

FACULTÉ DE MÉDECINE DE RANGUEIL

Année 2017

2017 TOU3 1013

2017 TOU3 1014

**THÈSE**

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Spécialité MÉDECINE GÉNÉRALE

**Expériences d'usager.e.s de sulfate de morphine à visée  
substitutive**

*Poison ou remède ?*

Présentée et soutenue publiquement le 3 Mars 2017

par

Léa CHARRIER et Nabil YAJJOU

Directrices de thèse

Docteure Samah Chaaban et Docteure Gabrielle Laurencin

**JURY**

Professeur Nicolas FRANCHITTO

Professeur Thierry LANG

Docteur Bruno CHICOULAA

Docteure Samah CHAABAN

Docteur David VAVASSORI

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseure

Assesseur



## TABLEAU du PERSONNEL HU

des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier  
au 1<sup>er</sup> septembre 2016

### Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

### Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN**

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAUAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie		
		<b>P.U. Médecine générale</b>	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
		M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale  
POUTRAIN Jean-Christophe

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL**

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREU Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale  
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.  
Pr WOISARD Virginie

**M.C.U. - P.H.**

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry

**M.C.U. - P.H.**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRAD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biochimie
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMALHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves  
Dr CHICOULAA Bruno  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko  
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre  
Dr ANE Serge  
Dr BIREBENT Jordan

# Remerciements.

**A Monsieur le Professeur Nicolas FRANCHITTO**, vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Nous vous remercions pour l'intérêt que vous portez à notre sujet. Nous vous prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

**A Monsieur le Professeur Thierry LANG**, nous vous remercions sincèrement d'avoir accepté de juger ce travail. C'est avec un immense honneur que nous vous comptons au sein des membres du jury, eu égard à la qualité de vos travaux. Nous vous prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre sincère considération.

**A Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA**, nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites de siéger à notre jury de thèse et de juger notre travail. Nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance et notre profond respect pour vos enseignements.

**A Madame le Docteur Samah CHAABAN**, nous sommes profondément heureux que tu sois juge de notre travail. Nous te remercions pour ton soutien tout le long de ce travail, mais aussi bien au-delà de celui-ci. Tu resteras pour nous un modèle d'engagement, de persévérance et d'humanité. Nous espérons pouvoir poursuivre nos travaux à tes côtés, et te remercions sincèrement de nous avoir permis d'ouvrir les champs de réflexion nécessaires à notre pratique.

**A Monsieur le Docteur David VAVASSORI**, tu nous fais l'honneur d'avoir accepté de faire parti de ce jury. Nous tenons à te remercier pour tes conseils et tes éclairages, méthodologiques et théoriques, qui ont enrichi ce travail. Sois assuré de notre respectueuse reconnaissance.

**Au Docteur Gabrielle LAURENCIN**, nous ne saurons dire suffisamment tant ton soutien indéfectible nous a été précieux. Ton écoute et ta disponibilité tout au long de cette direction de thèse, ton assiduité à nous relire et à porter un regard critique ont été des aides remarquables. Ce projet n'aurait sans doute pas pu être ce qu'il est sans l'implication qui a été la tienne. Merci infiniment. Sois assurée de notre profonde gratitude.

**A Monsieur Serge ESCOT**, nous tenons à te remercier pour ton engagement actif dans ce travail. Tes conseils méthodologiques ont été essentiels. Ton investissement, ta bienveillance et tes encouragements ont été des appuis primordiaux pour consolider cette recherche. Sois assuré de notre sincère reconnaissance.

**A Lise DASSIEU**, nous tenons à te remercier pour ton écoute, et l'intérêt que tu as porté à notre sujet. Ton regard et tes encouragements ont été essentiels dans l'élaboration de ce travail. Nous te remercions sincèrement, en te souhaitant le meilleur pour tes entreprises outre-mers.

**Au usager.e.s interrogé.e.s au sein de ce travail**, merci de nous avoir accueilli chaleureusement au sein de vos histoires. Merci pour vos sourires et vos coups de gueule. Nous espérons que vos paroles ont été respectées et qu'elles trouveront à travers ce travail, la valeur que vous souhaitiez leur rendre. Recevez chacun et chacune l'expression de notre sincère gratitude.

**A Béné,** merci pour tout ce que tu incarnes, ta singularité et ta puissante humanité. Ce travail n'en serait pas arrivé à ce qu'il est aujourd'hui sans ton soutien et ton regard avisé. Tu es et resteras à nos yeux cette grande dame follement savante à la robe rouge.

**A Pierrot,** merci de nous avoir fait découvrir « l'addictologie clinique » avec tant de convivialité et de bienveillance. Tu as été un renfort indispensable tout au long de ce travail. Les ragondins te le rendront.

**A La Case de santé,** symbole de notre libération idéologique. Vous êtes et serez pour nous une structure centrale dans chacun de notre parcours professionnel et personnel.

**Au CSAPA,** l'équipe du « Montalba », unique en son genre, qui a été une formidable rencontre au cours de notre parcours. Merci pour votre chaleur et vos rires.

**A nos familles,** merci de nous soutenir depuis si longtemps, de votre courage parfois, et de vos présences. Merci à Elisabeth, pour ses merveilleux plats qui ont accompagné ce travail.

**A nos ami.e.s,** pour le soutien naturel et bienveillant dont vous avez fait preuves pendant toutes ces années, et plus particulièrement pendant ce travail de thèse. Vos rires et vos folies nous gâtent tous les jours.

**A Lulu,** notre chorizo, merci d'avoir créé le premier dispositif de prévention de douche argentine. Merci d'avoir intégré nos rêves, et d'avoir rédigé ce travail à nos cotés. Ce travail est aussi le tien, d'une certaine manière.

**A Jobar et Illya,** nos confidents nocturnes.

Aux personnes dont nous croisons le sourire tous les jours,

Et à nous, pour tous les moments de bonheur qui ont accompagnés ce travail, et à ceux qui accompagneront nos vies futures.

