



Chapitre 22

USAGERS DE DROGUES OU PATIENTS ?

Les usagers de drogues, qui se regroupent durant l'hiver 1992 dans l'association ASUD, se réclament des droits de l'Homme même s'ils se droguent. Ms doivent pouvoir protéger leur santé, et l'association demande seringues stériles et produits de substitution. Les usagers demandent d'abord des produits injectables, morphine ou méthadone injectable à défaut d'héroïne. Spontanément, celui qui s'injecte des drogues voit dans le renoncement à l'injection le renoncement au plaisir ; accepter l'usage des drogues, c'est accepter le plaisir. Progressivement, les militants d'ASUD s'approprient la réduction des risques. Le renoncement à l'injection, le contrôle de l'abus et même l'arrêt de la consommation ne sont pas seulement imposés par le médecin ou par le contrôle social, ils peuvent être des choix gué fait l'usager. Ce dernier n'est pas un malade; il peut devenir un patient sans se renier, si tel est son choix et si le médecin respecte son autonomie. Après un dossier consacré à la méthadone en juillet 1994, le journal ASUD tient régulièrement une rubrique sur tous les produits de substitution : les usagers ont intégré la «palette des traitements » ; elle doit comprendre des médicaments adaptés à chacun. Nous disposons de deux médicaments, la buprénorphine et la méthadone. En s'élargissant à l'héroïne, h palette des traitements pourrait intégrer des usagers qui, actuellement, n'ont pas accès aux soins. Les pouvoirs publics n'y sont pas décidés.

La demande de produits injectables

Quelle a été la position d'ASUD, première association d'usager de drogues, sur le Temgésic et plus généralement sur les traitements de substitution ? Curieusement, le journal d'ASUD tarde à s'exprimer sur le sujet. Le n° 1 paraît en juin 1992. Il est intitulé *Journal de prévention santé et droits de l'homme*. Il annonce le « scoop : des usagers de drogues s'organisent pour prendre la parole ». C'est un scoop en effet. Les seuls usagers qui, dans le passé, ont pu s'exprimer sont des « repentis » qui témoignent : « Comment je suis sorti de l'enfer. » Tout autre discours est d'ailleurs susceptible de tomber sous le coup de la loi qui interdit la présentation de la drogue « sous un jour favorable ¹ ». La nouvelle de la création d'ASUD fait naître cette émotion particulière que ressentent tous les parias lorsque soudain ils entendent dire à voix haute ce qu'ils ont dû taire. Le journal publie quelques lettres d'usagers parmi les nombreuses que l'association a reçues avec ce même message : « Merci d'exister. » L'article de fond est consacré à une information sur le sida avec la première version du « *shoot* à risque réduit² », tandis que le journal s'inscrit clairement dans le mouvement international de la réduction des risques. On peut y lire des articles sur la participation d'ASUD à la rencontre européenne des usagers de drogues à Oslo, une lettre d'un ami de Belgique, une tribune libre sur la réduction des risques par une association australienne. Une page enfin est consacrée aux droits de l'Homme, arrêt de la Cour de cassation et nouvelles de l'Europe. La question de la substitution n'est pas abordée. Dans le numéro ^(<) suivant, paru en automne 1992 au moment où le Temgésic vient de

1. La provocation à l'usage et la présentation sous un jour favorable sont sanctionnées par l'article L. 3421-4 du Code de la santé (ancien L. 630) d'un emprisonnement de cinq ans et d'une amende de 500 000 francs. CABALLERO F. et BISIQU Y. (*Droit de la drogue* op. cit.) relèvent que 900 provocations sont constatées chaque année. Une loi bien difficile à appliquer au regard des productions artistiques contemporaines et qui peut se prêter à toutes les interprétations : la prise de position pour la légalisation des drogues (qui, en tant qu'opinion, relève de la liberté d'expression) peut ainsi être assimilée à une provocation à l'usage ou une incitation par propagande. Le président d'Act Up a ainsi été condamné en 1999 avec deux tracts « J'aime ecstasy » et « Nous sommes tous des consommateurs d'ecstasy ». Quant au président du CIRC, il est sous le coup d'une condamnation à 300 francs par jour d'amendes à hauteur de 90 000 francs. C'est, il est vrai, un multi-récidiviste : sept condamnations depuis la création du CIRC.

