perspective: listening to the "methadonians". *Substance Use and Misuse*, 37(4), 565-70.
- Najavits L.M., Weiss R.D. (1994). The role of psychotherapy in the treatment of substance-use disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 2(2), 84-96.
- Neale J. (1999a). Drug users' views of substitute prescribing conditions. *International Journal of Drug and Policy*, 10, 247-258.
- Neale J. (1999b). Understanding drug-users clients' views of substitute prescribing. *The British Journal of Social Work*, 29(1), 127-145.
- O.F.D.T. (2003). Substitution aux opiacés: Synthèse des informations disponibles de 1996 à 2001 en France. Paris, OFDT, 80.
- O.F.D.T. (2004). Les traitements de substitution en France: résultats récents 2004. N°37. Tendances. Paris, OFDT, 8.
- Oppenheimer E., Sheehan M., Taylor C. (1988). Letting the client speak: drug misusers and the process of help seeking. *British Journal of Addiction*, 83(6), 635-47.
- Oppenheimer E., Stimson G.V. (1982). *Heroin Addiction: Treatment and control in Britain*. London and New York, Tavistock Publications, 267.
- Rosenbaum M., Murphy S. (1981). Getting the treatment: recycling women addicts. *Journal of Psychoactive Drugs*, 13(1), 1-13.
- Rosenbaum M., Murphy S. (1984). Always a junkie? The arduous task of getting off methadone. *Journal of Drug Issue*, 16(4), 527-552.
- Rosenblum A., Magura S., Joseph H. (1991). Ambivalence toward methadone treatment among intravenous drug users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 23(1), 21-7.
- Stone E., Fletcher K. (2003). User views on supervised methadone consumption. *Addiction Biology*, 8(1), 45-8.
- Vera E.M., Speights S.L., Mildner C., H. C. (1999). Patient's perceptions and evaluations of similarities to and differences from their counselors. *Journal of Counseling Psychology*, 46(2), 277-283.

Tableau 6 : Patterns de relations entre le médecin et l'utilisateur

Dimensions de la perception du médecin et du traitement par le patient	1 Centrée sur la posologie de la prescription (n=6)	2 Centrée sur la compliance (n=8)	3 Centrée sur la personne (n=10)	4 Centrée sur l'obtention de la prescription (n=4)
Fonction du médecin	<i>Uniquement prescripteur</i>	<i>autoritaire et paternaliste</i>	<i>Professionnel expérimenté en toxicomanie</i>	<i>dealer en blouse blanche</i>
Positionnement au sein de la relation	<i>Instrumentalisation</i>	<i>Dissymétrie (Le médecin juge et décide)</i>	<i>Participation-contractualisation (autonomie encadrée)</i>	<i>Manipulation</i>
Prescription	<i>Centrale Avec une tendance du médecin à augmenter la posologie</i>	<i>Centrale, Avec une tendance du médecin à minorer la posologie</i>	<i>Un outil thérapeutique-posologie négociée</i>	<i>Place quasi exclusive dans l'interaction entre le médecin et l'utilisateur</i>
Mésusages et réponse	<i>Exprimés, ils sont interprétés par le médecin comme un problème de posologie</i>	<i>Cachés par crainte d'une diminution de la posologie.</i>	<i>Souvent cachés par crainte de menacer la relation de confiance</i>	<i>Non exprimés</i>
Projet thérapeutique	<i>Maintenance stricte de la part du médecin Projets divergents)</i>	<i>Adoption du schéma thérapeutique linéaire vs instabilité des situations (projets divergents)</i>	<i>Projet co-construit (Alliance thérapeutique) (projets convergents)</i>	<i>Pas d'attentes en termes thérapeutiques</i>
Image de soi face au médecin	<i>Toujours junkie</i>	<i>Ex- tox, (Rôle du bon patient,)</i>	<i>Une personne à part entière</i>	<i>Comédie du bon patient</i>
Incongruences au cours du temps	<i>Distanciation et rupture : - autonomisation progressive du patient dans la gestion de son traitement - écart croissant entre ce qui est dit et ce qui est fait pouvant aboutir à une rupture ou à une manipulation</i>		<i>Transfert affectif et risque d'isolement - Difficultés à faire face aux situations de vulnérabilité - Décalage et déception</i>	<i>Blocage, impasse de la simulation</i>

## **7. DISCUSSION**

## 7.1 Principaux résultats

Cette étude qui a consisté à interroger à plusieurs reprises un échantillon diversifié de 28 personnes en traitement montre que les modes d'appropriation du Subutex® s'autonomisent au cours de la prescription pour transformer la nature de la dépendance dans le sens d'un allègement, d'une stabilisation ou d'une aggravation. Ces usages se caractérisent en fonction des effets recherchés ou redoutés, des caractéristiques pharmacologiques de la molécule, et de règles de prise du médicament largement auto-définies. Les situations personnelles et/ou sociales sont étroitement liées à la capacité des usagers d'intégrer le produit de substitution comme une ressource dans leurs trajectoires. Du point de vue des usagers, le cadre de prise en charge a peu d'influence sur la perception du traitement qui tend à s'organiser dans le rapport quasi exclusif au médecin. Dans cet espace, il arrive que la prescription et la posologie du médicament occupent une place centrale avec toutefois des enjeux différents dans la gestion de la dépendance et des comportements. Dans cette configuration de la relation, la place donnée au produit s'exerce au détriment de la prise en compte des situations individuelles. A l'inverse, on a pu voir s'établir un modèle de relation plus participatif et centré sur la personne au sein duquel le produit devient un des éléments de la prise en charge et l'utilisateur un véritable acteur de son traitement. Toutefois et de façon transversale à tous les modèles, il ressort un manque d'espace pour parler de ses problèmes avec les produits, dont la substitution. Enfin, l'étude montre que le traitement de substitution ne facilite pas la reconstruction de l'image de soi dans une identité de personne « ordinaire » et peut même dans certains cas accroître la dévalorisation de soi.

## 7.2 Limites de la recherche

Compte tenu de l'importance accordée dans cette étude au recrutement d'utilisateurs aux profils socio-démographiques diversifiés et de la stratégie d'entretiens approfondis répétés dans le temps, la taille de l'échantillon initialement prévue était ambitieuse (n=75). L'éclatement géographique des sites de recrutement a parfois compliqué le suivi des entretiens auquel sont venues s'ajouter les contraintes liées au fonctionnement des

structures de prise en charge. Le choix d'un mode de recrutement reposant essentiellement sur l'appréciation faite par les médecins des critères de sélection (« observance du suivi ») a pu conduire certains d'entre eux à nous diriger de préférence vers les « bons élèves »<sup>18</sup>. Ils se sont révélés généralement peu enclins à proposer l'enquête aux personnes les moins « stabilisées » craignant de rompre le lien fragile de la relation thérapeutique, peut-être ont-ils aussi redouté le regard du chercheur sur les pratiques professionnelles. Néanmoins, le phénomène inverse a pu se produire avec d'autres praticiens ou professionnels de terrain qui ont privilégié les contacts avec les usagers qu'ils percevaient en difficultés. Dans ce cas de figure, la profession de psychologue de l'enquêtrice, connue des professionnels, a pu semer une confusion dans les esprits entre entretien de recherche et entretien thérapeutique. Dans les Programmes d'échange de seringues, le recrutement a parfois été rendu difficile par l'attitude de certains intervenants psychologues que leurs références théoriques amenaient à refuser de s'impliquer dans la mise en contact avec les usagers assimilés à des patients, par crainte que leur intervention interfère dans la relation établie avec l'utilisateur. Dans ces circonstances, l'enquêtrice prenait directement contact avec les personnes qui se présentaient dans la structure après avoir été informée que la personne en question consommait du Subutex®.

Au démarrage du terrain, nous avons envisagé d'avoir recours à la technique de la boule de neige qui permet d'atteindre les individus les plus éloignés du cœur de la sous-culture de la drogue. Cette technique consiste, à partir d'un échantillon de base relativement facile à rencontrer, à atteindre les populations dites « cachées », parce qu'elles sont très marginalisées ou au contraire très intégrées. En pratique, la technique mise au point consistait à demander à chaque personne rencontrée de nous mettre en contact avec une personne de sa connaissance consommant du Subutex® dans un contexte que nous pouvions « circonscrire » en fonction de nos objectifs d'échantillonnage. Or dans cette étude, cette technique n'a pas permis de recruter des personnes à interviewer. En effet, la mise à distance des consommateurs de produits et des autres usagers traités fait partie du processus engagé par le traitement. Les

---

<sup>18</sup> Terminologie emprunte à un médecin en cours de recrutement

personnes interrogées étaient réticentes à ces mises en contact et ne souhaitaient pas non plus faire état à d'autres de leur situation de personnes traitées. Les quelques contacts pris sur la base de cette technique n'ont le plus souvent pas abouti.

Concernant le schéma d'entretien, nous avons fait le choix d'explorer un grand nombre d'aspects et de dimensions susceptibles « d'influencer » le déroulé du traitement. En procédant de cette manière, nous avons pu dégager et rendre compte des nombreux facteurs et déterminants, de même que leur imbrication, dans les usages de la substitution et leur évolution dans le temps. Les conséquences de ce choix furent d'obtenir des niveaux d'information très variables dans les entretiens sur les différentes dimensions explorées et notamment pour ce qui concernait les rapports avec le médecin, au détriment parfois d'une analyse plus rigoureuse des mécanismes et des dynamiques en jeu. Cependant, la procédure de sélection des entretiens qui a été suivie pour les analyses (entretiens complets sur les thèmes à l'étude) a pu atténuer l'effet de ce choix.

Les personnes interrogées présentent des profils et des durées d'usages de drogues et de produits de substitution différentes. Ces dimensions n'ont pas fait l'objet d'une analyse approfondie. Les résultats indiquent une installation de longue durée dans les traitements, ponctuée d'avancées, de périodes de stabilité et de crises. Toutefois, l'absence dans notre échantillon de personnes ayant arrêté leur traitement et ne fréquentant plus le milieu de la drogue nous incite à demeurer prudent sur l'existence de ce mouvement de chronicisation.

La révélation au fil des entretiens des usages de produits (et de la substitution) non-conformes aux normes thérapeutiques a montré qu'une relation de confiance avec l'enquêtrice s'était progressivement établie. Il est probable cependant que certains évènements ou agissements (trafic, violences) ou des dimensions très intimes relatives aux relations affectives et à la vie familiale soient restés dans l'ombre.

L'analyse n'a pas distingué le cadre de suivi des usagers (CSST/cabinet libéral) en raison de l'observation *in situ* dans les CSST de l'application des modalités de prescription et de suivi du traitement propres au produit (durée prescription, non supervision des traitements, pas de contrôles urinaires) sans autre mesure particulière. Il est toutefois possible que les usagers venus chercher une prescription dans l'un ou



l'autre de ces environnements de soin présentent des caractéristiques particulières que l'étude n'a pas permis de cerner. La complexité de ces aspects imposerait une investigation approfondie des itinéraires thérapeutiques et institutionnels, de l'offre et de l'organisation des soins en tenant compte du contexte local.

L'abord de la relation thérapeutique à partir du seul discours des usagers est partiel. Seule une observation des consultations permettrait de caractériser « objectivement » la relation thérapeutique. Une telle observation se heurte à des obstacles pratiques et éthiques. Pour autant, l'étude a montré que la relation avec le médecin pouvait se construire dans le cadre de modèles plus généraux (alliance thérapeutique, paternalisme, etc.), avec probablement des distorsions liées aux représentations sociales péjoratives de la toxicomanie.

### **7.3 Place des traitements de substitution dans les parcours avec les produits**

Les traitements de substitution reposent sur des notions bio-cliniques selon lesquelles la consommation intense d'opiacés pendant une longue période entraîne une transformation neurobiologique et comportementale qui demande pour être corrigée une intervention pharmacologique (la substitution par un médicament opiacé) et une prise en charge médicale et psychologique. Par ses propriétés pharmacologiques — effets non euphorisants, action prolongée dans l'organisme —, le produit de substitution protège du retour du syndrome de manque (« withdrawal »), met un frein au besoin irrésistible du produit (*craving*), réduit la place de la recherche du produit dans l'existence de la personne. Ainsi dégagé du cycle — euphorie, descente (*crash*), *craving* — et accompagné sur le plan psychosocial, l'usager est à même de diminuer, voire d'arrêter ses consommations, d'améliorer et normaliser ses conditions de vie, et de s'engager dans un processus d'insertion ou de réinsertion sociale et/ou professionnelle. De ce modèle découle le schéma de prise en charge médicale en trois phases : induction, stabilisation, puis réduction progressive de la posologie jusqu'à l'arrêt de tout médicament opiacé. L'évaluation du traitement se mesure par les changements entre l'entrée et la fin du traitement, voire plusieurs mois ou années après. La durée étant un critère ambigu

utilisé à la fois comme caractéristique du traitement (dose reçue) et comme indicateur de résultat (la rétention en traitement).

Qu'en est-il de ce modèle théorique dans l'intégration des produits de substitution à l'existence quotidienne du point de vue des usagers et de leurs critères d'évaluation?

Dans notre étude, la substitution s'établit de façon progressive, variable selon les individus, dans le parcours avec les produits sans que l'entrée en traitement représente une rupture nette par rapport aux modes de consommation antérieurs. De façon générale, en France, comme dans les pays où la substitution est généralisée, les drogues de rue et les médicaments de substitution s'interpénètrent dans les usages. Les trajectoires d'usage des produits illicites ont croisé rapidement celles des médicaments (détournés), dont le Temgésic® (buprénorphine à faible dosage), utilisés souvent sur de longues périodes, hors cadre médical, avant de les obtenir sur prescription dans le cadre d'un traitement. Progressivement, les médicaments de substitution prennent une place croissante, et on a observé au moment de l'enquête que pour la majorité des répondants, l'héroïne était un produit abandonné de très longue date. Aujourd'hui, du fait de sa large diffusion dans la rue, le Subutex® tend à s'intégrer aux consommations et aux achats de rue bien avant d'être obtenu sur prescription. L'entrée dans la substitution se fait essentiellement sur un mode autogéré (ou géré entre pairs), des savoirs et des savoir-faire avec la substitution préexistent aux indications protocolisées et sont susceptibles de masquer la différence de logiques entre l'utilisation thérapeutique et celle héritée d'une culture d'usage des psychotropes (Lalande and Grelet, 1999). L'idée de « traitement » n'existe pas à priori pour les usagers, mais une logique thérapeutique pourra se construire au fil des trajectoires de vie, de leur parcours dans les produits, de leur expérience du produit de substitution, des liens qui s'établiront avec le médecin et des événements de vie. S'il existe bel et bien une reconnaissance de la fonction et de la valeur thérapeutique du Subutex®, elle revêt des significations souvent différentes pour les usagers. Certains la situent comme une démarche qui permet d'envisager un terme et une véritable sortie de la toxicomanie par l'arrêt du Subutex®, d'autres la considèrent plutôt comme un support de type palliatif, dans le très long terme, associée aux

traitements des autres maladies (infection VIH et hépatite notamment) jugées plus graves. Les résultats ont également montré le poids à long terme des années de toxicomanie (santé, dettes, situations sociales, casier judiciaire, etc.). Après une longue période de dépendance, les qualifications professionnelles et les capacités à (ré)-intégrer le marché du travail sont très diminuées tandis que les relations familiales, amoureuses ou amicales ont été mises à mal et ne se reconstruisent que difficilement. Les parcours dans la substitution observés traduisent le caractère indéterminé de l'issue du traitement. L'instabilité des « régimes » de traitement repérés même chez les usagers les plus stabilisés avec le Subutex® reflète des modes de vie toujours soumis à de fortes contingences. Elle tend pour certains à constituer des handicaps et des fragilités presque « insurmontables », a fortiori quand la maladie vient alourdir un peu plus le poids des handicaps cumulés. Néanmoins, si la notion de maintenance fait sens pour certains dont la priorité est mise sur l'amélioration de leur situation générale avant d'arrêter le traitement, le désir de ne pas « s'installer » dans une prise médicamenteuse de longue durée est aussi très présent. On observe ainsi des formes d'engagement très différenciées des usagers dans les fonctions et les temporalités de ces traitements dont il faut tenir compte.

Dans la conception des usagers, la substitution est un « produit » plus qu'un « médicament » qui intègre la dépendance, l'atténue, l'entretient ou l'aggrave. Pour certains, il s'agit d'une transformation de la nature de la dépendance (nouveau produit très addictif, des propriétés pharmacologiques jugées punitives, gratuité, dépendance à l'institution). Ceci rejoint les travaux ethnographiques qui observent une domestication mutuelle du monde du traitement et de la sous-culture de la drogue dans la vie quotidienne des personnes dépendantes des drogues de rue (Oppenheimer and Stimson, 1982a; Hunt and Rosenbaum, 1998; Bourgois, 2000; Agar et al., 2001; Bourgois, 2001). Ainsi, la substitution constitue plutôt une transition progressive dans les processus de la dépendance, et apparaît comme une nouvelle phase dans les carrières de consommation (Duprez and Kokoreff, 2000). Empruntant au modèle des « carrières de l'addiction », cette perspective suggère que les trajectoires de consommation se caractérisent plutôt par une évolution des modes de consommation délaissant progressivement les drogues

illicites au profit d'autres substances, dont les produits de substitution (Oppenheimer and Stimson, 1982b; Maddux and Desmond, 1992a, 1992b).

L'intégration des médicaments de substitution dans les carrières d'usagers de drogues rejoint l'approche médicale de la dépendance en terme de maladie chronique suggérée par de nombreux auteurs dans les années récentes. C'est la thèse défendue par McLellan qui compare la dépendance à d'autres pathologies comme le diabète ou l'hypertension (McLellan et al., 2000; McLellan, 2002). Dès lors, le bénéfice du traitement et de la prise en charge ne se mesure plus par la variation d'indicateurs, fussent-ils multidimensionnels, avant et après le traitement, mais sur leur évolution au cours de la prise en charge elle-même comme dans toute maladie chronique traitée. De fait, à la différence des traitements visant l'abstinence par le sevrage ou le séjour en communauté thérapeutique, les traitements de substitution sont de plus en plus appréhendés comme des traitements sans fin programmée. Il existe cependant une forte réticence à admettre l'absence de réponse thérapeutique adaptée à la dépendance une fois qu'elle est installée, à reconnaître la dimension chronique d'une condition qui se manifeste par une succession de périodes de consommations non maîtrisées, de période de stabilisation avec ou sans traitement et de périodes de rechute.

#### **7.4 Implications d'une méthode de recherche empruntant à la sociologie dans le champ de l'évaluation des traitements de substitution**

L'évaluation des traitements de substitution est généralement réalisée à deux niveaux : d'un point de vue de santé publique par les indicateurs épidémiologiques (décès par overdose, incidence et prévalence de l'infection VIH et des hépatites, principalement) et au niveau clinique sur la base de critères médicaux, comportementaux et sociaux mesurés au niveau individuel. Le traitement lui-même, au-delà des produits prescrits, des doses et des actes de soins ou de travail social, reste une boîte noire. Notre étude s'attachait à saisir dans l'expérience rapportée par les usagers, les éléments à prendre en compte pour comprendre les processus de changement qui

opèrent à l'intérieur de cette boîte noire (usages des médicaments de substitution et relation avec le médecin) et peuvent expliquer les résultats observés.

L'adoption d'une approche sociologique dans ce champ d'étude impliquait en tout premier lieu de se dégager d'une vision normative des écarts aux normes thérapeutiques (« non observance » de la dose prescrite, de la périodicité des prises, du mode d'administration, etc.), couramment considérés comme des « mésusages » du Subutex®. Cette position vis-à-vis des personnes en traitement a contribué à libérer un espace de parole autour des pratiques réelles avec la substitution, difficiles à formuler dans le contexte médical qui les situe dans le domaine de la transgression ou de la déviance, contexte dans lequel sont habituellement réalisés les recueils de données pour l'évaluation. En procédant de la sorte, on a pu situer les dynamiques d'usages dans une gestion plus large des consommations, et les mettre en relation avec l'histoire des usagers, leur mode de vie, leur situation sociale et leurs attentes vis-à-vis de la substitution et des services de soins. Apparaissent ainsi les dimensions sociologiques, structurelles, et institutionnelles qui favorisent ou freinent les dynamiques d'usages de la substitution.

Les travaux qualitatifs, anthropologiques et ethnographiques, privilégient l'étude des usagers de drogues les plus marginalisés. Notre étude s'est attachée à construire un échantillon plus diversifié comportant, entre autres, des personnes salariées de la fonction publique résidant dans un logement personnel avec leur famille. L'hétérogénéité sociale des populations traitées se traduit par une évolution très contrastée des situations individuelles. Ce faisant, on a pu mettre en évidence des modes diversifiés d'appropriation du traitement dont les effets évoluaient sur un continuum allant de bénéfiques très nets à des détériorations marquées, ce qui nuance l'évaluation des traitements et leur interprétation en terme de « contrôle social ».

L'effort en vue d'une représentation la plus large possible dans les études qualitatives ou quantitatives, particulièrement difficile dans le champ des drogues, doit chercher à rendre compte des individus socialement plus favorisés, notamment des personnes insérées dans l'emploi ou dans des vies de famille. Entre la volonté de discrétion autour de leurs consommations, les risques d'une mise à jour du traitement

auprès de l'entourage ou au sein du milieu professionnel, et le souci de se démarquer des usagers issus du milieu de la rue ou des cités, ces publics sont généralement peu visibles dans le système de soin (« hidden population ») et plus réticents à collaborer aux travaux de recherche. De sorte que des aménagements rigoureux de protocole s'imposent pour ces personnes que ce soit dans la prise de contact et les conditions ultérieures d'enquête. Toutefois, on peut supposer que la normalisation du traitement en médecine de ville, l'achat des médicaments en pharmacie, l'autonomie dans le contrôle du traitement ont amené au traitement des personnes qui ne seraient pas allées vers les traitements reposant sur une prise en charge uniquement psychosociale.

Dans la recherche évaluative, le travail qui a été fait pour développer des indicateurs prenant en compte le caractère multifactoriel de la toxicomanie et des axes sur lesquels agissent les traitements et les prises en charge (consommations d'alcool et de drogues, état de santé physique et psychologique, emploi et ressources, ressources familiales et sociales, et situation judiciaire) devrait être complété par des informations portant sur les conditions qui favorisent ou non « l'observance » au traitement (modes de vie, relation avec le médecin, effets ressentis du produit et effets secondaires, stigmatisme, par exemple).

## **7.5 Implications pour la politique de traitement et les pratiques professionnelles**

La mise à disposition des traitements de substitution en France s'inscrit dans une politique de santé publique qui vise à diminuer les risques infectieux (VIH et VHC, surtout), à réduire les consommations de drogues illicites, à faire baisser le nombre d'overdose et à favoriser l'accès aux soins pour des pathologies associées, notamment infectieuses et psychiatriques. Les observations faites dans l'étude indiquent que les traitements de substitution comportent une forte composante de réduction des risques et des dommages qui, à elle seule et du point de vue des usagers, fonde l'efficacité de la substitution. Pourtant, l'observation des « mésusages » du Subutex® (injections, diversion sur le marché de rue, consommations associées de benzodiazépines...), n'a cessé de faire grandir les inquiétudes parmi les professionnels investis dans la prise en



charge des usagers de drogues et les responsables de santé publique, au point de remettre en cause la stratégie adoptée en 1995. Aujourd'hui, les autorités sanitaires tentent de faire face aux angoisses suscitées par cette situation en proposant différentes procédures de renforcement de la réglementation. Ainsi par exemple, la loi du 13 août 2004<sup>19</sup> prévoit un accord préalable liant le médecin, le patient et la caisse d'assurance maladie pour le remboursement de médicaments à risque d'être détournés et qui vise au premier chef le Subutex®.

Les analyses des usages de la substitution montrent que les usages non-conformes aux recommandations thérapeutiques peuvent produire des effets de réduction des risques et des dommages. Pour beaucoup, la substitution est perçue comme une ressource pour « sortir la tête de l'eau » et/ou éviter que les situations ne se dégradent davantage. C'est un produit qui tour-à-tour a pu permettre une plus grande maîtrise de ses consommations, aider à stopper l'injection, contribuer à la stabilisation des modes de vie (« moins galérer »), prendre ses distances par rapport au monde de la rue, porter une plus grande attention à soi, se sentir plus à même de s'occuper de sa famille et de faire des projets. En particulier chez les plus jeunes, les usages de la substitution doivent être envisagés moins dans une optique d'abus du système que comme sous-tendus par une puissante logique de réduction des risques, sociaux surtout (moindre recours à des activités illicites, économies réalisées au profit d'un logement, gain de temps investi dans une recherche d'emploi, par exemple). Le Subutex® acheté dans la rue, peut aussi servir de complément à une prescription insuffisante, à un retard dans la prise de rendez-vous avec le prescripteur, à une réticence à entrer en traitement ou à se reconnaître dans la nécessité d'un traitement à long terme, et ainsi éviter de prendre ou reprendre de l'héroïne. Bien que l'étude n'ait pas porté directement sur le « trafic » de rue, les observations que nous avons pu recueillir indiquent que la vente de Subutex® sert plutôt une petite économie de survie qu'un trafic rentable. Ainsi, nos résultats laissent présager d'un impact limité du renforcement de la réglementation sur des phénomènes au demeurant circonscrits et observés dans la plupart des pays qui ont

---

<sup>19</sup> Article L.162-4-2 du code de la sécurité sociale. Loi n° 2004 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, article 17 Journal Officiel du 17 août 2004.



en général un encadrement beaucoup plus strict de la méthadone. Ils incitent plutôt à introduire de façon plus explicite et plus précise des objectifs de réduction des risques dans les stratégies de santé publique et à les traduire en recommandations pour la conduite des traitements, tant dans les premières semaines suivant la mise sous prescription que durant tout le suivi du traitement.

Dans le passé, en effet, l'entrée en traitement se présentait comme un parcours d'obstacles au cours duquel l'usager devait faire la preuve de sa volonté et de sa capacité à s'engager dans une démarche thérapeutique. Beaucoup échouaient et la démarche en restait là, nourrissant un phénomène de porte tournante. Aujourd'hui, l'accès aux soins a été très largement facilité aussi bien par l'accès en médecine générale que par l'absence de contraintes à la mise sous opiacés de substitution, et il est courant qu'un usager obtienne une prescription dès la première consultation avec un médecin qu'il voit pour la première fois. Ce basculement d'un très « haut seuil » à une généralisation du « bas seuil » se traduit par la mise sous traitement de personnes encore très éloignées d'une démarche thérapeutique. L'expérience accumulée en quelques années devrait permettre d'établir de véritables « guidelines » pour une meilleure évaluation des situations (cliniques et sociales) lors de la première demande de prescription, et ce même lorsque la personne a déjà utilisé le médicament hors cadre médical.