**A la mémoire de Jack.**

« Et maintenant, Monsieur le Docteur, que vous voilà bien au fait de ce qui en moi peut être atteint (et guérit par les drogues), du point litigieux de ma vie, j'espère que vous saurez me donner la quantité de liquides subtils, d'agents spécieux, de morphine mentale, capables d'exhausser mon abaissement, d'équilibrer ce qui tombe, de réunir ce qui est séparé, de recomposer ce qui est détruit. »

Antonin Artaud.



# Table des matières.

Liste des abréviations.....	6
Glossaire des usager.e.s.....	7
Introduction et contexte.....	9
<b>Méthode</b> .....	16
I – Choix de la méthode qualitative.....	16
II – Guide d’entretien.....	17
A - Élaboration du guide d’entretien.....	17
B – Test du guide d’entretien.....	17
C - Evolution du guide d’entretien.....	17
III- La constitution de l’échantillon.....	18
A - La population choisie.....	18
B - La prise de contact.....	18
IV - Méthode de recueil des données.....	18
A - Commission d’éthique et la confidentialité des données.....	18
B - Contexte de recueil.....	19
C – Déroulement des entretiens.....	19
D - La retranscription des entretiens.....	19
V - Méthode d’analyse.....	20
A - Le contexte d’énonciation.....	20
B - L’analyse transversale thématique.....	20
C - La saturation des données.....	21
VI. Méthode bibliographique.....	22
A - Les sources et la veille documentaire.....	22
B - L’analyse de la littérature.....	22
C- Les recherches sur la méthode qualitative.....	23
<b>Résultats</b> .....	24
I - A propos de la population sélectionnée.....	24
II - De la rencontre à l’appropriation du SdM.....	25
A - La rencontre avec le SdM.....	25
B - Une attraction vers ce produit.....	25
C – L’appropriation.....	26
III - SDM, un poison.....	27
A – SdM, des vécus négatifs à l’image d’un poison.....	27
B – SdM, le poison du geste de l’injection.....	28
IV - Le sulfate de morphine, un remède.....	29
V - Le sulfate de morphine [entre poison et remède] : un pharmakon ?.....	31
VI – Obstacles à l’inscription dans le soin.....	34
A – Vécus négatifs liés au statut de toxicomane.....	34
B – Vécus négatifs liés au défaut d’accès au SdM.....	36
C – Obstacles au soin liés au produit.....	36

D – Vécus négatifs de l’institution.....	37
V – SdM, une manière d’aller vers le soin.....	39
A - La phase de rapprochement.....	39
B - La question du SdM dans le cadre des TSO : des attentes aux expériences.....	40
C - Les déterminants de maintien dans le soin.....	43
<b>Discussion.....</b>	<b>46</b>
I – Les usager.e.s de SdM.....	46
A - La dépendance, un socle commun.....	46
B – L’inscription dans le « soin ».....	52
C - Un parcours complexe.....	54
II- Les spécificités du SdM : une héroïne travestie en MSO?.....	60
A- La fonction hédonique interrogée. ....	60
B - La fonction thérapeutique du SdM, le remède?.....	62
C - Le SdM, modérateur du craving, mais à quelle dose ?.....	66
D - L’injectabilité du SdM .....	68
III - Forces et limites.....	73
A - Forces de l’étude.....	73
1 - Liée à la méthode choisie.....	73
2 – Participation à l’étude.....	73
3 - La posture des chercheur.se.s.....	73
4- La réflexivité des chercheur.se.s.....	74
5 - Les données de la littérature.....	74
6 - Les critères de validité interne.....	74
7 - Les critères de validité externe.....	75
B - Limites de l’étude.....	76
1 - Le mode de recrutement.....	76
2 - La posture des chercheur.se.s.....	76
3 - La déperdition des informations.....	76
4- Le travail d’analyse.....	76
5 - La désirabilité de l’information.....	77
<b>Perspectives.....</b>	<b>78</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>83</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>85</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>90</b>

# Liste des abréviations.

**AMM** : Autorisation de Mise sur le Marché

**ANSM** : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

**BHD** : Buprénorphine haut dosage

**CAARUD** : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usager.e.s de drogues

**CEIP** : Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance

**CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie

**CSAPA** Centre de soin, d'accompagnement et de prévention pour les conduites addictives

**CSP** : Commission des Stupéfiants et Psychotropes

**DUMG** : Département universitaire de médecine générale

**MSO** : Médicament de substitution aux opiacés

**MILDT** : Ministère de lutte contre les drogues et la toxicomanie

**OFDT** : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

**OPPIDUM** : Observatoire des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse

**RAMIP** : Réseau d'addictologie de Midi-Pyrénées

**SDM** : Sulfate de morphine

**TSO** : Traitement de substitution aux opiacés

# Glossaire des usager.e.s

**Bled** : en langue arabe, *bled* (بلاد - *biled*) est « le pays, le terrain » ; pour les citadins, il signifie « la campagne » ; pour les émigrés, « le pays d'origine » ou « le village d'origine » . En argot français, dérivant du précédent, un *bled* est un petit village, avec connotation péjorative de lieu perdu, sans intérêt.

**Came** : terme d'argot au départ désignant la cocaïne, extrapolé aujourd'hui à toute drogue

**Chasse au dragon** : pratique consistant à inhaler les vapeurs produites par le chauffage (sans combustion) d'une substance déposée au préalable sur une feuille d'aluminium, à l'aide d'un briquet. Le passage du principe actif dans le sang a lieu au niveau des alvéoles pulmonaires, extrêmement perméables aux gaz, et non au niveau de la muqueuse nasale comme pour le sniff, ce qui accroît à la fois la rapidité et l'intensité des effets.

