

QUAND LE CHANGEMENT DES PRATIQUES PRÉCÈDE LE CHANGEMENT DES OPINIONS

Les premières expérimentations commencent au cours des années quatre-vingt avec pour objectif le sevrage. Elles se heurtent à la hantise de la morphine que les médecins se refusent à prescrire, y compris dans le traitement de la douleur. Tous hésitent à utiliser le carnet à souche¹, nécessaire à la prescription de la morphine. Quelques médecins acceptent néanmoins de prescrire ces médicaments à la demande de leurs patients. Peu à peu, ils s'enhardissent, confortés par les évolutions favorables. Entre 1988 et 1992, le nombre de patients augmente progressivement ; la prescription a toujours pour objectif le sevrage mais, avec les rechutes, ce traitement ressemble à une halte dans la galère.

1. Depuis 1947, la prescription de substances stupéfiantes inscrites au tableau B devait être établie sur un carnet à souche, délivré par le conseil de l'ordre. L'ordonnance devait être conservée trois ans, elle devait comprendre un certain nombre de mentions obligatoires dont le nom et l'adresse du patient. Les médicaments stupéfiants étaient soumis à la règle des sept jours, l'ordonnance devait ensuite être renouvelée si nécessaire. Les conditions de délivrance imposent au pharmacien de vérifier la régularité de l'ordonnance, dont les éléments distinctifs devaient être mentionnés sur l'ordonnancier, un livre-registre conservé dix ans et coté ou paraphé par le maire ou le commissaire de police. Le carnet à souche a été remplacé par des ordonnances sécurisées avec le décret du 31 mars 1999 afin de faciliter les prescriptions pour le soulagement de la douleur tout d'abord, mais aussi pour les patients dépendants d'un opiacé.

La hantise de la morphine

Comment se fait-il, interroge Henri Bergeron, sociologue, que les spécialistes français aient refusé de prescrire de la méthadone, ne serait-ce que par compassion, alors que les héroïnomanes étaient décimés par une maladie mortelle ? Cette question, il la pose dans la thèse qu'il soutient en 1997, mais au début des années quatre-vingt-dix, lorsqu'il entreprend de décrire le système de soins spécialisés, une telle question était tout simplement impensable². Contrairement à ce qu'une reconstruction *a posteriori* pourrait laisser supposer, ceux qui, parmi les médecins, ont accepté de prescrire ne l'ont pas fait par pitié, pour éviter à ces toxicomanes malades du sida et condamnés par la médecine, la douleur du manque ou les violences du marché noir dans les derniers mois – et encore moins dans les dernières années de leur vie. Ni même, à de très rares exceptions près, dans les derniers jours³. Pour la grande majorité des médecins, ces prescriptions ne pouvaient être que l'ultime piège de la perversion. Même les plus compatissants se sont refusés à des prescriptions qu'ils ont longtemps assimilées à une victoire de la mort et de la toxicomanie. Pendant toutes les années quatre-vingt et jusqu'au début des années quatre-vingt-dix, la seule compassion qui pouvait prétendre à quelque légitimité était celle qui est constitutive de la médecine, à savoir accepter de soigner, tandis que la plupart des médecins refusaient ces patients qu'ils renvoyaient vers les spécialistes. C'était déjà une petite révolution puisque les toxicomanes n'étaient pas considérés comme des malades. Ces médecins ont recherché tout d'abord une méthode efficace de sevrage ; en procédant par essai-erreur, ils se sont peu à peu engagés dans un chemin nouveau sans avoir d'abord les mots pour le dire. Le basculement des croyances s'est fait brutalement, à la lumière du débat public, entre 1992 et 1993.

Le changement des perceptions est parallèle à celui de la douleur. Un même basculement vient d'affecter la perception des violences familiales et sexuelles. L'opinion, les médias s'indignent aujourd'hui des silences complices qui ont protégé les violences sexuelles – ces violences sont devenues inacceptables. Jusque dans les années soixante-dix, les martinets étaient en vente chez les marchands de couleurs,

2. BERGERON H., *L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, PUF, Paris, 1999 ; *Soigner la toxicomanie, les dispositifs de soins entre idéologie et action*, L'Harmattan, Paris, 1996.