2. « *Le shoot* à risque réduit » est la deuxième brochure qui s'adresse directement aux injecteurs, la première ayant été élaborée par AIDES en 1985. La brochure a été ensuite illustrée par Pierre Ouin avec la figure emblématique de Bloody (voir, plus bas, note 10).

passer sur carnet à souche, l'éditorial porte sur une expérience hollandaise de méthadone injectable. Ce sera le seul article en deux ans consacré à la substitution et la situation française n'est pas traitée. Il faut attendre juillet 1994 pour que le journal publie le premier article de fond sur la méthadone française, débats, réglementation, accès au traitement, effets du produit³. Ce silence pourrait laisser croire à de l'indifférence ; il n'en est rien. La question de la substitution est bien au cœur des préoccupations des usagers, militants et lecteurs du journal. Tout fonctionne comme si, durant ces deux premières années, le journal n'avait rien à ajouter à la revendication de produits injectables, formulée dans l'article « Méthadone shootable ». Pourquoi la méthadone injectable ? interroge la présidente de l'association, qui écrit l'article, publié en première page : « La réponse est simple : la méthadone buvable palliait le manque [...] mais ne pouvait en aucun cas leur donner le flash, cet instant de plaisir total orgasmique qu'on obtient en se shootant⁴. » Le plaisir du flash : le gros mot est lâché. Le journal d'ASUD n'y reviendra plus. Demander des produits injectables, c'est revendiquer le droit au plaisir, et tous les usagers savent d'expérience que la revendication du plaisir est le tabou par excellence. Le plaisir est précisément le « seul point commun repérable entre les consommateurs », et ce quelles que soient les drogues, du « bon joint » au bon sniff d'héroïne en passant par le shoot de cocaïne, écrit Fabrice Olivet, président d'ASUD⁵, qui poursuit : « Entre eux, les usagers ne parlent que de "ça" mais ce discours est à usage interne. » Devant le tribunal, la seule position tenable est l'appel à la pitié : « Monsieur le juge, c'était plus fort que moi » et il en est de même de la demande de cure, « sorte de cérémonie d'abjuration » où la relation au plaisir doit être transformée en dépendance, c'est-à-dire en souffrance.

3. Les produits de substitution font partie des dix mesures d'urgence demandées par l'association et publiées dans le n° 4 du journal (été 1993) : mesure n° 2 « programme méthadone » et mesure n° 3 « possibilité pour les réseaux de médecins généralistes de prescrire des produits de substitution (y compris les spécialités inscrites au tableau B) », mais cette revendication ne donne lieu à aucun article. À partir du n° 6 de juillet 1994, tous les numéros d'ASUD Journal comprennent au moins un article sur la substitution, presque toujours annoncé en couverture.

4. CHARPY Phong T., « Méthadone shootable », ASUD Journal, n° 2, automne 1992. L'expérience de méthadone injectable a été abandonnée au profit de l'héroïne, expérimentée en Suisse et aux Pays-Bas. La méthadone se prête mal à l'injection.

5. OLIVET F., « Le plaisir des drogues », Psychotropes, revue internationale des toxicomanies, vol. 3, n° 3, novembre 1997.

Le plaisir de la drogue

Que les drogues puissent procurer du plaisir est en quelque sorte un secret de polichinelle, tout un chacun doit bien se douter que si les drogues sont consommées, c'est que les usagers en tirent du plaisir, mais le secret est bien tenu. Dans la prévention, parler de plaisir est considéré comme incitatif et le plaisir ne concerne pas les soignants. Les patients sollicitent un soin parce qu'ils souffrent ; au minimum, ils doivent autoriser l'interrogation de leurs thérapeutes sur cette mystérieuse souffrance, le « scandale toxico », l'absence au monde, la démesure, la dépendance. Les usagers de drogues ont leur réponse : ils en prennent parce qu'ils aiment ça. C'est pour eux une évidence qui ne se discute pas. Avec les soignants, ce n'est pas tant un dialogue de sourds qu'un dialogue avec un muet. Le toxicomane peut parler de sa souffrance, le plaisir doit être tu. Si les usagers de drogues prennent la parole, c'est précisément pour dire tout haut ce que, comme toxicomanes, il leur a fallu taire. Pour eux, le déni collectif du plaisir n'est rien d'autre qu'une stratégie de disqualification. Ce déni rend incompréhensible leur conduite, interprétée dans la prévention comme la recherche du risque pour le risque, et dans le soin comme un comportement suicidaire. Les usagers savent parfaitement que si ce droit à la parole vient de leur être reconnu, ils « ne le [doivent] pas à [leur] bonne mine mais à la sale gueule du sida » (*ASUD Journal*, n° 2). La revendication de produits de substitution injectables est dans la ligne des droits qui viennent de leur être reconnus : droit de protéger leur santé, droit à des seringues stériles mais la revendication de produits injectables présuppose, plus explicitement encore, que le plaisir soit, si ce n'est reconnu, du moins accepté par les médecins. Au reste, la revendication n'a rien de symbolique. Les premiers militants d'ASUD sont tous des UDIV, c'est-à-dire des usagers de drogues par voie injectable, ce qui était d'ailleurs le cas de près de 90 % des héroïnomanes au début des années quatre-vingt-dix. Tous, ou presque, sont aussi des patients, quelques-uns en méthadone dans un centre spécialisé, en médecine de ville pour la plupart, mais ASUD ne se définit pas comme une association de patients, c'est une association d'usagers de drogues. La différence entre les deux, c'est, pour les usagers comme pour la majorité des soignants, la reconnaissance du plaisir.