**Coke** : diminutif de cocaïne

**Craving** : envie irrésistible de consommer qui apparaît quelques jours ou quelques heures après la dernière prise du produit psychoactif. Il est soulagé par la prise du produit. La cocaïne est à l'origine d'un craving très intense qui peut survenir même après un long temps d'abstinence (plusieurs mois, voire années).

**Dealer** : Le terme dealer est un anglicisme pour désigner un vendeur de drogue, produits illicites ou dopants. Ce terme s'applique généralement aux petits revendeurs de rue et de parc et pour de petites quantités de produits. Le verbe « dealer » fait référence l'action du dealer.

**Décrocher** : Expression populaire qui signifie : arrêter de se droguer.

**Défoncer** : Action de se défoncer. Se mettre dans un état second induit par une drogue.

**Défoncé.e** : Être sous l'effet de la drogue.

**Dopage** : Dans le contexte de cette étude, correspond à l'effet stimulant attribué à la prise d'héroïne ou de sulfate de morphine.

**Drogue** : Toute substance chimique qui modifie les comportements, la conscience ou l'humeur, et qui, prêtant à une consommation abusive, peut entraîner des manifestations de dépendance. L'Académie Nationale de Médecine, dans sa séance du 28 novembre 2006, a adopté le texte suivant comme définition du mot "drogue" :

"Substance naturelle ou de synthèse dont les effets psychotropes suscitent des sensations apparentées au plaisir, incitant à un usage répétitif qui conduit à instaurer la permanence de cet effet et à prévenir les troubles psychiques (dépendance psychique), voire même physiques (dépendance physique), survenant à l'arrêt de cette consommation qui, de ce fait, s'est muée en besoin. En aucun cas le mot drogue ne doit être utilisé au sens de médicament ou de substance pharmacologiquement active. "

Cette définition exclut donc l'ancienne acception du mot "drogue" comme matière première naturelle servant à la fabrication des médicaments. (d'où drug en anglais = médicament)

**Fixe** : (de l'anglais fix, piqûre de drogue). Dose d'une drogue destinée à être injectée (par exemple : "un fixe d'héroïne"); injection de drogue ("se faire un fixe").

**Flash** : sensation fulgurante et intense provoquée par l'absorption du produit. Souvent employé dans le cadre de l'absorption de crack, de free base ou d'héroïne.

**La zone** : terme désignant la rue, milieu identitaire de la scène de la drogue

**Métha** : Méthadone (de plus en plus utilisé en usage dévié et trafic).

**Percher** : Monter au sommet des effets d'une drogue.

**Picomanie** : néologisme désignant l'addiction au geste de l'injection.

**Piquer du zen** : « piquer du nez », expression imagée signifiant un état de fatigue, d'endormissement imminent ;

**Polytoxicomanie** : Ce terme n'existe pas dans le dictionnaire traditionnel. Toxicomane qui consomme plusieurs drogues, simultanément (mélange) ou non. Les mélanges incluent souvent l'alcool.

**Rabla** : Nom donné à de l'héroïne, souvent de piètre qualité.

**Se shooter (se faire un shoot)** : Terme utilisé, issu de l'argot, pour désigner l'acte de s'injecter de la drogue dans le sang. Vient du mot anglais to shoot : tirer sur quelqu'un ou sur quelque chose, souvent assimilé au tir par arme à feu.

**Shooteuse** : Expression populaire qui signifie la seringue.

**Sken** : argot pour désigner le Skénan, le sulfate de morphine

**Sniff** : technique d'absorption par voie nasale, en général à l'aide d'une paille. Le produit est ici absorbé par la muqueuse nasale et non au niveau pulmonaire comme c'est le cas lors de l'inhalation. Il s'agit d'un synonyme du terme « priser » qui n'est, pour sa part, pas employé dans ce cadre.

**Speedball**: mélange d'héroïne et de cocaïne consommé en sniff ou en injection.

**Sub** : terme d'argot pour désigner le Subutex

**Surdose (ou Overdose)** : intoxication aiguë, à l'issue parfois fatale, engendrée par la consommation d'une drogue, d'un stupéfiant ou d'un médicament psychoactif.

**Thunes** : Terme d'argot désignant « l'argent ».

**Taquet** : Terme désignant l'injection (se faire un taquet).

**Tolérance** : se caractérise par une diminution des effets produits par une même dose de drogue et donc une perte de sensibilité à la substance. L'utilisateur de drogues, pour ressentir les mêmes effets, doit consommer des doses de plus en plus fortes ou augmenter la fréquence des prises.

**Toubib** : terme d'argot emprunté à l'arabe « *tabyb* » signifiant « médecin ».

# Introduction et contexte.

« Et puis j'ai découvert le Skénan® en fait ici, euh à Toulouse quoi.. Il y avait une grosse consommation de Skénan® dans la rue... » (Mr 1B)

Le Skénan® constitue aujourd'hui la principale spécialité à base de **sulfate de morphine (SdM)**<sup>1</sup> faisant l'objet d'un détournement vers le marché noir (Commission Stupéfiants et Psychotropes 2014). Commercialisé en France depuis 1992, il s'agit d'une forme gélule à libération prolongée du sulfate de morphine indiquée dans les douleurs persistantes, intenses ou rebelles aux autres analgésiques, en particulier les douleurs d'origines cancéreuses (selon l'AMM). De plus en plus de patients toxicomanes - que nous désignerons **usager.e.s** (de drogues<sup>\*2</sup>, de traitement de substitution etc) - sont en demande de prescription de SdM à visée substitutive, c'est à dire en **remplacement de l'héroïne**. Une **pénurie d'héroïne** associée à une **qualité amoindrie**<sup>3</sup>, qui peut en partie expliquer cette tendance, ne suffit probablement pas pour comprendre réellement les enjeux qui l'entoure. Les interrogations de départ sont plurielles : quels usages les patient.e.s en demande de SdM font de ce produit ? L'intention est-elle réellement de substituer l'héroïne ? Et le cas échéant, quelles attentes ont-ils vis à vis du corps médical dans le cadre de cet éventuel objectif substitutif ? Aussi, la question de l'émergence du sulfate de morphine s'avère être un phénomène très récent qu'il semble intéressant d'identifier dans le cadre actuel de la politique de substitution en France.

