DU CONTRÔLE DE L'USAGE AU TRAITEMENT : « MÉTHADONE-INSERTION » À PIERRE-NICOLE

1990, Didier Touzeau et moi-même ouvrons un programme méthadone au centre Pierre-Nicole avec douze patients qui s'ajoutent aux quarante patients français dans les deux centres ouverts depuis 1973. Malgré les limites de ce projet (doses et durée de traitement limitées), nous obtenons des résultats convaincants: les usagers renoncent à la prise quotidienne d'héroïne. Mon expérience de la méthadone a été une expérience sur les contrôles de l'usage (et de l'abus); les contraintes peuvent avoir leur utilité lorsqu'elles sont adaptées à chacun, lorsqu'elles respectent la dignité et l'autonomie des usagers.

LORSQUE DIDIER TOUZEAU M'A PROPOSÉ D'OUVRIR avec lui un petit programme méthadone à Pierre-Nicole, j'ai considéré que ce traitement prolongeait le travail que je faisais sans le modifier – je pouvais difficilement imaginer le changement qu'allait provoquer l'introduction des traitements de substitution. Je voyais la méthadone comme une sorte de bouée dans l'apprentissage du contrôle de l'usage et, à ce titre, je la considérais comme un traitement de la toxicomanie qui pouvait convenir à tous ceux qui étaient dépendants, sur des périodes plus ou moins longues, comme il en est aujourd'hui du patch pour lutter contre le tabagisme. J'étais persuadée qu'il ne suffisait pas de prendre de la méthadone pour que la question des drogues soit écartée; restait le désir ou le besoin d'être dans un état second. Du moins, avec la méthadone, l'usager n'était-il plus contraint de se consa-

crer à la recherche éperdue du produit. Aimé Charles-Nicolas, directeur du centre Pierre-Nicole, et Didier Touzeau considéraient plutôt la méthadone comme un ultime recours lorsque, malgré leurs tentatives, les toxicomanes ne parvenaient manifestement pas à se passer de produit. Au contraire de nombre de spécialistes français, ces deux psychiatres n'étaient pas dogmatiques. Ils savaient que des méthodes thérapeutiques qui n'étaient pas nécessairement les leurs pouvaient être utiles. Aimé Charles-Nicolas s'était efforcé de faire coexister, au sein de son équipe, entraide et psychothérapie sans imposer a priori un consensus idéologique, un choix dont ont certainement bénéficié les usagers mais qui a mal résisté aux conflits institutionnels. Il avait, par exemple, accueilli un temps un groupe de Narcotiques anonymes, habituellement honnis par les cliniciens français. Didier Touzeau comme Aimé Charles-Nicolas sollicitaient parfois pour leurs patients une place méthadone dans un des deux programmes existant en France, à l'hôpital Sainte-Anne ou à l'hôpital Fernand-Widal. Quelques cliniciens parisiens, officiellement hostiles à la méthadone, le faisaient aussi mais ils tenaient soigneusement cette pratique secrète, la réservant à quelques privilégiés de leur connaissance.

Des programmes méthadone, je ne savais pas grand-chose. En 1989, j'avais déjà abandonné mes réticences premières, celles que je partageais avec mes amis du début des années soixante-dix. A vrai dire, nous ne savions pas grand-chose de l'héroïne qui s'était introduite subrepticement pour adoucir les descentes de stimulants, et dans les tout premiers temps, je me souviens que certains présomptueux prétendaient que la dépendance à l'héroine était purement imaginaire, une sorte de croque-mitaine pour faire peur aux enfants. Deux de nos amis avaient été parmi les premiers patients de Fernand-Widal, ce qui ne semblait pas les empêcher de continuer à consommer de l'héroïne. Je me souviens aussi de Catherine, qui était allée chercher de la méthadone en Hollande et avait décroché par doses dégressives en six mois. Au cours des années quatre-vingt, j'avais rencontré suffisamment de méthadoniens pour constater que la méthadone leur était utile, mais je refusais la définition de la toxicomanie comme maladie chronique et je trouvais les analyses d'urine détestables. J'avais lu sans les comprendre les débats qui agitaient les experts anglo-saxons sur les posologies et les durées de traitement. Je savais que des études non contestables prouvaient que ni les posologies ni les durées de traitement ne devaient être limitées, que plus les premières étaient hautes et les secondes longues, meilleurs étaient les résultats. J'avais compris que ces experts combattaient les utilisations punitives de ce traitement, mais je m'interrogeais sur ces hautes posologies dont je craignais