La latitude laissée de fait aux personnes traitées dans la façon de disposer de leur prescription a pour effet l'adoption d'usages de la substitution de plus en plus individualisés et distants des prescriptions et des recommandations formulées par le médecin, pour s'adapter au plus près des modes de vie, des besoins et des attentes à l'égard de la substitution. Cette autonomie apparaît d'autant plus bénéfique que les personnes disposent des ressources sociales, affectives, professionnelles, ressources nécessaires pour s'approprier le produit de substitution comme un moyen pour s'en sortir. En revanche, pour les personnes les plus en difficultés tant sur le plan social que de la santé, le Subutex® vient se substituer aux drogues de rue pour servir les mêmes fonctions. Dans ce cas, l'absence de contrôle se traduit par une disponibilité du produit sans véritable limite, la possibilité de diversion, l'augmentation des quantités

consommées et le recours à des injections de plus en plus risquées. La recherche d'effets-drogue très marqués que la buprénorphine ne peut procurer compte tenu de ses propriétés pharmacologiques (effets seuils, incompatibilité avec l'héroïne, galénique non injectable), conduit à ajouter d'autres produits (benzodiazépines, alcool, en particulier) qui n'étaient pas toujours consommés avant d'utiliser le Subutex®. A terme, ces consommations peuvent évoluer vers des polytoxicomanies aggravées et faire surgir de nouveaux risques pour les individus. C'est ainsi que l'autonomie qui s'annonce libératrice peut se transformer en un processus d'aggravation des situations. Les usagers se sentent entraînés dans un processus autodestructeur.

L'injection du Subutex® constitue pour les usagers eux-mêmes, un signe d'échec et ce d'autant qu'elle devient de plus en plus pénible en raison de la détérioration des veines et de la fréquence accrue des abcès. La faiblesse des effets euphorisants du Subutex® et la facilité à l'injecter n'en font pas toujours un produit approprié quand l'utilisateur est encore très fortement engagé dans les pratiques de rue. Ce constat interroge la place dominante, de fait, du Subutex® par rapport à la méthadone dans les traitements de substitution en France. En l'état actuel des textes, la méthadone doit être prescrite en centre de soins spécialisé ou par un service hospitalier avec une procédure d'admission plus complète et une période de quelques semaines à quelques mois de prise du sirop sous le contrôle d'une infirmière. De fait, elle est devenue un traitement de deuxième ligne proposé après un échec avec le Subutex®. Un accès plus large à la méthadone en plus de sa revalorisation en traitement de première intention pourraient profiter aux usagers. Diverses études montrent en effet, dans les traitements par méthadone, le caractère progressif au cours du traitement de l'arrêt de l'injection, ponctué de rechutes répétées (Langendam et al., 2000). Les traitements d'héroïne médicalisée sont une autre réponse possible à ces situations d'échec (Guttinger, Gschwend, Schulte, Rehm and Uchtenhagen, 2003) que seule la Suisse a maintenant introduits en routine dans ses stratégies de traitement par voie injectable ou sous des formes nouvelles (à fumer, par exemple). De nombreux acteurs en appellent à une diversification des produits et des galéniques. Toutefois, on ne dispose pas aujourd'hui d'évaluations cliniques concluantes sur les différents produits susceptibles d'être

utilisés : sulfate de morphine, dérivés codéinés, LAAM, naltrexone, notamment. Par ailleurs, de plus en plus, la dépendance au geste d'injection est considérée comme une problématique autonome au sein de la dépendance (McBride et al., 2001). Y mettre fin ne peut pas être considéré comme un simple corollaire de la réduction de la consommation de l'héroïne avec le traitement mais nécessite sans doute une stratégie complémentaire pour favoriser une transition progressive des logiques de consommations (Neale, 1999a). Cette question se pose avec une particulière acuité en France compte tenu de la place dominante du Subutex®.

Le terme même de substitution tend à occulter les difficultés du processus de transformation des usages qui s'opèrent au cours de la prescription et qui précisément n'est pas une simple substitution. L'expression de ces difficultés apparaît comme la dimension la plus critique dans la relation de la personne substituée avec le médecin. La situation de silence forcé qui s'instaure, prive le médecin d'une information cruciale pour la conduite de la prise en charge. Cette expression sur les usages est nécessaire pendant tout le traitement et pas seulement dans les premières semaines, les parcours étant jalonnés de périodes de vulnérabilité et de rechutes. En cela, nos résultats rejoignent les données épidémiologiques qui montrent la fréquence des « rechutes » et légitiment cette nouvelle approche du soin. En admettant que l'objectif de réduction des risques et des dommages est un objectif à part entière des traitements, il sera dès lors plus facile d'accepter que les personnes traitées continuent de consommer. L'histoire du mouvement de la réduction des risques a montré que c'est seulement dans la reconnaissance et l'acceptation des consommations qu'un dialogue peut s'établir pour amorcer un travail.

Le contexte historique a conduit à donner une place importante aux médecins généralistes dans l'offre des traitements de substitution, en ville principalement mais aussi dans les centres de soins spécialisés. La prescription et le médicament, et donc la relation entre le médecin et l'utilisateur, se trouvent au premier plan tandis que les autres actes de soins (travail social, prise en charge psychologique ou éducative, insertion professionnelle etc.) sont relégués à une place secondaire et parfois peu ou pas du tout proposés comme le montre la situation des personnes interrogées dans l'enquête. En

cabinet de ville, le médecin n'a ni les compétences ni les ressources pour mobiliser de façon efficace les dispositifs qui peuvent apporter des réponses aux difficultés sociales des usagers en terme de logement, de formation ou d'insertion professionnelles. Les réseaux informels qui s'étaient créés pour promouvoir la substitution avant qu'elle existe officiellement n'ont pas été relayés par les réseaux pluridisciplinaires prévus dans les textes réglementaires. Aujourd'hui le soutien psychologique dans le cadre de la relation avec le médecin tient lieu souvent de seule prise en charge psychosociale.

Les traitements de substitution ont encore accentué la place des prises en charge ambulatoires au détriment des centres résidentiels dont la — déjà — faible capacité en places n'a cessé de diminuer alors que les personnes les plus marginalisées pourraient bénéficier de ce type de services. Ceux qui existent ont d'ailleurs intégré de façon très inégale les traitements de substitution à leur projet thérapeutique. Plus généralement, l'étude souligne aussi les points de carences des services sociaux en matière d'hébergement pour cette population. L'installation des services qui s'adressent aux usagers les plus marginaux se heurte à l'hostilité des résidents et des élus locaux comme l'ont montré de nombreux exemples, en France ou dans les autres pays. Si un consensus peut se forger sur la nécessité de telles structures, beaucoup refusent de les accueillir (phénomène du NIMBY<sup>20</sup>).

Dans la continuité de la réflexion autour des modalités de prise en charge, il convient de ne pas perdre de vue la problématique « identitaire » qui se joue au cours traitement. Dans l'étude, cette dimension apparaît comme un véritable déterminant du déroulement du traitement alors qu'elle ne fait en pratique l'objet que d'une très faible attention, à part peut-être dans le cadre d'un suivi psychologique. Les résultats montrent que la « médicalisation de la toxicomanie » (opérée par le traitement de substitution) ne suffit pas à normaliser une condition marquée par un très fort stigmatisme social. En effet, la prise de Subutex® expose à une forte discrimination à la fois de la part des proches, des pairs, des professionnels de santé et de la société en général. A l'instar des

---

<sup>20</sup> NIMBY est l'acronyme de « Not In My Backyard » (« pas dans ma cour »).

personnes porteuses d'un stigmat, les usagers rencontrés tendent à développer différents comportements et attitudes pour y faire face (Goffman, 1975) comme la dissimulation du traitement, l'adoption d'un nom d'emprunt dans les CSST, le surinvestissement des rôles sociaux conventionnels, la mise en cause de la famille ou des amis, l'attirance vers le groupe des usagers, la passivité et autres stratégies d'évitement. Il est cependant difficile de faire la part des choses entre le stigmat du traitement et/ou la situation de disqualification dans laquelle se retrouve souvent la personne marginalisée pour réinvestir le travail avec ce qu'il apporte de reconnaissance et d'inscription dans la société. Comme l'écrit Dejours (1998), la société n'accepte comme image que celle de la réussite et du bonheur : toute personne en situation d'échec voit sa situation banalisée et occultée. En somme, la relégation sociale est attribuée à l'incapacité à travailler, à s'adapter, au manque de combativité, autant de défaillances rapportées aux compétences personnelles. Et si l'individu souffre, il est seul responsable de sa souffrance. Il en résulte une fragilisation des trajectoires des usagers engagés dans des parcours pour « s'en sortir ». Ils se trouvent dans une situation de double contrainte, entre la nécessité du traitement et l'urgence de l'arrêter.

Alors que l'identité de l'utilisateur de drogues est construite sur l'étiquetage de toxicomane assignée par la société dominante (« mainstream society ») (Becker, 1985), la période de traitement se révèle un temps privilégié et critique dans la redéfinition de soi. Une redéfinition de soi qui ne peut aboutir malgré les efforts fournis par l'utilisateur tant les représentations sociales restent prégnantes. Une « identité complexe » se dessine pouvant être mise en relation avec ce que Castel appelle une situation de « double désaffiliation », l'utilisateur n'appartenant plus à l'univers de la déviance sans être pour autant partie prenante de la société établie.

## **7.6 Perspectives de recherche**

Dans l'évaluation des traitements de la toxicomanie l'étude réalisée s'est attachée à comprendre les éléments du processus de changement qui s'opère au cours du traitement en envisageant la prescription, le produit et les usages. Elle pourrait contribuer à apporter des indications utiles pour améliorer l'abord de l'utilisateur dans le

décours de la prise en charge autant que les méthodes d'évaluation des traitements. Partant de ce travail, de nombreuses questions demeurent non résolues et plusieurs axes de recherche nous semblent devoir susciter un plus grand investissement :

1) Approfondir l'analyse des bénéfices, des difficultés et des besoins des usagers en traitement

L'étude que nous avons réalisée en 2000<sup>21</sup> (cf. article tiré du rapport en annexe 3) en collaboration avec l'association Aides demeure aujourd'hui encore la seule étude d'envergure entreprise à ce sujet en France. Ce travail original a reçu, à juste titre, certaines critiques mettant en cause une trop grande hétérogénéité de l'échantillon interrogé limitant l'exploitation de ses résultats. Ainsi, il serait souhaitable de reproduire ce travail en le construisant cette fois sur des échantillons raisonnés d'usagers qui prendraient compte à la fois des niveaux d'engagement dans les protocoles et des différentes phases de traitement (exemple : usagers en début de prescription vs usagers « stabilisés » en traitement). Nous souhaitons par ailleurs insister sur l'importance de tenir compte d'un certains nombres de déterminants, comme l'âge, la maladie, et l'insertion sociale et/ou professionnelle) dans ce type d'analyse.

2) Analyser les facteurs associés à la diversité des pratiques médicales

L'étude de la relation soignant-soigné s'est limitée à la perspective des usagers ce qui restreint considérablement la compréhension des dynamiques qui se jouent au sein de cette relation particulière. Plusieurs éléments nous portent à croire qu'il n'existe pas de « culture commune » autour des modèles et des pratiques de substitution. Par conséquent, une étude approfondie des représentations des professionnels (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, psychologues) de ces traitements (objectifs, efficacité perçue, perception de l'utilisateur en traitement, par exemple) pourrait fournir des indications utiles pour une prise en charge plus globale et plus harmonieuse des usagers. D'autre part et compte tenu de l'espace d'incertitude et de négociation qui existe entre les acteurs, il serait intéressant de poursuivre des recherches sur la genèse de la décision

---

<sup>21</sup> Aides-Inserm. (2001). Attentes des usagers de drogues concernant les traitements de substitution: expérience, satisfaction, effets recherchés, effets redoutés. Paris, Aides / Inserm 56.



médicale que ce soit dans l'initialisation du traitement et à ses différentes étapes, afin d'identifier les facteurs critiques.

### 3) Etudier le devenir à long terme des usagers substitués

Si ce travail a pu éclairer nombres de questions demeurées dans l'ombre, il en a relancé de nouvelles, dont la priorité a été rappelée lors de la conférence de consensus de juin 2004 relative aux stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés (Conférence de consensus, juin 2004) :

- Que deviennent à long terme les usagers « traités » dont certains sont sous substitution depuis plus de 5 ans ?
- Quels sont les facteurs qui favorisent l'arrêt, le maintien, ou l'abandon de ces traitements ?
- Comment arrête-t-on ces traitements ? (seul ou assisté par son médecin ? réduction progressive de la dose ou sevrage en milieu hospitalier ? automédication ?, etc.)
- Comment évoluent les consommations au fil de la prescription ?
- Quels sont les résultats des tentatives d'arrêt (sevrage réussi, report des consommation sur d'autres substances psychoactives, rechute ?, etc.)
- Quel est le devenir de ceux qui abandonnent le traitement ? (sevrage, reprise ou déplacement des consommations sur d'autres substances, initiation d'un autre traitement, etc.)

Pour éclairer ces questions déterminantes, il serait nécessaire de mettre en place une étude de cohorte d'usagers sous substitution sur une durée d'au moins 5 ans.

A ce programme d'études, il serait intéressant d'intégrer un volet sociologique visant une meilleure compréhension des (re)configurations des réseaux sociaux à « l'ère de la substitution ». Le croisement de nos données avec les observations de terrain laisse entrevoir que l'arrivée massive des produits de substitution sur le territoire a pu provoquer des transformations importantes sur la scène de la drogue et les cultures locales qui déstabilisent ou renouvellent les réseaux (groupes), leur modes d'affiliation, les stratégies collectives et les codes sur lesquels reposaient autrefois tant une identité



que des formes de survie. Par ailleurs, et compte tenu de l'importance des situations d'isolement social révélées par l'enquête au cours de la prescription, il importe d'approfondir les dynamiques sociales qui se jouent au cours du traitement.

#### 4) Etudier et évaluer les troubles psychologiques, psychiatriques et de la personnalité au cours du traitement de substitution

La question de la prise en charge et de l'évaluation des troubles psychologiques ou psychiatriques au cours du traitement de substitution reste ouverte à l'issue de ce travail. De façon générale, on sait que les troubles psychiatriques ou psychologiques sont fréquents parmi les usagers de drogues mais qu'il est très difficile de diagnostiquer la comorbidité. La toxicomanie et le comportement perturbateur qu'elle provoque dominant souvent le tableau clinique et masquent les symptômes psychiatriques. En outre, l'abus de substances peut provoquer des symptômes psychiatriques que l'on distingue difficilement de ceux des troubles psychiatriques, tandis que l'état de manque ou l'intoxication aiguë peuvent également se confondre avec certains de ces troubles (Liappas, 2001). Par ailleurs, la dépression et l'anxiété peuvent être considérées comme des symptômes inhérents au cycle intoxication / état de manque ; les symptômes qui étaient atténués par les drogues se manifestent au cours du traitement d'abstinence ou de substitution. À l'exception de quelques services particulièrement informés et/ou spécialisés, les symptômes et les troubles mentaux sont rarement analysés dans les services de traitement de la toxicomanie. De fait, peu de traitements sont proposés. L'étude a mis en évidence une souffrance psychique déclarée importante (troubles de l'humeur, anxiété, dépression) chez les usagers recrutés dont il est difficile de déterminer si elle est attachée à un trouble spécifique, consécutive à la pénibilité des situations que le traitement a pu révéler, ou s'il s'agit d'un effet de discours.

Afin de minimiser les conséquences négatives que pourraient avoir ces troubles sur le déroulement du traitement, il est indispensable d'explorer de façon plus approfondie les différentes dimensions de la santé mentale chez les usagers en traitement de substitution (pas seulement les comorbidités psychiatriques), pour mieux évaluer la pertinence des troubles déclarés, affiner le diagnostic, et donc répondre de

façon plus appropriée à ces situations de souffrance qui peinent à être reconnues chez ces populations.

Plus généralement, et à l'appui des résultats obtenus par notre programme de recherche qui s'est appuyé sur les approches et les méthodes complémentaires de l'épidémiologie et des sciences sociales pour appréhender ce phénomène complexe qu'est l'addiction, nous recommandons que soient mis en place des protocoles de recherche alliant plus systématiquement un volet qualitatif aux enquêtes utilisant des méthodes quantitatives.

## **8. CONCLUSION**

Cette thèse s'inscrivait dans une problématique générale qui consistait à interroger le dispositif de substitution par le Subutex® dans le cadre d'une stratégie qui a pleinement sa place dans la nouvelle santé publique. Un des enjeux majeurs de celle-ci est la réduction des inégalités sociales de santé. Dans ce champ, les usagers de drogues peuvent être considérés comme un des groupes extrêmes par leur marginalisation sociales et des indicateurs de santé très mauvais. En France, la politique de réduction des risques fut adoptée sous la contrainte de l'urgence sanitaire de l'épidémie du VIH.

Cette politique a constitué en France, comme ailleurs, une véritable innovation dans le champ de la santé publique. Elle est emblématique du courant de la nouvelle santé publique avec l'accent mis sur le rôle de l'individu, son autonomie et sa responsabilité dans l'évolution de sa santé, à côté d'une forte composante médicale. S'appuyant sur les droits de la personne et le respect des libertés individuelles au titre de quoi les dommages et les risques doivent être réduits, la nouvelle santé publique a érigé le droit à la santé pour tous comme une valeur fondamentale. C'est dans ce paradigme que s'inscrit le développement d'une santé publique oeuvrant pour les droits des minorités et la lutte pour la justice sociale par la défense d'un système de santé qui offre les services requis, distribue équitablement les ressources et permet l'accès universel aux services de prévention et de promotion de la santé, sans barrières économiques ou autres (mise en place de la Couverture médicale universelle, par exemple).

L'étude a montré que la souplesse du système français avec le Subutex® avait indéniablement favorisé l'accès aux soins — des plus marginalisés comme des plus insérés socialement — et l'autonomie des usagers dans toutes les dimensions du traitement (choix du praticien, choix du pharmacien, horaire des consultations, horaires et modalités de prises du Subutex®). Ce faisant, on a vu comment à partir de la libre disposition de la prescription, les usagers finissaient par s'approprier le produit dans des usages stricts de substitution, autonomes des prescriptions du systèmes de soin, et se déroulant pour l'essentiel dans l'enceinte du privé. Dans ce contexte, l'utilisateur tend à se dessiner *in fine* comme le principal responsable de son projet thérapeutique (sevrage, arrêt des consommations illicites, consommation contrôlée, maintenance, poursuite d'une toxicomanie en milieu médical, etc.) et des moyens à mettre en place pour y

parvenir. Cependant, sans les ressources et supports de base (logement, réseau social alternatif au milieu de la drogue, assurances, ressources financières, par exemple) nécessaires à la construction d'un rapport nouveau avec le produit, le dispositif du Subutex®, dans sa double dimension (effets liés aux propriétés pharmacologiques du Subutex® et absence de contrôle), peut se révéler un instrument insidieux de renforcement des vulnérabilités initiales et ainsi contribuer à accroître les inégalités initiales.

Au regard de ces résultats, il importe d'envisager les dimensions et les étapes du traitement dès le début de la prise en charge de même que les conditions à mettre en oeuvre pour permettre aux individus de s'approprier le Subutex® comme une ressource susceptible d'être convertie en un véritable support. Plus généralement, c'est toute la stratégie de prise en charge et d'évaluation des traitements qui doit être reconsidérée au regard de l'hétérogénéité des problématiques de la dépendance — révélées ou consécutives — et de l'évolution des situations. A l'instar de n'importe quelle condition évoluant sur un mode chronique, l'étude soutient la nécessité d'adopter un modèle de prise en charge de la dépendance plus intégré et centré sur la personne dont les modalités et les effets doivent être évalués à chaque étape du traitement pour s'ajuster au plus près des besoins. En d'autres termes, l'étude invite à élargir la problématique médicale de la toxicomanie centrée sur le cadre réglementaire, le traitement et l'individu à une véritable démarche de promotion de la santé.

## **9. BIBLIOGRAPHIE**

- Adrian M. (2002). Whose needs are to be met? Customer satisfaction with delivery of treatment services for heroin users. *Substance Use and Misuse*, 37(4), 543-7.
- Afssaps-Anaes. (2004). Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés: recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis, Afssaps-Anaes, 18.
- Agar M. (1977). Going through the changes: Methadone in New York city. *Human Organization*, 36(3), 291-295.
- Agar M., Bourgois P., French J., Murdoch O. (2001). Buprenorphine: "field trials" of a new drug. *Qualitative Health Research*, 11(1), 69-84.
- Agar M., Stephens R.C. (1975). The methadone street scene. *Psychiatry*, 38, 381-387.
- Ahmadi J. (2003). Methadone versus buprenorphine maintenance for the treatment of heroin-dependent outpatients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24(3), 217-20.
- Aides (1999). Impact d'un traitement de substitution dans la vie des usagers de drogues reçus dans le réseau Aides. Paris, Aides Fédération Nationale, 44.
- Alides-Inserm. (2001). Attentes des usagers de drogues concernant les traitements de substitution: expérience, satisfaction, effets recherchés, effets redoutés. Paris, Aides / Inserm, 56.
- Amato L., Davoli M., Ferri M., Ali R. (2003). Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal. *Database Systematic Reviews* (3), CD003409.
- Auge-Caumon M.-J., Bloch-Laine J.-F., Lowenstein W., Morel A. (2002). L'accès à la méthadone en France. Bilan et recommandations. Rapport au ministre délégué à la santé. Paris, La documentation française, 92.
- Auriacombe M., Fatseas M., Franques-Reneric P., Daulouede J.P., Tignol J. (2003). Prevalence of abuse and dependence to benzodiazepines among buprenorphine patients in France: an ongoing study. Sixty-Fifth Annual Scientific Meeting of the College on Problems of Drug Dependence (june 14-19), Bal Harbour, Florida.
- Ball J., Ross A. (1991). *The effectiveness of methadone maintenance treatment: patients, programs, services and outcome*. Baltimore, Springer-Verlag.



- Barnett P.G., Rodgers J.H., Bloch D.A. (2001). A meta-analysis comparing buprenorphine to methadone for treatment of opiate dependence. *Addiction*, 96, 683-690.
- Barrow S. (1999). Usages de drogue et comorbidités psychiatriques. Synthèse des recherches américaines. GDR, Psychotropes, Politique, Société. Paris.
- Baumevielle M., Haramburu F., Begaud B. (1997). Abuse of prescription medicines in southwestern France. *Ann Pharmacother*, 31(7-8), 847-50.
- Becker H. (1985). *Outsiders*. Paris, Métailié, 247.
- Berridge V. (1993). Harm minimisation and public health: An historical perspective. In: N. Heather, A. Wodak, E. Nadelmann and P.A. O'Hare (Eds.) *Psychoactive drugs and harm reduction. From faith to science*. London: Whurr Publishers.
- Bibeau G., Perreault M. (1995). *Dérives montréalaises à travers des itinéraires de toxicomanies dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve*. Montréal, Boréal, 234.
- Bilal S., Menares J., De La Selle P., Toufik A., Perdrieux Y. (2003). Effect of maintenance treatments on social life. A study with general practitioners. *Annales de Médecine Interne (Paris)*, 154 Spec No 2, S6-14.
- Blanchon T., Boissonnas A., Vareseon I., Vidal-Treccan G. (2003). Homelessness and high-dosage buprenorphine misuse. *Substance Use and Misuse*, 38(3-6), 429-42.
- Blin L., Duburcq A., Nouveau A., Charpack Y., Martin M.P. (1998). One year follow-up of heroin users treated by high dosage buprenorphine: the French experience. European Harm Reduction Conference, Utrecht, Eval.
- Bouchez J., Vignau J. (1998). The French experience-the pharmacist, general practitioner and patient perspective. *European Addiction Research*, 4 Suppl 1, 19-23.
- Bouhnik P. (1995). Le monde social des usagers de drogues dures en milieu urbain défavorisé. Paris, Paris VIII, 481.
- Bouhnik P., Jacob E., Maillard I., Touzé S. (1999). L'amplification des risques chez les usagers de drogues précarisés. Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité- Direction générale de la santé - Ministère de la justice- Direction de l'administration pénitentiaire / Resscom (Recherches et évaluations sociologiques sur le social, la santé et les actions communautaires), 155.

- Bouhnik P., Touzé S. (2001). Précarisation et consommations de drogues illicites: amplification des prises de risques à l'ère de la substitution. In: M. Joubert, P. Chauvin, F. Facy and V. Ringa (Eds.) *Précarisation, risque et santé*. Paris: Inserm, 395-412.
- Bourgeois P. (2000). Disciplining addictions: The bio-politics of methadone and heroin in the United States. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24(2), 165-195.
- Bourgeois P. (2001). *En quête de respect. Le crack à New York*. Paris, Seuil, 458.
- Bourgeois P., Lettiere M., Quesada J. (1997). Social misery and the sanctions of substance abuse: confronting HIV risk among homeless heroin addicts in San Francisco. *Social Problems*, 44(2), 155-173.
- Bramness J.G., Bachs L.C., Waal H. (2002). Buprenorphine as maintenance treatment in rehabilitation of heroin addicts. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 122(25), 2452-4.
- Brooner R.K., King V.L., Kidorf M., Schmidt C.W., Jr., Bigelow G.E. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Archives of General Psychiatry*, 54(1), 71-80.
- Brunelle E. (2003). Analysis of drug consumption among ambulatory patients in a drug agency of Northern France (Lens). *Annales de Médecine Interne*, 154 Spec No 1, S15-23.
- Bry D. (1998). Caractéristiques des patients suivis par les médecins généralistes d'un réseau ville-hôpital toxicomanie depuis plus de 6 mois en traitement de substitution. *Revue du Praticien*, 12, 39-42.
- Caiata M. (1996). La consommation contrôlée de drogues dures: une toxicodépendance d'intégration paradoxale. *Psychotropes*, 2, 7-24.
- Caplehorn J.R., Drummer O.H. (2002). Fatal methadone toxicity: signs and circumstances, and the role of benzodiazepines. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 26(4), 358-62; discussion 362-3.
- Castel R. (1998). *Les sorties de la toxicomanie*. Fribourg, Editions universitaires Fribourg Suisse, 296.
- Castel R., Coppel A. (1991). Les contrôles de la toxicomanie. In: A. Ehrenberg (Ed.) *Individus sous influence*. Paris: Esprit.

- Charles-Nicolas A. (1998). Toxicomanies. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37, 396-410.
- Chowdhury A.N., Chowdhury S. (1990a). Buprenorphine abuse: report from India. *British Journal of Addiction*, 85(10), 1349-50.
- Chowdhury S., Chowdhury A.N. (1990b). Emergence of buprenorphine addiction. *Journal of the Indian Medical Association*, 88(10), 294.
- Claudon-Charpentier A., Hoibian M., Glasser P., Lalanne H., Pasquali J.L. (2000). Drug-addicted prisoners: seroprevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis B and C virus soon after the marketing of buprenorphine. *Revue de Médecine Interne*, 21(6), 505-9.
- Conférence de consensus. (juin 2004). Textes des recommandations. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés: place des traitements de substitution, Lyon.
- Cooper J.R. (1989). Methadone treatment and the acquired immunodeficiency syndrome. *JAMA*, 262, 1664-1668.
- Coppel A. (1996). Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France. In : *Vivre avec les drogues*. Paris: Seuil, 75-108.
- Corbin J., Strauss A.L. (1990). Grounded theory research: procedures, canons and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3-21.
- Courty P. (2003). High dosage buprenorphine and injection practices. A study of 303 patients. *Annales de Médecine Interne*, 154 Spec No 1, S35-45.
- Crawford R. (1994). The boundaries of the self and the unhealthy other: reflections on health, culture and Aids. *Social Science and Medicine*, 38, 1347-1365.
- Darke S. (1998). Self-report among injecting drug users: a review. *Drug and Alcohol Dependence*, 51, 253-263.
- De Ducla M., Gagnon A., Mucchielli A., Robinet S., Vellay A. (2000). Comparison of high dose buprenorphine treatments of opiate dependent outpatients in four healthcare networks. *Annales de Médecine Interne*, 151 Suppl B, B9-15.
- Dejours, C. (1998). Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale. Paris, Editions du Seuil.