Douleur ou plaisir, liberté ou dépendance, ces alternatives, fortement idéologisées, ne laissent apparemment pas d'échappatoire. Si l'usage de drogues est un plaisir, le médecin qui prescrit des drogues est un dealer. Dans cette interprétation, la victoire appartient au toxicomane. Pour le Pr Olievenstein, le véritable perdant est le toxicomane ;

la méthadone serait l'« instrument de la victoire de la bourgeoisie, menacée dans son fondement par l'affirmation d'Éros comme valeur en soi », plus dangereuse encore que la « révolution sociale ⁶ ». Ceinturé par une drogue qui supprime le plaisir, Icare, les ailes coupées, est transformé en « infirme médico-légal ». Dans l'imaginaire collectif, le toxicomane est la figure même de la démesure : « Tu transgresses la mort avec laquelle tu joues [...] tu refuses notre loi de la mort et tu acceptes de payer le prix fort. » Tel serait le « projet toxico », fascinant parce qu'il « permet la transgression par personne interposée ». Le Dr Olievenstein a toujours reconnu que la fascination était le moteur de sa « clinique du toxicomane⁷ ». Les thérapeutes des années suivantes prendront leurs distances avec la fascination mais, à sa suite, continueront de s'interroger sur la transgression, assimilée au « projet toxico ».

Où le toxico devient usager de drogue

Les militants d'ASUD se reconnaissent-ils dans le « projet toxico » ? Le « projet toxico » est-il un projet de toxicos ? Qui étaient-ils au juste et que voulaient-ils ? La réunion de ces premiers militants n'avait pas été spontanée. Abdallah Toufik, à l'époque salarié par APART, association de lutte contre le sida, avait découvert l'action des groupes européens d'autosupport des usagers de drogue (*self help*), réunis dans une coordination européenne, EIGDU⁸. Revenu en France, il met en contact des usagers de drogues qu'il avait d'abord rencontrés dans le cadre de son travail à Espoir Goutte d'Or. Son but était d'aider à la constitution d'un groupe français d'autosupport. L'initiative est soutenue par APART, qui accueille les usagers dans ses locaux. Abdallah Toufik n'est pas un usager, il se refuse à faire le mentor et se retire assez vite. C'est désormais aux intéressés de se déterminer. Que veulent-ils exactement ? Ceux qui se retrouvent à APART savent qu'ils doivent leur existence à la prévention des risques sanitaires ; ils entendent assumer leur rôle de relais de prévention mais aussi lier prévention et « respect des droits de l'Homme... qu'il soit ou non usager » (*ASUD Journal*, n° 1),

6. OLIEVENSTEIN C. (entretien avec), « En désespoir de cause », *L'Esprit des lois, Autrement*, n° 106, avril 1989.

7. OLIEVENSTEIN C. et al., *La Clinique du toxicomane*, Les Éditions universitaires, Begebis, 1987.

8. EIGDU, European Interest Group of Drug Users. Voir TOUFIK. A., *L'Approche identitaire comme outil de réduction des risques. La contribution de l'autosupport à la prévention de l'infection au VIH*, mémoire de DEA, EHESS, Paris, 1993.

Revendiquent-ils pour autant le « droit de se droguer » ? La question est moins simple qu'il n'y paraît. Nombre de ceux qui leur apportent encouragement et soutien voient dans l'usage de drogues un droit, l'expression d'une liberté individuelle. Les usagers de drogues d'ASUD sont conscients que l'injection est une pratique dangereuse et il n'est pas question de la promouvoir ; il faut seulement l'accepter. Il faudra dix-neuf réunions pour définir le Manifeste d'ASUD⁹ : « Des usager » de drogues prennent la parole : notre but n'est pas de promouvoir l'usage de drogues mais que les droits de l'Homme s'appliquent aux toxicomanes. »