3. Jusqu'au milieu des années quatre-vingt-dix, les usagers de drogues ont été exclus des prescriptions compassionnelles accordées aux autres patients, ou encore les posologies ont été – et sont encore souvent – complètement inadaptées.

ils servaient à donner aux enfants – ou peut-être aux épouses ? – des corrections qui n'avaient rien de scandaleux. Les châtiments physiques sont désormais illégaux dans l'éducation des enfants et s'il plaisait à la Martine de Molière d'être battue, les violences conjugales ne font plus sourire. Très récemment encore, dans les services hospitaliers, il était courant que des médecins refusent d'endormir les femmes qui avortent afin, leur disaient-ils en toute bonne conscience, qu'elles s'en souviennent. La douleur infligée volontairement nous scandalise : nous n'acceptons plus la souffrance.

Lorsque nous souffrons, nous allons voir le médecin. Nous voulons être soulagés. Le médecin a d'autres ambitions, il veut guérir. Dans la médecine moderne, la douleur est un symptôme et c'est la cause qu'il convient de traiter. Le traitement de la douleur a acquis ces toutes dernières années une légitimité nouvelle⁴. Jusqu'au milieu de la décennie quatre-vingt-dix, les médecins français se sont singularisés par une exceptionnelle indifférence à la souffrance de leurs patients, indifférence dont ils étaient – et dont ils sont encore en partie – parfaitement inconscients. 80 % des praticiens français sont persuadés que leurs traitements antalgiques destinés à soulager les malades atteints de cancer sont suffisants alors que, selon une grille élaborée par l'OMS, ils ne le sont pas dans 49 % des cas (*Le Monde*, 8 décembre 1995). Absorbés par la guérison, les médecins ont négligé la souffrance de leurs patients.

La hantise de la morphine a été un obstacle majeur au soulagement de la douleur. Or, la morphine reste la « pièce maîtresse du traitement symptomatique, et ce quel que soit le stade évolutif de la maladie ». Un rapport publié en 1995 le rappelle aux médecins parce qu'ils l'ont oublié⁵. La morphine est devenue synonyme de « toxicomanie », légitime seulement aux dernières heures de la vie, si toutefois le médecin a la possibilité matérielle de la prescrire, ce qui n'était pas toujours le cas. Pour prescrire de la morphine, il fallait un carnet à souche que les médecins devaient se procurer auprès du conseil de l'ordre⁶. Nombre d'entre eux y avaient tout simplement renoncé, pour éviter les tracasseries administratives, disaient-ils, ou pour se prémunir contre la tentation de la sensiblerie. Même les cancérologues n'avaient pas toujours de carnet à souche et il en était ainsi dans la lutte contre le sida pendant toutes les années quatre-vingt. Comble

4. BASZANGER I., *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Le Seuil, Paris, 1995.

5. Agence pour le développement de l'évaluation médicale, *Recommandations pour la prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte en médecine ambulatoire*, 1995.

6. Voir note 1 de ce chapitre.

du paradoxe, c'est quelquefois pour leurs patients toxicomanes que les médecins se sont procuré leur premier carnet à souche.

Le traitement contre la douleur participe d'un changement des relations entre médecins et patients dans lequel la lutte contre le sida a joué un rôle moteur. Dans cette pathologie pour laquelle il n'y avait pas de traitement médical efficace, la stratégie thérapeutique ne pouvait s'imposer au nom de la science. Il appartenait au patient de décider quelles contraintes, quels risques, quels changements de son mode de vie il pouvait accepter ; il lui appartenait de décider s'il voulait ou non s'engager dans un protocole de recherche clinique car « qui peut décider des risques qu'il accepte de prendre, le médecin ou le malade ? ». Dans la lutte contre le sida, médecins et patients ont lutté côte à côte contre les peurs, les rejets, les discriminations, mais si généreux qu'ils aient pu être, les médecins n'ont pas spontanément abandonné leur pouvoir aux patients. Aux premiers temps de l'épidémie, la conquête des droits des patients est passée par la conquête d'une expertise dans les stratégies de prévention, les tests de séropositivité, la législation antidiscrimination, l'accès aux soins, informations que les patients se sont appropriées avec les associations de lutte contre le sida. Lorsque les thérapeutiques sont devenues efficaces, les patients n'ont pas capitulé. Aux États-Unis avec ATN (*AIDS Treatment News*, 1986) et en France avec la commission interassociative TRT-5, les associations de malades ont pénétré dans le saint des saints, dans le monde de la recherche scientifique, et c'est à ce titre qu'elles ont pu être en mesure de peser sur les choix thérapeutiques⁷. L'inégalité de la relation médecin-malade n'a pu être surmontée dans le cadre de la relation duelle. Avec le partage de l'expertise, les associations de malades ont imposé « l'intrusion du malade dans le système de santé » (Bernard Kouchner, *Libération*, 5 septembre 2001). Le droit de savoir lui est désormais reconnu par la loi⁸. Dans les services spécialisés contre le sida, les médecins lui ont reconnu le droit de choisir. Ce n'est pas un hasard si ces services ont été parmi les premiers à s'engager dans la lutte contre la douleur : ils ont été parmi les premiers à prendre en compte le point de vue du patient. C'est dans ce cadre, au croisement de la lutte contre le sida et du traitement de la douleur, que s'est menée