- Desjarlais D.C., Friedman S.R., Ward T.P. (1993). Harm reduction: a public health response to the Aids epidemic among injecting drug users. *Annual Reviews of Public Health*, 14, 413-450.
- Dole V.P. (1988). Implications of methadone maintenance for theories of narcotic addiction. *JAMA*, 260, 3025-3029.
- Dole V.P. (1989). Methadone treatment and the acquired immunodeficiency syndrome epidemic. *JAMA*, 262, 1681-1682.
- Dole V.P., Nyswander M.E. (1965). A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. *JAMA*, 193, 646-650.
- Dole V.P., Nyswander M.E. (1967). Heroin addiction: a metabolic disease. *Archives of Internal Medicine*, 120, 19-24.
- Duburcq A., Charpak Y., Blin P., Madec L. (2000). Two years follow-up of a heroin users cohort treated with high dosage buprenorphine. Results of the SPESUB study (pharmacoepidemiologic follow-up of general practice Subutex). *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 48(4), 363-73.
- Duprez D., Kokoreff M. (2000). Les carrières de consommation. In: D. Duprez and M. Kokoreff (Eds.) *Les mondes de la drogue*. Paris: Editions Odile Jacob, 111-191.
- Emmanuelli J. (2000). Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques. Les systèmes d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et de substitution. Paris, InVS.
- Emmanuelli J., Jauffret-Roustide M.J., Barin F. (2003). Épidémiologie du VHC chez les usagers de drogue, France, 1993-2002. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 16-17, 97-99.
- Emmanuelli J., Lert F., Valenciano M. (1999a). Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogue fréquentant les programmes d'échange de seringues en France, InVS-INSERM.
- Emmanuelli J., Lert F., Valenciano M. (1999b). Evaluation of harm reduction policy in France through an information system on sales of sterile injection materiel to intravenous drug users. 10th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Genève.

- Farrell M. (1995). Drug prevention: a review of the legislation, regulation and delivery of methadone in 12 member states of European Union. Final report. Luxembourg, European Commission, 1-165.
- Farrell M., Gowing L., Marsden J., Ali R. (2001). Substitution treatment for opioid dependence: a review of the evidence and the impact. Development and Improvement of Substitution Programmes, Strasbourg, Council of Europe Publishing.
- Fassin D. (1998). Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de santé publique. In: D. Fassin (Ed.) *Les figures urbaines de la santé publique*. Paris: La Découverte, 7-46.
- Feroni I., Peretti-Watel P., Masut A., Coudert C., Paraponaris A., Obadia Y. (2005). French general practitioners' prescribing high-dosage buprenorphine maintenance treatment: Is the existing training (good) enough? *Addictive Behaviors*, 30(1), 187-91.
- Fhima A., Henrion R., Lowenstein W., Charpack Y. (2001). Suivi à 2 ans d'une cohorte de patients dépendants aux opiacés traités par buprénorphine haut dosage (Subutex). Résultats de l'étude SPESUB. *Annales de Médecine Interne*, 152(Suppl. 3), 1S26-1S36.
- Fischer B., Gliksman L., Rehm J., Daniel N., Medved W. (1999). Comparing opiate users in methadone treatment with untreated opiate users: results of a follow-up study with a Toronto opiate user cohort. *Canadian Journal of Public Health*, 90(5), 299-303.
- Fischer B., Medved W., Gliksman L., Rehm J. (1999). Illicit opiates in Toronto: a profile of current users. *Addiction Research*, 7(5), 377-415.
- Friedman J., Des Jarlais D., Sterk C.E. (1998). Aids and the social relations of intravenous drug users. *The Milbank Quarterly*, 68(Suppl.1), 85-110.
- Gasquet I., Lancon C., Parquet P. (1999). Predictive factors for patient maintenance on buprenorphine high dosage treatment: a naturalistic study in primary care. *Encephale*, 25(6), 645-51.

- Gibson A.E., Doran C.M., Bell J.R., Ryan A., Lintzeris N. (2003). A comparison of buprenorphine treatment in clinic and primary care settings: a randomised trial. *The Medical Journal of Australia*, 179(1), 38-42.
- Gibson D.R., Flynn N.M., McCarthy J.J. (1999). Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *Aids*, 13, 1807-1818.
- Glaser B.G., Strauss A.L. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago, Aldine.
- Goffman I. (1975). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris, Editions de Minuit, 464.
- Gossop M., Marsden J., Stewart D., Kidd T. (2003a). The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction*, 98(3), 291-303.
- Gossop M., Marsden J., Stewart D., Kidd T. (2003b). Reduction or cessation of injecting risk behaviours? Treatment outcomes at 1-year follow-up. *Addictive Behaviors*, 28(4), 785-93.
- Gowing L., Ali R., White J. (2002). Buprenorphine for the management of opioid withdrawal, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 1.
- Gueye P.N., Megarbane B., Borron S.W., Adnet F., Galliot-Guilley M., Ricordel I., Tourneau J., Goldgran-Toledano D., Baud F.J. (2002). Trends in opiate and opioid poisonings in addicts in north-east Paris and suburbs, 1995-99. *Addiction*, 97(10), 1295-304.
- Guichard A., Lert F., AIDES., Brodeur J.M., Richard L., Benigeri M., Zunzunegui M.V. (2003). Illicit Drug Use and Injection Practices among Drug Users on Methadone and Buprenorphine Maintenance Treatment in France. *Addiction*, 98, 1585-1597.
- Guillaume J.C., Grange F., Mulberg C., Schreckenber C., Haug-Dit-Gentes S. (1996). Complications locorégionales des injections intraveineuses de Subutex. *Annales de Dermatologie*, 123, S129-S130.
- Guttinger F., Gschwend P., Schulte B., Rehm J., Uchtenhagen A. (2003). Evaluating long-term effects of heroin-assisted treatment: the results of a 6-year follow-up. *European Addiction Research*, 9(2), 73-9.

- Hammersley R., Lavelle T., Forsyth A. (1990). Buprenorphine and temazepam--abuse. *British Journal of Addiction*, 85(2), 301-3.
- Howard D.L. (2003a). Are the treatment goals of culturally competent outpatient substance abuse treatment units congruent with their client profile? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24(2), 103-13.
- Howard D.L. (2003b). Culturally competent treatment of African American clients among a national sample of outpatient substance abuse treatment units. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24(2), 89-102.
- Hser Y.I., Evans E. (2000). Patients' needs, services, and treatment satisfaction. College on Problems of Drug Dependence. 62nd Annual Scientific Meeting, San Juan, Puerto Rico.
- Humeniuk R., Ali R., McGregor C., Darke S. (2003). Prevalence and correlates of intravenous methadone syrup administration in Adelaide, Australia. *Addiction*, 98(4), 413-8.
- Hunt G., Rosenbaum M. (1998). "Hustling" within the clinic: consumer perspectives on methadone maintenance treatment. In: J.A. Inciardi and L.D. Harrison (Eds.) *Heroin in the age of crack-cocaine*. London: Sage Publ., 188-214.
- Inserm (1998). Evaluer la mise à disposition du Subutex pour la prise en charge des usagers de drogues. Synthèse rapide de la littérature et des données disponibles et propositions pour un programme de recherche. Saint-Maurice, INSERM U88, 56.
- InVS. (2004). Premiers résultats du nouveau dispositif de surveillance de l'infection à VIH et situation du sida au 30 septembre 2003. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 24-25, 102-110.
- Irep (1996). Etude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite. Paris, IREP.
- Jasinski D.R., Pevnick J.S., Griffith J.D. (1978). Human pharmacology and abuse potential of the analgesic buprenorphine: a potential agent for treating narcotic addiction. *Archive of General Psychiatry*, 35(4), 501-16.



- Johnson P., Friedman J. (1993). Social versus physiological motives in the drug careers of methadone clinics clients. *Deviant Behavior*, 14, 23-42.
- Johnson R.E., Jaffe J.H., Fudala P.J. (1992). A controlled trial of buprenorphine treatment for opioid dependence. *Journal of the American Medical Association*, 267(20), 2750-5.
- Kintz P. (2001). Deaths involving buprenorphine: a compendium of French cases. *Forensic Science International*, 121(1-2), 65-9.
- Kintz P. (2002). A new series of 13 buprenorphine-related deaths. *Clinical Biochemistry*, 35(7), 513-6.
- Koester S., Anderson K., Hoffer L. (1999). Active heroin injectors' perceptions and use of methadone maintenance treatment: cynical performance or self-prescribed risk reduction? *Substance Use and Misuse*, 34(14), 2135-53.
- Kosten T.A., Gawin F.H., Kosten T.R., Rounsaville B.J. (1993). Gender differences in cocaine use and treatment response. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(1), 63-6.
- Lalande A., Grelet S. (1999). Pratiques de la substitution en ville. Suivi de patients usagers de drogue en médecine générale, approche qualitative. Paris, OFDT, 129.
- Langendam M.W., van Brussel G.H., Coutinho R.A., van Ameijden E.J. (2000). Methadone maintenance and cessation of injecting drug use: results from the Amsterdam Cohort Study. *Addiction*, 95(4), 591-600.
- Laperrière A. (1997). La théorisation ancrée (grounded theory): démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. In: Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives, J. Poupart and Conseil québécois de la recherche sociale (Eds.) *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin, xlvii, 405.
- Lapeyre-Mestre M., Damase-Michel C., Adams P., Michaud P., Montastruc J.L. (1997). Falsified or forged medical prescriptions as an indicator of pharmacodependence: a pilot study. Community pharmacists of the Midi-Pyrenees. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 52(1), 37-9.

- Laqueille X., Spadone C. (1995). [Depressive disorders in management of drug dependent patients. Methadone maintenance]. *Encephale*, 21 Spec No 4, 11-4.
- Lepere B., Gourarier L., Sanchez M., Adda C., Peyret E., Nordmann F., Ben Soussen P., Gisselbrecht M., Lowenstein W. (2001). Reduction in the number of lethal heroin overdoses in France since 1994. Focus on substitution treatments. *Annales de Medecine Interne*, 152 Suppl 3, IS5-12.
- Lert F. (1999). Les traitements de substitution en France. (Synthèse pour l'OFDT).
- Lert F. (2000). Drug use, Aids and social exclusion in France. In: J.P. Moatti, Y. Souteyrand, A. Prieur, T. Sandfort and P. Aggleton (Eds.) *Aids in Europe: new challenges for the social sciences*. Paris: Routledge, 189-2003.
- Lert F., Candillier C., Imbert E., Belforte B. (1995). Pratiques de protection des usagers de drogues et exposition au risque de transmission du VIH. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 50, 217-220.
- Lert F., Fombonne E. (1989). *La toxicomanie. Vers une évaluation de ses traitements*. Paris, La Documentation Française, Inserm, 144.
- Lert F., Obadia Y., Vespa. l.é.d.l.e. (2004). Comment vit-on en France avec le VIH/sida ? *Population et sociétés*, 406, 4 p.
- Liappas J. (2001). Drug addiction : a multidimensional therapeutic problem. *Itaca*, 6, 9-22.
- Lindensmith A. (1968). *Addiction and Opiates*. Chicago, Aldline.
- Ling W., Charuvastra C., Collins J.F., Batki S., Brown JR L.S., Kintaudi P., Wesson D.R., McNicholas L., Tusel D.J., Malkernek U., Renner JR J.A., Santos E., Casadonte P., Fye C., Stine S., Wang R.I.H., Segal D. (1998). Buprenorphine maintenance treatment of opiate dependence: a multicenter, randomized clinical trial. *Addiction*, 93(4), 475-486.
- Ling W., Wesson D.R. (2003). Clinical efficacy of buprenorphine: comparisons to methadone and placebo. *Drug and Alcohol Dependence*, 70(2 Suppl), S49-57.
- Ling W., Wesson D.R., Charuvastra C., Klett C.J. (1996). A controlled trial comparing buprenorphine and methadone maintenance in opioid dependence. *Archive of General Psychiatry*, 53(5), 401-7.

- Longshore D., Hsieh S., Danila B., Anglin M.D. (1993). Methadone maintenance and needle/syringe sharing. *International Journal of the Addictions*, 28(10), 983-96.
- Loo H., Laqueille X., Rémi P., Bayle F., Olie J.P. (1993). Les traitements de substitution des héroïnomanes par la méthadone. Intérêt, limites, et pratiques en France. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 177, 1315-1331.
- Lovell A. (2001). Ordonner les risques: l'individu et le pharmaco-sociatif face à l'injection de drogues. In: D. Fassin (Ed.) *Critique de la santé publique*. Paris.
- Maddux J.F., Desmond D.P. (1992a). Methadone maintenance and recovery from opioid dependence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 18(1), 63-74.
- Maddux J.F., Desmond D.P. (1992b). Ten-year follow-up after admission to methadone maintenance. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 18(3), 289-303.
- Mancini J., Thirion X., Masut A., Ronfle E., Coudert C., Pradel V., Frauger E., Micallef J. (2003). Buprenorphine prescription in southern France from 1999 to 2001. *Annales de Médecine Interne*, 154 Spec No 1, S7-14.
- Mason B.J., Kocsis J.H., Melia D., Khuri E.T., Sweeney J., Wells A., Borg L., Millman R.B., Kreek M.J. (1998). Psychiatric comorbidity in methadone maintained patients. *Journal of Addictive Disease*, 17(3), 75-89.
- Mattick R., Kimber J., Breen C. (2002). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 1.
- Mattick R.P., Ali R., White J.M., O'Brien S., Wolk S., Danz C. (2003). Buprenorphine versus methadone maintenance therapy: a randomized double-blind trial with 405 opioid-dependent patients. *Addiction*, 98(4), 441-52.
- McBride A.J., Pates R.M., Arnold K., Ball N. (2001). Needle fixation, the drug user's perspective: a qualitative study. *Addiction*, 96(7), 1049-58.
- McLellan A.T. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97(3), 249-52.
- McLellan A.T., Arndt I.O., Metzger D.S., Woody G.E., O'Brien C.P. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA*, 269(15), 1953-9.

- McLellan A.T., Lewis D.C., O'Brien C.P., Kleber H.D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284(13), 1689-95.
- Mendelson J., Upton R.A., Everhart E.T., Jacob P., 3rd, Jones R.T. (1997). Bioavailability of sublingual buprenorphine. *Journal of Clinical Pharmacology*, 37(1), 31-7.
- Metzger D.S., Woody G.E., McLellan A.T., O'Brien C.P., Druley P., Navaline H., DePhilippis D., Stolley P., Abrutyn E. (1993). Human immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in- and out-of-treatment: an 18-month prospective follow-up. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 6(9), 1049-56.
- Ministère des Affaires Sociales (1995). Circulaire DGS/SP3/95 n° 29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés. Paris.
- Ministère des Affaires Sociales (1996). Circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes. Paris.
- Neaigus A., Friedman S.R., Jose B., Goldstein M.F., Curtis R., Idelfonso G., Desjarlais D.C. (1996). High-risk personal networks and syringe sharing as factors for HIV infection among new drug injectors. *Journal of Aids and Human Retrovirology*, 11, 499-509.
- Neale J. (1999a). Drug users' views of substitute prescribing conditions. *International Journal of Drug and Policy*, 10, 247-258.
- Neale J. (1999b). Understanding drug-users clients' views of substitute prescribing. *The British Journal of Social Work*, 29(1), 127-145.
- Nida. (1980). Theories on drug abuse. Selected contemporary perspectives. *Research Monograph Series*. 30, 490.
- Nida. (2000). Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide. NY, Nida-NIH, 56.
- O.F.D.T. (2003). Substitution aux opiacés: Synthèse des informations disponibles de 1996 à 2001 en France. Paris, OFDT, 80.

- O.F.D.T. (2004). Les traitements de substitution en France: résultats récents 2004. N°37. Tendances. Paris, OFDT, 8.
- Obadia Y., Perrin V., Feroni I., Vlahov D., Moatti J.P. (2001). Injecting misuse of buprenorphine among French drug users. *Addiction*, 96, 267-272.
- O'Connor J.J., Moloney E., Travers R., Campbell A. (1988). Buprenorphine abuse among opiate addicts. *British Journal of Addiction*, 83(9), 1085-7.
- OCRTIS (2000). Usage et trafic de stupéfiants. Statistiques, 1999. Paris, Ministère de l'intérieur.
- Ogien A. (2000). Sociologie de la déviance et usage de drogues. Une contribution de la sociologie américaine. Documents du Groupement de Recherche Psychotropes, Politique et Société. N°5, 64.
- Ogien A., Mignon P., France. Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie (1994). *La demande sociale de drogues*. Paris, Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie : La Documentation française.
- O'Hare P.A. (1992). A note on the concept of harm reduction. In: P.A. O'Hare, R. Newcombe, A. Matthews, E.C. Buning and E. Drucker (Eds.) *The reduction of drug-related harm*. New York: Routledge.
- O'Hare P.A. (1997). Introduction: the search for harm reduction. In: P.G. Erickson, R. D.M., Y.W. Cheung and P.A. O'Hare (Eds.) *Harm reduction: a new direction for drug policies and programs*. Toronto: University of Toronto Press.
- Oppenheimer E., Stimson G.V. (1982a). *Heroin Addiction: Treatment and control in Britain*. London and New York, Tavistock Publications, 267.
- Oppenheimer E., Stimson G.V. (1982b). Seven year follow-up of heroin addicts: life histories summarised. *Drug and Alcohol Dependence*, 9(2), 153-9.
- Paillé P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de Recherche Sociologique*, 23, 147-181.
- Pani P.P., Maremmani I., Pirastu R., Tagliamonte A., Gessa G.L. (2000). Buprenorphine: a controlled clinical trial in the treatment of opioid dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 60(1), 39-50.
- Parquet P.J. (1998). *Pour une prévention de l'usage de substances psycho-actives*. CFES, 107.

- Paugam S., Ed. (1996). *L'exclusion: l'état des savoirs*. Paris, La Découverte, 576.
- Perdrieau J., Bâcle F., Lalande M., Fontaine A. (1999). Suivi et évolution des patients toxicomanes en médecine générale (Arès 92 - Epid 92). OFDT. Paris, 1-65.
- Perreault M. (1999). *La ville et la toxicomanie: les enjeux de la désintégration des quartiers*. Synthèse. CPLT. Montréal, 84.
- Petersen A., Lupton D. (1996). The "healthy" citizen. In: A. Petersen and D. Lupton (Eds.) *The New Public Health. Health and the self in the age of risk*. Sydney: Sage Publication.
- Rawson R.A., Ling W. (1991). Opioid addiction treatment modalities and some guidelines to their optimal use. *Journal of Psychoactive Drugs*, 23(2), 151-63.
- Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke B.Z., Keith S.J., Judd L.L., Goodwin F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264(19), 2511-8.
- Reynaud M., Petit G., Potard D., Courty P. (1998). Six deaths linked to concomitant use of buprenorphine and benzodiazepines. *Addiction*, 93(9), 1385-92.
- Reynaud-Maurupt C. (2000). *Usagers ou ex-usagers de drogue injectables atteints par le VIH: des trajectoires à la prise en charge médicale*. Marseille, EHES.
- Reynaud-Maurupt C., Carrieri M.P., Gastaud J.A., Pradier C., Obadia Y., Moatti J.P. (2000). Impact of drug maintenance treatment on injection practices among French HIV-infected IDUs. The MANIF 2000 Study Group. *AIDS Care*, 12(4), 461-70.
- Rosenbaum M., Murphy S. (1984). Always a junkie? The arduous task of getting off methadone. *Journal of Drug Issue*, 16(4), 527-552.
- Sakol M.S., Stark C., Sykes R. (1989). Buprenorphine and temazepam abuse by drug takers in Glasgow--an increase. *British Journal of Addiction*, 84(4), 439-41.
- San L., Torrens M., Castillo C., Porta Serra M., De la Torre R. (1993). Consumption of buprenorphine and other drugs among heroin addicts under ambulatory treatment: results from cross-sectional studies in 1988 and 1990. *Addiction*, 88, 1341-1349.

- San L., Tremoleda J., Olle J.M., Porta Serra M., de la Torre R. (1989). Prevalence of buprenorphine use by heroin addicts undergoing treatment. *Medica Clinica*, 93(17), 645-8.
- Schottenfeld R.S., Pakes J.R., Oliveto A., Ziedonis D., Kosten T.R. (1997). Buprenorphine vs methadone maintenance treatment for concurrent opioid dependence and cocaine abuse. *Archive of General Psychiatry*, 54(8), 713-20.
- Segui J., Cascio A., Soler Insa J.M. (1989). Data on buprenorphine consumption in drug addicted individuals. *Revista Clinica Espanola*, 185(5), 271-2.
- Seidman I. (1998). *Interviewing as qualitative research*. New York, Teachers College Press.
- Singh R.A., Mattoo S.K., Malhotra A., Varma V.K. (1992). Cases of buprenorphine abuse in India. *Acta Psychiatr Scand*, 86(1), 46-8.
- Soulet M.H. (2002). *Gérer sa consommation. Drogues dures et enjeux de conventionalité*. Fribourg, Editions Universitaires, 292.
- Strain E.C., Stitzer M.L., Liebson I.A., Bigelow G.E. (1994). Buprenorphine versus methadone in the treatment of opioid-dependent cocaine users. *Psychopharmacology*, 116(4), 401-6.
- Strain E.C., Stitzer M.L., Liebson I.A., Bigelow G.E. (1996). Buprenorphine versus methadone in the treatment of opioid dependence: self-reports, urinalysis, and addiction severity index. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16(1), 58-67.
- Strang J., Des Jarlais D.C., Griffiths P., Gossop M. (1992). The study of transitions in the route of drug use: the route from one route to another. *British Journal of Addiction*, 87(3), 473-83.
- Strang J., Griffiths P., Gossop M. (1997). Heroin smoking by 'chasing the dragon': origins and history. *Addiction*, 92(6), 673-83; discussion 685-95.
- Sunjic S., Zador D. (1997). Methadone-related deaths in New South Wales. *The Medical Journal of Australia*, 166(1), 54-5.
- Thirion X., Barrau K., Micallef J., Haramburu F., Lovenstein W., Sanmarco J.L. (2000). Traitements de substitution de la dépendance aux opiacés dans les centres de soins: le programme OPPIDUM des Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance. *Annales de Médecine Interne*, 151, 10-17.



- Thirion X., Lapierre V., Micallef J., Ronfle E., Masut A., Pradel V., Coudert C., Mabriez J.C., Sanmarco J.L. (2002). Buprenorphine prescription by general practitioners in a French region. *Drug and Alcohol Dependence*, 65(2), 197-204.
- Thirion X., Micallef J., Barrau K., Djeddar S., Lambert H., Sanmarco J.L., Lagier G. (2001). Recent evolution in opiate dependence in France during generalisation of maintenance treatments. *Drug and Alcohol Dependence*, 61, 281-285.
- Tracqui A., Kintz P., Ludes B. (1998). Buprenorphine-related deaths among drug addicts in France: a report on 20 fatalities. *Journal of Analytical Toxicology*, 22(6), 430-4.
- Tracqui A., Tournoud C., Flesch F., Kopferschmitt J., Kintz P., Deveaux M., Ghysel M.H., Marquet P., Pepin G., Petit G., Jaeger A., Ludes B. (1998). Acute poisoning during substitution therapy based on high-dosage buprenorphine. 29 clinical cases--20 fatal cases. *La Presse Médicale*, 27(12), 557-61.
- Uchtenhagen A., Gutzwiller F., Dobler-Mikola A. (1997). Essais de prescription médicale de stupéfiants. Rapport de synthèse PROVE. Zurich, Institut de Médecine Sociale et Préventive, 162.
- Uehlinger C., Deglon J., Livoti S., Petitjean S., Waldvogel D., Ladewig D. (1998). Comparison of buprenorphine and methadone in the treatment of opioid dependence. Swiss multicentre study. *European Addiction Research*, 4 Suppl 1, 13-8.
- Valenciano M., Emmanuelli J., Lert F. (2001). Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France. *Addiction*, 96(4), 597-606.
- Varescon I., Vidal-Trecan G., Nabet N., Boissonnas A. (2002). Buprenorphine abuse: high dose intravenous administration of buprenorphine. *Encephale*, 28(5 Pt 1), 397-402.
- Vidal-Trecan G., Varescon I., Nabet N., Boissonnas A. (2003). Intravenous use of prescribed sublingual buprenorphine tablets by drug users receiving maintenance therapy in France. *Drug and Alcohol Dependence*, 69(2), 175-81.
- Vignau J., Brunelle E. (1998). Differences between general practitioner- and addiction centre-prescribed buprenorphine substitution therapy in France. Preliminary results. *European Addiction Research*, 4 Suppl 1, 24-8.

- Vignau J., Duhamel A., Cateau J., Legal G., Pho A.H., Grailles I., Beauvillain J., Petit P., Beauvillain P., Parquet P.J. (2001). Practice-based buprenorphine maintenance treatment (BMT): how do French healthcare providers manage the opiate-addicted patients? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(3), 135-44.
- Waldorf D. (1983). Natural Recovery from opiate addiction: some social psychological processes of untreated recovery. *Journal of Drug Issues*, 2, 237-280.
- Ward J., Hall W., Mattick R.P. (1999). Role of maintenance treatment in opioid dependence. *Lancet*, 353, 221-226.
- Weber J.C., Kopferschmitt J. (1998). Les traitements de substitution chez le toxicomane. *La Presse Médicale*, 27(39), 2088-2099.
- Zador D., Sunjic S. (2000). Deaths in methadone maintenance treatment in New South Wales, Australia 1990-1995. *Addiction*, 95(1), 77-84.
- Zador D., Sunjic S., Darke S. (1996). Heroin-related deaths in New South Wales, 1992: toxicological findings and circumstances. *The Medical Journal of Australia*, 164(4), 204-7.
- Zinberg N.E. (1984). *Drug, Set and Setting. The basis for controlled intoxicant use.* New Haven et Londres, Yale University Press, 277.

## ANNEXE 1

### Guide d'entretien

#### ▪ Mode de vie de vie actuel

« Peut-être que dans un premier temps vous pourriez vous présenter un peu ? Est-ce que vous pourriez me décrire comment vous vivez en ce moment, c'est-à-dire :

Q : Comment vous êtes logé ?

Q : Si vous vivez avec quelqu'un ?

Q : De quelles ressources vous disposez pour vivre ?

Q : Quels sont vos loisirs ?

#### ▪ Histoire (de toxicomanie et) de la substitution

« A présent, j'aimerais parler un peu avec vous de votre traitement. Parce que finalement vous prenez du Subutex® depuis x temps, mais :

Q : Comment en êtes-vous arrivé à faire cette démarche ?

Q : Comment ça s'est passé au début ?

Q : Quand est-ce que vous avez fait une demande de traitement pour la première fois ?

" Finalement vous prenez du Subutex®, mais comment s'est fait votre choix au début ?

Q : Est ce que vous connaissiez déjà ce produit avant ?

Q : Pourquoi en centre plutôt qu'en cabinet libéral ? ⇔

Q : Est-ce que depuis que vous avez commencé le Subutex®, vous avez toujours eu le même médecin prescripteur ?