« Toxicomanes », le mot est infamant, il renvoie à la manie, la plus stigmatisante de toutes les maladies. Il était d'usage si courant que nous avons tous eu du mal à l'abandonner. Les toxicomanes eux-mêmes ne savaient plus comment s'appeler. Ils découvrent que les épidémiologistes les appellent des UD (usagers de drogues) ou UDIV (usagers de drogues par voie intraveineuse). Dans les tout premiers numéros d'*ASUD Journal*, ils adoptent « zudés » en manière de phii-santerie, mais leurs lecteurs ne s'y reconnaissent pas. «Tox» était l'usage courant mais restait stigmatisant. Allaient-ils s'inscrire dans la grande tradition des junks de Burroughs ou encore des camés bien de chez nous ? La provocation était tentante. Bloody, le personnage emblématique d'un junky teinté de punk, incarne l'esprit de résistance¹⁰, mais cette résistance reste prisonnière des imageries. Les militants ont fait le choix du terme le moins connoté, « usager de drogues », en concordance avec l'identité de « citoyen comme les autres » qu'ils entendaient conquérir.

Le « projet toxico » défini par la démesure est-il un projet de toxico ?

S'il y a bien des usages extrêmes et des usagers suicidaires, le « projet toxico » n'est pas un « projet de toxico ». Le projet toxico défini par la démesure renvoie à un imaginaire qui n'est pas tant un imaginaire des drogues qu'un imaginaire de la société et de la norme.

9. KEMPFER J., « ASUD Story », *Courrier des addictions*, n° 1, janvier 1999.

10. Bloody est un personnage de bande dessinée, héros de plusieurs albums par Pierre Ouin (*Bloody trouve pas l'égout, Bloody veut décrocher*). Le personnage est apparu dans un fanzine, Viper, publié de 1981 à 1984. Le titre reprend le nom que se donnaient à eux-mêmes les consommateurs de cannabis des années cinquante aux États-Unis. Autres héros de ce fanzine, Kebra de Trembler et Jano et Lucien de Franck Margerin.

L'interprétation du thérapeute fait écho à celle du juge ; elle a justifié la loi de 1970 qui sanctionne, selon Dominique Charvet, magistrat, « l'absence au monde, la dépendance, la démesure¹¹ ». Tous les usagers de drogues ont bien en commun de se mettre hors la loi puisque l'usage de drogues est illégal ; ils n'ont pas pour autant le même rapport aux lois et à la société. À l'interrogation du juge : « Pourquoi le toxicomane se met-il hors la loi ? », l'usager de drogues, citoyen comme les autres, répond « Parce que l'usage de drogues est illégal ». Usage de drogues et contestation ont bien fait une alliance dans le mouvement contre-culturel. Lorsqu'il est associé à la crise d'adolescence, l'usage de drogues a certainement à voir avec la transgression, mais l'usager peut rechercher tout autre chose, de la performance à l'adaptation ; ni le plaisir ni le désir ne sont nécessairement liés à la transgression.

« La drogue, c'est la mort », dit la propagande. Avec le sens commun, la clinique du toxicomane s'interroge : pourquoi prennent-ils le risque de mourir ? Pourquoi la démesure ? Pourquoi la répétition ? La clinique du Dr Olievenstein, contrairement à nombre de ses collègues, intègre le plaisir mais aussi la condamnation à la mort. Le toxicomane est celui qui « meurt de plaisir ». Lorsque le clinicien s'interroge sur le pourquoi de la passion des drogues, le toxicomane reste silencieux. Ce serait qu'il « préfère la jouissance à la parole », interprète doctement le psychanalyste, ce qui fait rire son collègue : « Comme si, en l'espèce, le toxicomane faisait figure d'exception¹² ! » Reste que la quête du plaisir absolu est une tyrannie, les écrivains toxicomanes ont été nombreux à en témoigner. Le stéréotype du toxicomane est un piège redoutable parce que, comme tous les stéréotypes, il n'est pas pure fantaisie, il s'empare de faits dont il donne une interprétation vraisemblable. Les drogues sont puissantes, elles ne sont pas toutes-puissantes. Ceux qui, malgré les dangers, choisissent de s'en approcher doivent aussi apprendre à s'en garder. Gilles Charpy, un des fondateurs d'ASUD, fait partie des usagers qui revendiquent l'exploration des champs de la jouissance et du désir : « Le shit, un branchement sur la cocasserie [...], la coke, une accélération comme une fusée et une descente précipitée ! [...] L'héroïne ? Comment dire ? C'est lourd, dense et vif, à la fois comme une pluie de mercure

11. CHARVET D., « L'homme de droit et la toxicomanie », in EHRENEERG A. (dir.), *Individus sous influence. Drogues, alcool, médicaments, psychotropes*, Éditions Esprit, Paris, 1991.