7. Sur l'histoire de la commission médicale entre chercheurs et associations, voir le chapitre « La plus belle réussite d'Act Up », in LESTRATE D., *Act Up, une histoire*, op. cit. Pour les États-Unis, voir EPTEIN S., *La Grande Révolte des malades. Histoire du sida*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris, 2001.

8. Projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 3258, déposé le 5 septembre 2001.

l'expérimentation des traitements de substitution, qui, de 1992, date où s'ouvre le débat public, à 1995, a mené à leur légitimation.

La compassion suspecte de complicité

La prescription de méthadone n'est pas destinée à des mourants dont il conviendrait de soulager les derniers instants. Du moins les prescriptions compassionnelles ont-elles acquis une légitimité qui, hier était proprement impensable. Encore a-t-il fallu que se dénouent les liens qui liaient les unes aux autres les croyances qui ont fait barrage à une compassion devenue aujourd'hui légitime. Encore fallait-il reconnaître que les usagers de drogues étaient en danger de mort ; qu'un soulagement immédiat était possible et souhaitable et que la méthadone pouvait, comme la morphine apporter ce soulagement. Certaines de ces assertions sont des évidences. Le sida était une maladie mortelle et la méthadone, comme la morphine, appartient à la grande famille des dérivés de l'opium, les opiacés ; l'une et l'autre peuvent soulager la douleur du manque. Ces évidences-là étaient tout simplement impensables. Comment imaginer que la méthadone puisse soulager de quelque souffrance si elle n'était qu'un outil de contrôle social ? Comment imaginer qu'un produit puisse soulager une souffrance dont les racines remontaient à l'enfance ? Quant à la maladie mortelle, les spécialistes en toxicomanie avaient mis un point d'honneur à « ne pas céder à la panique ». Parler de mort ne pouvait qu'alimenter les peurs irrationnelles et les fantasmes de l'extrême droite. La mort qui menaçait les toxicomanes n'avait pas d'autres causes que leur comportement suicidaire, et seule une psychothérapie pouvait venir à bout de ce comportement. Les décès, inévitables, étaient somme toute peu nombreux. Les Français, persuadés d'avoir « le meilleur système au monde », se félicitaient de leurs bons résultats. Dans le conte d'Andersen, il a suffi d'un enfant pour que tous voient que « le roi est nu », mais il aura fallu plusieurs années de débats houleux pour que la « catastrophe sanitaire et sociale » qui a frappé les usagers de drogues de ces années-là soit reconnue⁹.

Le refus de la compassion a été général. Outre la morale (« donner de la drogue aux drogués ») et l'expertise (« entretenir la toxicomanie »), qui coïncidaient ici heureusement, ce refus faisait appel à la

9. Le diagnostic de « catastrophe sanitaire et sociale » a été posé par la commission Henrion, 1995, *op. cit.*

clinique. Quel que soit leur champ, tous les cliniciens savent que si la compassion est au fondement de l'acte médical, la pitié, en revanche, est mauvaise conseillère. Avoir pitié des usagers de drogue, c'est se méprendre sur le sens de l'usage de drogues. L'usager ne fait appel à la pitié que pour obtenir quelque chose. Il était entendu que l'usager de drogues voulait des drogues et qu'il n'était pas question de lui en donner. Ou, du moins, ce n'était pas aux médecins de le faire. La drogue était interdite et la question était donc politique. Les Français avaient tranché : la drogue, ils n'en voulaient pas.