## *Constats liminaires.*

Cet essor de consommation du SdM peut apparaître surprenant connaissant l'existence de **traitements de substitution aux opiacés (TSO)**<sup>4</sup>, le Subutex® et la **Méthadone®**, seules molécules à priori autorisées dans cette indication. Le Subutex®, nom commercial de la **buprénorphine haut dosage (BHD)**, est le principal médicament prescrit en France aujourd'hui pour le traitement de la dépendance aux opiacés. Il consiste en une formulation

---

1- Nous privilégions l'appellation sulfate de morphine (SdM) pour désigner ce produit pour éviter toute démarche d'intérêt, le Skénan® étant le princeps commercialisé du sulfate de morphine à libération prolongée. Nous n'avons bien évidemment pas modifié les appellations utilisées au sein des verbatims, pour rester fidèle.s au langage usité par les usager.e.s.

2- Le symbole \* désigne un terme référencé dans le glossaire des usager.e.s.

3- La pureté moyenne de l'héroïne a été divisée par 2 entre 2010 et 2012 (Héroïne OFDT.)

4- Nous utiliserons le terme de TSO (traitement de substitution aux opiacés) pour désigner le cadre général de prescription, ou pour faire référence au protocole de soin qui accompagne sa prescription ; et MSO (médicament de substitution aux opiacés) lorsqu'il s'agit de désigner le produit pharmaceutique envisagé en tant que tel, indépendamment du cadre et des protocoles de prescription.

haut dosage d'une molécule utilisée à la fin des années quatre-vingt dans le cadre du traitement de la douleur (Temgesic®), et qui avait fait l'objet d'un emploi hors AMM et expérimental chez quelques médecins pour « désintoxiquer », traiter la dépendance aux opiacés ou pallier de façon ponctuelle les effets de « manque » des usager.e.s de drogues, face à l'absence d'un traitement médicamenteux efficace de la toxicodépendance (Coppel 2002). Le **SdM**, à l'image du Temgesic®, faisait parti de la palette utilisée à ces fins, et en constituait même, avec le Moscontin®, le principal représentant (Guichard et al. 2004, Dugarin et Nomine 1999). La BHD et la Méthadone® ne furent commercialisés que quelques années plus tard, dans le contexte de reconnaissance de la forte progression de l'infection à VIH chez les usager.e.s de drogues en France. L'introduction de ces TSO à travers **l'autorisation de mise sur le marché (AMM) de 1995** marque alors une rupture importante avec les pratiques thérapeutiques françaises dans le champ de la toxicomanie, marquées auparavant par **le dogme de l'abstinence** à l'égard de toute consommation pour les patients (Bergeron 1999), malgré l'existence de politiques de substitution internationales depuis longtemps expérimentées.

Aujourd'hui, le seul texte réglementaire encadrant la prescription de SdM se limite à **une note d'information de la DGS (Direction générale de la santé) de 1996** stipulant :

« qu'à titre exceptionnel, en cas de nécessité thérapeutique (contre-indication, inadaptation des traitements par Méthadone® et Subutex® aux besoins des patient.e.s) la prescription des médicaments utilisant le sulfate de morphine à des seuls fins de substitution, peut être poursuivie après concertation entre le médecin traitant et le médecin conseil » (Circulaire « Girard » de 1996 [**Annexe I**]).

Cette circulaire s'inscrivait dans un contexte d'émergence des traitements de substitution, et où il était difficile de rompre le traitement d'ancien.ne.s usager.e.s déjà substitué.e.s par le SdM. Toutefois, cette note ancienne de la DGS fait l'objet d'une **application hétérogène selon les régions** (Brisacier 2011, OFDT 2013.)<sup>5</sup>. Vingt ans plus tard, les usager.e.s montrent un intérêt grandissant pour ce produit, malgré une diffusion massive et une accessibilité manifeste, du moins en zone urbaine, de la BHD et de la Méthadone®.

Les bénéfices accordés à l'instauration de cette politique de santé publique en France s'observent par une baisse du nombre de nouveaux cas de SIDA attribués à l'usage de drogues,

---

5 - Le dispositif Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) de l'OFDT, a rendu un travail en 2014 portant exclusivement sur l'usage de sulfate de morphine par les usagers de drogues en France. Il rend compte majoritairement des usages de SdM non conformes aux dispositions réglementaires actuelles ou aux standards thérapeutiques.

passé de 1500 au milieu des années 1990 à une cinquantaine en 2011 (Emmanuelli et al. 2001) et une diminution de 47 à 25% de la prévalence du VHC entre 2006 et 2012 (Cadet-Taïrou et al. 2015). Cependant, les données actuelles font état d'une **augmentation importante** de la consommation de SdM dans le milieu de la rue ainsi que du nombre de prescriptions médicales. Les chiffres de l'enquête officielle d'addictovigilance des spécialités à base de sulfate de morphine (enquête menée de 1996 à 2013 par le Centre d'évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance(CEIP)) rendent compte de cette augmentation en observant que presque **90% des produits détournés concernait le Skénan®**, dont à peu près 10 % l'utilisait dans le cadre d'un TSO. Lorsque l'information était disponible, **la voie intraveineuse était rapportée par 70% des consommateurs.rices de sulfate de morphine**. Sur la période de l'étude (1996-2012), 57 440 patient.e.s ont été inclus.es dans l'enquête OPPIDUM<sup>6</sup>(2012). Concernant les dérivés de la morphine cités, la part de fiches Skénan® a considérablement augmenté en passant de 16% en 1996 à 91% en 2012. Plus localement, le dispositif TREND (2012-2013) fait état d'une **disponibilité croissante** du SdM sur la scène du marché parallèle Toulousain(TREND 2015).