12. La référence est de Jean-Pierre JACQUES, lui-même psychanalyste, qui cite son collègue Hugo FREDA, *Pour en finir avec les toxicomanies*. Psychanalyse et pourvoyance légalisées des drogues, De Boeck et Larcier, Bruxelles, 1999.

ou l'odeur de la terre après l'orage. Moi, j'aime ça. Est-ce que je mérite la mort¹³ ? »

Comme une bonne part des usagers d'ASUD, il n'imaginait pas de renoncer à l'injection, le plaisir extrême. La demande de produits injectables a été d'abord le refus de vivre dans la délinquance ; la prohibition des drogues est effectivement le premier problème auquel les usagers se confrontent, mais ils ont aussi dû prendre conscience qu'il ne suffisait pas de lever l'interdit, ils devaient modifier leur rapport au produit. Le junky veut de l'héroïne et c'est à l'héroïne même qu'il attribue ce « toujours plus », l'irrésistible envie, la compulsion ; le produit s'y prête mais la compulsion n'est pas engendrée directement par le produit : c'est un rapport au produit. Comme tous les comportements humains, elle est le résultat d'un ensemble d'influences où interagissent fonctionnements inconscients et conscients. La compulsion peut être interprétée comme une réponse à un système de contraintes, subjectives ou objectives ; elle est entretenue par la frustration, l'interdit, la peur du manque. Les usagers en traitement dans les programmes héroïne en Suisse peuvent augmenter les doses s'ils le veulent mais, contrairement à ce que l'on pouvait penser, ils se stabilisent et certains finissent par demander une réduction des doses prescrites, pour conserver le plaisir. « Ici, il n'y a pas la peur de se faire prendre ou de risquer d'avoir un produit mal dosé, témoigne Pierre, 47 ans dont 24 ans d'héroïne [...] » « Résultats, commente le journaliste *d'Interdépendance* après une enquête menée à Genève, le rapport au produit se fait moins compulsif¹⁴. » Les héroïnomanes français n'ont pas pu faire cette expérience. Leur chemin a été plus sinueux. Avec la prescription de Palfium, quelques-uns ont été emportés par la compulsion, les autres ont pris leurs distances. Il faudra deux années de cheminements souterrains, personnels et collectifs, marqués dans l'histoire de la réduction des risques par des éclats, des débats et des dérives, pour que les usagers regroupés à ASUD rompent avec la figure du tox défini par la démesure extrême.

Usagers et patients

Lorsque le Temgésic passe sur carnet à souche en automne 1992, l'association a quelques difficultés à prendre position. Le Temgésic est

vécu comme un médicament que les usagers n'acceptent qu'en désespoir de cause. Antagoniste, le produit impose, de gré ou de force, le renoncement à la consommation d'héroïne, dont il neutralise les effets. Sur la gamme des produits de substitution, il est en bas d'une échelle dont le critère est l'euphorie. En tant qu'usagers de drogues, les militants se sentent peu concernés ; ils publient toutefois la lettre ouverte d'un lecteur au ministre de la Santé, Bernard Kouchner, qui avait signé le classement du Temgésic dans la liste des stupéfiants selon la recommandation de la Commission des stupéfiants : « Moi, mon truc, c'est le Temgésic, pour l'instant en tout cas ; il m'a permis de décrocher de l'héroïne en douceur, de reprendre une vie normale, un travail dans lequel on m'apprécie [...]. Et voilà que tout d'un coup, vous, M. Kouchner, vous mettez un terme à tout ça [...]. Réveillez-vous M. Kouchner, écrit ce lecteur, qui ajoute un post-scriptum : Ça m'embête beaucoup de rester anonyme mais je vis avec quelqu'un et je ne voudrais pas l'exposer à plus de problèmes qu'elle n'en a déjà. » La lettre est publiée sans que la thématique soit reprise par les rédacteurs d'ASUD ; elle a le statut d'une lettre de patient et ASUD n'est pas une association de patients.