La France n'a pas été tendre avec ses usagers de drogues¹⁰, mais l'intolérance a longtemps été masquée par les pétitions de principe des plus généreuses et nous avons longtemps ignoré que nous étions devenus le pays le plus répressif d'Europe. Nous nous félicitons d'avoir su, au contraire des États-Unis, résister à l'idéologie du fléau. Nous n'avons pas cédé au catastrophisme ni à la panique, nous avons su, se targue le rapport Trautman en 1989, « équilibrer soins, prévention et répression », assertion maintes fois répétée et qui est sans doute un des meilleurs exemples du « décalage entre le discours et les faits¹¹ ». La pénalisation de l'usage ? Elle devait être interprétée comme un témoignage de notre solidarité avec les toxicos et particulièrement avec les plus pauvres d'entre eux. Nous ne devions pas les abandonner. Le refus de la méthadone ? C'est parce que nous acceptons d'« entendre la souffrance des toxicomanes » que nous nous refusons à l'écraser égoïstement avec des médicaments. Les spécialistes français qui s'étaient opposés aux traitements coercitifs, qui avaient refusé de se mettre au service de la répression, ne s'attendaient pas à être incriminés d'indifférence coupable. Dans la société française, ils s'étaient faits les porte-parole des toxicomanes, ils avaient tout fait pour protéger leur liberté, et voilà qu'ils étaient mis en accusation, transformés dans le débat en prêtres du « tout-sevrage ». Sans doute ont-ils été blessés de cette accusation qui leur a semblé particulièrement injuste. Les spécialistes, les plus compétents d'entre eux du moins, n'étaient nullement des fanatiques de la cure de désintoxication. Contre les tenants de la répression, ils avaient refusé de définir la toxicomanie par le produit et, à ce titre, ils s'étaient refusés à organiser des sevrages à la chaîne, comme l'opinion l'aurait sans doute souhaité. Ils ont été d'autant plus scandalisés de l'accusation que, dans leur pratique quotidienne, ils ne cessaient de résister à la demande de sevrage. Lorsque

10. Sur les sources de l'intolérance, voir EHRENBURG A., *L'Individu incertain*, *op. cit.*

11. Rapport Henrion, *op. cit.*

l'usager s'adresse au système de soins, c'est qu'il veut décrocher. Le malentendu s'installe dans le décalage entre la demande et l'offre de soins. Le toxicomane veut « sortir de la drogue ». Il veut en sortir tout de suite. Il veut être hospitalisé en urgence. Le toxicothérapeute sait que la cure de sevrage ne va pas le guérir magiquement, qu'au-delà du symptôme il faut que le toxicomane accepte de s'engager dans un lent travail psychothérapique, qu'il n'y a donc pas d'urgence à l'hospitalisation, que l'attente, c'est-à-dire la capacité à maintenir sa motivation et à l'inscrire dans le temps, participe déjà de ce travail psychothérapeutique. Le spécialiste en toxicomanie doit savoir résister à la pression de son patient : « On ne devient pas spécialiste en toxicomanie si on ne sait pas résister à la mise en scène permanente que nous jouent les toxicomanes sur leur propre mort et sur la fin de tout. » Un appareillage théorique avait armé les praticiens face au fantasme de mort, il avait rendu imperceptibles les overdoses, septicémies ou accidents, le même système d'interprétation est utilisé contre le sida, traité comme un risque supplémentaire que le toxicomane « choisit » d'affronter¹².

Le spécialiste avait appris à déjouer les pièges de la pitié. Avec la menace du sida, les médecins, hospitaliers ou généralistes, devaient à leur tour apprendre à se protéger des manipulations et des chantages, et les spécialistes ont transmis quelques règles simples qui devaient offrir une protection efficace : il ne faut pas donner de la drogue aux drogués, il n'y a pas d'urgence en toxicomanie. Ces principes sur lesquels reposait la prise en charge spécialisée ont été appliqués mécaniquement dans les services hospitaliers avec les plus grands dommages, car s'il n'y a pas d'urgence au sevrage ou à la psychothérapie, il y en a pour une septicémie. Le cas de figure n'a pas été envisagé ; aussi les services d'urgence des hôpitaux affichaient-ils sans complexe qu'« ici, on ne prend pas les toxicomanes ». Le même principe résume la formation des médecins généralistes, « savoir dire non ». Tel est du reste le titre d'un article du *Quotidien du médecin* alors que le débat sur les traitements de substitution venait de s'ouvrir¹³. Au reste, le médecin qui s'aventurait sur un chemin que la clinique avait barré se mettait lui-même en danger. On ne sait combien de médecins ont été effectivement inculpés depuis la création du carnet à souche, mais régulièrement des médecins ont occupé la rubrique des faits divers – quand les affaires n'étaient pas étouffées par l'Ordre des médecins, qui a