▪ **Le traitement**

« Actuellement, pourriez-vous me parler de votre traitement, c'est-à-dire :

**Q :** Quel dosage de Subutex® vous est prescrit ?

**Q :** Vous le prenez combien de fois par jour ?

**Q :** Quelle est la durée de votre prescription ?

**Q :** Où vous procurez-vous le Subutex® ?

**Q :** Allez-vous toujours à la même pharmacie ?

**Q :** Est-ce que votre traitement vous est donné en une seule fois ?

**Q :** Autres personnes intervenant dans le traitement ? (psychologue / psychiatres / travailleurs sociaux, etc.)

▪ **Perception – effets, difficultés, attentes vis-à-vis du traitement**

« Quand vous êtes allé pour la première fois chez le médecin pour une prescription, comment vous envisagiez les choses ? »

**Q :** Quelles étaient vos attentes par rapport : au produit de substitution, ses effets, la façon de le prendre, la durée du traitement, etc ?

« Aujourd'hui, avec l'expérience que vous avez de ce produit et du suivi médical, et par rapport à ce que vous pouviez en attendre, qu'est-ce que vous pouvez en dire ? »

**Q :** Quels sont les aspects positifs/négatifs du Subutex® ?

**Q :** Est-ce qu'il répond à vos attentes ?

**Q :** Est-ce que vous le considérez comme un médicament, une drogue comme une autre, autres (préciser) ?

▪ **Le suivi du traitement – gestion de la prescription**

« Aujourd'hui, comment ça se passe avec votre traitement ? »

**Q :** Est-ce qu'il vous arrive de prendre plus (ou moins) que ce qu'on vous a prescrit ? Est-ce un problème pour vous ? Préciser: contexte, effets ressentis, satisfaction ?)

**Q :** Est-ce qu'il y a (eu) des périodes plus difficiles que d'autres ? Préciser contexte.

« S'il vous arrive de consommer plus que votre prescription, ...

**Q :** Comment faites-vous pour faire la jonction entre 2 prescriptions ? Rechercher : co-prescriptions, dons, troc, dépannages, achats de rue, etc.

« S'il vous arrive de consommer moins que votre prescription, ...

**Q :** Que faites vous du traitement en excédent ?

▪ **L'injection de Subutex® :**

« Parfois, certaines personnes disent qu'ils s'injectent le Subutex®, ....

**Q :** Est-ce qu'il vous arrive d'injecter le Subutex® ? Rechercher : Depuis quand, fréquence, motivations, contexte, etc.)

**Q :** Quels effets ressentez-vous par l'injection ? Les sensations sont-elles différentes du mode sublingual ?

**Q :** Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de faire des abcès suite à une injection (de Subutex®) ?

**Q :** Est-ce que vous avez constaté des effets sur vos veines ?

**Q :** Y a-t-il des raisons pour lesquelles il vous semblerait nécessaire d'arrêter ou qui vous ferait arrêter ?

- Si arrêt de l'injection.....:

**Q :** Comment avez-vous vécu l'arrêt de l'injection ? Quand ? Décrire les étapes.

- **Les dons, prêts, échanges, achats de rue du Subutex®**

« On entend parfois dire qu'entre usagers, c'est plutôt habituel de se dépanner...

Q : Est-ce que ça vous est arrivé d'en proposer ? Contexte de la proposition ?

Q : Est-ce qu'on vous en a déjà demandé ? Contexte de la demande ? Réaction ?

Q : Est-ce qu'il vous est arrivé d'en acheter dans la rue ? Contexte de l'achat ?

- **Les autres consommations**

« Est-ce qu'il vous arrive parfois de consommer (ou d'être tenté) de l'héroïne ou d'autres produits ? » Explorer les contextes (quoi, comment, combien, fréquence, où, avec qui, effets attendus, ressentis, etc.)

- **La relation soignant(s)-soigné**

« Et avec votre médecin comment ça se passe ? »

Q : Est-ce que vous avez l'impression d'être bien informé sur le Subutex®, le traitement, les autres ressources possibles pour vous et par rapport à vos besoins ?

Q : De quoi vous parlez avec votre médecin pendant la consultation ?

Q : Est-ce que vous parlez avec lui des modalités du traitement ou de la prescription (dosage, rythme des consultations, des difficultés éventuelles à gérer votre consommation, etc...) ? Préciser.

Q : Qu'attendez-vous de lui ?

Q : Est-ce qu'il vous est arrivé d'avoir recours à un autre médecin que votre médecin « habituel » pour une prescription ? Préciser.

- **Et après?**

« Comment envisagez-vous l'avenir avec votre traitement ....? »

▪ **Vie affective et sexuelle**

« Actuellement, est-ce que vous avez un copain (une copine), autre type de relations ? »

*Si non, Q :* Depuis combien de temps dure cette situation ? .....STOP!

*Si oui, Q :* Est-ce que vous vivez en couple ?

Q : Est-ce que cette personne consomme des produits ou est en traitement ?

Q : Depuis que vous prenez le Subutex®, comment ça se passe dans votre couple ?

Q : Depuis que vous prenez le Subutex®, avez-vous constaté des différences dans la qualité de vos rapports sexuels?



## **ANNEXE 2**

### **Fiche de synthèse des entretiens**

	1er entretien	2ème entretien	3ème entretien
Prénom			
Age/sex			
Structure référente régulier/irrégulier			
Vit seul/couple/ chez parents			
Enfants			
Activité professionnelle			
Ressources			
Statut sérologique (VIH, VHC)			
Le Subutex®			
Injection oui/non			
Dépannages de subutex (dons, prêts, etc.)			
Autres prescripteurs			
Autres produits consommés			
Réseau social			
Relation affective			
Type de partenaire, durée de la relation			
Tonalité générale de l'entretien - Remarques			
Questions pour le prochain entretien			

## **ANNEXE 3**

### **Article publié**

**« Du point de vue des usagers, quels sont les effets, les bénéfices et les difficultés suscités par les traitements de substitution aux opiacés? »**

Auteurs: Anne Guichard, Christine Calderon, Olivier Maguet, & France Lert,

Publié en décembre 2004 dans la revue *Alcoologie et addictologie*, 4 Suppl., 61S-74S

**QUESTION 2**

Mme Anne Guichard\*, Mme Christine Caldéron\*\*,  
M. Olivier Maguet\*\*, Mme France Lert\*

\* INSERM U88, Hôpital national de Saint-Maurice, 14, rue du Val d'Osne,

F-94415 Saint-Maurice Cedex

\*\* Association AIDES, Pantin, France

*Quels sont les résultats obtenus par les traitements  
de substitution aux opiacés ?*

## Du point de vue des usagers, quels sont les effets, les bénéfices et les difficultés suscités par les traitements de substitution aux opiacés ?

### Résumé

L'adhésion des patients au cadre thérapeutique et aux contraintes du traitement est un enjeu majeur d'efficacité des traitements de substitution comme de tout autre traitement de longue durée. Une littérature clinique, pharmacologique et épidémiologique importante témoigne de l'efficacité des traitements de substitution. Or, pour juger de l'impact réel de ces traitements et de l'orientation à donner au cadre de prise en charge, ces études nécessitent d'être complétées par l'évaluation que font les usagers eux-mêmes des bénéfices, des effets et des difficultés suscités par les traitements. Compte tenu de la singularité du dispositif des traitements de substitution en France (place prépondérante de la buprénorphine haut dosage – BHD, Subutex® –, régimes différents pour la méthadone et souplesse du cadre thérapeutique), la mise en perspective, avec les travaux menés dans d'autres pays sur les traitements par la méthadone, doit être complétée pour éclairer les enjeux aujourd'hui posés par le dispositif français. En France, on a recensé quatre études (trois de méthodologie qualitative et une quantitative) conduites directement auprès des usagers sur ces questions, dont l'enquête Aides-Inserm (2001) qui demeure, à notre connaissance, la seule enquête d'envergure à avoir exploré l'ensemble des questions posées par la conférence, sur un large échantillon, et à avoir pris en compte les différents médicaments (méthadone, BHD et sulfates de morphine) prescrits en France pour le traitement de la dépendance aux opiacés. Les principaux résultats sont donc tirés de cette étude, puis discutés au regard de la littérature disponible à ce sujet. Résultats : on observe une grande diversité des motivations de la demande de traitement parmi les usagers, reflétant la diversité des populations traitées. Les usagers tirent des bénéfices importants de ces traitements (forte composante thérapeutique et de réduction des risques) avec un niveau de satisfaction élevé. Pour une minorité cependant, l'expérience

### Summary

*From the user's point of view, what are the effects, benefits and difficulties associated with opioid replacement therapy?* Compliance of patients with the treatment framework and the obligations of treatment is a major determinant of the efficacy of replacement therapies as for any other long-term treatment. A large body of clinical, pharmacological and epidemiological literature confirms the efficacy of replacement therapies. However, in order to assess the real impact of these treatments and the orientation to be given to the management framework, these studies must be completed by an evaluation by the users themselves of the benefits, effects and difficulties associated with these treatments. In view of specificity of the opioid replacement therapy programme in France (pre-dominant role of high-dose buprenorphine-HDB, Subutex®, different regimens for methadone and flexibility of the treatment framework), it must be compared with studies on methadone treatment conducted in other countries in order to define the critical points of the current French system. Four studies have been conducted in France (three according to a qualitative methodology and one with a quantitative methodology) directly among users concerning these questions, including the Aides-Inserm survey (2001) which, to our knowledge, remains the only large-scale survey to have investigated all of the questions raised by the conference, on a large sample, and to have taken into account the various drugs (methadone, HDB and morphine sulphate) prescribed in France for the treatment of opioid dependency. The main results are therefore derived from this study, then discussed in relation to the available literature on this subject. Results: a great diversity of motivations for access to treatment are observed among users, reflecting the diversity of the treated populations. Users obtain important benefits from these treatments (high therapeutic component and risk reduction) and express a high level

du traitement est perçue comme un échec car les situations n'ont pas évolué, voire se sont dégradées. Alors que le sentiment de "s'en être sorti" avec les produits illicites est très marqué, on observe la persistance de difficultés ou leur déplacement vers d'autres produits, dont l'alcool et les benzodiazépines. C'est par rapport aux situations sociales et professionnelles qu'on observe le moins d'amélioration et de satisfaction. À côté de la précarité, l'injection (médicament de substitution compris) se dégage comme un marqueur des difficultés en traitement, surtout dans le groupe sous BHD qui rassemble les personnes les plus en difficulté. Il existe un sentiment de forte dépendance à un médicament aux effets secondaires multiples et pénibles. Les études témoignent également de la complexité de l'identité de l'utilisateur traité et d'une relation thérapeutique parsemée de tensions. Les attentes sont fortes et très variables et reflètent la grande diversité des populations traitées. Elles font également apparaître un sous-groupe porté à instrumentaliser le système de soins pour intégrer le médicament à une consommation moins coûteuse. Conclusion et recommandations : les traitements de substitution en France reçoivent une forte demande qui obtient un haut niveau de satisfaction et d'efficacité parmi les personnes traitées. Il existe des situations d'échec et une tendance à l'instrumentalisation du système de soins, mais ces phénomènes sont limités. Les attentes des usagers sont tournées vers une amélioration des informations reçues sur le traitement et un plus fort étayage du volet social. Les résultats suggèrent de prendre en compte la dépendance aux substances psychoactives dans son ensemble, et non seulement l'usage d'héroïne ou d'opiacés, et de considérer l'injection comme une problématique autonome au sein de la dépendance requérant une prise en charge spécifique. Un accès étendu à la méthadone en traitement de première intention serait profitable à côté d'une évaluation approfondie des situations cliniques et sociales lors de l'admission en traitement ne remettant pas en question les cadres diversifiés d'accès au traitement.

## Mots-clés

Traitement de substitution – Méthadone – Buprénorphine haut dosage – Sulfate de morphine – Dépendance aux opiacés – Impact – Satisfaction – Usager – France.

L'usage de drogue tend aujourd'hui à être considéré comme une condition requérant une prise en charge thérapeutique au long cours (1). L'efficacité des traitements est très dépendante de l'adhésion des patients au cadre thérapeutique et aux contraintes du traitement. Ceux-ci posent problème dans les traitements au long cours ; il est donc nécessaire d'améliorer la compréhension des attitudes des patients et des soignants face aux enjeux de la prise en charge. Or à côté d'une littérature clinique, pharmacologique et épidémiologique abondante autour de l'efficacité des traitements de substitution, l'évolution des situations individuelles des usagers de drogue sous traitement de substitution demeure aujourd'hui encore trop peu documentée pour juger de l'impact réel de ces traitements (2).

of satisfaction. However, for a minority of patients, the treatment experience is perceived as a failure as their situation has not improved or has even deteriorated. While the feeling of "having finished" with illicit substances is marked, the subject's difficulties persist or are displaced to other substances, including alcohol and benzodiazepines. The lowest level of improvement and satisfaction is observed in relation to work and social situations. Apart from precarity, injection (including the replacement therapy drug) is identified as a marker of treatment difficulties, especially in the group of patients receiving HDB, which comprises the subjects in greatest difficulty. Users express a feeling of marked dependence on a drug with multiple and unpleasant adverse effects. Studies also demonstrate the complexity of the identity of the treated user and a tense therapeutic relationship. Expectations are high and very variable and reflect the great diversity of treated populations. They also reveal a subgroup of subjects who use the healthcare system to integrate the drug into a less expensive form of consumption. Conclusion and recommendations: There is a high demand for replacement therapies in France and they provide a high level of satisfaction and efficacy among treated subjects. Failure situations and a tendency to take advantage of the healthcare system are observed, but these phenomena are limited. User expectations concern an improvement of the information received about the treatment and stronger social support. The results suggest that dependency on psychoactive substances must be evaluated globally, and not only in relation to heroin or opiates, and that injection should be considered to be a autonomous problem within dependency requiring specific management. Broader access to methadone as first-line treatment would be beneficial in combination with thorough evaluation of clinical and social situations at the time of initiation of treatment, without detracting from the value of the diversified contexts of access to treatment.

## Key words

Replacement therapy – Methadone – High-dose buprenorphine – Morphine sulphate – Opioid dependency – Impact – Satisfaction – User – France.

En France, les médicaments de substitution dans le traitement de la dépendance à l'héroïne sont encore une innovation récente introduite avec des modalités très différentes des autres pays : buprénorphine en traitement de référence, rôle majeur de la médecine de ville, conditions d'accès et de suivi peu contraignantes. Alors que partout ailleurs la méthadone est le traitement de première intention, on tend en France à le prescrire après échec avec la buprénorphine haut dosage (BHD, Subutex®). Ces modalités adoptées pour des raisons historiques sont aujourd'hui mises en question, d'une part, face aux coûts engendrés par ce système, d'autre part, face à l'observation de comportements dits "abusifs" de certains usagers (trafic, mésusage, injection, etc.). Le cadre doit donc être réévalué en vue d'une optimisation des

résultats des traitements et d'une efficacité accrue. Cependant, cette recherche d'un consensus sur les traitements de substitution doit à notre sens : 1) éviter que l'application des recommandations issues de cette conférence agisse au détriment des très nombreuses personnes aujourd'hui satisfaites de leur traitement, et 2) préserver l'effet de réduction des risques toujours nécessaire pour les personnes qui utilisent les médicaments de substitution à la marge du cadre thérapeutique. Dans ce contexte, il est important de réintroduire la parole des usagers dans les débats sur le devenir de ces traitements ; l'évaluation qu'ils font eux-mêmes de ces traitements et leurs attentes ont toute leur place à côté des données classiques de type clinique ou administratif.

Dans la littérature, des données observationnelles de qualité variable, basées principalement sur des informations recueillies par les médecins responsables des traitements, permettent d'appréhender l'efficacité de ce dispositif. Du point de vue des usagers, les effets, les bénéfices et les difficultés suscitées par les traitements de substitution aux opiacés en France sont très largement méconnus. Dans les pays qui ont une longue histoire de traitement de substitution avec la méthadone, des travaux sociologiques et ethnographiques documentent l'image de la méthadone et ses conditions de délivrance du point de vue des usagers (2-10). L'intérêt d'une mise en perspective de ces travaux, dans le contexte de la mise à disposition des traitements en France, est incontestable mais demeure limité au regard de la triple singularité sur laquelle repose le dispositif de soins français (place prépondérante de la BHD, régimes différents pour la méthadone et souplesse du cadre thérapeutique). Les vues des usagers sur les médicaments et les traitements sont en effet très dépendantes de ce qui relève à la fois des propriétés du produit et de ses effets, des régimes thérapeutiques, des cultures locales de la scène de la drogue et des individus dans leur singularité. À notre connaissance, trois études de méthodologie qualitative (analyses socio-anthropologiques sur un échantillon de convenance à partir de l'observation des pratiques sur la durée et en dehors de tout contexte médical, ou sur la base d'entretiens menés en face à face) ont été réalisées en France sur les perceptions, les logiques et les processus qui sous-tendent les usages de la BHD (11-13). Les principaux résultats de ces études rejoignent ceux issus de travaux menés dans d'autres pays sur l'évaluation par les usagers des traitements à la méthadone.

Ils mettent en avant :

- la diversité des motivations des usagers à entreprendre un traitement, allant de la normalisation des modes de vie, de la volonté de réduire les risques et les dommages attachés à la consommation des drogues acquises dans la rue, du désir de rompre avec les substances illicites et l'environnement qui s'y rattache, à la recherche d'une drogue non prohibée pour pallier aux irrégularités du marché de l'héroïne (mauvaise qualité, prix trop élevés) ;
- une tendance à l'intégration des médicaments de substitution dans les modes de vie et les anciens systèmes de consommation – dont l'injection – et la forte interpénétration des univers du soin et de la rue ;

- une perception dichotomique du médicament de substitution, entre médicament et substance diabolique pire que l'héroïne ;
- le sentiment d'une forte dépendance à un médicament qui ne procure pas de sensations, aux effets secondaires multiples, voire pénibles, amenant parfois à consommer d'autres produits pour potentialiser les sensations et les effets psychotropes ;
- une relation thérapeutique complexe parsemée de zones de tensions et d'incertitudes, dérivée de la difficulté des acteurs à mettre en phase leurs projets respectifs par rapport au traitement,
- une identité complexe de l'usager en traitement qui ne s'identifie ni au "junkie" de l'époque de l'héroïne, ni à un "patient", mais qui continue de porter les marques d'un stigmaté ;
- des situations de renouvellement ou d'aggravation des risques et des dommages avec la BHD sous l'effet de la précarité, et la perte d'estime de soi.

L'éclairage de ces études sur la compréhension des modes d'appropriation des médicaments dans le quotidien des usagers et les difficultés liées au suivi des traitements doit être souligné. Elles présentent néanmoins leurs limites pour répondre à la question élargie posée par la conférence aux auteurs de ce papier concernant les effets, les bénéfices et les difficultés suscitées par les traitements de substitution aux opiacés, du point de vue des usagers. Les principales limites des trois études françaises sont d'avoir porté exclusivement sur la BHD et d'avoir été menées auprès de trois sous-groupes très ciblés (consommateurs encore actifs de drogues, usagers précarisés incarcérés et usagers relativement bien insérés) qui font émerger des situations et des visions dichotomiques de l'impact de ces traitements, entre idéalisme et catastrophisme, impropres à caractériser la diversité des populations traitées, l'étendue des bénéfices et des besoins propres à cette diversité de parcours et des individus. À ce jour, l'enquête Aides-Inserm (2001) reste, à notre connaissance, la seule enquête d'envergure ayant, à partir d'une méthodologie quantitative, exploré l'ensemble de ces questions sur un large échantillon (tant en termes sociologiques qu'en termes de médicaments utilisés dans la substitution – BHD, méthadone, sulfates de morphine – et de cadre de prise en charge (cabinets libéraux – CL – et centres de soins spécialisés pour toxicomanes – CSST), et ce, par un recueil de données indépendant des soignants. Elle permet ainsi de compléter les données socio-anthropologiques, de caractériser, par des méthodes statistiques, les différentes dimensions du rapport des usagers au cadre thérapeutique et de quantifier la part des "mésusages". La controverse ancienne sur l'utilisation du sulfate de morphine, qui n'a qu'un cadre dérogatoire pour cette indication, a incité à prendre en compte un petit échantillon de ces usagers substitués dans l'étude.

## Méthodes

Un enquête transversale multisites (Brest, Clermont-Ferrand, Montpellier, Mulhouse, Paris) conduite auprès de personnes traitées par la méthadone, la BHD (Subutex®) ou le sulfate de morphine (Moscotin®, Skénan®). Les cinq régions enquêtées ont été choisies en fonction de l'offre des médicaments de substitution reflétée par le



système SIAMOIS (14). Sur la base des informations disponibles (patients suivis dans les CSST et ventes de BHD), des quotas combinaient le médicament et le cadre de suivi (CL, CSST). Les quotas ne reflétaient pas la distribution réelle des trois traitements, mais répondaient à l'objectif de construire des groupes de taille suffisante pour permettre la comparaison entre les médicaments, et les cadres de prise en charge. Des répondants âgés de plus de 18 ans, en traitement depuis au moins six mois, ont été recrutés dans les CL et dans les CSST par des enquêteurs non impliqués dans les soins. Après acceptation des principes de l'enquête, les personnes ont répondu à un questionnaire prétesté à questions fermées dans des lieux préservant la confidentialité par rapport aux structures de soins (cafés, voitures des enquêteurs, parcs).

En plus des caractéristiques sociodémographiques usuelles et des informations relatives à des pathologies comme le VIH ou l'hépatite C, le questionnaire explorait : 1) les modalités du traitement en cours : le médicament prescrit, le cadre de prise en charge, l'ancienneté du traitement en cours (inférieur à trois ans, trois ans et plus), la fréquence du suivi médico-psychosocial au cours du dernier mois et la dose prescrite ; 2) les modes et les pratiques de consommation des produits licites et illicites (fréquence des consommations et des pratiques d'injection) ; 3) le rapport perçu à l'héroïne (sentiment de "s'en être sorti" ou de mieux maîtriser ses consommations) ; 4) la gestion de la prescription (nombre de prises par jour, dose, mode d'administration, etc.) et 5) la perception de la substitution dans les parcours avec les produits ("un traitement", "une drogue pire que la came", "un piège", etc.). L'impact perçu du traitement sur 1) les modes et les conditions de vie et 2) les risques perçus a été mesuré à partir de 25 propositions sur chacune desquelles les répondants étaient invités à indiquer, sur une échelle graduée de 1 à 4 (plus qu'avant/pareil qu'avant/moins qu'avant), les niveaux de changement perçus depuis la prescription en cours (par souci d'allègement du texte, les items ne sont pas présentés dans cette section, la plupart figurant ultérieurement dans la présentation des résultats. Pour plus de détails, le lecteur est invité à consulter le questionnaire de l'enquête en annexe du rapport d'étude Aides/Inserm, 2001). La satisfaction des usagers par rapport aux traitements (médicament, suivi médical, psychologique et social) a été mesurée à partir de 12 items. Pour chacun d'entre eux, les répondants devaient indiquer leur niveau de satisfaction sur une échelle graduée de 1 à 4 (pas du tout/assez/satisfait/très satisfait). Un niveau de satisfaction générale par rapport au médicament, d'une part, et au suivi du traitement, d'autre part, a également été demandé. Enfin, les besoins et les attentes concernant les traitements (médicament, relation avec les soignants, conditions et suivi des traitements) ont été évaluées à partir de 15 items pour chacun desquels les répondants devaient indiquer l'importance accordée à la proposition en se positionnant sur une échelle à quatre niveaux (pas du tout/assez /important/très important).

Des comparaisons systématiques des variables du questionnaire ont d'abord été réalisées en fonction : 1) du médicament prescrit (méthadone, BHD, sulfate de morphine) et 2) du cadre de prise en charge (CSST, CL) (les analyses bivariées ont été

conduites avec le logiciel SPSS (version 10.0). Les tests statistiques classiques du Chi-2 et du T de Student ont été utilisés ; les différences ont été considérées significatives au seuil de  $\alpha \leq 0,05$ . Les résultats ont été ajustés sur le sexe, le statut sérologique, la dose et l'ancienneté du traitement, quand des effets de confusion entre variables étaient susceptibles de se produire). Afin de mettre en évidence les déterminants (caractéristiques individuelles ou liées aux modalités de traitements) des différences relevées dans la première série d'analyses, nous avons procédé à trois classifications ascendantes hiérarchiques (l'analyse multivariée a été réalisée avec le logiciel SPAD) ayant permis de construire et de comparer des groupes d'usagers homogènes et distincts sur les questions à l'étude.

## Résultats

### *Principales caractéristiques sociodémographiques des répondants, pathologies associées (VIH/VHC) et modalités de prise en charge*

Au total, 506 personnes ont répondu au questionnaire. Sur chacun des sites, les répondants se distribuent de la façon suivante : 40 % (Paris), 24 % (Mulhouse), 19 % (Montpellier), 12 % Clermont-Ferrand, et 8 % (Brest). 46 % suivent un traitement avec de la BHD, 44 % avec de la méthadone et près de 10 % sont traités par sulfate de morphine (Skénan® ou Moscontin®). Le secteur libéral réalise près de 70 % des prescriptions. Composés très majoritairement d'hommes (71 %), les répondants ont un âge moyen de 33,5 ans (sd = 19-60 ; médiane = 33). Pour 32 %, le niveau d'étude est inférieur ou égal à la 3<sup>ème</sup> (37 % ont le niveau BEP/CAP ou possèdent ces diplômes ; 31 % ont le niveau Bac et plus). Près de 40 % ont une activité professionnelle, 33 % vivant de leur salaire (42 % des minima sociaux, 18 % de l'AAH, 26 % de revenus "autres"). 77 % vivent dans un logement stable. 75 % vivent seuls, 44 % ont un partenaire régulier et 38 % ont des enfants. Plus de la moitié (52 %) a rapporté une expérience carcérale, avec un nombre moyen de quatre incarcérations. Sur l'ensemble des personnes ayant réalisé un test de dépistage pour le VIH (94 %) et l'hépatite C (90 %), 26 % sont séropositives pour le VIH et 57 % pour l'hépatite C. On observe une proportion plus importante de personnes séropositives parmi celles traitées avec des sulfates de morphine (43 %) que chez celles avec Subutex® (25 %) ou avec de la méthadone (23 %), mais la différence n'est pas significative.

L'ancienneté moyenne de la prescription du médicament est de 29 mois (sd = 2-96 ; médiane = 24 mois) mais 90 % de l'échantillon rapportent une consommation antérieure sans prescription médicale. Au moment de l'enquête, 40 % des répondants rapportent une prescription de 28 jours (maximum autorisé pour la BHD). Les doses moyennes prescrites sont de 11 mg (sd = 8) pour la BHD, de 70 mg (sd = 34) pour la méthadone et de 343 mg (sd = 199) pour les sulfates de morphine. La moitié des répondants a une prescription concomitante d'autres médica-



ments (surtout du Rohypnol®, du Lexomil® et du Tranxène®), dont 33 % (n = 83) par un autre médecin que celui qui prescrit la substitution. Les modalités de la prise en charge (substitution et pathologies associées) se caractérisent de la façon suivante (les modalités de prise en charge sont observées sur le dernier mois précédant l'entretien) : dans le mois précédant l'enquête, 44 % des personnes ont vu leur médecin une fois, 35 % deux fois et 17 % trois fois et plus. Parmi les répondants ayant déclaré leur séropositivité pour le VIH ou l'hépatite C, respectivement 92 % et 63 % rapportent un suivi médical pour ces pathologies. Dans le dernier mois, 31 % des répondants ont rencontré un travailleur social, dont 23 % (n = 36) une seule fois. Environ un quart (26 %) des répondants a eu un entretien psychologique, la moitié (n = 66) ayant eu un seul entretien et environ 8 % une séance hebdomadaire.