Usagers de drogues et patients peuvent être une seule et même personne, il n'en reste pas moins que le point de vue de l'utilisateur n'est pas celui du patient. La différence entre le patient et l'utilisateur ne tient pas tant à l'opposition souffrance-plaisir qu'à l'introduction de ce tiers qu'est le médecin, entre l'utilisateur et son produit. L'utilisateur consomme pour son bon plaisir, de la pure jouissance des sens à l'exploration des gouffres intimes. Même s'il souffre, il se différencie du patient, précisément en ce qu'il refuse au médecin le « droit de disposer de la souffrance humaine », de son « angoisse, en moi aussi fine que les aiguilles de toutes les boussoles de l'enfer », écrit Antonin Artaud¹⁵. Lorsque l'utilisateur accepte de rendre des comptes, lorsqu'il accepte de définir avec le médecin les objectifs de la prescription, il devient un patient et le produit devient un médicament. Les deux identités d'utilisateur et de patient ne sont pas antagonistes si l'utilisateur choisit son traitement. Encore faut-il que le médecin accepte l'autonomie de son patient, encore faut-il qu'il accepte l'usage de drogues. Ce trajet, des médecins du mouvement de la réduction des risques l'ont accompli de leur côté. Les uns et les autres pouvaient désormais se parler, même s'ils ne disaient pas exactement les mêmes choses.

13. CHARPY G., « J'aime ça. Est-ce que je mérite la mort pour autant ? », dossier « Drogue, la jouissance immorale », *Interdépendance*, n° 30, avril 1998.

14. FAUCON B., « Usagers-médecins, un dialogue de sourds », *Interdépendance*, n° 30, avril 1998.

15. ARTAUD A., *Lettre à Monsieur le Législateur de la loi sur les stupéfiants*, 1925.

Méthapack en pharmacie ?

Pour qu'ASUD puisse tenir un discours sur les traitements de substitution qui ne se limite pas à réclamer l'accès aux produits, il a fallu que des militants de l'association comprennent par l'expérience ~ qu'être patient ne signifiait pas nécessairement le renoncement à l'autonomie de l'utilisateur ; il a fallu que quelques-uns au moins des usagers, militants de l'association, fassent librement des choix qui relèvent officiellement de l'action thérapeutique, tels que le renoncement à l'injection, le contrôle voire le renoncement à la consommation de drogues, légales ou illégales. Le tournant se prend dans le n° 6 du journal en juillet 1994 avec un article de six pages sur la méthadone vue par ses utilisateurs. En couverture, une jeune et souriante jeune femme interroge : « Méthapack, bientôt en pharmacie... ? » Le journal informe des effets du produit : « Ça ne défonce pas [...] vous vous sentez normal, si vous êtes d'accord pour oublier le plaisir. » Il donne à ses lecteurs, éventuellement futurs patients des programmes méthadone, les clés des questions litigieuses. La dose en est une. L'utilisateur doit rompre avec la culpabilité, il ne doit pas hésiter à demander la dose qui lui est nécessaire : « Il est si facile de faire capoter un programme avec des doses insuffisantes, comme à Nice. » Et d'expliquer à ses lecteurs : « Il faut savoir qu'à partir de 100 mg on ne ressent plus aucun des effets narcotiques d'un shoot d'héro. Et ça, c'est dissuasif. » Bloody, le junky symbolique d'ASUD, doit pouvoir choisir en connaissance de cause. Il a tout intérêt à connaître les propriétés pharmacologiques des produits pour s'en servir en fonction de ses objectifs. L'article se termine par les « trois ennemis de la méthadone : l'ennui, l'alcool, la coke ». Et le rédacteur d'avertir gentiment ses compagnons : « Les quatre centres français ont tous leur annexe, c'est-à-dire le café du coin où les camarades méthadoniens se retrouvent. Là aussi, danger ! À quoi sert d'arrêter la dope si c'est pour devenir alcool ? Branchez-vous sur l'autosupport, conseille le rédacteur, ou une autre idée intéressante, je vous garantis, ça occupe¹⁶. »

L'autosupport, ou militantisme associatif, est une découverte pour les usagers de drogues. Quelques-uns s'investissent pleinement : il faut redéfinir les relations entre usagers, se donner des règles, apprendre à fonctionner collectivement. Militer dans une association implique un contrôle de l'usage. Au fil des années, ASUD élabore des règles, l'association ne doit pas devenir un lieu de rendez-vous pour « faire des

plans », pour chercher sa drogue ; elle ne doit pas être incitative, ceux qui consomment des drogues doivent respecter ceux qui sont en traitement, qui ne veulent plus consommer. Le chemin est sinueux. H se fait parallèlement au processus d'appropriation de la réduction des risques. Il faut aussi comprendre qui sont les partenaires, quels soutiens on en peut espérer. La démagogie est de règle : « Vous avez raison, allez-y les petits, vous avez le droit de vous révolter », tandis que les médias sollicitent sans relâche des témoignages. Le temps d'une émission, l'utilisateur de drogues est la vedette, mais quel message au juste a-t-il transmis ? Les pièges sont nombreux. L'apprentissage est rude. À l'exaltation des premiers temps succèdent souvent les conflits et l'amertume. Les usagers doivent tout découvrir, et ce, après des années d'exclusion sociale. Des universitaires, des artistes, des juristes, des médecins ont apporté leur concours à la lutte contre le sida. Les usagers de drogues privilégiés ne se sont pas investis dans le militantisme. Ils ont gardé leurs distances. Être assimilé à un toxico est dangereux pour tout le monde. Entrer en relation avec des exclus, c'est risquer l'exclusion, entrer en relation avec des toxicomanes, c'est se confronter personnellement aux drogues. Le *coming out* des homosexuels n'est pas de mise pour l'utilisateur de drogues. Aujourd'hui, dix ans après, avoir été un usager de drogues se dit quelquefois à la télévision, il se dit mieux au passé qu'au présent.