qu'elles ne transforment la méthadone en camisole chimique. J'avais conscience du pouvoir que donne la prescription. Le témoignage des méthadoniens que je connaissais m'inquiétait: «Je lui aurais baisé les pieds le jour où il m'a pris », m'avait dit l'un d'eux, parlant de son médecin. « Je me fous en l'air s'ils me vident », disait une autre qui semblait vivre dans la terreur de l'exclusion du programme... Leur véhémence me surprenait. La dépendance à l'héroïne était-elle si terrible? J'étais persuadée que l'organisation des soins entretenait de facto le mythe de la toute-puissance du produit ; aussi fallait-il veiller à ce qu'elle ne contribue pas à engendrer la chronicité qu'elle prétendait traiter. Plus les contraintes étaient pesantes, plus l'usager devait organiser sa vie autour du programme et moins il était à même de développer des activités autonomes. Les humiliations, la peur de l'exclusion étaient tout aussi contre-productives ; elles rappelaient au quotidien à l'usager qu'il était dépendant, il ne pouvait qu'y perdre toute confiance en lui. Avec le Dr Charles-Nicolas comme directeur, j'avais du moins l'assurance que les patients seraient respectés. Pourquoi ne pas tenter une expérience méthadone à la française, dans le respect de l'usager?

Une méthadone à la française

Avec les douze places du centre Pierre-Nicole, nous allions glorieusement augmenter de 30 % le nombre de places françaises, soit au total cinquante-deux. Les Dr Aimé Charles-Nicolas et Didier Touzeau ont été les seuls spécialistes français à oser surmonter l'interdit qui pesait sur cet objet complexe, aussi inquiétant comme médicament que comme drogue ¹. Didier Touzeau se souvient d'avoir pris la décision de proposer un projet méthadone, de retour de vacances, le 14 juillet 1989. Une jeune femme pour laquelle il avait sollicité en vain une place dans le programme méthadone de Sainte-Anne s'était suicidée. Le projet était intitulé « Méthadone-insertion ». Il définissait

^{1.} Deux programmes méthadone expérimentaux ont été ouverts en 1973 à l'hôpital Sainte-Anne et à Fernand-Widal, de vingt places chacun. En 1989, Claude Évin, ministre de la Santé, réactualise le protocole méthadone de 1973 pour que les spécialistes qui le souhaitent puissent ouvrir des programmes méthadone. «La méthadone à petits pas », titre Le Quotidien du médecin (10 octobre 1989). C'est la stratégie que le Dr Charles-Nicolas propose à Claude Évin et à Jean-Paul Jean, son conseiller. Aimé Charles-Nicolas pense que les Français l'adopteront progressivement, mais aucun autre spécialiste n'a proposé de projet, à l'exception de l'équipe de Bayonne, dont le projet a été refusé au nom de l'«éthique du soin»: cette équipe était accusée de «médicalisation de la toxicomanie».

notre stratégie thérapeutique. La prescription de méthadone libérait l'héroïnomane de la recherche du produit, celui-ci pouvait se consacrer à se reconstruire tant au niveau social qu'au niveau personnel. Avec une durée de traitement limitée, le projet que nous avons rédigé serait aujourd'hui refusé par tous les experts français et internationaux; on limitait non seulement la durée du traitement mais aussi la posologie, comme il était alors de règle dans les deux autres centres français. Ce projet témoigne de notre ignorance du médicament, ignorance collective puisque le projet a été longuement négocié avec l'administration de la santé et la commission méthadone mise en place depuis 1973. Il témoigne surtout des contradictions dans lesquelles nous nous débattions, il entendait se démarquer de l'image désastreuse d'un

traitement réservé à des chroniques.