Ces observations témoignent clairement du **fuitage pharmaceutique**<sup>7</sup> que subit le sulfate de morphine, terme emprunté aux sciences sociales, pour désigner le transfert du médicament du cadre médical d'utilisation vers un autre espace social (Lovell et al. 2008). C'est par cet intermédiaire que l'aspect **ambivalent** de cette molécule - entre drogue et médicament - contribue à la multiplicité de son usage. Pourquoi le sulfate de morphine est-il à ce point détourné ? Et plus largement, on pourra se demander **par quels mécanismes un médicament devient-il une drogue ?**

**Majoritairement administré par injection**, se pose par ailleurs la question d'une pratique ne semblant pas s'amenuiser au fil des ans, et bénéficiant d'une image publique négative et stigmatisante à l'égard des usager.e.s de drogue. S'associe une pratique qualifiée de dangereuse

---

6 - Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse est un dispositif de surveillance et de veille sanitaire sur les substances psychoactives (SPA), coordonné par le CEIP. Les structures prenant en charge des patient.e.s consommant des SPA, remplissent une fiche anonyme décrivant les modalités de consommations la semaine précédant l'enquête.

7- Coppel explique que deux conditions doivent être réunies, mais pas systématiquement, pour qu'un médicament puisse être utilisé comme une drogue : le médicament passe de la sphère médicale à d'autres domaines de la vie quotidienne, et le médicament fait l'objet d'un usage détourné par rapport aux indications pharmacologiques officielles. La première de ces conditions relève d'un mécanisme social par lequel le médicament est transféré d'un contexte à un autre, la deuxième condition consiste dans des pratiques et des rapports qui peuvent le transformer, dans ce nouveau contexte, de médicament en drogue.



au yeux des soignant.e.s, et tabou dans une société où l'effraction cutanée à des fins de *défonce*<sup>8</sup> semble appartenir à un comportement relevant d'une déviance pathologique (Bouhnik, et al. 2002, Souville 2002). Pourtant, à l'heure de l'ouverture des premières **salles de consommation à moindre risque** (salle de « shoot\* »), il semblerait qu'un changement de paradigme s'opère en France vis à vis des représentations de l'usage de drogue. **La réduction des risques et de dommages** (RDRD), modèle émergent depuis l'apparition des TSO<sup>9</sup>, poursuit son entreprise en perpétuant un de ses principe fondamental originel: **le renoncement à l'idéal d'éradication des drogues** (EMCDDA 2013, Morel et al. 2012). Dans ce contexte d'épidémie massive chez les usager.e.s de drogues au cours des années 80, la réduction des risques s'est rapidement imposée comme une stratégie de santé publique novatrice. L'outil emblématique en a été la mise à disposition du matériel stérile à usage unique, permise en 1987 par le «Décret Barzach». Anne Coppel, sociologue, illustre ce principe d'intervention: «il vaut mieux ne pas s'injecter des drogues mais si l'on persiste à s'en injecter, alors il faut utiliser une seringue stérile»(Coppel 2002) . La place du médecin dans l'appropriation de cette politique publique implique de s'intéresser aux pratiques et aux attentes des usager.e.s vis à vis des MSO, sans jugement de valeur. Nous pourrions aussi souligner la difficulté que nous avons à définir en termes adaptés la personne sous traitement de substitution aux opiacés : toxicomane en traitement ? Ex-toxicomane ? Patient addict substitué ? Toxicomane abstinente ou en maintenance ? Même si certains comportements de consommation actuels correspondent au modèle de la toxicomanie «*défonce\**», ils ne sont plus qu'une des facettes d'un ensemble de conduites beaucoup plus vaste.

Face à l'intérêt croissant des usager.e.s pour le SdM, on observe donc un abandon des traitements, principalement de la Méthadone®, pour passer au Skenan® ou à l'association des deux. Les hypothèses épidémiologiques pouvant expliquer l'image positive dont bénéficie le SdM chez les usager.e.s sont de l'ordre de son **injectabilité** et d'un **effet ressenti** au moment de la prise jugé plus significatif que les autres TSO. Ces deux critères exclus clairement le

---

8- L'utilisation du terme *défonce* est un choix des chercheur.se.s. Il semble refléter au mieux l'effet ressenti et recherché par l'usage de drogue, en accord avec le langage usité par les interviewé.e.s. Il n'est pas à confondre à d'autres acceptions de ce terme appartenant au champ lexical de la démolition ou de la destruction. Il souhaite ici englober toute la complexité, allant de l'euphorie à la dysphorie, du bien-être au mal-être, des effets d'une drogue sur un être. En ce sens, il est davantage à rapprocher à l'univers sémantique du voyage.

9 - La réduction des risques depuis les années 1980, a connu des évolutions nombreuses et profondes. Bouleversant les stratégies de santé publique, cette philosophie d'intervention est née du militantisme et de la montée en expertise des usager.e.s sur leurs propres consommations. Elle a poussé les autorités sanitaires publiques à la reconnaître jusqu'à lui donner son cadre légal en 2004, avec son inscription dans la loi de santé publique.

SdM de la définition d'un MSO généralement admise aujourd'hui, et jamais réévaluée à notre connaissance, depuis 1966 (Dole et Nyswander, 1966 - **Annexe II**). Ceci complexifie la prise en charge des usager.e.s par le corps soignant, ces derniers ne sachant plus trop comment aborder cette nouvelle inclination (TREND 2014)

### *Pharmacologie.*

Les opiacés regroupent l'ensemble des dérivés de l'opium extrait du pavot. Utilisés depuis l'antiquité comme remède miracle, l'opium laisse place au XIXe siècle à la morphine. La morphine se développe alors rapidement comme médicament à visée antalgique. Seulement, les médecins se retrouvent alors vite confronté à des patients qui poursuivent leur traitement bien après leur guérison. Parallèlement, **l'héroïne dérivée de la morphine** par diacétylation est synthétisée en 1878 (Dervaux 2009). Elle est alors utilisée en **substitution à la morphine**. Plus efficace que la morphine, elle prend alors la première place des antidouleurs. Cependant son pouvoir toxicomanogène la fait retirer du marché français en 1961 et la place au premier rang des stupéfiants illicites (Chèze 2016).