#### **Modèles de gestion de la prescription ("observance", mode d'administration et sevrage)**

Près de 70 % ont déclaré avoir pris le médicament prescrit conformément aux recommandations du médecin (nombre de prises, mode d'administration, dose prescrite). Pour les autres, 14 % ont déclaré consommer plus et 19 % consommer moins que la dose prescrite. L'injection du médicament de substitution est rapportée par 27 % des répondants; cette pratique, qui ne concerne pas les sujets sous méthadone, est plus répandue parmi les personnes sous sulfate de morphine (60 % d'entre elles) que celles sous BHD (40 %). Afin de mieux appréhender la façon dont les répondants s'inscrivaient dans le traitement et ses temporalités, une série de questions portant sur les variations de la consommation de la dose prescrite et sur les tentatives de sevrage dans les six derniers mois a été intégrée au questionnaire. 46 % ont déclaré avoir diminué (ou tenté de le faire) la dose prescrite, tandis que 13 % ont augmenté (ou tenté de le faire). Dans presque tous les cas (90 %), ce sont les répondants qui ont pris l'initiative de ces changements, dont un tiers sans en informer leur médecin. Près de 30 % ont indiqué une tentative de sevrage du médicament de substitution dans les six derniers mois sans le soutien ni les conseils de leur médecin.

#### **Effets et bénéfices perçus des traitements (médicament et cadre de prise en charge)**

##### **Perception du traitement de substitution**

Pour la très grande majorité (70 %), la substitution est considérée comme un "traitement" et/ou "un moyen de s'en sortir". En revanche, elle est perçue comme "une drogue comme les autres" par 22 %, voire comme "une drogue pire que l'héroïne" pour 19 %. Le sentiment d'un "contrôle social" ("un moyen de vous faire rentrer dans le système, de vous contrôler") est ressenti par près de 35 % des répondants; 24 % ont le sentiment de s'être fait "piéger". Pour 67 % des répondants, l'amélioration de la

situation personnelle est prioritaire à l'arrêt du traitement (*versus* 27 % qui placent l'arrêt du traitement comme une priorité).

##### **Effets secondaires ressentis**

Les effets secondaires les plus fréquemment cités sont : la transpiration (58 %), les problèmes digestifs (43 %), la prise de poids (38 %), une fatigue importante (33 %), l'anxiété et l'anxiété (28 %), la baisse de libido (27 %) et la perte d'appétit (16 %). Les personnes sous méthadone sont deux à trois fois plus nombreuses à mentionner une prise de poids (58 % *versus* 34 % pour les sulfates de morphine et 19 % pour la BHD;  $p = 0,001$ ). Ce sont les troubles de l'humeur qui dominent chez les personnes sous BHD (35 % rapportent des troubles anxio-dépressifs *versus* 24 % de celles sous méthadone et 10 % de celles sous sulfates de morphine).

##### **Modes et pratiques de consommation**

Sur les items généraux relatifs au "sentiment de s'en être sorti" par rapport aux produits, plus de 70 % ont déclaré s'en être sortis (77 % par rapport à l'héroïne, 71 % par rapport à la cocaïne et au crack). Concernant les consommations, 23 % ont rapporté un usage d'héroïne dans le mois précédant l'enquête, 26 % une consommation de cocaïne, et 6 % l'usage de crack. Dans la grande majorité des cas, ces consommations étaient occasionnelles (moins d'une fois par semaine). L'usage de benzodiazépines (pour lequel le questionnaire distinguait le Rohypnol® et les autres types de benzodiazépines) a été rapporté par respectivement 13 % et 26 % des répondants (usages majoritairement quotidiens). 3 % ont déclaré une consommation d'amphétamines. L'alcool et le cannabis sont fréquemment utilisés, avec respectivement 72 % et 84 % de consommateurs quasi quotidiens. Les drogues de synthèse concernent 12 % de l'échantillon, avec une consommation plutôt occasionnelle.

Une analyse factorielle suivie d'une classification ascendante hiérarchique a permis de dégager quatre profils de consommation (produits licites et illicites et pratiques d'injection – dont celle du médicament de substitution) :

• Le premier profil rassemble près de 68 % de l'échantillon. Il se caractérise par l'absence de consommations associées de substances illicites ou détournées (cannabis, héroïne, cocaïne, crack, ecstasy, benzodiazépines) et l'absence de pratiques d'injection (médicament de substitution compris). Dans ce profil, on tend à retrouver des personnes d'âge moyen (entre 30 et 40 ans), bien insérées sur le plan social et professionnel, et qui se considèrent "sorties" de l'héroïne. Les personnes sous BHD sont moins représentées dans ce groupe.

• Le deuxième profil (23 % de l'échantillon) se démarque par une plus forte représentation de consommateurs d'héroïne et de cocaïne (mais pas de crack), de benzodiazépines, de cannabis et de drogues de synthèse, ainsi que par l'injection de produits illicites et du médicament de substitution. Ce profil rassemble des individus plus jeunes (moins de 30 ans), dont le niveau scolaire atteint le BEP/CAP, en situation de précarité (sans emploi, vivant à la rue, en squat ou en institution) et dont les revenus sont tirés

d'activités illégales. La majorité d'entre eux ne se considèrent pas sortis de l'héroïne et ont une perception très négative du traitement (un piège, une drogue pire que l'héroïne, un instrument de contrôle social). Les personnes sous BHD sont plus fortement représentées dans ce groupe.

. Un troisième groupe minoritaire (6 %) se démarque par une consommation dominante de crack. Ce profil tend à regrouper des consommateurs parisiens, dont le niveau scolaire atteint le primaire, précarisés (sans emploi, vivant à la rue, en squat ou en institution), et ayant déclaré s'en être sortis avec l'héroïne. Les personnes sous sulfates de morphine sont plus fortement représentées alors que celles sous méthadone le sont moins.

. Un dernier profil très minoritaire (3 %) se caractérise par une consommation dominante de médicaments et de drogues de synthèse et par l'injection de produits illicites. Ce profil n'est associé à aucune des modalités de traitements à l'étude.

#### **Modes de vie, situations sociales et risques associés aux produits consommés**

Sur l'ensemble des items qui traitaient de l'évolution des situations (sociales administratives, professionnelles, sanitaires, familiales, relationnelles, affectives), ce sont sur les énoncés se rapportant au mode de vie que les répondants ont déclaré le plus d'amélioration. Entre 60 % et 70 % ont mentionné porter une plus grande attention à eux-mêmes, mener une vie moins "galère" et faire plus de projets. 52 % à 58 % ont de meilleurs rapports avec leur entourage et tiennent plus compte de leurs conseils, ont le sentiment de davantage profiter de la vie, sont plus confiants en eux et ont de meilleures fréquentations qu'avant. Environ 56 % des répondants ont vu leur situation sociale (logement), financière (revenus) et leur état de santé s'améliorer. En revanche, on observe que la situation a peu évolué (a), voire s'est dégradée (b), sur les dimensions de la vie affective (a : 41 % ; b : 21 %), de la situation professionnelle (a : 53 % ; b : 9 %), de la situation administrative (a : 49 % ; b : 4 %) et des relations familiales (a : 42 % ; b : 8 %). Concernant les risques associés ou dérivés des consommations, 75 % rapportent une meilleure gestion de leurs consommations, 73 % déclarent vivre moins de "situations galères", 61 % se sentent moins confrontés aux démêlés avec la police/justice, 57 % déclarent moins d'activités illégales qu'avant. Enfin, 55 % se perçoivent moins en danger par rapport aux risques d'overdoses et d'abcès.

#### **Satisfaction et impact liés au traitement**

##### **Satisfaction par rapport au médicament, au suivi et au cadre de prise en charge**

La relation avec le médecin et l'infirmière (principalement dans le cas des traitements par méthadone) a remporté le plus fort pourcentage de satisfaction (80 %), suivie des effets du médicament (75 %), de la durée de la prescription (71 %) et du soutien moral reçu autour du traitement (70 %) (les pourcentages indiqués dans le texte correspondent à la somme des répondants

qui se sont déclarés "satisfaits" ou "très satisfaits" aux items proposés). La relation avec le pharmacien est satisfaisante pour 65 % des répondants et 63 % se sont déclarés satisfaits des informations reçues sur le traitement. La forme (sirop pour la méthadone, comprimés sublinguaux pour la BHD et gélules pour les sulfates de morphine) du médicament n'est appréciée que pour la moitié des répondants. Le suivi social et psychologique compte parmi les modalités du traitement les moins satisfaisantes puisque seulement 41 % et 34 % respectivement se sont dits satisfaits de ces prises en charge. Les participants étaient invités à donner un score général sur le médicament de substitution, d'une part, et sur les conditions de suivi du traitement, d'autre part : respectivement 66 % et 62 % se sont déclarés satisfaits ou très satisfaits.

##### **Impact des modalités du traitement et satisfaction en traitement**

Le traitement dans sa double dimension de suivi et de prise d'un médicament est une partie intégrante de la vie des personnes sous substitution. C'est pourquoi il a été jugé préférable de considérer comme variables actives à la fois les évaluations des composantes de la prise en charge et leur impact sur les différents aspects des modes de vie. Une analyse factorielle synthétisant l'évolution des modes de vie depuis la substitution et le niveau de satisfaction général (médicament et suivi), suivie d'une classification ascendante hiérarchique, a permis de dégager quatre profils d'impact et de satisfaction (cf. tableau 1) :

. Le premier profil regroupe 15 % de l'échantillon. Il se démarque par un niveau de satisfaction très élevé et des bénéfices importants du traitement. Ce profil est fortement représenté par des personnes en traitement méthadone, bien insérées socialement, ayant une perception positive du traitement et déclarant s'en être sorties avec les produits. Les usagers sous méthadone sont plus représentés dans ce profil.

. Le deuxième profil, composé de 43 % des répondants, se caractérise par les bénéfices importants tirés du traitement et un niveau de satisfaction plus mitigé (modéré à bon). Ce groupe tend à rassembler plus de personnes bien insérées socialement et vivant en famille. Les usagers sous sulfates de morphine sont moins représentés dans ce profil.

. Le troisième profil est constitué de 31 % des répondants. Il caractérise plutôt des personnes dont les situations sont jugées inchangées depuis la mise sous traitement et modérément satisfaites de celui-ci. Ce profil tend à rassembler une population plutôt jeune (moins de 30 ans), très précarisée, qui ne s'en est pas sortie avec les produits et qui déclare une vision du traitement négative. Les usagers sous méthadone sont moins représentés dans ce profil.

. Le dernier profil (11 %) se distingue par une détérioration des conditions de vie depuis l'entrée en traitement et une insatisfaction manifeste à l'égard des modalités thérapeutiques. Ce profil n'est associé à aucune caractéristique des individus et du traitement.

Tableau I : Classification des personnes en fonction de l'impact et de la satisfaction des traitements

Profil	Satisfaction très forte Impact positif du traitement	Impact positif du traitement Satisfaction modérée à bonne	Impact nul du traitement Satisfaction modérée à insatisfaction	Impact négatif du traitement Insatisfaction
% des répondants	15 %	43 %	31 %	11 %
<b>Variables actives *</b>				
<b>Impact de la substitution</b>	Positif sur tous les items	Positif sur tous les items	Nul sur tous les items	Aggravation sur tous les items
<b>Satisfaction</b>				
. effets médicam.	▼▼▼▼	▼▼▼	▼/▼▼	▼
. forme médicam.	▼▼▼▼	▼▼▼	▼	▼
. durée prescript.	▼▼▼▼	▼▼▼	▼▼	▼
. relation médec.	▼▼▼▼	▼▼▼	▼▼	▼
. relation infirm.	▼▼▼▼	▼▼▼	▽	▼
. relation pharm.	▼▼▼▼	▼▼▼	▼	▼
. infos reçues	▼▼▼▼	▼▼▼	▼	▼
. soutien moral	▼▼▼▼	▼▼▼	▼▼	▼
. suivi social	▼▼▼▼	▼▼▼	▼	▼
. suivi psycholog.	▼▼▼▼	▼▼/▼▼▼		▼
<b>Satisfaction générale</b>				
. médicament	▼▼▼▼	▼▼▼	▼	▼
. suivi traitement	▼▼▼▼	▼▼▼	▼▼	▼
<b>Variables illustratives **</b>				
<b>Médicament de substitution</b>	Plus de méthadone	Moins de sulfates	Moins de méthadone	Ø
<b>Cadre de prescription</b>				
. âge	Ø	Ø	Ø < à 30 ans	Ø
. sexe	Ø	Ø	Ø	Ø
. emploi	a un emploi	a un emploi	sans emploi	Ø
. revenus	salaires	Ø	non déclarés	Ø
. logement	Ø	personnel	vit en squat	Ø
. mode de vie	Ø	vit en couple	Ø	Ø
. enfants	Ø	a des enfants	réponse manquante	Ø
. niveau scolaire	Ø	Ø	Ø	Ø
. prison	Ø	Ø	Ø	Ø
. sérologie VIH/VHC	Ø	Ø	réponse manquante	Ø
. rapport aux produits	s'en est sorti	Ø	pas sorti de l'héroïne	Ø
. pratiques d'injection	non-injecteur	non-injecteur	injecteur (illicites + médicament de substitution)	Ø
. perception du traitement	un moyen de s'en sortir	un moyen de s'en sortir	un piège; une drogue pire que la came	Ø
	un traitement	un traitement		

Légende du niveau de satisfaction : ▼ (pas du tout satisfait), ▼▼ (assez satisfait), ▼▼▼ (satisfait), ▼▼▼▼ (très satisfait), ▽ (nsp).

\* Les variables actives (c'est-à-dire qui participent à la construction des profils) introduites dans le modèle comprennent tous les items relatifs à l'impact des traitements et ceux concernant le niveau de satisfaction général (médicament de substitution et suivi).

\*\* Les variables illustratives (c'est-à-dire qui permettent de caractériser les profils) introduites dans le modèle sont : le médicament de substitution, le cadre de prise en charge (CL, CSST), l'âge, le sexe, le logement, la vie de couple, les enfants, le niveau scolaire, l'insertion professionnelle, les revenus, le rapport perçu aux produits illégaux, les pratiques d'injection (dont le médicament de substitution), la perception du traitement et le statut sérologique.

Ø variable non discriminante dans le profil

### Attentes et besoins par rapport au traitement

#### Médicament, relation thérapeutique, conditions et suivi du traitement

À la quasi-unanimité, les répondants jugent importantes ou très importantes les caractéristiques d'un médicament qui soulage le manque (97 %), aux effets anxiolytiques (90 %) et que l'on peut arrêter facilement (90 %) (les pourcentages indiqués dans le texte correspondent à la somme des individus qui ont évalué l'idée suggérée dans chaque item "importante" ou "très importante"). Une substance qui "enlève l'envie de prendre d'autres produits"

est appréciée positivement par 79 % des usagers. Si 60 % accordent de l'importance à la prise unique du médicament, 37 % valorisent la possibilité de fractionner au cours de la journée. Les attentes d'un médicament ayant des effets se rapprochant de ceux de l'héroïne sont importantes pour seulement 57 % et la moitié des répondants (55 %) perçoit l'intérêt d'une substitution à l'héroïne dans un cadre médical. Seulement 34 % de l'échantillon estime que la disponibilité d'un médicament injectable est importante. Les répondants sont quasi unanimes sur l'importance que le médecin, en plus de prescrire la substitution, s'occupe des autres problèmes de santé (VIH et hépatite C compris) et délivre

(plus) d'informations sur la substitution. Plus de 90 % s'expriment en faveur d'une discussion avec le médecin autour des préoccupations personnelles, mais aussi des consommations et des difficultés avec l'injection. Cependant, près de la moitié des répondants souhaitent un médecin "qui ne pose pas trop de questions" et "qui prescrit les médicaments qu'on lui demande". Ces usagers attendent du médecin une attention à l'ensemble des problèmes de santé ou avec les produits en refusant une relation trop intrusive. 90 % des répondants considèrent important d'avoir le choix du médecin, des médicaments de substitution et du cadre. 75 % en moyenne soulignent aussi l'importance d'un suivi social et psychologique ou d'obtenir un traitement pour un mois.

#### Attentes et besoins en fonction des traitements (médicament, cadre et lieu de recrutement)

Une analyse factorielle suivie d'une classification hiérarchique ascendante a dégagé trois profils d'attentes et de besoins (cf. tableau II) :

. Un premier profil regroupe 44 % des répondants et rassemble des personnes dont les attentes sont très fortes concernant un médicament aux effets psychotropes plus prononcés, la souplesse de la relation médicale et l'information sur les objectifs du traitement. Ce profil est associé à une population plutôt masculine, jeune (moins de 30 ans), ayant un faible niveau d'étude et traitée majoritairement avec la BHD.

Tableau II : Classification des répondants en fonction de leurs attentes à l'égard des traitements

Profils (1)	Effets psychotropes du médicament Souplesse de la relation médicale	Soutien psychologique et émotionnel médecin Prise en charge globale de la personne Diversification de l'offre de soins Un médicament facile à arrêter	Produit drogue Distance médicale
Informations sur le projet thérapeutique (2)			
% des répondants	44 %	39 %	17 %
<b>Variables actives *</b>			
Cadre réglementaire	Ø	choix médecins choix traitements	Ø
Relation thérapeutique	infos traitement parler consos/injection médecin prescrit sans poser trop de questions	parler des pbs persos infos traitement	médecin prescrit/pas trop de question infos traitement
Prise en charge Médicament	globale qui apaise angoisses prise fractionnée	globale facile à arrêter prise unique	Ø qui speed/monte effets de l'héroïne héroïne médicalisée
<b>Variables illustratives **</b>			
Médicament de substitution	Subutex®	Ø	Ø
Cadre de prescription			
. âge	inférieur à 30 ans	30-40 ans	Ø
. sexe	Ø	femmes	hommes
. emploi	Ø	Ø	Ø
. revenus	Ø	Ø	Ø
. logement	Ø	personnel	vit en squat
. mode de vie	Ø	vit en couple	vit seul
. partenaire stable	Ø	a un partenaire	sans partenaire
. enfants	Ø	a des enfants	sans enfant
. niveau scolaire	Ø	Bac	arrêt avant la 3 <sup>ème</sup>
. prison	Ø	Ø	Ø
. sérologie VIH/VHC	VIH- et VHC -	VHC +	VIH +
. rapport aux produits	Ø	Ø	Ø
. pratiques d'injection	Ø	non-injecteurs	injecteurs (illicites et médicament de substitution)
. perception du traitement	Ø	Ø	impossible d'arrêter, pire que la came

\* Les variables actives (c'est-à-dire qui participent à la construction des profils) introduites dans le modèle comprennent tous les items relatifs aux attentes et aux besoins. Pour une meilleure lisibilité, seuls les items différenciant les profils sont présentés.

\*\* Les variables illustratives (c'est-à-dire qui permettent de caractériser les profils) introduites dans le modèle sont : le médicament de substitution, le cadre de prise en charge, l'âge, le sexe, l'emploi, les revenus, le logement, le mode de vie, avoir un partenaire régulier, avoir des enfants, le niveau scolaire, le passé carcéral, le statut sérologique, le rapport perçu aux produits illégaux, les pratiques d'injection (dont le médicament de substitution), et la perception du traitement.

1. L'identification des profils est basée sur les items ayant reçu les plus forts pourcentages d'adhésion et apparaissent par ordre d'importance.

2. La notion de projet thérapeutique englobe les items qui ont trait à l'information reçue sur le traitement : médicament et objectifs visés.

Ø variable non discriminante dans le profil



. Un deuxième profil rassemble 39 % des personnes dont les attentes sont très fortes concernant le soutien psychologique et émotionnel du médecin, une prise en charge globale de la santé, la diversification de l'offre de soin, un médicament facile à arrêter et l'information sur le projet thérapeutique. Ce profil est associé à une population plutôt féminine, d'âge moyen (entre 30 et 40 ans), bien insérée sur le plan social et familial, dont le niveau d'étude atteint le Bac ou le cycle supérieur, avec une plus forte représentation de personnes séropositives au VHC. Aucune caractéristique de traitement n'est associée à ce profil.

. Enfin, un troisième profil (17 %) se caractérise par la recherche d'un médicament aux effets forts ("produit-drogue") et d'une relation médicale plus distante. Ce groupe met aussi en avant le besoin d'être plus informé des objectifs thérapeutiques pour-suivis. Ce profil est associé à une population plutôt masculine, dont les conditions de vie sont précaires, l'état de santé dégradé (VIH+) et la vie affective "moins stable" ("vit seul" ; «n'a pas de partenaire régulier»). Aucune caractéristique de traitement n'est associée à ce profil.

## Discussion

### Éléments de méthode

Cette étude, qui s'attache à comparer les bénéfices et la satisfaction des usagers traités avec les trois médicaments disponibles en France (dont un hors autorisation de mise sur le marché) en fonction du cadre de prise en charge, offre une vision complémentaire des évaluations des traitements, le plus souvent fondées sur des indicateurs cliniques ou épidémiologiques. Le recrutement à la fois dans les cabinets libéraux et dans les CSST rend compte de la diversité des prises en charge. De plus, le recours à des enquêteurs indépendants des réseaux de soins réduit l'effet de désirabilité sociale des réponses au questionnaire. Pour des raisons éthiques et pratiques, nous n'avons pas essayé d'obtenir d'informations auprès des usagers réfractaires à l'enquête ; le taux de participation n'a donc pas pu être calculé. Cependant, les distributions de l'âge et du sexe, de même que les taux de prévalence relevés pour le VIH et l'hépatite C sont comparables à ceux d'autres études (15-23).

Des biais de recrutement, difficiles à évaluer, ne sont pas à exclure. Une offre de soins peu diversifiée, à Brest et à Clermont-Ferrand, a parfois contraint les enquêteurs à recruter dans des structures de "réduction des risques" de la région ; les médecins ont aussi pu sélectionner les répondants sur des critères propres au suivi médical et sans en informer l'enquêteur. La comparaison entre médicaments, cadres de suivi des traitements et villes de recrutement présente certaines limites. L'effet du cadre est difficile à distinguer de celui du médicament puisque les modalités de prise en charge sont largement dépendantes de la réglementation de chacun des médicaments disponibles. Il s'agit d'une étude observationnelle où les usagers ne sont pas assignés de façon aléatoire à l'un ou l'autre des médicaments ou des cadres

de prise en charge. Enfin, l'offre de méthadone et la tolérance vis-à-vis de l'utilisation des sulfates de morphine dans l'indication de dépendance sont inégales dans les différentes régions enquêtées. La distribution entre les médicaments ne reflète donc pas la situation réelle compte tenu de la constitution d'un échantillon par quota.

Nos résultats montrent un sentiment de satisfaction générale particulièrement élevé (environ 65 %) à l'égard du traitement (médicament et suivi), niveau comparable à ceux relevés dans la littérature au sujet de la méthadone (24-27). Les niveaux élevés de satisfaction (environ 65 %) sont sans doute affectés par les biais classiques (désirabilité sociale, biais d'intérêt, "hawthorne effect", biais de rationalisation, indifférence), dans l'utilisation d'un concept (la satisfaction) complexe et de nature multidimensionnelle particulièrement difficile à saisir dans ce type d'enquête (28), *a fortiori* auprès d'une population qui n'interprète pas d'emblée ses besoins en termes de santé (29). Cependant, les dimensions du questionnaire ont été retenues à l'issue d'entretiens semi-directifs avec des usagers pour éviter les questions trop isolées ou trop générales (28, 30, 31). Si les réponses indiquent un niveau de satisfaction élevée, elles se différencient bien selon les dimensions observées.

### La substitution : un traitement avec des succès, des insuffisances et des échecs

Comme la plupart des traitements des conditions chroniques, la substitution présente des succès, des insuffisances et des échecs, avec à la marge des formes d'instrumentalisation du système de soins (dans lesquelles les médicaments de substitution s'intègrent aux autres drogues).

### Une forte composante thérapeutique et de réduction des risques

Il existe une véritable reconnaissance de la fonction et de la valeur thérapeutique du traitement de substitution, une très grande majorité (70 %) l'ayant considéré d'abord comme un traitement. Le médicament est pris régulièrement : près de 70 % des personnes déclarent se conformer strictement à la dose prescrite, tandis que 20 % disent prendre moins que la dose prescrite. Si la notion de maintenance est acquise pour le plus grand nombre (67 % disent mettre la priorité sur l'amélioration de leur situation générale avant d'arrêter le traitement), le désir de ne pas "s'installer" dans une prise médicamenteuse de longue durée est aussi présent : près de la moitié de l'échantillon a déclaré une diminution (ou tentative de diminution) de la dose prescrite dans les six derniers mois et, dans la même proportion, un sevrage (ou une tentative de sevrage) du médicament prescrit (32). Plusieurs études ont souligné des formes d'engagement différenciées des usagers dans les temporalités de ces traitements : certains souhaitent aboutir à un sevrage sur une très courte période alors que d'autres s'inscrivent dans une démarche à moyen ou très long terme (7, 13, 33).

Parallèlement à cette dimension plus "strictement thérapeutique" des traitements, c'est la forte composante de réduction des risques et des dommages qui est mise en évidence. Environ 65 % des répondants perçoivent le médicament de substitution comme une ressource pour s'en sortir, un médicament qui les a aidés à mieux maîtriser leurs consommations, à adopter un mode de vie plus stable (moins "galère"), à moins s'exposer aux problèmes avec la justice, à porter plus d'attention à eux-mêmes, à se sentir plus à même de s'occuper de leur famille et de faire des projets. Ces résultats confirment l'idée que la réduction des risques et des dommages peut, à elle seule et du point de vue des usagers, fonder l'efficacité de la substitution (6). Tel qu'observé dans les pays anglo-saxons, avec un encadrement plus strict et une expérience plus ancienne avec ces traitements (méthadone) que la France, nous retrouvons dans notre échantillon un sous-groupe qui tend à utiliser le système de soins pour poursuivre une toxicomanie moins onéreuse (7, 8, 34). Dans notre étude, ce groupe apparaît très en difficulté, cumulant précarité, maladie (VIH, VHC), isolement affectif, et demandant un médicament aux effets "drogue". Des données récentes montrent que ces usages sont sous-tendus par une puissante logique de réduction des risques (sociaux surtout), notamment chez les plus jeunes (35).