12. COPPEL A., « Les intervenants en toxicomanie... », *op. cit.*

13. « Comment le généraliste peut dire non à un drogué », titre en première page et p. 25-26, *Le Quotidien du médecin*, 17 janvier 1991.

toujours préféré régler ces histoires-là dans le silence protecteur de la profession¹⁴.

Traditionnellement, le médecin prescripteur, s'il n'est pas motivé par l'argent, est décrit comme un faible qui cède à la pression de son patient. Malgré les mises en garde répétées, il y a eu – il y a toujours eu – des médecins qui ont accepté de prescrire des opiacés pour soulager la douleur du manque, et certainement ces prescriptions ont-elles été plus nombreuses dans le contexte du sida. Il y a eu aussi – comme il y a toujours eu – des médecins pour épargner à quelques patients, ne serait-ce que ponctuellement, la contrainte du marché noir. Ces médecins ne partageaient manifestement pas la hantise des morphiniques de leurs collègues. Ce pouvait être des médecins plus âgés dont l'expérience professionnelle était antérieure à la grande terreur de l'héroïne, d'autres qui avaient exercé dans des contextes où le recours aux morphiniques avait été dédramatisé. Ou encore des praticiens familiarisés avec l'héroïne par leur proximité avec des usagers, ou enfin des médecins dont les convictions étaient antiprohibitionnistes. Quelles que soient leurs motivations, ces prescriptions-là avaient plus le statut de « service ponctuel » que de traitement. À ce titre, elles n'ont pas joué directement un rôle dans le changement des croyances collectives. Deux types de motivations sont à l'origine de l'invention des traitements de substitution français, le traitement du sida, d'une part, qui exigeait un suivi régulier des patients, la recherche d'un traitement efficace de la toxicomanie, d'autre part.

Les toxicomanes séropositifs dans les services hospitaliers

Jusqu'en 1987-1988, les patients usagers de drogues sont peu nombreux dans les services hospitaliers spécialisés dans le sida. Quelques rares médecins hospitaliers s'en inquiètent. Ils commencent, comme il se doit, par solliciter les spécialistes en toxicomanie. Le lien

14. Les sanctions prévues pour l'infraction aux règles de prescription et de délivrance des stupéfiants étaient de deux mois à deux ans de prison ou une amende de 2 000 à 20 000 francs (L. 626) ; médecins et pharmaciens pouvaient être interdits de cinq années d'exercice. Médecins et pharmaciens pouvaient aussi être condamnés de deux ans à dix ans de prison pour avoir « facilit[é] à autrui l'usage de stupéfiants » (L. 627). Ce texte régissait en particulier les ordonnances « fictives ou de complaisance ». L'ordre des médecins et l'ordre des pharmaciens peuvent également prendre des sanctions administratives, de l'avertissement à l'interdiction permanente d'exercer. Pour l'application de ces mesures, voir CABALLERO F., *Le Droit de la drogue*, Dalloz, Paris, 1989.

se fait difficilement mais, à partir de 1989, des consultations spécialisées en toxicomanie s'ouvrent dans quelques services. Il faut démontrer que « sans méthadone, puisque c'est la réalité du système français, il est possible de prendre en charge des toxicomanes infectés par le VIH ». La réponse est à rechercher dans « la capacité de l'équipe à établir une relation de qualité avec le soigné ». Le sevrage physique involontaire lors d'une hospitalisation est considéré comme une opportunité, l'occasion d'une prise de conscience du patient toxicomane. « La maladie aiguë, écrivent deux spécialistes du sida après quelques années d'expérience, joue le rôle d'une "injonction thérapeutique" temporairement efficace », et le patient « récemment sevré lors d'une hospitalisation se sent d'autant plus solide, face au risque de rechute, qu'il est investi d'un statut de malade plutôt que de celui de toxicomane ». « Cette méthode ne risque-t-elle pas de faire fuir les patients qui craignent le sevrage imposé ? s'interrogent les auteurs, qui poursuivent : Nous avons tous les jours la preuve qu'il n'en est rien. Un service fonctionnant de cette façon est repéré comme un lieu d'accueil et de soin où les toxicomanes ont la même place que les autres patients¹⁵. »