Les **opiacés naturels** (morphine) ou de **synthèse** (héroïne) agissent au niveau des cellules du système nerveux central après fixation sur les récepteurs opioïdes mu, là où se lient de façon physiologique les endorphines, molécules naturellement synthétisées par le cerveau, à l'origine d'une sensation de plaisir. (Chèze 2016)

La **buprénorphine haut dosage** est un agoniste morphinique mixte (ou agoniste-antagoniste). Elle se fixe au niveau des récepteurs cérébraux mu et kappa. Son activité dans le traitement de substitution des opioïdes est attribuée à sa liaison lentement réversible aux récepteurs mu qui minimiserait de façon prolongée le besoin des toxicomanes en stupéfiant. L'activité agoniste partielle de la buprénorphine confère au produit une plus grande sécurité d'emploi, en limitant ses effets déprimeurs, notamment sur les fonctions cardiorespiratoires.

La **Méthadone®** est un agoniste des récepteurs opiacés agissant principalement sur les récepteurs mu. Comme les autres opiacés, elle a donc des propriétés analgésiques et antitussives. C'est aussi un déprimeur respiratoire central puissant. Elle peut entraîner un syndrome de dépendance pharmacologique. Par contre, ses propriétés euphorisantes sont réputées plus faibles qu'avec les autres opiacés.

### *Question de recherche.*

La médecine de premiers recours telle qu'elle est faite aujourd'hui, permet-elle de répondre qualitativement aux attentes des usager.e.s, et à la **multi-dimensionnalité** dans laquelle s'inscrit l'usage de drogue, et plus spécifiquement, du sulfate de morphine ? Quel usage faisons-nous de ce produit, pour quelles indications est-il réellement prescrit et pour quels types de prise en charge des patients ? Si nous convenons que l'utilisation des médicaments de substitution ne doit en aucun cas venir nier la dimension éminemment psychique de l'addiction à l'héroïne, tout en reconnaissant la dépendance organique massive au produit, il reste à préciser quel serait le traitement global le plus pertinent pour des patient.e.s toxicomanes, et donc à cerner au plus près de leurs propres **problématiques**.

D'autre part, se poser la question de **la place du SdM dans le paysage de la substitution en France**, amène donc à nous interroger sur les facteurs influençant son utilisation par les usager.e.s : constitue-t-il une véritable **alternative aux produits de substitution existants**, offrant ainsi une option thérapeutique supplémentaire, voire complémentaire, de la dépendance aux opiacés, et/ou vient-il s'ajouter au panel de médicaments détournés des **mondes préexistants de la drogue** ?

Ces questionnements nous amènent à exposer l'intérêt de ce travail dont l'objectif principal sera d'interroger **la place du SdM, en alternative au TSO classiques, à travers le vécu et les représentations d'usager.e.s s'auto-définissant consommateurs.trices de SdM à visée substitutive<sup>10</sup>, à un moment donné dans leurs parcours**.

Cette question permettra d'explorer les raisons de son essor de consommation, **du double point de vue du consommateur.rice et des spécificités du produit**, à travers le discours des usager.e.s.

L'étude qualitative nous paraît adaptée pour répondre à cette question, l'approche compréhensive de ce phénomène pouvant apporter des éléments au plus près de l'intimité des personnes concernées et dégager les spécificités propres aux consommateurs.trices de SdM. Questionner les problématiques addictives depuis le langage des initié.e.s, c'est également questionner les manifestations de leurs puissances, de leurs faiblesses, de leurs souffrances

---

10- Lors du travail préliminaire, nous nous interrogeons souvent sur la fonction substitutive d'un produit. La frontière entre l'usage problématique et l'usage à des fins de substitution semblait échapper à nos interprétations. Il a donc été décidé d'affranchir l'utilisation à visée substitutive du SdM à l'auto-déclaration de cette fonction par l'usager-e lui-elle-même.

aussi. La finalité de l'usage de SdM ne peut s'évaluer autrement que par **l'expérience signifiée**, exprimée, et par l'analyse du discours des usager.e.s. Peu d'études qualitatives, à notre connaissance, font état des attentes et du vécu des toxicomanes (Langlois 2013, Gaudillère 2007, Calderon et al. 2002, Lalande et Grelet 2001), et aucune ne traite spécifiquement des consommateurs de sulfate de morphine. En ce sens, ce travail constitue aussi une **approche exploratoire** du vécu des personnes toxicomanes en général en tant que personnes "soignées" à travers le prisme du produit sulfate de morphine.

# Méthode.

## I – Choix de la méthode qualitative

Explorer le vécu et les représentations des consommateurs.rices de SdM à travers l'analyse de leur discours paraissait le plus pertinent pour le recueil de données des ressentis, des points de vue, et un **accès à l'intime** ainsi qu'aux **subjectivités** des personnes. La démarche était celle d'une enquête exploratoire et d'une méthode compréhensive. Cette méthode permettait donc d'explorer aussi les émotions, les sentiments, des interviewé.e.s ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Les chercheur.se.s ont fait le choix d'interroger les usager.e.s pour redonner un sens au **savoir profane** qu'il convenait de confronter aux pratiques des médecins, en explorant leur vécu et leurs représentations à travers leur parcours de soin.