La palette des traitements

Chacun a son histoire - et il en est de douloureuses -, mais la ligne éditoriale du journal s'affirme. Des usagers parlent à des usagers. Ils peuvent choisir de devenir des patients - qui ne sont pas pour autant des repentis. Dans le n° 8, ASUD publie un « essai comparatif des produits de substitution¹⁷ ». Chaque produit est évalué avec différents critères classés en « avantages » et « inconvénients ». Le Temgésic,

17. Les produits sont : le chlorhydrate de morphine, le sulfate de morphine, la méthadone, le Temgésic, le Dolossal, le Palfium, ainsi que les produits à base de codéine ou de codétyline en vente libre. Ces médicaments sont tous des opiacés dérivés de l'opium ou des opioïdes, molécules synthétiques agissant sur les mêmes récepteurs. Les effets subjectifs dépendent de plusieurs facteurs et d'abord de la gamme des récepteurs sollicités ; l'opium, par exemple, peut se prévaloir d'une large gamme de récepteurs. Outre la dose, l'effet dépend aussi de la durée d'action, de quatre à six heures pour l'héroïne, de huit heures pour les sulfates de morphine, de plus de vingt-quatre heures pour la méthadone. La vitesse d'absorption, la distribution tissulaire, le métabolisme, l'excrétion de la molécule interviennent également. C'est dire que les effets varient en fonction du mode d'absorption. En cas d'injection intraveineuse, la totalité du produit est utilisée par l'organisme. Par voie nasale, seuls 10 % du produit sont biodisponibles. Des études

16. « La méthadone vue par ses utilisateurs, les méthadoniens », dossier réalisé par Jean-René DARD et Didier PERCHERON, *ASUD Journal*, n° 6, juillet 1994.

décrié dans les premiers temps, est décrit comme un produit qui « stabilise bien et permet de mener une vie normale ; efficace pour un sevrage dégressif ». La méthadone « stabilise bien, donne la pêche, a un effet antidépresseur, casse le désir de dope ». La préférence du rédacteur va toutefois aux sulfates de morphine, Skénan et Moscontin, considérés comme des « excellents produits lorsqu'ils sont bien utilisés » ; ce sont les plus euphorisants. Du côté des désavantages, ASUD déconseille l'injection du Moscontin, qui contient du talc et de la cellulose ; le journal signale également les « décroches douloureuses » de la méthadone et déconseille le Temgésic pour les « gens très accros ».

Les effets plus ou moins euphorisants ne sont pas le seul critère. Us sont toutefois une des clés de la palette des traitements, c'est-à-dire d'une offre de traitement adaptée à chaque personne. La buprénorphine (Temgésic ou Subutex), agoniste-antagoniste, est le médicament le moins euphorisant de tous. La méthadone ne procure pas l'ivresse de l'héroïne, l'utilisateur est dans son état normal, mais elle donne un « confort opiacé » qui ressemble au confort des antidépresseurs. Les sulfates de morphine sont les médicaments les plus proches de l'héroïne ou de la morphine, mais ces nouvelles molécules sont à longue durée d'action, ce qui veut dire qu'elles ne procurent pas de flash comme l'héroïne (à moins d'être injectées). L'euphorie toutefois est supérieure à la méthadone ; l'utilisateur peut se sentir « défoncé ».