Je me souviens de ma consternation lorsque j'ai lu cet article publié en février 1993 dans *Le Journal du sida*. Ces médecins, je le savais, faisaient partie d'un des très rares services hospitaliers qui, en banlieue parisienne, avaient fait un effort particulier pour accueillir les patients toxicomanes. Tous pratiquaient le sevrage systématique, dans l'inconscience la plus parfaite de la contrainte qu'ils imposaient. Impossible d'introduire le moindre doute sur la relation qu'ils entretenaient avec leurs patients, relation si investie que les équipes étaient persuadées « que la dépendance au produit a été insidieusement remplacée par la dépendance à l'équipe ». Voilà que des soignants se prenaient pour des drogues... Le piège est classique et les usagers en grande détresse, malades du sida, déprimés par le sevrage, rejetés de tous, entretiennent involontairement l'illusion. La légitimité du sevrage était alors si générale que les patients n'imaginaient pas qu'il puisse en être autrement, et ceux qui exprimaient le désir de « se sortir de la drogue » étaient suffisamment nombreux pour conforter les convictions. La pathologie somatique aiguë était-elle un moment opportun pour entreprendre une démarche de désintoxication longue et exigeante ? Les équipes ne songent pas à s'interroger, elles se contentent de déplorer que « certains de ces patients, aidés par les

15. « Les soignants face aux toxicomanes séropositifs », *Le Journal du sida*, n° 47, février 1993.

équipes soignantes, vont de sevrage en sevrage et sont malheureusement trop souvent fauchés par la mort avant d'avoir atteint leur objectif». Des usagers de drogues demandaient de l'aide, désespérément. Dans le désert de la banlieue où la majorité des services hospitaliers rejetaient ces patients, les usagers qui souhaitaient sincèrement se sevrer étaient suffisamment nombreux pour masquer ceux qui fuyaient l'hôpital. Il aura fallu l'expérience des traitements de substitution pour prendre conscience qu'il s'agissait du plus grand nombre. En banlieue parisienne, beaucoup d'usagers refusaient tout contact avec les médecins, mais nombreux aussi ont été ceux qui ont préféré se réfugier dans l'anonymat des grands hôpitaux parisiens, où la situation était tout autre. Les hospitalisations en urgence, les suivis chaotiques étaient la règle et s'il y avait, là aussi, des usagers qui acceptaient le sevrage, d'autres refusaient de s'y plier. Tandis que les drogues circulaient dans les couloirs, quelques patients commençaient à bénéficier de prescriptions en principe ponctuelles des médecins de ville.

Quelques médecins hospitaliers à l'hôpital Broussais, à Laennec, s'y risquent à leur tour, le temps de l'hospitalisation. Avec la lutte contre la douleur, la hantise de la morphine perd du terrain, d'autant que l'accès à l'information s'améliore. Les spécialistes du sida participent aux conférences internationales ; ils savent que la méthadone est utilisée dans la plupart des pays occidentaux. Ces informations déculpabilisent les médecins, toutefois, ces prescriptions hospitalières n'ont pas le statut de « traitement de la dépendance », qui n'est pas leur spécialité. Tout au plus ces médecins commencent-ils à s'interroger : les spécialistes français ont-ils véritablement exploré toutes les voies possibles ?

En région parisienne, mais ce n'est pas le cas partout en France, la prescription de médecins généralistes a précédé celle des médecins hospitaliers. Dès le début des années quatre-vingt, alors que l'héroïne est en pleine progression, des usagers sollicitent leur médecin. Ils veulent décrocher et, souvent aussi, ils savent ce qu'ils veulent. Ils posent le diagnostic (« je suis toxicomane ») et le traitement (« il me faut ce médicament et aussi celui-ci, parce que je n'arrive pas à dormir quand je décroche »). Si les traitements de substitution ne faisaient pas partie de la thérapeutique française, les héroïnomanes utilisaient de longue date les produits qui pouvaient se substituer à l'héroïne. La codéine est en vente libre en France. Telles des recettes de cuisine, les usagers se communiquaient entre eux les modes d'emploi qu'ils avaient découverts seuls ou lors de leurs voyages à l'étranger. Sans doute y a-t-il eu des usagers d'héroïne qui ont réussi à se sevrer en utilisant ponctuel-