La consommation de SdM à visée substitutive aux opiacés s'inscrit au cœur d'un sujet « sensible » dans les représentations des institutions médicales, politiques et sociétales. Les personnes toxicomanes sont depuis 20 ans plongées au cœur d'un dispositif de santé publique dont il nous semblait pertinent de questionner les enjeux, à travers le prisme du sulfate de morphine. L'enjeu était à la fois sociétal, de l'ordre de la stigmatisation et de la précarisation que subissent ces personnes, épidémiologique (réduction des risques), et sanitaire autour de l'accompagnement qui leur est offert dans le cadre de la substitution. Laurence Bardin fait référence P.H Lazarfeld pour qui l'analyse de contenu permet de forger des concepts opératoires afin de « déconcerter les impressions premières » (Bardin 1980). L'enjeu n'était donc pas tant de vérifier des hypothèses posées à l'avance, mais bien de faire **émerger du discours** des répondant.e.s des éléments de compréhension et d'établir une analyse thématique à partir des caractéristiques communes décelées. Seule la méthodologie qualitative permettait cela.

Les entretiens étaient **semi-dirigés**. Ce type d'entretien permettait, contrairement à l'entretien directif, **l'expression spontanée** et le libre développement de la pensée, sans influence extérieure. La démarche consistait à considérer les interviewé.e.s comme des informateurs.rices et à découvrir leurs catégories de pensée. La **reproductibilité** des entretiens était garantie grâce à l'usage du guide d'entretien.

## II – Guide d’entretien

### A - Élaboration du guide d’entretien

Les entretiens semi-dirigés étaient réalisés à partir d'un guide d'entretien (**Annexe III**) issu de la confrontation entre les données de la littérature et différents échanges auprès d'acteurs.rices investit sur la question du SdM et/ou de la substitution (sociologue, médecin addictologue). Les chercheur.se.s ont bénéficié d'une aide méthodologique en participant à des ateliers organisés par le DUMG<sup>11</sup> de Toulouse. Une présentation préliminaire de notre travail de recherche auprès du RAMIP<sup>12</sup> a permis de faire éclore l'approche qui semblait la plus pertinente selon les professionnels présents et ainsi d'explorer le vécu des usager.e.s au cours des entretiens selon les quatre thématiques suivantes :

- o Le parcours de consommation : entrées et rencontres
- o Vécus et représentations du produit SdM
- o Vécus et représentations du parcours de soin
- o Projection dans l'avenir

Ces axes semblaient suivre un axe chronologique de vie, visant à permettre une fluidité du discours. De ses axes découlaient des questions ouvertes. Le guide devait servir de support à l'entretien et ne devait pas obligatoirement être suivi de manière linéaire. Il était possible d'utiliser des questions de relances en dehors du guide d'entretien en fonction des dires de l'interviewé.e. Ces questions ont été discutées puis décidées en amont par les deux chercheur.se.s pour maximiser la reproductibilité. Le guide était ensuite validé par les directrices de thèse.

### B – Test du guide d’entretien

Le premier guide d'entretien a été testé entre les chercheur.se.s, de façon réciproque. Un **entretien test** a également été réalisé auprès d'un usager de SdM à visée substitutive afin de nous éclairer sur la pertinence des questions abordées.

### C - Evolution du guide d’entretien

Le choix des mots utilisés au sein des questions ouvertes a quelque peu été modifié au cours des différents entretiens. Il a été décidé face à l'abondance des premières données recueillies de limiter les informations biographiques, et de resserrer les questions autour du vécu du parcours

---

11 DUMG : département universitaire de médecine générale

12 Réseau Addictions MIDI-Pyrénées : Il ne s'agit pas d'un réseau de prise en charge de patients mais un réseau solidaire de professionnels de réflexion et d'information et d'organisation de la prise en charge des addictions sur le territoire.

de soin et de la relation au produit en lien avec l'objectif principal de recherche (à partir du troisième entretien).

### **III- La constitution de l'échantillon**

#### **A - La population choisie**

Les personnes interrogées, majeures, devaient s'auto-définir consommateurs-rices de SdM à visée substitutive, selon le principe d'**auto-définition**, actuelle ou passée, même occasionnelle, en France métropolitaine. Elles devaient présenter divers profils, provenir de divers milieux socio-professionnels. Le but étant la diversification de l'échantillonnage afin d'obtenir les réponses les plus variées possible. Les personnes atteintes de comorbidités psychiatriques sévères - ne permettant pas un entretien de durée adaptée et de bonne qualité - ne pouvaient être incluses à l'étude. Celles qui étaient entrées par une consommation de SdM à visée antalgique étaient également exclues de l'étude.

#### **B - La prise de contact**

Le recrutement s'est fait par le biais d'une liste de diffusion via le RAMIP, un centre de santé, et surtout par bouche à oreilles : les usager.e.s participant.e.s à l'étude proposaient à d'autre usager.e.s d'y participer.

Les participant.e.s étaient contacté.e.s par téléphone. Un lieu et une date de rendez-vous étaient convenus, au choix de l'interviewé.e. Les lieux étaient divers (domicile de l'interviewé.e, bars, lieux de soin).

### **IV - Méthode de recueil des données**

#### **A - Commission d'éthique et la confidentialité des données**

Avant et après chaque entretien, les personnes étaient informées sur la confidentialité et l'anonymat de l'étude. Les chercheur.se.s attribuaient un chiffre et une lettre à chaque participant.e afin de conserver l'anonymat. Une fiche d'information et de consentement leur était remise (**Annexe IV**) et devait être signée avant chaque entretien. Un avis favorable a été rendu par la commission d'éthique du DUMG de Toulouse (**Annexe V**).

## **B - Contexte de recueil**

Un.e seul.e chercheur.se était présent.e à chaque entretien. Les entretiens étaient réalisés en face à face, sans tiers. Un entretien a été effectué par téléphone. Un ou deux enregistreurs audios étaient utilisés. Les chercheur.se.s devaient veiller à ce qu'il soit vite oublié et à ne pas le manipuler au cours de l'entretien. Le guide d'entretien était utilisé et posé à proximité. Une prise de notes pouvait être effectuée afin d'orienter d'éventuelles questions de relance et de notifier les éléments non verbaux.