#### Consommations : des bénéfices importants et des difficultés persistantes

Du point de vue des usagers, tous médicaments de substitution confondus, c'est sur les consommations de produits illicites que les bénéfices sont les plus marqués, puisque plus de 75 % ont déclaré "s'en être sortis" avec ces substances. Les consommations rapportées de ces produits corroborent ces résultats : presque 25 % des répondants en consomment, et de façon occasionnelle pour la plus grande majorité (16 %). Les consommations d'alcool, de médicaments et de cannabis sont préoccupantes puisque près de 80 % des répondants en rapportent un usage quotidien, sans que l'on sache s'il y a eu une augmentation de ces consommations depuis la mise sous traitement de substitution. Le fait que 90 % se soient exprimés en faveur d'une plus grande prise en compte de ces consommations associées dans la relation thérapeutique est significatif de difficultés persistantes avec les produits. Il n'est pas étonnant cependant d'observer un tel phénomène : la dépendance à l'héroïne s'inscrit le plus souvent dans une polytoxicomanie. Si les traitements par les médicaments opiacés réduisent la consommation d'héroïne en diminuant le *craving* et la sensation de manque, ils ne sont pas directement efficaces pour la dépendance à la cocaïne, au crack ou aux benzodiazépines. De plus, divers travaux soulignent que les usagers en traitement par méthadone tendent à rechercher des sensations qu'ils ne trouvent pas avec les médicaments opiacés en consommant d'autres substances (9, 10, 36-41). Cet effet peut être majoré pour les personnes sous BHD à cause d'effets *drug like* moins marqués encore que ceux de la méthadone.

Concernant la consommation élevée de médicaments psychotropes (80 %), les résultats indiquent qu'ils sont obtenus sur prescription pour la moitié de l'échantillon (n = 253), dont 30 %

(n = 76) par un autre médecin que celui qui prescrit le médicament de substitution. En outre, parmi l'autre moitié qui n'a pas ce type de prescription, 15 % déclarent en avoir besoin. On ne peut donc pas se contenter de la recommandation de ne pas prescrire de benzodiazépines en association avec un traitement de substitution. La question des troubles psychologiques doit donc trouver une place plus centrale dans la prise en charge : ainsi, près de 30 % des répondants de notre échantillon disent souffrir d'angoisses et d'anxiété.

#### Des situations sociales problématiques

Les résultats montrent des "formes" d'échec thérapeutique pour 10 % à 15 % des personnes interrogées. De leur point de vue, ces échecs se caractérisent par des situations sociales qui ont peu évolué, voire se sont dégradées, et/ou des difficultés sévères liées à l'injection, particulièrement de la BHD. Si les traitements de substitution doivent être accompagnés d'une prise en charge psychosociale, l'étude souligne les limites du dispositif actuel à résoudre ou à atténuer les difficultés sociales des individus cumulant les handicaps (qui représentent une part importante des personnes suivies). En effet, c'est sur les aspects relatifs au logement, au travail, aux revenus et aux situations administratives que les répondants ont déclaré le moins de suivi, le moins d'évolution et le plus d'insatisfaction. Ces résultats médiocres peuvent être dus à une insuffisance des interventions sociales et éducatives (sur les ± 28 % ayant déclaré avoir rencontré un travailleur social ou un psychologue dans le mois précédant l'enquête, une minorité seulement s'inscrit dans un suivi régulier – i.e. une séance hebdomadaire) ou à une inadaptation des services sociaux aux situations et aux comportements de cette population (6, 42, 43). En effet, la personne connue pour avoir consommé des drogues conserve, même en traitement, une image stigmatisée (4) qui conduit à son exclusion, de fait, de certains services. Certains d'entre eux cumulent tant de handicaps médico-psychosociaux que des services spécifiques (boutiques et équipes mobiles) ont été mis en place pour favoriser l'accompagnement de cette population réputée "ingérable" vers les services sanitaires et sociaux. En médecine de ville, les possibilités de suivi et d'accompagnement social restent limitées, les réseaux n'ayant pas réellement été mis en place pour assurer la prise en charge psychosociale qui doit accompagner le traitement de substitution. De plus, après une longue période de dépendance (57 % ont déclaré une toxicomanie supérieure à 11 ans (44)), les qualifications professionnelles et les capacités à (ré)intégrer le marché du travail sont très diminuées tandis que les relations familiales, amoureuses ou amicales ont été mises à mal et ne se reconstruisent que difficilement (35). Aucune échelle mesurant les troubles psychologiques n'avait été introduite dans le questionnaire pour des raisons pratiques alors que leur contribution aux résultats du traitement est connue. Il est possible que leur prise en compte aurait modulé les résultats observés.

La dépendance s'accompagne de multiples difficultés ou de l'aggravation de problèmes préexistants (45). Leur maintien, faute d'interventions spécifiques, se traduit par un risque élevé de

rechutes chez des personnes qui ont réussi à arrêter ou à contrôler leur consommation de produits illicites avec les traitements médicaux (46).

**L'injection du traitement de substitution :  
dégradation des états de santé et impasse thérapeutique**

L'injection du médicament de substitution apparaît comme un marqueur d'échec ; elle est en effet associée à une dégradation de l'état de santé, à des difficultés persistantes avec les produits, voire à l'aggravation de la dépendance. Cette problématique est fortement associée à des conditions de vie très dégradées (vie dans la rue, dans les squats), relation aujourd'hui bien documentée dans la littérature, en particulier chez les utilisateurs de BHD (32, 44, 47-50). Pour une description approfondie des mécanismes par lesquels substitution, injection et précarité s'imbriquent, pour aboutir à une amplification des états de dépendance et des prises de risque parmi les populations les plus démunies socialement, on renverra le lecteur au travail mené par Bouhnik *et al.* (11) auprès d'usagers incarcérés et traités par la BHD.

Dans ce contexte, les usagers voient le médicament comme un piège ("un produit pire que la came", "on ne peut pas l'arrêter"... ) dont ils se sentent dans l'urgence de se dégager en arrêtant toute consommation. C'est également parmi les injecteurs de BHD que l'insatisfaction à l'égard du médicament (insuffisance des effets et galénique) est la plus manifeste. Une section du questionnaire dont l'analyse est présentée dans le rapport d'enquête (32) explorait les raisons de recourir à l'injection ; il se dégageait le besoin compulsif d'injecter (82 %), puis la tentative d'accélérer et de rehausser la sensation de "flash" (50 %), avec 30 % des injecteurs qui rapportaient des sensations désagréables de la voie sublinguale (mauvais goût, nausées, vomissement). Dans le cadre de l'enquête, il est difficile de distinguer les effets secondaires propres à la substitution de ceux liés à d'autres traitements (antirétroviraux VIH, traitement de l'hépatite C). Cependant, les résultats (cf. "Effets secondaires ressentis") illustrent l'importance et la pénibilité au quotidien de ces effets indésirables, insuffisamment pris en compte par les soignants dans les difficultés rencontrées par les usagers à gérer leur prescription (40, 51).

On a montré par ailleurs que si le médicament (méthadone vs BHD) ne distinguait pas les usagers du point de vue des consommations, le maintien de l'injection était près de cinq fois supérieur parmi les usagers traités par la BHD (notamment chez les plus précarisés), ce qui tend à montrer un effet propre de la galénique qui permet l'injection après broyage et dilution des comprimés (44). Diverses études montrent, dans les traitements par méthadone, le caractère progressif au cours du traitement de l'arrêt de l'injection avec un risque élevé de rechutes répétées (52). De plus en plus, la dépendance au geste (seringue) est considérée comme une problématique autonome au sein de la dépendance aux opiacés requérant une prise en charge spécifique (53). Les traitements par héroïne médicalisée, par voie injectable, sont une des réponses possibles à ces situations d'échec (54), mais plus largement, c'est vers une diversification des médi-

caments et des galéniques que l'on devrait tendre. En effet, si l'intérêt de cette proposition est souligné par la moitié des répondants de l'enquête, une minorité seulement (14 %) a cité cette modalité dans la section de l'entretien qui portait sur le "traitement idéal" (question ouverte) (32). En outre, les avis convergent sur le fait que la problématique de l'injection n'est pas suffisamment prise en compte, voire occultée, dans la relation thérapeutique alors qu'elle devrait être considérée comme une dimension centrale du processus thérapeutique.

**Existe-t-il des différences en fonction  
des médicaments de substitution ?**

Les analyses ont dégagé des différences entre les médicaments prescrits en faveur de la méthadone. Ces résultats méritent une discussion approfondie avant de conclure à la supériorité de ce médicament sur les autres. Globalement et par comparaison avec les personnes en traitement par BHD, celles sous méthadone déclarent : une plus grande stabilisation en traitement ; une évolution positive des situations personnelles, sociales ou professionnelles ; une amélioration de leur état de santé ; des risques liés aux usages de drogues significativement diminués ; un sentiment plus marqué de "s'en être sorties" avec les produits illégaux (plus faibles consommations et moins de pratiques d'injection) ; enfin un niveau de satisfaction plus élevé à l'égard du médicament ou des modalités de prise en charge. Quant au groupe sous sulfates de morphine, il tend à se caractériser par des difficultés persistantes avec les produits (dont l'injection), des situations sociales et un état de santé (VIH et hépatite C) plus dégradés, avec cependant un niveau de satisfaction très élevé à l'égard du médicament prescrit, une perception de risques significativement diminués et une nette amélioration des conditions de vie et de l'état de santé.

Ces résultats méritent d'être interprétés avec prudence en raison du contraste entre la sélection marquée des patients sous méthadone ou sous sulfates de morphine et l'accès large et non contrôlé à la BHD. Pour ce dernier, en effet, son cadre réglementaire conduit à une très large accessibilité, y compris dans les régions où l'offre de soin est limitée, et à une quasi-absence de contrôle. À l'inverse, la méthadone est un traitement moins accessible, voire pas du tout dans certaines localités, étroitement contrôlé, et faisant plutôt office de traitement de seconde intention suite à un échec avec la BHD. En l'absence de données détaillées sur l'itinéraire thérapeutique, d'autres analyses (44) issues des données de l'enquête confortent l'hypothèse d'un traitement antérieur avec la BHD parmi les usagers actuellement sous méthadone : ces derniers sont plus âgés et mieux insérés sur le plan social, ils ont un niveau d'éducation supérieur, une plus grande ancienneté dans la consommation et une durée moyenne du traitement actuel plus courte (18,3 % enregistrent une durée de traitement inférieure à trois ans vs 31 % pour la BHD). Les situations sociales plus favorables et le niveau d'éducation supérieur des personnes sous méthadone pourraient résulter aussi d'un "effet de sélection" dans le groupe sous méthadone, i.e. les usagers qui



demeurent en traitement présentent un meilleur statut social que les perdus de vue.

L'utilisation du sulfate de morphine comme traitement de substitution est une tolérance permise par la circulaire de 1996 (55) qui nécessite un accord préalable de la caisse d'Assurance maladie et donc, en amont, une relation particulière entre le médecin et le patient. Quelques centaines de personnes reçoivent une telle prescription en France. Ces personnes connaissent la fragilité de cette mesure périodiquement remise en question. Lors de la journée de bilan, les enquêteurs ont rapporté un recrutement difficile (nombreux refus, réticences et méfiance) et observé une plus grande retenue dans les réponses. On peut suspecter un biais de désirabilité plus fort dans les réponses de ce groupe : on relève en effet un niveau très élevé de satisfaction par rapport au médicament alors que cette satisfaction est exprimée par une population caractérisée par des situations sociales toujours très dégradées, une faible stabilisation avec le traitement (injection et consommations associées) et des mauvais états de santé (VIH et hépatite C).

Compte tenu, d'une part, de la forte sélection des patients bénéficiant des traitements par méthadone et par sulfates de morphine, d'autre part, des conditions très larges et peu contrôlées de la prescription de la BHD, il n'est pas étonnant de retrouver dans ce dernier groupe, hétérogène, qui rassemble environ 80 % des personnes traitées en France (56), le plus de situations d'échec. Il n'est pas sûr que cette moindre efficacité de la buprénorphine par rapport aux autres médicaments serait retrouvée dans un essai clinique ou dans un contexte où les différents médicaments seraient réellement accessibles et où les professionnels du soin pourraient réellement choisir en fonction des indications individuelles.

#### **Des attentes et des besoins diversifiés pour des populations différentes**

On retrouve des attentes et des besoins diversifiés tant pour le médicament (effets, galénique) que pour les modalités de prise en charge (suivi médical ou psychosocial). Ces attentes, contradictoires en apparence, traduisent en fait des besoins différents en fonction de l'histoire avec les produits (durée, modes et pratiques de consommation), des parcours thérapeutiques, des états de santé et des caractéristiques sociodémographiques des personnes traitées (2). Sur les trois profils dégagés par l'analyse factorielle, un premier se dégage, plutôt masculin, avec des attitudes d'instrumentalisation du système de soin (17 %). Un deuxième groupe plus jeune et traité avec la BHD s'exprime en la faveur d'un médicament aux effets psychotropes plus marqués, alors que le troisième profil apparaît plus féminin et plus âgé, et très attaché à une prise en charge globale avec un fort soutien psychologique et émotionnel à l'égard du médecin. Ces résultats peuvent être rapprochés de ceux de Foutain et al. (31) qui observent une plus forte demande de soutien émotionnel parmi les

femmes alors que, chez les hommes, c'est le médicament et l'auto-support qui sont mis en avant, ces derniers associant toutes formes de *counseling* à une intrusion dans la vie privée. Dans cette étude, les auteurs soulignaient une préférence parmi les jeunes pour les modalités matérielles des traitements ("un produit, un toit, du matos").

Il existe une forte attente d'information sur le traitement. L'indétermination ou la confusion des objectifs se révèlent souvent très mal vécues par les usagers alors portés à nourrir un sentiment de "détention en traitement" et de contrôle social (4, 57). Sur le long terme et en l'absence d'un cadre plus structuré (et structurant) qui expliciterait les principes, les étapes et les issues du traitement, il existe un risque d'assister à un écart croissant dans la relation thérapeutique et à des formes renouvelées de résistances ou de désengagement thérapeutiques (13). Dans un contexte de traitement de longue durée, l'information sur les modalités, les objectifs et la durée du traitement est un déterminant du succès thérapeutique (58).

## **Conclusion**

La substitution constitue en France un dispositif thérapeutique qui rencontre une forte demande et obtient un haut niveau de satisfaction et d'efficacité chez les personnes traitées. Il existe cependant des situations d'échec avec intégration des médicaments à une toxicomanie de rue, mais ce phénomène est limité. Les usagers expriment des attentes très fortes à l'égard du traitement auxquelles répondraient :

- une amélioration des informations reçues sur le traitement (médicament, objectifs et durée) ;
- un accompagnement social et psychologique couvrant la diversité des besoins ;
- la prise en compte de la dépendance dans son ensemble et pas seulement l'usage d'héroïne ou d'opiacés (alcool, cocaïne, médicaments, injection) ;
- un accès élargi à la méthadone pour un véritable choix en primo intention ;
- une amélioration de l'évaluation clinique et sociale lors de l'admission en traitement, même si la personne a déjà utilisé le médicament de substitution hors protocole médical ;
- le maintien de cadres diversifiés d'accès aux traitements ;

Compte tenu des risques très élevés (overdose, VIH, VHC, marginalisation sociale et délinquance) associés à l'usage de drogues et de la rareté des outils thérapeutiques pour y faire face, il convient de ne pas dévaloriser les ressources que constituent aujourd'hui les traitements de substitution. ■

A. Guichard, C. Calderon, O. Maquet, F. Lert  
Du point de vue des usagers,  
quels sont les effets, les bénéfices et les difficultés suscitées  
par les traitements de substitution aux opiacés ?

*Alcoologie et Addictologie* 2004 ; 26 (4 Suppl.) : 615-745

## Références bibliographiques

- 1 - McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Jama* 2000; 284 (13) : 1689-1695.
- 2 - Montagne M. Appreciating the user's perspective: listening to the "methadonians". *Subst Use Misuse* 2002; 37 (4) : 565-570.
- 3 - Fischer B, Chin AT, Kuo I, Kirst M, Vlahov D. Canadian illicit opiate users' views on methadone and other opiate prescription treatment: an exploratory qualitative study. *Subst Use Misuse* 2002; 37 (4) : 495-522.
- 4 - Hunt G, Rosenbaum M. "Hustling" within the clinic: consumer perspectives on methadone maintenance treatment. In : Inciardi JA, Harrison LD, Eds. London : Sage Publ., 1998 : 188-214.
- 5 - Hunt DE, Lipton DS, Goldsmith DS, Strug DL, Spunt B. "It takes your heart": the image of methadone maintenance in the addict world and its effect on recruitment into treatment. *Int J Addict*, 1985; 20 (11-12) : 1751-1771.
- 6 - Koester S, Anderson K, Hoffer L. Active heroin injectors' perceptions and use of methadone maintenance treatment: cynical performance or self-prescribed risk reduction? *Subst Use Misuse* 1999; 34 (14) : 2135-2153.
- 7 - Neale J. Understanding drug-users clients' views of substitute prescribing. *Br J Soc Work* 1999; 29 (1) : 127-145.
- 8 - Oppenheimer E, Stimson GV. Heroin addiction: treatment and control in Britain. London and New York : Tavistock Publications, 1982.
- 9 - Rosenbaum M, Murphy S. Always a junkie? The arduous task of getting off methadone. *Journal of Drug Issue* 1984; 16 (4) : 527-552.
- 10 - Rosenblum A, Magura S, Joseph H. Ambivalence toward methadone treatment among intravenous drug users. *J Psychoactive Drugs* 1991; 23 (1) : 21-27.
- 11 - Bouhnik P, Jacob E, Maillard I, Touzé S. L'amplification des risques chez les usagers de drogues précarisés. Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité - Direction générale de la santé - Ministère de la justice - Direction de l'administration pénitentiaire/RES-SOM (Recherches et évaluations sociologiques sur le social, la santé et les actions communautaires) 1999 : 155.
- 12 - Lovell A. Ordonner les risques : l'individu et le pharmacosociatif face à l'injection de drogues. In : Fassin D. *Critique de la santé publique*, Paris : Balland, 2001.
- 13 - Lalande A, Grelet S. Pratiques de la substitution en ville. Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale, approche qualitative. Paris : OFDT, 1999.
- 14 - Emmanuelli J. Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques. Les systèmes d'information sur l'accessibilité au matériel officiel d'injection et de substitution. Paris : InVS.
- 15 - Barrau K, Thirion X, Micallef J, Chuniaud-Louche C, Bellemin B, San Marco JL. Comparison of methadone and high dosage buprenorphine users in French care centres. *Addiction* 2001; 96 (10) : 1433-1441.
- 16 - Bry D. Caractéristiques des patients suivis par les médecins généralistes d'un réseau ville-hôpital toxicomanie depuis plus de 6 mois en traitement de substitution. *La Revue du Praticien* 1998; 12 : 39-42.
- 17 - Facy F. Epidemiological study on the follow-up of patients on methadone prescription in France. *European Addiction Research* 1999; 5 : 88-90.
- 18 - Fhima A, Henrion R, Lowenstein W, Charpak Y. Suivi à 2 ans d'une cohorte de patients dépendants aux opiacés traités par buprenorphine haut dosage (Subutex®). Résultats de l'étude SPESUB. *Annales de Médecine Interne* 2001; 152 (Suppl. 3) : 1526-1536.
- 19 - De Ducla M, Gagnon A, Mucchielli A, Robinet S, Vellay A. Comparison of high dose buprenorphine treatments of opiate dependent outpatients in four healthcare networks. *Annales de Médecine Interne* 2000; 151 Suppl B : B9-B15.
- 20 - Duburcq A, Charpak Y, Blin P, Madec L. Two years follow-up of a heroin users cohort treated with high dosage buprenorphine. Results of the SPESUB study (pharmacoepidemiologic follow-up of general practice Subutex). *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2000; 48 (4) : 363-373.
- 21 - Perdreau J, Bâcle F, Lalande M, Fontaine A. Suivi et évolution des patients toxicomanes en médecine générale (Arès 92-Epid 92). Paris : OFDT, 1999 : 1-65.
- 22 - Thirion X, Lapiere V, Micallef J, Ronfle E, Masut A, Pradel V, Coudert C, Mabriez JC, Sammarco JL. Buprenorphine prescription by general practitioners in a French region. *Drug Alcohol Depend* 2002; 65 (2) : 197-204.
- 23 - Thirion X, Micallef J, Barrau K, Djeddar S, Lambert H, Sammarco JL, Lagier G. Recent evolution in opiate dependence in France during generalisation of maintenance treatments. *Drug and Alcohol Dependence* 2001; 61 : 281-285.
- 24 - Joe GW, Friend HJ. Treatment process factors and satisfaction with drug abuse treatment. *Psycholo Addict Behav* 1989; 2 : 53-64.
- 25 - Pérez de los Cobos J, Fidelia G, Escudera G, Harob G, Sánchez N, Pascual C, Valderramae J, Valeroa S, Trujolsa J. A satisfaction survey of opioid-dependent clients at methadone treatment centres in Spain. *Drug and Alcohol Dependence* 2004 (à paraître).
- 26 - Ward J, Part C. The case of community methadone treatment programs. In : Evaluation of psychoactive substance use disorder treatment: Workbook 6 client satisfaction evaluations. Genève : WHO, 2000 : 32-38.
- 27 - Etheridge RM, Craddock SG, Dunteman GH, Hubbard RL. Treatment services in two national studies of community-based drug abuse treatment programs. *J Subst Abuse* 1995; 7 (1) : 9-26.
- 28 - Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997; 45 (12) : 1829-1843.
- 29 - Strang J. Epidemiologically-based needs assessment: drug abuse. In : Stephens J, Raftery J, Eds. Health Care Needs Assessment Review. Oxford : Radcliffe Medical Press, 1994.
- 30 - Ruggeri M, Dall'Agnola R, Agostini C, Bisoffi G. Acceptability, sensitivity and content validity of the VECs and VSSS in measuring expectations and satisfaction in psychiatric patients and their relatives. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994; 29 (6) : 265-276.
- 31 - Fountain J, Strang J, Griffiths P, Powis B, Gossop M. Measuring met and unmet need of drug misusers: integration of quantitative and qualitative data. *Eur Addict Res* 2000; 6 (2) : 97-103.
- 32 - AIDES, INSERM. Attentes des usagers de drogue concernant les traitements de substitution: expérience, satisfaction, effets recherchés, effets redoutés. Paris : AIDES/INSERM, 2001 : 56.
- 33 - Gayre C, Richard H. Service users' and providers' perceptions of a methadone maintenance program: a Queensland qualitative pilot study. Queensland : University of technology, 2000.
- 34 - Fischer B, Medved W, Glikzman L, Rehm J. Illicit opiates in Toronto: a profile of current users. *Addiction Research* 1999; 7 (5) : 377-415.
- 35 - Guichard A, Lert F, Brodeur JM, Richard L. Pluralité des modes d'appropriation du Subutex®: de la reconquête de l'autonomie à la spirale de l'échec. À venir.
- 36 - Rosenbaum M, Murphy S, Beck J. Money for methadone: preliminary findings from a study of Alameda County's new maintenance policy. *J Psychoactive Drugs* 1987; 19 (1) : 13-19.
- 37 - Agar M. Going through the changes: methadone in New York city. *Human Organization* 1977; 36 (3) : 291-295.
- 38 - Beschner GM, Walters JM. Just another habit? The heroin users' perspective. In : Hanson B et al. Eds. Life with heroin: voices from the inner city. Lexington : Health and Company, 1985.
- 39 - Agar M, Stephens RC. The methadone street scene. *Psychiatry* 1975; 38 : 381-387.
- 40 - Bourgeois P. Disciplining addictions: the bio-politics of methadone and heroin in the United States. *Culture, Médecine and Psychiatry* 2000; 24 (2) : 165-195.
- 41 - Oppenheimer E, Stimson GV. Seven year follow-up of heroin addicts: life histories summarised. *Drug Alcohol Depend* 1982; 9 (2) : 153-159.

- 42 - Howard DL. Culturally competent treatment of African American clients among a national sample of outpatient substance abuse treatment units. *J Subst Abuse Treat* 2003; 24 (2) : 89-102.
- 43 - Howard DL. Are the treatment goals of culturally competent outpatient substance abuse treatment units congruent with their client profile? *J Subst Abuse Treat* 2003; 24 (2) : 103-113.
- 44 - Guichard A, Lert F, AIDES, Brodeur JM, Richard L, Benigeri M, Zunzunegui MV. Illicit drug use and injection practices among drug users on methadone and buprenorphine maintenance treatment in France. *Addiction* 2003; 98 : 1585-1597.
- 45 - McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis* 1980; 168 (1) : 26-33.
- 46 - Hser YI, Polinsky ML, Maglione M, Anglin MD. Matching clients' needs with drug treatment services. *J Subst Abuse Treat* 1999; 16 (4) : 299-305.
- 47 - Bouhnik P, Touzé S. Précarisation et consommations de drogues illicites: amplification des prises de risques à l'ère de la substitution. In : Joubert M et al. *Précarisation, risque et santé*. Paris : INSERM, 2001 : 395-412.
- 48 - Vidal-Trecan G, Varescon I, Nabet N, Boissonnas A. Intravenous use of prescribed sublingual buprenorphine tablets by drug users receiving maintenance therapy in France. *Drug Alcohol Depend* 2003; 69 (2) : 175-181.
- 49 - AIDES. Impact d'un traitement de substitution dans la vie des usagers de drogue reçus dans le réseau AIDES. Paris : AIDES Fédération Nationale, 1999 : 44.
- 50 - Blanchon T, Boissonnas A, Varescon I, Vidal-Trecan G. Homelessness and high-dosage buprenorphine misuse. *Subst Use Misuse* 2003; 38 (3-6) : 429-442.
- 51 - Dyer KR, White JM. Patterns of symptom complaints in methadone maintenance patients. *Addiction* 1997; 92 (11) : 1445-1455.
- 52 - Langendam MW, Van Brussel GH, Coutinho RA, Van Ameijden EJ. Methadone maintenance and cessation of injecting drug use: results from the Amsterdam Cohort Study. *Addiction* 2000; 95 (4) : 591-600.
- 53 - McBride AJ, Pates RM, Arnold K, Ball N. Needle fixation, the drug user's perspective: a qualitative study. *Addiction* 2001; 96 (7) : 1049-1058.
- 54 - Guttinger F, Gschwend P, Schulte B, Rehm J, Uchtenhagen A. Evaluating long-term effects of heroin-assisted treatment: the results of a 6-year follow-up. *European Addiction Research* 2003; 9 (2) : 73-79.
- 55 - Ministère des Affaires Sociales. Circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes. Paris.
- 56 - OFDT. Substitution aux opiacés: synthèse des informations disponibles de 1996 à 2001 en France. Paris : OFDT, 2003 : 80.
- 57 - Hunt G, Barker JC. Drug treatment in contemporary anthropology and sociology. *Eur Addict Res* 1999; 5 (3) : 126-132.
- 58 - Auriacombe M, Fatseas M, Franques-Reneric P, Daulouède JP, Tignol J. Substitution therapy in drug addictions. *Rev Prat* 2003; 53 (12) : 1327-1334.

## **ANNEXE 4**

### **Article publié**

#### **“Illicit drug use and injection practices among drug users on methadone and buprenorphine maintenance treatment in France”**

Auteurs: Anne Guichard, France Lert, Christine Calderon, Hind Gaigi, Olivier Maguet,  
Jérôme Soletti, Jean-Marc Brodeur, Lucie Richard, Mike Benigeri, & Maria-Victoria  
Zunzunegui.