lement ou non ces médicaments en vente libre¹⁶. D'autres faisaient succéder sevrages et rechutes ou encore étaient devenus dépendants de ces produits. C'est alors qu'ils demandaient un soutien thérapeutique qu'ils allaient parfois chercher jusqu'à Bruxelles, Genève ou Amsterdam. Manifestement, ces patients ne recherchaient pas seulement un produit, qu'ils pouvaient se procurer seuls, ils demandaient le soutien d'un thérapeute qui les aide à reprendre le contrôle d'eux-mêmes. Quelques médecins ont entendu leur demande et ont accepté d'y répondre. C'est en suivant pas à pas leur patient qu'ils ont réinventé les traitements de substitution.

Le médecin sort son drapeau blanc

Le Dr Jean Carpentier a été de ceux-là. Les premières prescriptions, qui remontent au tout début des années quatre-vingt, se font dans le plus parfait des malentendus. Comme tous les thérapeutes français, Jean Carpentier est persuadé que le vrai problème n'est pas le produit. Ce qui est en jeu, ce sont « les vraies choses de la vie, le mal à être, le mal à dire ». Pour Jean Carpentier, les maladies sont l'expression d'une souffrance et la toxicomanie ne fait pas exception. D'un patient à l'autre, le dialogue se répète :

« Je veux bien parler de médicaments, de produits, mais ça ne nous sortira pas du film... Et même le fait d'en parler, c'est peut-être précisément essayer de ne pas en sortir.

– Oui, mais d'abord il faut que je me débarrasse de ça. »

« Il (ou elle) me ramène inlassablement sur le terrain du "produit qui masque"... qui masque la drogue, qui masque la vie. »

« C'est comme un préalable. Incontournable. Je sors mon drapeau blanc, je recule, j'accepte le terrain. »

Tous les spécialistes prônent l'écoute et ce sacro-saint principe est inlassablement répété – une véritable messe. Tout aussi inlassablement, les usagers de drogues parlent de drogue, mais les spécialistes veulent bien tout entendre, sauf « ça ». Ils exigent de leurs patients qu'ils parlent des « vrais problèmes », qui sont les conflits intrapsychiques à l'origine de la souffrance. Jean partage les convictions communes que la toxicomanie est un symptôme mais, en rupture avec les pratiques habituelles, il identifie le conflit. Quelle doit être la méthode lorsqu'il y a conflit entre

16. Nous avons décrit quelques-uns de ces usages dans CASTEL R. *et al.*, *Les Sorties de la toxicomanie...*, *op. cit.* Voir aussi BOULLENGER N., *Approche ethnosociologique de l'usage d'héroïne et de médicaments en Seine-Saint Denis*, *op. cit.*

le patient et son thérapeute ? Jean « sort son drapeau blanc ». La grande force de Jean Carpentier, c'est d'avoir inscrit ces traitements dans la logique de sa pratique médicale ordinaire. « Il ne s'agit rien de moins que d'appliquer une stratégie qui vaut pour l'ensemble des expressions pathologiques auxquelles les médecins sont confrontés à chaque instant », écrit-il dans le livre publié en 1994 où il fait part de son expérience. Et de rappeler le principe de la médecine hippocratique : c'est le patient qui se soigne avec l'aide du médecin. Le médecin est l'« instrument de sa guérison », il n'en est pas l'auteur¹⁷. S'il accepte de se déplacer sur le terrain de son patient, c'est en restant ce qu'il est, à savoir un médecin. La médecine n'est pas une science, elle fait appel à un corpus scientifique mais ce corpus ne donne pas automatiquement la réponse. La médecine est une élaboration qui confronte des connaissances scientifiques à une personne, le patient, selon une méthode et des règles.