La palette des traitements est une revendication des usagers de drogues, elle est aussi une revendication du mouvement de la réduction des risques. La position morale serait d'éliminer tout ce qui, de près ou de loin, peut ressembler à l'effet des drogues ; la buprénorphine serait donc le médicament de substitution par excellence, puisque c'est celui qui donne le moins de plaisir. Tel a été d'ailleurs le raisonnement qui a fait de la buprénorphine un médicament acceptable. Morale et soins ne font pas bon ménage. La confusion conduit à condamner ce que l'utilisateur appelle « plaisir » sans qu'on sache exactement ce que recouvre ce plaisir, ni ce que l'utilisateur ressent, ni quelle est sa fonction dans l'économie psychique de l'utilisateur. Ce que l'on sait, c'est que la buprénorphine, si elle est prescrite à mauvais escient, donne

de mauvais résultats. Certains acceptent la prescription mais se dépriment. Aussi ajoutent-ils des benzodiazépines, tranquillisants et anxiolytiques, qui précisément rendent la buprénorphine dangereuse. D'autres disparaissent purement et simplement. On peut évidemment considérer que c'est tant pis pour eux, ils ne veulent pas renoncer aux drogues, mais nombre de ces usagers se satisfont de la méthadone. Ils peuvent se passer du flash de l'héroïne alors que le « confort opiacé » leur est encore nécessaire, ce qui laisse à penser que l'héroïne avait, au moins en partie, une fonction autothérapeutique.

Le même raisonnement doit être tenu avec la méthadone. Si une grande part des héroïnomanes se stabilisent bien avec la méthadone, certains continuent de rechercher l'ivresse ou l'intensité. Ils ajoutent alcool ou cocaïne à la méthadone. Lorsque les « fêtes » sont occasionnelles, on peut considérer qu'il s'agit d'un plaisir qui ne justifie pas un traitement, mais lorsque les usagers ne parviennent pas à affronter le monde (ou eux-mêmes) dans leur état normal, on peut considérer qu'il s'agit d'un besoin.

Nous ne savons pas pourquoi certains ont « besoin » de cette ivresse, nous ne savons pas ce que chacun ressent. Nous pouvons seulement constater la grande variabilité des effets selon les personnes, un des arguments qui plaident en faveur de la diversification des traitements.

La seule certitude aujourd'hui est que le maintien du lieu thérapeutique est bénéfique pour les usagers comme pour la société. Grâce à la prescription médicale, les conséquences néfastes de la dépendance à l'héroïne sont réduites. C'est l'objectif des programmes héroïne expérimentés en Suisse et aux Pays-Bas mais l'expérience suisse a aussi obtenu un résultat inattendu : avec une prescription régulière d'héroïne, les usagers rompent avec ce « toujours plus » attribué au produit ou à la personne ; quelques-uns finissent par renoncer à l'injection ou se contentent de méthadone, après des périodes de traitement à l'héroïne plus ou moins longues. En Suisse, la prescription d'héroïne est un traitement, ce n'est pas une distribution de produit, et le lien thérapeutique se révèle payant. Accepter le patient tel qu'il est, c'est lui donner les moyens de changer.

Les programmes héroïne en suspens

La prescription de sulfate de morphine a répondu, de façon il est vrai incontrôlée et partielle, à l'exigence d'une palette de traitement ; ces médicaments ont d'abord été prescrits faute de méthadone. En 1995, on évaluait le nombre de patients à environ cinq mille. Aujourd'hui,

- précises ont été menées en Suisse sur la pharmacocinétique qui permettent de comprendre les effets subjectifs. Les études ont conduit à privilégier l'héroïne pour des prescriptions médicalisées, plus sûres d'un point de vue médical que la morphine ou la méthadone, SEIDENBERG A., HÖNIGGER U., *Methadone, héroïne et autres opiacés, la prescription des opioïdes en milieu ambulatoire, Médecine et Hygiène*, Genève, 2000.

quelques médecins continuent de prescrire ces médicaments pour des usagers qui ne parviennent à se stabiliser ni avec la buprénorphine ni avec la méthadone. L'administration de la santé et les caisses d'assurance maladie s'efforcent de réduire ces prescriptions, méthadone et Subutex étant les seuls médicaments légaux pour les traitements de substitution. Leur critère est la réglementation en vigueur. Ces prescriptions médicales sont-elles utiles ? La question n'a pas été posée. Dans la pratique, on observe que certaines sont détournées sur le marché noir, mais elles permettent aussi de garder un lien avec les usagers chaotiques, en grande exclusion. Plus discrètes et moins contraignantes que la méthadone, ces prescriptions sont aussi utiles à des usagers bien insérés.

Les usagers de drogues ont pris le tournant de la réduction des risques ; ils ont accepté la palette des traitements de substitution, le renoncement à l'ivresse et à l'injection avec la méthadone et le Subutex. Avant de tenir ce discours, ils ont dû expérimenter par eux-mêmes que ces objectifs pouvaient être les leurs. Ce trajet s'est fait en interaction avec les acteurs de la réduction des risques et, plus particulièrement pour ce qui est des traitements de substitution, avec les médecins qui ont accepté l'usage de drogues. C'est maintenant aux politiques d'intégrer la logique d'ensemble.