Publié en 2003 dans la revue *Addiction*, 98, 1585–1597

## Illicit drug use and injection practices among drug users on methadone and buprenorphine maintenance treatment in France

Anne Guichard<sup>1,2</sup>, France Lert<sup>1</sup>, Christine Calderon<sup>3</sup>, Hind Gaigi<sup>3</sup>, Olivier Maguet<sup>3</sup>, Jérôme Soletti<sup>3</sup>, Jean-Marc Brodeur<sup>2</sup>, Lucie Richard<sup>2</sup>, Mike Benigeri<sup>2</sup> & Maria-Victoria Zunzunegui<sup>2</sup>

<sup>1</sup>French Institute of Health and Medical Research (INSERM U88), St-Maurice, France, <sup>2</sup>Interdisciplinary Health Research Group (GRIS), University of Montreal, Montreal, Canada and <sup>3</sup>AIDES Association, Pantin, France

### Correspondence to:

Anne Guichard  
INSERM U88  
Hôpital National de Saint-Maurice  
14 rue du Val d'Osne  
94415 Saint-Maurice Cedex  
France  
E-mail: anne.guichard@st-maurice.inserm.fr

Submitted 5 February 2003;  
initial review completed 23 April 2003;  
final version accepted 6 June 2003

### ABSTRACT

**Aims** To evaluate the associations between methadone and high-dose buprenorphine maintenance treatment and illicit drug use and injection among drug users in France.

**Design** A cross-sectional study. Data were gathered using a questionnaire administered containing closed-ended questions.

**Setting** Drug dependence clinics (DDC) and general practitioners' (GPs) offices in three French cities.

**Participants** Drug users undergoing maintenance treatment with methadone ( $n = 197$ ) and buprenorphine ( $n = 142$ ).

**Measurements** Interviews covered the use of illicit drugs (heroin, cocaine or crack) and injection practices (illicit drugs and/or substitution drugs) during the last month, current treatment modalities, socio-demographic and health characteristics. Bivariate analysis and multivariate logistic regressions were conducted.

**Findings** Overall, 35.4% of respondents (34.5% in the methadone group, 36.6% in the buprenorphine group,  $P = 0.69$ ) had used at least one illicit drug, 25.7% reported having injected drugs and 15.3% had injected the substitution drug. Injection was more common among buprenorphine-maintained individuals (40.1%) than among users on methadone (15.2%) ( $P < 0.01$ ). Multivariate analyses indicate that the type of substitution drug (buprenorphine versus methadone) was not associated with illicit drug use (OR = 1.1; 95% CI = 0.7–1.8). In the buprenorphine group, injection was related independently to social situation, as measured by housing (unstable versus stable housing, OR = 4.3; 95% CI = 1.6–11.5), but this was not the case in the methadone group. The risk of injection increased with buprenorphine dosage (high/low dosage OR = 6.2; 95% CI = 2.0–19.7), but this association was not observed in the methadone group.

**Conclusion** Further studies comparing the benefits of these two types of treatment should be carried out, taking outcomes such as physical health, mental health and social functioning into consideration.

**KEYWORDS** Buprenorphine, France, illicit drugs, injection practices, methadone.



## INTRODUCTION

Patients on maintenance treatment are expected to use drugs (especially heroin) less frequently, stabilize or improve their social situation, enjoy greater access to medical care and to commit fewer criminal offences. In countries where injection is the main route of heroin administration, transmission of viral infections through the sharing of drug paraphernalia (water, filters, spoons) remains a major issue (Marmor *et al.* 1987; Stark *et al.* 1996; Alter & Moyer 1998; McCoy *et al.* 1998). Thus, one of the objectives of maintenance treatment is to reduce the frequency of injection. Recent epidemiological data regarding HIV infection and hepatitis C (HVC) among French intravenous drug users (20% HIV prevalence, 50–60% HVC prevalence) (ANRS 1999) attest that injection behaviour remains a major concern.

In France, substitution treatment was made available only in the mid-1990s. Two opiate drugs (methadone and buprenorphine) can be prescribed by general practitioners (GPs) and drug dependence clinics (DDC) with two different regimens. Methadone should be prescribed first in DDC, administered under supervision until stabilization, then prescribed for a maximum of 14 days and administered in either DDC or obtained from pharmacies for a maximum of 7 days. Urinalysis is required for admission and during ongoing treatment. The Subutex® (brand-name for high-dose buprenorphine) regimen is much more flexible. Any GP is allowed to prescribe buprenorphine without requiring urinalysis prior to treatment. The maximum duration of a buprenorphine prescription is 28 days. The drug is made available in regular pharmacies without any supervision of administration. There is no registration of patients receiving substitution treatment. Consultations and drugs are covered by health insurance (Social Affairs Ministry 1995). In fact, as buprenorphine treatment is easily accessible, it has become more common than methadone treatment. Based on health centre data and high-dose buprenorphine sales, the number of individuals undergoing methadone and buprenorphine treatment is estimated at 12 000 and 80 000, respectively. Methadone treatment is not equally available in France, as it depends on the existence of DDC and their attitude towards methadone, whereas buprenorphine is fairly accessible throughout the territory. Thus, in 2000, methadone treatment was unavailable in 24 of 95 departments (administrative regions in France), i.e. mainly in rural areas (Auge-Caumont *et al.* 2002). The wide availability of buprenorphine, along with its flexible therapeutic framework and its tablet formulation making injection possible, exacerbated the risks of 'misuse' of this substitution drug, while the stricter methadone treatment framework and its formulation (syrup) made injection and diversion more diffi-

cult. The effectiveness of methadone in the treatment of heroin-dependent individuals has been well documented (Bell *et al.* 1992; Hall *et al.* 1993; Farrell *et al.* 1994; Bell *et al.* 1997; Gossop *et al.* 2000; King *et al.* 2000). Conversely, buprenorphine has been evaluated mainly in experimental trials (Johnson *et al.* 1995; Ling *et al.* 1998; Pani *et al.* 2000; Petitjean *et al.* 2001) and not in routine situations. In France, although some observational studies assessing methadone programmes are available (Dugarin *et al.* 1994; Lowenstein *et al.* 1994; Facy 1999), little documentation exists regarding the impact of buprenorphine maintenance treatment policy (INSERM 1998; Weber & Kopferschmitt 1998). Observational studies conducted in France since 1996 indicate an overall improvement in the living conditions of users undergoing treatment (Bouchez & Vignau 1998; Vignau & Brunelle 1998; Gasquet *et al.* 1999), especially with respect to social housing, employment, drug (heroin and cocaine) use and injection behaviour (Duburcq *et al.* 2000; Fhima *et al.* 2001). However, in these studies, data collection by GPs may lead to an under-reporting of illegal drug use and injection.

In 1996, when buprenorphine treatment was implemented, it was considered an original and promising alternative to the more restrictive methadone treatments (Vignau & Brunelle 1998; De Ducla *et al.* 2000). Comparative clinical trials have shown comparable levels of effectiveness and safety for both opiate substitution drugs (Fischer *et al.* 1999; Kosten *et al.* 1993; Ling *et al.* 1996; Uehlinger *et al.* 1998; Strain *et al.* 1999; Ward *et al.* 1999; Johnson *et al.* 2000; Pani *et al.* 2000), even if low-dose buprenorphine is not superior to placebo regarding heroin use (Mattick *et al.* 2002). However, most of these studies examined the impact of treatment under strict and closely supervised conditions that do not reflect the various ways in which these substitution drugs are used once they are made available routinely.

Due to its formulation (sublingual tablet) and its antagonistic effect, buprenorphine was considered low risk with respect to fatal overdose (OD) or diversion to the street market (INSERM 1998). These properties allowed health authorities to institute a flexible regulation system. However, fieldworkers reported frequent injection of the drug varying from 8% to 78% (Bry 1998; Mucchielli *et al.* 1998; AIDES 1999; Emmanuelli *et al.* 1999; Duburcq *et al.* 2000; Thirion *et al.* 2000), with local complications at the injection site; diversion of the drug to the street market; use in combination with psychotropic drugs such as heroin, cocaine and alcohol; and use by non-dependent individuals. Such behaviours may be linked to the pharmacological properties of buprenorphine, its tablet formulation, an insufficient dose, the flexibility of the prescription regimen or a lack of psychosocial care. A high rate of injection among

buprenorphine-maintained users may jeopardize the objective of reducing HIV/HCV transmission and fatal overdoses. However, several French studies have indicated that substitution treatment generates a protective effect on needle sharing (Valenciano *et al.* 2001), even in HIV-positive users (Reynaud-Maurupt *et al.* 2000). Moreover, overdoses have decreased dramatically (by 60%) in France since 1995 (OCRTIS 2000).

A cross-sectional study was conducted among individuals treated with either methadone or buprenorphine, to compare the patterns of drug use (prescribed opiates, psychotropic drugs, illegal drugs, alcohol), the perceived impact of both treatments and treated individuals' expectations of and attitudes towards substitution programmes. The purpose of this paper is to explore the association between these two substitution drugs and continued illicit drug use and injection.

## METHODS

### Population and data collection methods

The survey was conducted from November 2000 to February 2001 in three cities (Montpellier, Mulhouse and Paris). In each city, quotas were set for each type of medication dispensed in DDC and general practitioners' offices, on the basis of available data (DDC clients, buprenorphine sales). Eligible individuals were required to be over 18 years of age, and to have been undergoing prescribed treatment for at least 6 months. Participants who were high on drugs at time of interview were excluded. For ethical reasons, we were unable to obtain information on individuals who refused to participate. Participants were recruited in GPs' offices and in DDC, directly through physicians or by trained interviewers. Most of the interviews were conducted outside the treatment centres or general practitioners' offices, after the respondents had given informed consent.

### Questionnaire and measurements

A closed-ended questionnaire was administered face to face by interviewers. Two dependent variables were considered: Illicit drug use was defined as the use of heroin and/or cocaine and/or crack (daily/several times per week/or less than once a week) during the month preceding the study. Injection of illicit and/or substitution drugs was defined as injection (on a regular or occasional basis) of heroin and/or cocaine and/or crack and/or the prescribed substitution drug during the month preceding the study. The prescribed drug, methadone or buprenorphine, was taken as the independent variable. The potential confounding variables or variables likely to modify the associations between the substitution drug and the other

independent variables are: (a) socio-demographic characteristics, i.e. age (under 30, between 30 and 40, over 40); gender (men, women); level of education (Grade 9; secondary school vocational training; college-level or over); housing [stable (living on their own) versus unstable (defined as homeless or living in hotels or shelters)]; marital status (single, in a couple); sexual partner for at least 6 months (yes, no); employment (yes, no); income (salary or unemployment benefit, other); and previous incarceration (yes, no); (b) current treatment procedures, i.e. the treatment setting (DDC, GP), duration of current treatment (under 3 years, 3 years or over); psychosocial care during the previous month (yes, no); prescribed dose, which was divided into three categories (low, medium, high) according to tertile distribution (for buprenorphine: less than 8 mg/between 8 and 12 mg/over 12 mg, respectively; and for methadone: less than 55 mg/between 55 and 79 mg/80 mg or over, respectively); (c) serological status with respect to HIV (positive, negative, untested) and HCV (positive, negative, untested); and (d) drug use history, such as duration of illicit drug use (1–5 years, 5–10 years, 11–15 years, over 15 years) and age at first injection (15 years or less, 16–20 years, 21–25 years, 26 years or over).

### Data analysis

The statistical analysis was performed using SPSS software (version 10.0).  $\chi^2$  or the Fisher exact  $\chi^2$  tests for bivariate analyses and *t*-tests for continuous variables were conducted. To assess the effect of a specific substitution drug (buprenorphine versus methadone) on continued illicit drug use and injection, a logistic regression was performed on each variable under study and the odds ratios (OR) were calculated with a 95% confidence interval (CI). A multicollinearity analysis was performed to identify and eliminate correlated variables ( $P > 0.40$ ). The two models were designed by introducing variables whose bivariate analysis level of significance was less than 0.25. The variables initially entered into the models were: substitution drug, gender, age, income, housing, prison record, treatment setting, duration of current treatment, dose of substitution drug, psychosocial support, serological status (HIV and HCV), age at first injection and duration of illicit drug use. The variables retained for the final models were: substitution drug (independent variable) as well as the variables causing the ORs to vary by more than 10% (confounding variables). Regarding injection behaviour, possible interactions between the substitution drug and a social condition indicator (housing), dose, treatment setting and duration of treatment, were examined using stratified analyses; those identified were then evaluated through logistical modelling.



## RESULTS

### Sample characteristics

During the study period, 339 individuals answered the questionnaire. Respondents were distributed among the three research sites as follows: 43.7% (Paris), 32.2% (Mulhouse) and 24.2% (Montpellier). Fifty-eight per cent (58%) of participants were undergoing methadone treatment, and 42% buprenorphine treatment. Table 1a shows the socio-demographic characteristics of both treatment groups. Compared to participants on methadone, those taking buprenorphine were younger (33 years of age on average versus 35 years of age,  $P < 0.01$ ), tended to have more social problems, had less education and were less likely to have been tested for HCV. Moreover, methadone patients had a longer history of drug use (38.7% used illicit drugs for over 15 years compared to 24.4% of those treated with buprenorphine,  $P = 0.03$ ).

Table 1b shows the treatment modalities of both groups. In the sample, 51.8% of patients on methadone and 77.5% of those on buprenorphine were followed-up by GPs. The average dose prescribed was 67 mg (SD = 30.28) of methadone and 10.7 mg (SD = 9.2) of buprenorphine. The average duration of treatment was 30.2 months (SD = 20.0) for those taking buprenorphine, and 25.8 months (SD = 17.0) for those taking methadone ( $P < 0.03$ ).

### Illicit drug use and associated variables

In total, 35.4% of respondents used at least one illicit drug (heroin, cocaine or crack) during the month preceding the interview; of these, 18% reported that they used heroin, 25.4% stated they used cocaine, and 6.5% declared they used crack. Of respondents who used heroin and cocaine, respectively, 67.2% and 70.9% used it occasionally (less than once a week). Of those using crack, 54.5% used it regularly (several times per week) and 40.9% used it occasionally. Approximately one-third

of users on methadone and 37% of those on buprenorphine ( $P = 0.69$ ) used at least one illicit drug.

Illicit drug use (see Table 2a) was more common among men ( $P = 0.02$ ), individuals between 30 and 40 years of age and individuals in treatment for less than 3 years ( $P = 0.05$ ). Illicit drug use was not associated with the treatment setting (DDC or GP).

Controlling for all confounding factors (see Table 3), the variables associated with illicit drug use were: age (being 30–40 years of age versus 40 years of age or older) (OR = 2.0; 95% CI = 1.0–3.7) and gender (men versus women) (OR = 1.7; 95% CI = 1.0–2.9). The specific substitution drug did not appear to predict illicit drug use.

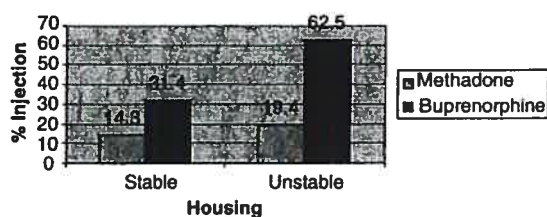
### Injection practices and associated variables

A total of 25.7% of participants injected (illicit and/or substitution drugs) during the month before the interview; 16.8% injected at least one illicit drug, and 15.3% the substitution drug. Fifteen per cent of users taking methadone and 40% of those taking buprenorphine ( $P < 0.01$ ) injected at least one drug. Less than 1% of methadone users and 36% of buprenorphine users ( $P < 0.01$ ) injected the prescribed opiate.

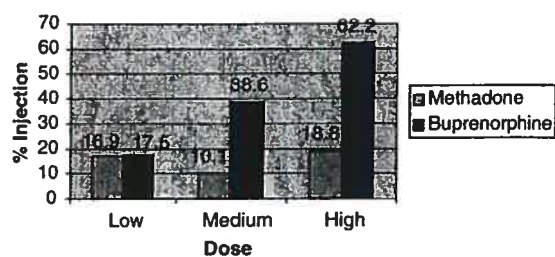
Variables associated with injection (see Table 2b) were: being treated with buprenorphine ( $P = 0.01$ ); taking a high dose of the substitution drug ( $P = 0.01$ ); being a man ( $P = 0.01$ ); being 40 years of age or younger ( $P = 0.02$ ); having an unstable housing situation ( $P = 0.01$ ), having a low level of education ( $P = 0.01$ ) or a prison record ( $P = 0.01$ ); and being seropositive for HCV ( $P = 0.01$ ). Illicit drug use was associated with the treatment setting (DDC or GP).

In the logistic regression concerning injection (see Table 4), the associated variables were: being treated with buprenorphine (OR = 4.9; 95% CI = 2.8–8.8), being 30–40 years of age (OR = 2.4; 95% CI = 1.0–5.7) and unstable housing (OR = 2.1; 95% CI = 1.1–4.0).

Analyses exploring possible interactions (see Table 5) indicated that the substitution drug, in conjunction with the type of housing (see Fig. 1) and dose (see Fig. 2)



**Figure 1** Injection practices according to substitution drug and housing



**Figure 2** Injection practices according to substitution drug and dose

**Table 1** (a) Socio-demographic characteristics of participants by substitution drug and (b) characteristics of treatment follow-up by substitution drug.

	Sample n = 339	Methadone n = 197 (58%)	Buprenorphine n = 142 (42%)	P
(a)				
Recruitment city				
Paris	43.7%	48.2%	37.3%	
Montpellier	24.2%	22.8%	26.1%	0.13
Mulhouse	32.2%	28.9%	36.6%	
Gender				
Men	70.0%	67.5%	73.2%	
Women	30.0%	32.5%	26.8%	0.26
Age (average, median)	34 (34)	35 (35)	33 (32)	<0.01
Age (age group)				
< 30	26.8%	20.8%	35.2%	
30-40	52.2%	54.3%	49.3%	<0.01
Over 40	20.9%	24.9%	15.5%	
Children				
None	54.7%	53.7%	56.0%	
One or more	45.3%	46.3%	44.0%	0.69
Marital status				
Single	67.8%	66.0%	70.4%	
Living in a couple	32.2%	34.0%	29.6%	0.39
Level of education				
Grade 9	32.4%	27.4%	39.4%	
High school vocational programme	36.9%	37.1%	36.6%	0.03
College or more	30.7%	35.5%	23.9%	
Employment				
Yes	41.0%	39.1%	43.7%	
No	59.0%	60.9%	56.3%	0.40
Income				
Salary + unemployment benefit	46.0%	44.7%	47.9%	
Other income (welfare, benefit, illegal work, etc.)	54.0%	55.3%	52.1%	0.56
Housing				
Stable	77.6%	81.7%	71.8%	
Unstable	22.4%	18.3%	28.2%	0.03
Regular partner				
Yes	42.8%	45.7%	38.7%	
No	57.2%	54.3%	61.3%	0.20
Prison				
Yes	48.4%	46.2%	51.4%	
No	51.6%	53.8%	48.6%	0.34
Serological status				
HIV				
HIV +	22.1%	22.4%	21.8%	
HIV-	74.0%	75.6%	71.8%	0.12
Untested	3.8%	2.0%	6.3%	
HCV				
HCV +	51.0%	55.3%	45.1%	
HCV-	38.6%	39.1%	38.0%	<0.01
Untested	10.3%	5.6%	16.9%	
(b)				
Treatment setting				
GP	62.5%	51.8%	77.5%	
DDC	37.5%	48.2%	22.5%	<0.01
Length of prescription				
1 week or less	24.8%	39.1%	4.9%	
2 weeks	38.9%	45.7%	29.6%	<0.01
3 weeks or more	36.3%	15.2%	65.5%	

Table 1 Cont.

	Sample n = 339	Methadone n = 197 (58%)	Buprenorphine n = 142 (42%)	P
Treatment duration				
< 3 years of treatment	76.4%	81.7%	69.0%	
> 3 years	23.6%	18.3%	31.0%	<0.01
Social care				
Yes	39.8%	39.6%	40.1%	
No	60.2%	60.4%	59.9%	0.92
Psychological care				
Yes	70.5%	64.5%	78.9%	
No	29.5%	35.5%	21.1%	<0.01
Duration of illicit drug use				
1–5 years	16.2%	12.7%	21.3%	
5–10 years	26.9%	26.5%	27.6%	0.03
11–15 years	24.0%	22.1%	26.8%	
> 15 years	32.8%	38.7%	24.4%	
Age at first injection				
15 or younger	11.8%	10.9%	13.3%	
16–20	53.8%	56.6%	49.6%	0.64
21–25	21.9%	20.0%	24.8%	
26 or older	12.5%	12.6%	12.4%	

affected injection. The risk of injection was always higher among buprenorphine users, and this risk increased when a user's housing situation was unstable (OR = 4.3; 95% CI = 1.6–11.5), while among methadone users, injection was not related to housing.

Among methadone-maintained patients, injection was not related to the methadone dose. Conversely, individuals receiving high doses of buprenorphine were more likely to inject drugs (OR = 6.2; 95% CI = 2.0–19.7).

## DISCUSSION

This observational study documents drug use patterns among drug users treated with both available prescribed opiates under routine conditions either in DDC or by GPs. Male subjects less than 40 years of age and patients treated for less than 3 years are more likely to have used heroin, cocaine or crack during the previous month. While both substitution drugs generate a comparable effect on illicit drug use, buprenorphine is more strongly associated with injection practices than methadone. In the buprenorphine group, drug injection is particularly related to social conditions (unstable housing) and a higher daily dosage.

Our study is designed to compare the two types of substitution treatment either in GP or DDC. Previous studies conducted in France focused either on methadone or on buprenorphine treatment, and most of them recruited patients in only one type of setting. Considering this lack of representative data on opiate-maintained populations,

recruitment biases are difficult to assess. However, age and gender distributions and HIV/HCV rates are comparable across the studies (Bry 1998; Facy 1999; Perdreau *et al.* 1999; De Ducla *et al.* 2000; Duburcq *et al.* 2000; Thirion *et al.* 2000; Barrau *et al.* 2001; Fhima *et al.* 2001; Thirion *et al.* 2002).

Recruitment bias may have occurred, because GPs or DDCs may have excluded individuals exhibiting antisocial behaviour without the interviewers' knowledge. This bias cannot be assessed. The study compares two substitution drugs and two treatment settings (GPs versus DDC). However, in this observational study, patients are not assigned randomly to either one drug or one type of setting. In fact, in some regions methadone treatment is not available, either because no DDC are located there or practitioners in a specific DDC refuse to prescribe methadone.

Results indicate that methadone patients are older and that they have a longer history of drug use. Regarding duration of treatment, methadone treatment is shorter (18.3% registered in a treatment programme for more than 3 years versus 31.0% of those taking buprenorphine), due probably to a previous period of treatment with buprenorphine. The entire treatment history has not been documented due to a possible recall bias among people with an average of 10 years of drug use. According to field observers, methadone is used mainly as a second-line treatment following the failure of a buprenorphine treatment. The more favourable social situation, education and housing in the methadone group may be the result of social bias in methadone treatment retention, i.e. people who remained in treat-

**Table 2** (a) Illicit drug use and (b) injection according to socio-demographic and treatment follow-up characteristics of participants.

	(a) Illicit Drug Use (heroin and/or cocaine, and/or crack)			(b) Injection (illicit and/or substitution drug)		
	Yes n = 120 (35.4%)	No n = 219 (64.6%)	P	Yes n = 87 (25.7%)	No n = 252 (74.3%)	P
Gender						
Men	39.2%	60.8%		29.5%	70.5%	
Women	26.5%	73.5%	0.02	16.7%	83.3%	0.01
Age (age group)						
< 30	34.1%	65.9%		29.7%	70.3%	
30–40	40.7%	59.3%	0.04	28.8%	71.2%	0.02
> 40	23.9%	76.1%		12.7%	87.3%	
Housing						
Stable	33.1%	66.9%		20.9%	79.1%	
Unstable	43.4%	56.6%	0.10	42.1%	57.9%	<0.01
Regular partner						
Yes	35.9%	64.1%		23.4%	76.6%	
No	35.1%	64.9%	0.88	27.3%	72.7%	0.42
Level of education						
Grade 9	42.7%	57.3%		35.5%	64.5%	
Secondary vocational	33.6%	66.4%	0.12	25.6%	74.4%	<0.01
College or more	29.8%	70.2%		15.4%	84.6%	
Income						
Salary + unemployment benefit	38.5%	61.5%		25.6%	74.4%	
Other income (welfare, benefit, illegal work, etc.)	32.8%	67.2%	0.28	25.7%	74.3%	0.10
Prison						
Yes	39.0%	61.0%		33.5%	66.5%	
No	32.0%	68.0%	0.18	18.3%	81.7%	<0.01
Serological status						
HIV						
HIV +	30.7%	69.3%		26.7%	73.3%	
HIV-	36.3%	63.7%	0.48	25.5%	74.5%	0.96
Untested	46.2%	53.8%		23.1%	76.9%	
HCV						
HCV +	39.9%	60.1%		33.5%	66.5%	
HCV-	29.0%	71.0%	0.14	17.6%	82.4%	<0.01
Untested	37.1%	62.9%		17.1%	82.9%	
Substitution drug						
Buprenorphine	36.6%	63.4%		40.1%	59.9%	
Methadone	34.5%	65.5%	0.69	15.2%	84.8%	<0.01
Treatment setting						
GP	34.4%	65.6%		24.1%	75.9%	
DDC	37.0%	63.0%	0.63	28.3%	71.7%	0.38
Treatment duration						
< 3 years	38.2%	61.8%		25.5%	74.5%	
> 3 years	26.3%	73.8%	0.05	26.3%	73.8%	0.89
Dose						
Low	32.3%	67.7%		17.2%	82.8%	
Medium	37.3%	62.7%	0.73	23.0%	77.0%	<0.01
High	36.0%	64.0%		36.0%	64.0%	
Psychological care						
Yes	29.0%	71.0%		19.0%	81.0%	
No	38.1%	61.9%	0.11	28.5%	71.5%	0.07
Duration of illicit drug use						
1–5 years	32.0%	68.0%				
5–10 years	42.2%	57.8%	0.54			
11–15 years	43.2%	56.8%				
> 15 years	36.6%	63.4%				

**Table 2** Cont.

	(a) Illicit Drug Use (heroin and/or cocaine, and/or crack)			(b) Injection (illicit and/or substitution drug)		
	Yes n = 120 (35.4%)	No n = 219 (64.6%)	P	Yes n = 87 (25.7%)	No n = 252 (74.3%)	P
Age at first injection						
15 or younger				29.4%	70.6%	
16–20				30.3%	69.7%	0.62
21–25				34.9%	65.1%	
26 or older				22.2%	77.8%	

**Table 3** Risk factors related to illicit drug use in the last month.

Factors	OR	95% CI	P
Substitution drug			
Buprenorphine	1.1	0.7–1.8	0.63
Methadone–	1.0	–	
Age			
< 30	1.4	0.7–2.9	0.38
30–40	2.0	1.0–3.7	0.04
> 40–	1.0	–	
Gender			
Men	1.7	1.0–2.9	0.04
Women–	1.0	–	
Treatment duration			
< 3 years	1.6	0.9–3.0	0.10
> 3 years–	1.0	–	

**Table 4** Risk factors related to injection in the last month.

Factors	OR	95% CI	P
Substitution drug			
Buprenorphine	4.9	2.8–8.8	<0.01
Methadone	1.0	–	
Age			
Less than 30	2.3	0.9–6.1	0.08
Between 30 and 40	2.4	1.0–5.7	0.04
Over 40	1.0	–	
Age at first injection			
15 or younger	1.0	–	
16–20	1.4	0.6–3.6	0.45
21–25	1.8	0.6–4.9	0.28
26 or older	1.0	0.3–3.3	0.95
Housing			
Stable	1.0	–	
Unstable	2.1	1.1–4.0	0.03
Dose			
Low	1.0	–	
Medium	1.0	0.5–2.1	0.95
High	2.0	0.9–4.2	0.08

ment having a better social status than those lost to follow-up.