En rédigeant le projet, nous pensions à quelques-uns des résidents de Pierre-Nicole, malades du sida, pour qui il devenait absurde d'imposer une énième désintoxication, mais ces prescriptions de méthadone compassionnelles devaient se faire dans le secret de la relation thérapeutique. Notre programme méthadone ne devait pas être un mouroir. Nous avons affiché l'objectif de « vie sans dépendance », le traitement étant limité à six mois, un temps que nous avons pris la précaution de pouvoir renouveler. La limitation dans le temps était une bêtise en même temps qu'une forme d'hypocrisie dont j'ai pris conscience au changement de direction. Nous savions d'expérience que le processus de sortie exigeait des années. Pour Didier Touzeau comme pour moi, cette limitation du temps était purement symbolique. Nous pensions ces six mois comme une étape rassurante pour les patients. Dans le centre de postcure Pierre-Nicole, le temps de séjour était officiellement limité à deux mois, ce qui, dans la pratique, ne correspondait à rien. Quand les résidents n'étaient pas renvoyés à la rue parce qu'ils avaient consommé des drogues, quand ils ne partaient pas d'eux-mêmes souvent le lendemain de leur admission, ils restaient dans la postcure le temps qui leur était utile jusqu'à ce qu'une solution de sortie puisse être proposée. Six mois renouvelables, c'était mieux que deux mois de postcure. Aujourd'hui où, dans les traitements de substitution, nous nous confrontons à l'impatience de nos patients, nous avons appris à parler vrai: on ne sort pas en six mois ou un an de quinze années de toxicomanie. Il faudrait même, disent certains praticiens, une durée de traitement égale à la durée de la dépendance. Trois années de traitement sont nécessaires au minimum lorsque la dépendance est avérée, avec les traitements de substitution comme avec n'importe quel autre traitement. Au-delà de la question de la dépendance, il faut prendre le temps de construire une nouvelle façon de vivre.

Le programme «Méthadone-insertion» de Pierre-Nicole s'est ouvert en octobre 1990 avec douze places réservées à des « patients en échec dans le système de soins ». En principe, ces places étaient destinées aux patients de la postcure et de l'unité mère-enfant, ouverte deux années auparavant. Ce projet initial n'a pas pu être mis en œuvre, l'équipe thérapeutique de la postcure refusant le traitement par la méthadone avec une violence qui m'a surprise. J'avais, des années durant, travaillé avec cette équipe, nous avions ensemble accompagné des garçons et des filles et nous avions recherché ensemble comment aider au mieux chacun et chacune. Je pensais que nous parviendrions sans trop de difficulté à la convaincre, en nous appuyant sur le témoignage des usagers que nous allions suivre ensemble. Il y avait bien sûr une part de provocation dans cette aventure et je m'amusais secrètement du piège où les praticiens les plus virulents dans le combat idéologique risquaient fort de s'enferrer. Mais comme la portée de l'action ellemême dépassait la simple provocation, j'étais persuadée que les praticiens proches de leurs patients ne pouvaient, à terme, qu'accepter le projet. Je ne soupçonnais pas que la méthadone allait être vécue comme une déclaration de guerre. «C'est une question d'éthique», m'a affirmé une psychologue. Une question d'éthique ? Que voulaitelle dire? Elle n'était pas seule à le dire... L'énoncé circulait alors largement, jusqu'en Suisse où le Dr Annie Mino a remarqué, comme moi, qu'il avait le pouvoir magique de clore tout débat.

Premiers résultats : les héroïnomanes renoncent à la consommation quotidienne d'héroïne

Avec Didier et Brigitte, infirmière, nous nous sommes mis au travail. Entre la consultation de Didier et le Bus des femmes où je travaillais, les douze places ont été rapidement remplies, sans autre critère qu'une dépendance avérée aux opiacés. Franky, Yvon, Christophe, Myriam, Frédérique, Brigitte, Dom et les autres étaient assez représentatifs des différents toxicos de ces années-là. L'héroïne avait été une aventure plus qu'un refuge, les consommations étaient souvent chaotiques et nos «tox» étaient pour la plupart de vrais galériens. Peu d'entre eux avaient réussi à maintenir une consommation régulière d'héroïne, c'est une des raisons pour lesquelles ils ont le plus souvent accepté de se plier aux 40 mg fatidiques de la doctrine française. C'était à peu de chose près un équivalent de la dose dont ils devaient se contenter les jours de galère. À l'exception de Franky et de

Christophe, tout deux habitués de la méthadone hollandaise, nos clients ont fait tout leur possible pour satisfaire nos exigences; ils convenaient avec nous que la dose devait être la plus basse possible – ce qui nous semblait aux uns et aux autres une évidence de simple bon sens. Le bon sens a été dans ce cas un très mauvais conseiller, comme nous allions le comprendre plus tard. Le résultat, c'est que nous avons dû, soignants et soignés, consacrer l'essentiel de notre énergie à contenir le désir de drogues, désir qui s'estompe de façon autrement efficace lorsque la posologie est adéquate. Nous ne ménagions pas nos efforts, acceptions de passer des heures avec chacun si nous sentions qu'ils faiblissaient. Ces douze patients occupaient une bonne part de notre temps et j'imaginais difficilement qu'il soit possible d'investir

plus de douze histoires à la fois.