« Bon ! Voilà, je vous prescris ça [...]. Mais ça devient une "ordonnance", je veux dire que c'est à suivre comme il est inscrit. Et vous ne prenez que cela. Et puis on se retrouve tous les mardis à 15 heures. Et ceci pendant un mois. Et puis on verra en fonction des résultats [...]. Il nous faut très rapidement établir les règles du jeu qui va suivre en avançant dans la plus grande clarté la carte professionnelle. Ouverts et capables de négocier certes, mais néanmoins médecins. » Le sevrage est le but de la prescription, la prescription d'opiacés est donc dégressive et des patients parviennent effectivement à se désintoxiquer. La méthode peut donc marcher. Elle ne marche pas toujours. Certains reviennent, quelquefois après une période d'abstinence plus ou moins longue. Il faut recommencer. La toxicomanie n'est pas la seule maladie chronique à laquelle le médecin généraliste a affaire, mais là encore il faut revenir aux sources de la médecine et changer de regard. Les médecins, formés dans l'objectif exclusif de la guérison, supportent mal ces malades qui ne veulent pas guérir. La maladie chronique renvoie la médecine moderne à ses échecs. À ses échecs ou à ses limites. À l'illusion de la toute-puissance, Jean Carpentier oppose l'humilité constitutive d'une médecine qui doit soumettre ses outils, si puissants soient-ils, au patient. Accepter les limites, c'est accepter d'entendre un patient reconnaître qu'il n'a pas pu faire ce qui lui a été prescrit. C'est accepter de rechercher avec lui une meilleure façon d'agir. Au cours des années quatre-vingt, cette démarche expérimentale prend de l'assurance. Le dialogue avec le patient s'approfondit. Chaque histoire singulière apporte son lot d'enseignements sur ce que vivent les usagers, sur le sens qu'ils donnent aux mots, sur la façon dont ils

17. CARPENTIER J., *La Toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, Ellipses, Paris, 1994.

peuvent investir la relation avec leur thérapeute. L'usager de drogues ment lorsqu'il veut obtenir quelque chose qu'il ne peut obtenir autrement. Comprendre ce qu'il veut, c'est se donner les moyens d'un dialogue plus authentique. Le patient manipule lorsque le médecin donne prise. La manipulation renvoie le médecin à ses illusions. Un à un, les préjugés se détruisent. Sans angélisme, la formation sur le tas se fait en dénouant les pièges qui sont ceux de toute relation humaine, mais qui prennent dans l'usage de drogue des formes particulières, pour des raisons liées à l'interdit et à la stigmatisation, d'une part, à la relation intime que l'usager entretient avec le produit, d'autre part. Lui-même ne sait pas toujours où il en est avec le produit. « Il se ment à lui-même, disent souvent ses thérapeutes, il a perdu le contrôle de lui-même. » C'est un jugement auquel l'usager peut se rendre mais qui peut difficilement correspondre à une expérience subjective. L'usager lui-même a les plus grandes peines à mettre des mots sur sa relation au produit, ne serait-ce que parce qu'il sait d'expérience combien ses propres perceptions sont mobiles. L'ambivalence est peut-être la seule certitude. Les pionniers s'aguerrissent tandis que les patients, chaque jour plus nombreux, se pressent dans les cabinets médicaux.

Une halte dans la galère

L'expérimentation du traitement avait commencé au tout début des années quatre-vingt avec un nombre très limité de patients. Entre 1988 et 1992, les patients sont chaque jour plus nombreux sans que l'objectif de la prescription soit modifié. Il n'est pas question de maintenance, qui reste associée à l'idée de chronicité, mais quelques-uns de ces pionniers observent des changements quasi miraculeux. Lorsque les patients débarquent dans les cabinets médicaux, ils sont le plus souvent dans un triste état. La plainte, la supplique, les pleurs tiennent lieu de relation avec le médecin. Stabilisés par une prescription, ils reprennent visage humain, un échange raisonné devient possible. Dans un objectif de sevrage, dès que le patient a renoncé à l'héroïne pour adopter le médicament prescrit, dès qu'il n'est plus en manque, il faut entrer dans une deuxième phase, une phase dégressive. Certains patients reconnaissent qu'ils ne peuvent pas encore affronter le sevrage, d'autres, au contraire, sont pressés d'en finir, mais les premiers, en principe suspects, vont quelquefois mieux que les seconds, qui peuvent disparaître un temps – peut-être obtenir un « sevrage » ailleurs – ou qui rechutent. Les médecins les plus proches de leurs patients apprennent à ne pas se presser. La succession de sevrages ressemble à une série de haltes dans la galère et, somme toute, ces haltes sont bénéfiques.