Because urine testing is never required as part of buprenorphine treatment and results of urine analysis

**Table 5** Effect of substitution drug on injection according to housing<sup>a</sup> and dose<sup>b</sup>.

Substitution drug	OR	95% CI	P
	Housing		
	Stable		
Methadone	0.3	0.2–0.6	<0.001
	Unstable		
Methadone	0.3	0.1–0.8	0.02
Buprenorphine	1.0	–	–
	Unstable		
Buprenorphine	4.3	1.6–11.5	0.004
	Dose		
	Low		
Methadone	0.9	0.3–2.8	0.9
	Medium		
Methadone	0.3	0.1–1.1	0.07
	High		
Methadone	0.7	0.2–2.0	0.5
Buprenorphine	1.0	–	–
	Low		
Buprenorphine	2.5	0.8–7.2	0.1
	Medium		
Buprenorphine	6.2	2.0–19.7	0.002

<sup>a</sup>Adjusted for: age, age at first injection and dose; <sup>b</sup>adjusted for: age, age at first injection and housing.

are seldom used in methadone programmes, illicit drug use is documented commonly by self-reports in France. The validity of interviewer-administered questionnaires, users' statements regarding their drug use and injection practices are usually correlated closely to their behaviour (Darke 1998; Greenfield *et al.* 1995), despite a desirability bias leading to a minimization of risky behaviour (Desjarlais *et al.* 1996). Under-reporting of drug use has been observed among subjects in treatment (Falck *et al.* 1992; Sherman & Bigelow 1992). Nevertheless, under-reporting of drug use might be less likely because, in France, drug use is tolerated during treatment. Disclosure of drug use and injection practices might have been facilitated as interviewers were not members of treatment staff. Thus, percentages obtained regarding indicators of illicit drug use and injection practices may be considered minimal measurements of the actual situation.

Comparison between studies on treatment outcomes is limited because of the diversity in study designs, populations studied and variables used to characterize user behaviour. Thirty-five per cent of respondents had used at



least one illicit drug (18% had used heroin, 25% had used cocaine and 6–7% had used crack) during the month preceding the study. Continued drug use is more frequent among men, people under 40 and subjects in treatment for shorter periods. In French studies, drug use among users in treatment varies from 11% to 26% for heroin and from 5% to 16% for cocaine (Weber & Kopferschmitt 1998; Perdrieau *et al.* 1999; Thirion *et al.* 2000; Fhima *et al.* 2001); the higher self-reported frequency of cocaine use observed in our study, conducted more recently than those cited previously, may be related to the expansion of the cocaine market in France over the past few years (OCRTIS 2000). Regarding illicit drug use, both types of treatment are equally effective, as evidenced by several clinical trials—in particular, a Swiss trial comparing the effectiveness of sublingual buprenorphine to methadone syrup (Petitjean *et al.* 2001).

Fifteen per cent of patients on methadone continued to inject drugs (methadone was injected in only one case) and 40% of patients on buprenorphine continued to do so (36% injected buprenorphine, 11% injected this drug exclusively). The main determinant of injection behaviour is the tablet formulation of the prescribed substance. Its formulation (syrup) makes methadone difficult to inject, while buprenorphine tablets are injected easily once crushed and diluted in water. Because buprenorphine excipients are not completely water-soluble, venous thrombosis and infections at injection site are common (Guillaume *et al.* 1996), and sometimes severe.

The rate of injection among methadone patients (15%) is similar to those observed in other French studies (Thirion *et al.* 2000). Among users on buprenorphine, 40% inject either illicit (20%) or prescribed drugs (36%), while in previous studies, injection rates (all drugs combined) range 12–55% (Bry 1998; AIDES 1999; Perdrieau *et al.* 1999; Duburcq *et al.* 2000; Fhima *et al.* 2001). This variation depends on how injection frequency was defined (currently, during the past month, regularly, etc.) and the way data were collected; low rates are observed among users recruited among those treated by general practitioners and interviewed by their attending physicians. In low threshold settings (needle exchange programmes, outreach teams, drop-in centres), rates are higher (55%) (AIDES 1999). In this study, drug injection is not related to the type of treatment setting. The OPPIDUM monitoring system indicated that higher proportions of those being treated with buprenorphine injected both the substitution drug (15%) and illicit drugs (21%) more often, compared to users being treated with methadone (0% and 15%, respectively) (Thirion *et al.* 2000; Barrau *et al.* 2001). The authors argue that different drug use patterns are related more closely to treatment supervision methods than to the prescribed drug itself.

Methadone dosage does not appear to be related to injection practices. Conversely, in the buprenorphine group, injection rate is higher among users receiving higher doses. Treatment effectiveness, as measured by continued drug use, is associated with sufficient doses of methadone (Leavitt *et al.* 2000; Strain *et al.* 1999) or buprenorphine (Ling *et al.* 1998). However, injection behaviour is seldom studied. The findings of the Cochrane Drugs and Alcohol Group meta-analysis (Mattick *et al.* 2002) comparing the effectiveness of methadone and buprenorphine treatments indicate that high-dose buprenorphine is effective in suppressing heroin use but did not study its effect on injection. Data do not support the hypothesis that insufficient doses result in drug injection, because this sample appears to indicate an opposite association.

The average doses prescribed [10.7 mg (SD = 9.2) of buprenorphine and 67 mg (SD = 30.28) of methadone] are higher than those recommended and observed in the other studies conducted in France (8 mg of buprenorphine and 60 mg of methadone) (Duburcq *et al.* 2000; Fhima *et al.* 2001). These findings are consistent with the observation of a gradual increase in doses prescribed over time (Thirion *et al.* 2000; Thirion *et al.* 2002), as physicians are less reluctant to prescribe high doses (OFDT 2002). A similar trend is observed in the United States (D'Aunno & Pollack 2002). However, the fact that the doses users receive may be insufficient cannot be ignored (Mendelson *et al.* 1996; Nath *et al.* 1999). In fact, clinical trials resulting in the recommendation of one daily 8-mg dose were conducted under experimental conditions using an alcohol-based solution whose bioavailability is superior to that of tablets. The Ling (1998) study indicated that the 16-mg dose proved more effective than the 8-mg dose. It is therefore possible that, in certain patients, once-daily doses taken sublingually are insufficient, and these patients seek to increase the effect of the drug via the intravenous route.

Housing as a proxy of the social situation is related to injection practices in only the buprenorphine group. This finding may underline the lack of supervision within the buprenorphine treatment framework, both on admission and during follow-up. Most patients taking buprenorphine (65% versus 15% of those on methadone) see their doctors once a month. Social assistance is nonetheless equivalent in both groups of users (60%), while psychological support is sought more frequently by those taking buprenorphine (79% versus 64.5%,  $P < 0.01$ ). Treatment by general practitioners might be highly unsuitable for users in unstable social situations. The combination of greater flexibility and easy access leads more unstable users to seek care from GPs and, consequently, to be treated with buprenorphine. The range of patients treated with buprenorphine may include individuals with street



drug life-styles, who do not have a treatment 'mind-set' and abuse an easily available medication.

Questions raised by these findings are reinforced by the perception of treatment benefits by drug users on maintenance treatment, who rated buprenorphine lower than methadone with respect to improvement in employment, incomes, health and aspects reflecting quality of life (Guichard *et al.* 2001). The current maintenance treatment system in France may generate negative or counterproductive effects that can call into question the objectives of the viral infection transmission and individual harm reduction strategy.

Given the high prevalence of HIV and HCV infections and the high rates of injection among French drug users treated with buprenorphine, two strategies currently in the experimental stage are considered: the addition of naloxone and heroin injectable programmes. Clinical trials have revealed that the addition of naloxone to buprenorphine is equal to a sublingual buprenorphine treatment (Strain *et al.* 2002), but attenuates opiate agonist effects in methadone maintained patients (MMT) and in untreated addicts. Moreover, intramuscular injection of buprenorphine/naloxone can precipitate withdrawal in opioid dependent persons (Fudala *et al.* 1998; Stoller *et al.* 2001). In buprenorphine/naloxone-treated patients, results indicate that the pleasurable effect of *i.v.* administration of buprenorphine is small. In patients stabilized on sublingual buprenorphine, slow intravenous administration of buprenorphine and naloxone produce subjective effects similar to a dose of sublingual buprenorphine and do not precipitate opiate withdrawal (Harris *et al.* 2000). Thus, buprenorphine/naloxone should decrease abuse liability in untreated addicts and it probably has little abuse potential among MMT patients. However, buprenorphine/naloxone has an abuse potential in new initiates to opiate abuse (Strain *et al.* 2000) in recently detoxified heroin abusers (Comer & Collins 2002), but should lower the risk of overdose. In France, harm reduction activists (such as Act up) have mobilized against the marketing of this combined substance and advocated injectable substitution treatment instead. They claim that the 'addiction to injection' needs to be considered through heroin-assisted programmes.

Heroin-assisted treatment trials are conducted in several countries, such as Australia, Canada, Switzerland, the Netherlands, Germany and Spain; these programmes are now seen as an effective strategy to the public health problem related to opiate dependence (Fischer *et al.* 2002). Trials results indicate that heroin-assisted substitution treatment might be an effective option for chronically addicted patients who failed with other treatments (Rehm *et al.* 2001). The trial conducted in Switzerland showed a reduction in transmission risk for viral hepatitis corresponding to safer behaviour among patients (Steffen

*et al.* 2001). Follow-up results also suggest that prescribed heroin treatment may help reduce significantly the use of illicit drugs (Guttinger *et al.* 2003), including intravenous cocaine (Blattler *et al.* 2002). To date such trials, planned as part of the government programme (1999–2001) have not yet been implemented in France.

Stricter regulation of prescription and delivery could be effective in reducing diversion to the street market, but is less likely to reduce injection practices. Different avenues, such as making methadone treatment in DDC more easily available and allowing GPs to fill prescriptions in their offices, are being considered in order to improve substitution treatment outcomes. Public health authorities are already making efforts to redefine the conditions under which both medications may be used, by authorizing hospital physicians to initiate methadone treatment. In the United Kingdom, treatment outcomes were found to be equally positive in both GPs and DDCs (Gossop *et al.* 1999). Methadone has several advantages during the induction and stabilization phases of treatment, including strong psychotropic effects and a syrup formulation that is not easily injectable. In addition to this new balance between methadone and buprenorphine, guidelines should be established to specify the therapeutic indications of each substitution drug with respect to the user's drug use pattern, life-style and treatment history, and to guide professional practices. Lastly, cessation of injection should be considered as a treatment objective and a matter for open discussion between the patient and treatment staff instead of a subject to be avoided, as usually occurs in order to preserve the relationship with the patient (Guichard & Lert, ongoing study).

The Cochrane Drugs and Alcohol Group meta-analysis (Mattick *et al.* 2002) highlights the effectiveness of both methadone and buprenorphine treatment on retention in treatment and opiate use. It is now important to continue comparing the benefits of both types of treatment, taking other factors, such as physical health, mental health and social functioning, into account.

## ACKNOWLEDGEMENTS

This study was funded by the Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) and the Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MLDT). Scholarships granted by the Agence nationale de recherche sur le Sida (ANRS) and the Formation des chercheurs et l'aide à la recherche (FCAR) in health promotion also helped to make this paper possible. This study was made possible with the assistance and support of individuals who are part of the AIDES outreach network, *i.e.* Bernard Bertrand, Paola Cicagna, Renaud Delacroix, Guillaume Dutreuil, Laurent Gerlaud,

Mourad Larbi-Nouali, Aude Lèbre, Didier Robert, Claude Ruhlmann, David Seban, Céline Soranzo and Pierre Trias. We are grateful to them for their diligence and commitments. The authors would also like to thank everyone who participated in and facilitated the research process, especially those who made themselves available for interviews, as well as Mathieu Forster, for his work on the analysis.

## REFERENCES

- AIDES (1999) *Impact of Maintenance Treatment Among Street Populations* [in French]. Paris: AIDES Fédération Nationale.
- Alter, M. J. & Moyer, L. A. (1998) The importance of preventing hepatitis C virus infection among injection drug users in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology*, 18, 6–10.
- ANRS (1999) *Evaluating HIV Prevention Strategy in France. Synthesis (1994–99)* [in French]. Paris: Agence Nationale de Recherches sur le Sida.
- Auge-Caumon, M.-J., Bloch-Laine, J.-F., Lowenstein, W. & Morel, A. (2002) *Access to MMT in France* [in French]. Paris: La documentation française.
- Barrau, K., Thirion, X., Micallef, J., Chuniaud-Louche, C., Bellemin, B. & San Marco, J. L. (2001) Comparison of methadone and high dosage buprenorphine users in French care centres. *Addiction*, 96, 1433–1441.
- Bell, J., Hall, W. & Byth, K. (1992) Changes in criminal activity after entering methadone maintenance. *British Journal of Addiction*, 87, 251–258.
- Bell, J., Mattick, R., Hay, A., Chan, J. & Hall, W. (1997) Methadone maintenance and drug-related crime. *Journal of Substance Abuse*, 9, 15–25.
- Blattler, R., Dobler-Mikola, A., Steffen, T. & Uchtenhagen, A. (2002) Decreasing intravenous cocaine use in opiate users treated with prescribed heroin. *Sozial und Präventivmedizin*, 47, 24–32.
- Bouchez, J. & Vignau, J. (1998) The French experience—the pharmacist, general practitioner and patient perspective. *European Addiction Research*, 4, 19–23.
- Bry, D. (1998) Characteristics of patients treated by GPs for more than six months [in French]. *Revue Du Praticien*, 12, 39–42.
- Comer, S. D. & Collins, E. D. (2002) Self-administration of intravenous buprenorphine and the buprenorphine/naloxone combination by recently detoxified heroin abusers. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 303, 695–703.
- D'Aunno, T. & Pollack, H. A. (2002) Changes in methadone treatment practices: results from a national panel study, 1988–2000. *Journal of the American Medical Association*, 288, 850–856.
- Darke, S. (1998) Self-report among injecting drug users: a review. *Drug and Alcohol Dependence*, 51, 253–263.
- De Ducla, M., Gagnon, A., Mucchielli, A., Robinet, S. & Vellay, A. (2000) Comparison of high dose buprenorphine treatments of opiate dependent outpatients in four healthcare networks. *Annales de Médecine Interne*, 151, B9–B15.
- Desjarlais, D. C., Friedmann, P., Hagan, H. & Friedman, S. R. (1996) The prospective effect of AIDS-related behavioral change among injection drug users: a cross-national study. *American Journal of Public Health*, 86, 1780–1785.
- Duburcq, A., Charpak, Y., Blin, P. & Madec, L. (2000) Two years follow-up of a heroin users cohort treated with high dosage buprenorphine. Results of the SPESUB study (pharmacoepidemiologic follow-up of general practice Subutex). *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 48, 363–373.
- Dugarin, J., Menerath, C. & Nomine, P. (1994) Report on prescriptions of methadone at the Espace Murger. Hôpital F-Widal (1984–93). *Annales de Médecine Interne*, 145, 39–40.
- Emmanuelli, J., Lert, F. & Valenciano, M. (1999) *Evaluation of harm reduction policy in France through an information system on sales of sterile injection materiel to intravenous drug users*. Paper presented at the 10th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Geneva.
- Facy, F. (1999) Epidemiological study on the follow-up of patients on methadone prescription in France. *European Addiction Research*, 5, 88–90.
- Falck, R., Siegal, H. A., Forney, M. A., Wang, J. & Carlson, R. G. (1992) Self-reported use of opiates and cocaine. *Journal of Drug Issues*, 22, 823–832.
- Farrell, M., Ward, J., Mattick, R., Hall, W., Stimson, G. V., des Jarlais, D., Gossop, M. & Strang, J. (1994) Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review. *British Medical Journal*, 309, 997–1001.
- Fhima, A., Henrion, R., Lowenstein, W. & Charpak, Y. (2001) Two-year follow-up of an opioid-user cohort treated with high-dose buprenorphine (Subutex) [in French]. *Annales de Médecine Interne (Paris)*, 152 (Suppl. 3), IS26–IS36.
- Fischer, G., Gombas, W., Eder, H., Jagsch, R., Peterzell, A., Stuhlinger, G., Pezawas, L., Aschauer, H. N. & Kasper, S. (1999) Buprenorphine versus methadone maintenance for the treatment of opioid dependence. *Addiction*, 94, 1337–1347.
- Fischer, B., Rehm, J., Kirst, M., Casas, M., Hall, W., Krausz, M., Metrebian, N., Reggers, J., Uchtenhagen, A., van den Brink, W. & van Ree, J. M. (2002) Heroin-assisted treatment as a response to the public health problem of opiate dependence. *European Journal of Public Health*, 12, 228–234.
- Fudala, P. J., Yu, E., Macfadden, W., Boardman, C. & Chiang, C. N. (1998) Effects of buprenorphine and naloxone in morphine-stabilized opioid addicts. *Drug and Alcohol Dependence*, 50, 1–8.
- Gasquet, I., Lancon, C. & Parquet, P. (1999) Predictive factors for patient maintenance on buprenorphine high dosage treatment: a naturalistic study in primary care. *Encephale*, 25, 645–651.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. & Rolfe, A. (1999) Treatment retention and 1 year outcomes for residential programmes in England. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 89–98.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. & Rolfe, A. (2000) Reductions in acquisitive crime and drug use after treatment of addiction problems: 1-year follow-up outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 165–172.
- Greenfield, L., Bigelow, G. E. & Brooner, R. K. (1995) Validity of intravenous drug abusers' self-reported changes in HIV high-risk drug use behaviors. *Drug and Alcohol Dependence*, 39, 91–98.
- Guichard, A., Lert, F., Calderon, C., Gaigi, H., Maguet, O. & Soletti, J. Maintenance treatment for opioid dependence in France: Evaluation of satisfaction and user's needs [in French], pp. 56. Paris: AIDES/INSERM.
- Guillaume, J. C., Grange, F., Mulberg, C., Schreckenber, C. & Haug-Dit-Gentes, S. (1996) IV buprenorphine and local complications [in French]. *Annales de Dermatologie*, 123, S129–S130.
- Guttinger, F., Gschwend, P., Schulte, B., Rehm, J. & Uchten-

- hagen, A. (2003) Evaluating long-term effects of heroin-assisted treatment: the results of a 6-year follow-up. *European Addiction Research*, 9, 73–79.
- Hall, W., Bell, J. & Carless, J. (1993) Crime and drug use among applicants for methadone maintenance. *Drug and Alcohol Dependence*, 31, 123–129.
- Harris, D. S., Jones, R. T., Welm, S., Upton, R. A., Lin, E. & Mendelson, J. (2000) Buprenorphine and naloxone co-administration in opiate-dependent patients stabilized on sublingual buprenorphine. *Drug and Alcohol Dependence*, 61, 85–94.
- INSERM (1998) Evaluation of buprenorphine maintenance treatment of opiate addicts: review of literature and data synthesis for a research programme [in French]. Saint-Maurice: INSERM U88.
- Johnson, R. E., Chutuape, M. A., Strain, E. C., Walsh, S. L., Stitzer, M. L. & Bigelow, G. E. (2000) A comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine, and methadone for opioid dependence. *New England Journal of Medicine*, 343, 1290–1297.
- Johnson, R. E., Eissenberg, T., Stitzer, M. L., Strain, E. C., Liebson, I. A. & Bigelow, G. E. (1995) A placebo controlled clinical trial of buprenorphine as a treatment for opioid dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 40, 17–25.
- King, V. L., Kidorf, M. S., Stoller, K. B. & Brooner, R. K. (2000) Influence of psychiatric comorbidity on HIV risk behaviors: changes during drug abuse treatment. *Journal of Addictive Disease*, 19, 65–83.
- Kosten, T. R., Schottenfeld, R., Ziedonis, D. & Falcioni, J. (1993) Buprenorphine versus methadone maintenance for opioid dependence. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 358–364.
- Leavitt, S. B., Shinderman, M., Maxwell, S., Eap, C. B. & Paris, P. (2000) When 'enough' is not enough: new perspectives on optimal methadone maintenance dose. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 67, 404–411.
- Ling, W., Charuvastra, C., Collins, J. F., Batki, S., Brown, J. R. L., S., Kintaudi, P., Wesson, D. R., McNicholas, L., Tusel, D. J., Malkernek, U., Renner, J. R. J. A., Santos, E., Casadonte, P., Fye, C., Stine, S., Wang, R. I. H. & Segal, D. (1998) Buprenorphine maintenance treatment of opiate dependence: a multicenter, randomized clinical trial. *Addiction*, 93, 475–486.
- Ling, W., Wesson, D. R., Charuvastra, C. & Klett, C. J. (1996) A controlled trial comparing buprenorphine and methadone maintenance in opioid dependence. *Archives of General Psychiatry*, 53, 401–407.
- Lowenstein, W., Haas, C. & Durand, H. (1994) Do substitution treatments reduce the incidence of human immunodeficiency virus infections in intravenous heroin addicts? Review of pertinent literature. *Annales de Médecine Interne*, 145, 75–78.
- Marmor, M., Desjarlais, D. C. & Cohen, H. (1987) Risk factors for human immunodeficiency virus among intravenous drug abusers in New York City. *Aids*, 1, 39–44.
- Mattick, R., Kimber, J. & Breen, C. (2002) Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- McCoy, C. B., Metsch, L. R., Chitwood, D. D., Shapshak, P. & Comerford, S. T. (1998) Parenteral transmission of HIV among injection drug users: assessing the frequency of multi-person use of needles, syringes, cookers, cotton and water. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology*, 18, 25–29.
- Mendelson, J., Upton, R. A. & Jones, R. T. (1996) Buprenorphine pharmacokinetics: bioavailability of 8 mg sublingual tablet formulation. *Nida Research monograph*, 162, 112.
- Mucchielli, A., Vellay, A., De Ducla, M., Gagnon, A. & Robinet, S. (1998) SUBTARES: follow-up study of an opiate-addicts cohort treated with Subutex in primary care settings through 4 health care networks. A French, multicentric and retrospective study. Paper presented at the European Harm Reduction Conference, Utrecht.
- Nath, R. P., Upton, R. A., Everhart, E. T., Cheung, P., Shwonek, P., Jones, R. T. & Mendelson, J. E. (1999) Buprenorphine pharmacokinetics: relative bioavailability of sublingual tablet and liquid formulations. *Journal of Clinical Pharmacology*, 39, 619–623.
- OFDT (Observatoire français des drogues et toxicomanies) (2002) *Drug Use Trends in France. Trend Report 2002* [in French]. Paris: OFDT.
- OCRITIS (Office central pour la repression du trafic illicite) (2000) *Use and Traffic of Drugs. Statistics, 1999*. Paris: Ministère de l'intérieur.
- Pani, P. P., Maremmi, I., Pirastu, R., Tagliamonte, A. & Gessa, G. L. (2000) Buprenorphine: a controlled clinical trial in the treatment of opioid dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 60, 39–50.
- Perdrieau, J., Bâcle, F., Lalande, M. & Fontaine, A. (1999) *Follow-Up of Drug Addicts Treated by GPs (Arès 92–Epid 92)* [in French], pp. 1–65. Paris: OFDT.
- Petitjean, S., Stohler, R., Déglon, J. J., Livoti, S., Waldvogel, D., Uehlinger, C. & Ladewig, D. (2001) Double-blind randomized trial of buprenorphine and methadone in opiate dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 62, 97–104.
- Rehm, J., Gschwend, P., Steffen, T., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. & Uchtenhagen, A. (2001) Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study. *Lancet*, 358, 1417–1423.
- Reynaud-Maurupt, C., Carrieri, M. P., Gastaud, J. A., Pradier, C., Obadia, Y. & Moatti, J. P. and the MANIF Study Group (2000) Impact of drug maintenance treatment on injection practices among french HIV-infected IDUs. *AIDS Care*, 12, 461–470.
- Sherman, M. F. & Bigelow, G. E. (1992) Validity of patients' self-reported drug use as a function of treatment status. *Drug and Alcohol Dependence*, 30, 1–11.
- Social Affairs Ministry (1995) *Circulaire DGS/SP3/95 no. 29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés*. Paris: Social Affairs Ministry.
- Stark, K., Muller, R., Bienzle, V. & Guggenmoos-Holzmann, I. (1996) Frontloading: a risk factor for HIV and HCV infection among IDUs in Berlin. *Aids*, 10, 311–317.
- Steffen, T., Blattler, R., Gutzwiller, F. & Zwahlen, M. (2001) HIV and hepatitis virus infections among injecting drug users in a medically controlled heroin prescription programme. *European Journal of Public Health*, 11, 425–430.
- Stoller, K. B., Bigelow, G. E., Walsh, S. L. & Strain, E. C. (2001) Effects of buprenorphine/naloxone in opioid-dependent humans. *Psychopharmacology (Berlin)*, 154, 230–242.
- Strain, E. C., Bigelow, G. E., Liebson, I. A. & Stitzer, M. L. (1999) Moderate- vs. high-dose methadone in the treatment of opioid dependence: a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 281, 1000–1005.
- Strain, E. C., Stoller, K., Walsh, S. L. & Bigelow, G. E. (2000) Effects of buprenorphine versus buprenorphine/naloxone tablets in non-dependent opioid abusers. *Psychopharmacology (Berlin)*, 148, 374–383.
- Strain, E. C., Walsh, S. L. & Bigelow, G. E. (2002) Blockade of hydromorphone effects by buprenorphine/naloxone and buprenorphine. *Psychopharmacology (Berlin)*, 159, 161–166.
- Thirion, X., Barrau, K., Micallef, J., Haramburu, F., Lowen-

- stein, W. & Sanmarco, J. L. (2000) Maintenance treatment for opioid dependence in care centers: the OPPIDUM program of the Evaluation and Information Centers for Drug Addiction [in French]. *Annales de Médecine Interne (Paris)*, 151, A10–A17.
- Thirion, X., Lapierre, V., Micallef, J., Ronflé, E., Masut, A., Pradel, V., Coudert, C., Mabriez, J. C. & Sanmarco, J. L. (2002) Buprenorphine prescription by general practitioners in a French region. *Drug and Alcohol Dependence*, 65, 197–204.
- Uehlinger, C., Deglon, J., Livoti, S., Petitjean, S., Waldvogel, D. & Ladewig, D. (1998) Comparison of buprenorphine and methadone in the treatment of opioid dependence. Swiss multicentre study. *European Addiction Research*, 4, 13–18.
- Valenciano, M., Emmanuelli, J. & Lert, F. (2001) Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France. *Addiction*, 96, 597–606.
- Vignau, J. & Brunelle, E. (1998) Differences between general practitioner- and addiction centre-prescribed buprenorphine substitution therapy in France. Preliminary results. *European Addiction Research*, 4, 24–28.
- Ward, J., Hall, W. & Mattick, R. P. (1999) Role of maintenance treatment in opioid dependence. *Lancet*, 353, 221–226.
- Weber, J. C. & Kopferschmitt, J. (1998) Substitution treatment in opiate dependence [in French]. *La Presse Médicale*, 27, 2088–2099.