Je trouvais les résultats remarquables. Onze patients sur douze ont abandonné l'injection quotidienne, la consommation d'héroïne du douzième, malade du sida, avait été acceptée d'entrée de jeu; à l'époque, nous n'imaginions pas qu'il lui aurait peut-être suffi d'augmenter les doses de méthadone. Même à dose minimale, les usagers se transformaient à vue d'œil. Il y avait si clairement un avant et un après que nous avons souvent regretté de ne pas les avoir photographiés. Des galériens au bout du rouleau devenaient en quelques jours des garçons et des filles propres sur eux, brusquement soulagés de la hantise du manque et d'une vie délinquante qu'ils vivaient comme une contrainte. Ce sont ces douze usagers qui ont fait de moi une adepte de la méthadone. Et cependant, cette transformation miraculeuse n'était que la première étape d'un processus qui se révélait douloureux pour beaucoup. Après des années de vie chaotique, reprendre pied n'était pas une mince affaire. A voir ces héroïnomanes au quotidien, nous pouvions mesurer les déchirements, les séparations, les deuils que les consommations anarchiques de drogues ou d'alcool abrasaient. Nous devenions de fait les témoins de leur histoire, nous étions aussi garants que la vie se poursuivait jour après jour. C'est dire que nous devions être là, que l'engagement thérapeutique devait être sans faille - pour certains du moins. D'autres ne demandaient que le produit, ce qui ne me gênait nullement. Eviter la souffrance du manque et sortir du marché noir étaient pour moi des objectifs qui se suffisaient à eux-mêmes. Manifestement, quelques-uns vivaient toute immixtion dans leur vie intime comme un danger. Je connaissais la vie personnelle de Franky et je me serais bien gardée de m'introduire dans l'équilibre paradoxal de cet albinos presque aveugle qui prenait toujours le chemin le plus direct pour obtenir ce qu'il voulait. Pendant des années, il avait fonctionné comme un aimant de l'héroïne.

Pour lui du moins, il était clair qu'il n'était tout simplement pas question de se passer de produit, il n'était pas question non plus de se poser des questions.

La contrainte généreuse

Nous avons allégé les contraintes de ceux qui nous gardaient à distance, mais nous avons pu constater que l'échange même minimal pouvait avoir une fonction. André dérapait dès qu'il ne venait pas quotidiennement au centre. Ceux qui avaient une famille ou un emploi pouvaient avoir d'autres chats à fouetter mais, dans la grande galère, nous étions parfois l'unique point de repère de la journée. Les usagers se levaient et s'habillaient pour venir à Pierre-Nicole et, même si l'échange était limité, du moins leur souhaitions-nous une

bonne journée.

C'est avec Yvon que j'ai compris quelle pouvait être l'utilité des analyses d'urine. Je les employais pour estimer les résultats du programme, dont je voulais faire une évaluation précise, mais je ne leur accordais aucune importance dans la relation avec les usagers jusqu'au jour où Yvon m'a reproché de ne pas m'être aperçue qu'il allait mal. «Comment? Tu n'as pas vu les résultats des analyses d'urine de ce mois ?» m'a-t-il demandé. J'avais oublié ce que je savais pourtant d'expérience, à savoir que tout ne peut pas se dire tout le temps et que certains, lorsqu'ils vont mal, ont l'étrange talent de passer inaperçus. C'est le moindre des droits, mais nous devions rester en alerte. Il faut reconnaître que l'outil peut être dangereux et l'intrusion, violente, aussi doit-elle exiger la même déontologie que tout examen médical. Les analyses d'urine pouvaient néanmoins, comme d'autres contraintes, jouer le rôle de roue de secours dans quelques impasses thérapeutiques, par exemple, pour départager soignants et soignés sur le sens ou les fréquences d'une consommation : la consommation de cocaine était-elle purement occasionnelle ou beaucoup plus régulière, voire compulsive? Les analyses d'urine pouvaient aussi témoigner d'une évolution favorable; elles attestaient d'une victoire sur une compulsion que l'usager lui-même n'imaginait plus possible...

Mon expérience de la méthadone a été une expérience sur les contraintes. Le protocole français aligné sur le modèle des protocoles américains renvoie à une conception disciplinaire du traitement. Le message est violent: on accepte de donner de la drogue en supprimant le plaisir et on le fait payer au prix fort; l'usager perd toute autonomie. Les contraintes du traitement, la venue quotidienne au

centre, les analyses d'urine, le suivi psychothérapeutique ou psychosocial obligatoire renvoient l'image du toxicomane menteur qui poursuit une seule obsession, se droguer, et qu'il faut donc contrôler le plus étroitement possible, jusque dans sa vie psychique intime, si la psychothérapie de type analytique est imposée. A priori, il est difficile d'imaginer dispositif plus disqualifiant, mais les usagers peuvent aussi s'approprier ces contraintes, ou du moins certaines d'entre elles, et en transformer radicalement le sens. Ils peuvent choisir de s'engager dans une démarche psychothérapeutique ou rechercher l'appui d'un travailleur social pour affronter les contraintes de la vie ordinaire; ils peuvent penser qu'objectiver leurs consommations peut leur permettre de mieux les contrôler; ils peuvent enfin choisir la méthadone plutôt que l'héroïne, si le plaisir de l'héroïne s'est épuisé ou s'ils veulent privilégier d'autres investissements. Le piège tient à l'opposition dualiste entre « dépendance ou liberté ». Les héroïnomanes sont dépendants de l'héroïne, ils ne sont pas pour autant des esclaves. Ils perdent des libertés en devenant des méthadoniens, ils en gagnent d'autres. D'un côté comme de l'autre, il y a marges de liberté et système de contraintes, si toutefois les thérapeutes favorisent ce processus d'appropriation. La question qui se pose n'est pas de savoir si on est libre ou attaché « mais si on est bien ou mal attaché 2 ».

En 1990, lorsque je me suis engagée dans l'expérimentation de la méthadone, je savais déjà que certains régulaient seuls leur autosubstitution, que d'autres sollicitaient le soutien d'une relation thérapeutique, sans pour autant avoir besoin qu'on les aide à gérer la prise de produit, et que d'autres enfin étaient débordés régulièrement ou par période par leur consommation. Manifestement, il fallait sortir du tout ou rien. Les contraintes devaient être individuelles, elles devaient s'inventer dans l'interaction étroite avec l'usager, en fonction de ce qu'il voulait mais aussi de ce qu'il pouvait, capacité qu'il fallait réussir à objectiver. Parallèlement à la méthadone, quelques médecins expérimentaient la prescription de traitement de substitution en médecine de ville, où les contraintes étaient minimales puisque le patient achète son médicament en pharmacie et qu'il le consomme comme il l'entend. Ces deux expérimentations devaient se concevoir en complémentarité pour aboutir à un dispositif qui réponde au mieux à la diversité des demandes et des besoins.

Telle est la tâche à laquelle je me suis consacrée à Pierre-Nicole durant l'année et demie qu'a duré l'expérimentation de ce premier

^{2.} LATOUR B., «Factures/fractures, de la notion de réseau à celle d'attachement. Drogues et remèdes », Ethnopsy, les mondes contemporains de la guérison, n° 2, mars 2001.

programme méthadone. Une stratégie thérapeutique commençait à prendre forme. Une sociologue qui a observé ultérieurement le travail de l'équipe de Bagneux a élaboré le concept de « contrainte généreuse » pour rendre compte de cette stratégie ³. Une contrainte est généreuse si elle est pertinente, adaptée à son objet, si le rapport de force qu'elle instaure produit non pas une soumission mais une dynamique, si les usagers peuvent se l'approprier. Les contraintes telles que je les concevais devaient être strictement individuelles, une contrainte pouvant être utile pour l'un et contre-productive pour d'autres. Il ne s'agissait donc pas d'appliquer un règlement, souvent justifié par le manque de structuration psychique des toxicomanes, leur incapacité à intégrer le principe même de la loi symbolique. L'usager doit s'approprier les contraintes dont il peut éprouver qu'elles sont vitales pour lui.

À Pierre-Nicole, la négociation a été menée sur le mode classique de la relation duelle soignant-soigné. Trois années plus tard, l'expérimentation a pris une nouvelle dimension. Les toxicos des années quatrevingt changeaient de peau. Ils devenaient des usagers de drogues. L'adaptation du traitement est restée individuelle mais, en arrièrefond de la relation soignant-soigné, une autre négociation s'est menée avec un acteur collectif, les usagers de drogues. Cette nouvelle identité s'est inventée dans un mouvement dont il est impossible de déterminer les contours, dans un collectif qui ne se reconnaissait pas comme une communauté et dont les liens n'étaient pas toujours palpables. Les pensées et les conduites ont circulé on ne sait trop comment, chacun inventant seul son histoire. L'histoire n'en a pas moins été collective.

^{3.} GOMART E., Surprised by Methadone, Experiment in Substitution, thèse pour le doctorat de socio-économie, École des mines, Paris, 1999.