## **C – Déroulement des entretiens**

La première partie de la rencontre était dédiée à l'explication du déroulement de l'entretien (enregistrement, recueil du consentement, utilisation des données, nombre de questions). Une introduction au sujet abordé était effectuée au début de l'entretien. Il était précisé que la parole et les récits des personnes interrogées resteraient confidentiels et anonymes. L'accent était mis sur le recueil des expériences et des vécus. Un effort devait être réalisé par les chercheur.se.s de suspendre tout jugement. Les interviewé.e.s étaient invité.e.s à interrompre l'entretien ou à ne pas répondre aux questions en cas de gêne. Différents outils de communication étaient utilisés pour faciliter l'expression (questions ouvertes, écoute réflexive, écoute active, pause active, réponses neutres, demande d'approfondissement, de précisions).

Le recueil des informations personnelles était effectué succinctement au début (âge, sexe, profession, statut marital), puis à travers les entretiens en privilégiant le mode déclaratif afin de constituer un talon sociologique (**Annexe VI**). L'ordre des sujets abordés était fonction du déroulement de chaque entretien. Les chercheur.se.s s'assuraient au fur et à mesure d'avoir évoqué tous les thèmes d'intérêt du guide d'entretien, en insistant sur les sujets les plus richement exprimés selon chaque répondant.e. Il était proposé de faire parvenir les résultats de l'étude ainsi que la retranscription de l'entretien.

## **D - La retranscription des entretiens**

Les entretiens étaient retranscrits mot pour mot par écrit, sans modifications des termes utilisés, sans modification de la syntaxe et en incluant le non verbal. En effet, les silences, les hésitations, les exclamations, les rires ou les haussement de voix étaient mentionnées pareillement, pour rendre compte au mieux du contexte, faciliter l'interprétation et éviter les contre-sens. L'objectif théorique d'une telle fidélité est de tendre vers une retranscription interprétable par un.e chercheur.se n'ayant pas mené l'entretien, ou par deux chercheur.se.s



distincts qui rendraient deux interprétations similaires. Un extrait d'entretien est présenté en **Annexe VII**.

## V - Méthode d'analyse

### A - Le contexte d'énonciation

Après chaque entretien, une première analyse a été effectuée (**Annexe VIII**). Elle avait pour objectif de résumer les principales idées et impressions des chercheur.se.s ainsi que le contexte et la dynamique de l'entretien. Elle se faisait rapidement après l'entretien. Un appel téléphonique à l'autre chercheur faisant suite aux entretiens s'est naturellement imposé au cours de l'étude pour transmettre ses impressions et nourrir le contexte d'énonciation par la verbalisation du vécu.

### B - L'analyse transversale thématique

Chaque entretien a été séquencé en unités de sens, appelé *verbatim*. À chacune a été associé un code, ce qui constituait l'étape dite de *codification*<sup>13</sup>.

Cette étape constituait la première partie du processus de théorisation ancrée (Kaufmann 2011) permettant d'analyser les données le plus fidèlement possible. Cette analyse se faisait transversalement, par des comparaisons itératives avec les données des entretiens effectués au fur et à mesure. Les chercheur.se.s se sont attaché.e.s à codifier au plus près du langage usité par les personnes interrogées. Le passage du *signifiant* au *signifié*<sup>14</sup> était observé à travers le contexte d'énonciation pour renforcer la pertinence de la transformation d'un verbatim, en code (recontextualisation). La subjectivité des interprétations était minimisée par une codification individuelle de chaque entretien, mise en commun secondairement. Une *triangulation des données* était effectuée via une relecture par la directrice de thèse -n'ayant participé ni aux entretiens, ni à la retranscription-, de chaque code choisi.

L'étape suivante était la *catégorisation*. Elle consistait à classer chaque unité de sens (donc code) , en catégories de façon à former des thèmes.

Cette étape, ainsi que les suivantes, ont été menées conjointement par les chercheur.se.s, avec l'aide de la directrice de thèse.

---

13 Codification : Étape consistant à attribuer un code à chaque unité de sens (idée) extraite du discours.

14 Le signifiant, étant le support matériel du sens (lettres, phonèmes ) et le *signifié*, étant le sens lui-même. Se référer à ce sujet à Ferdinand de Saussure (linguiste suisse), qui dit que le signe n'associe pas un mot et une chose, mais un *concept* (le signifié) et une *image acoustique* (le signifiant).

Elles consistaient à mettre en relation les catégories pour tenter de reproduire la dynamique du phénomène analysé, ainsi que sa multi-dimensionnalité et sa multi-causalité. Le processus de catégorisation était la résultante de la classification analogique et progressive des éléments. Le titre de chaque catégorie ne pouvait être défini qu'en fin d'opération.

La rédaction des résultats suivait à l'inverse ce cheminement, selon arborescence détaillé ci-avant : les catégories deviennent des chapitres, les sous-catégories des paragraphes et les unités de sens les différentes thématiques développées. A la différence d'un travail quantitatif, l'interprétation des données n'est pas séparée de la présentation des résultats : l'interprétation des données est le résultat.

Les chercheur.se.s ont tenté de préserver une souplesse dans l'usage du matériel tout au long de l'étude, permettant une modification **inductive**<sup>15</sup> des résultats, et une mise en lumière plus réelle des vécus recueillis.

L'analyse des données a été effectuée dans un tableur libre, sans utiliser de logiciel spécifique à ce type d'étude. Un extrait est présenté en **Annexe IX**.

### **C - La saturation des données**

Le nombre de patient.e à inclure dans une étude qualitative ne se calcule pas à l'avance dans la mesure où la significativité statistique n'y a pas de sens. En revanche il est déterminé lors de l'analyse des entretiens puisque l'élément clé est la **saturation des données** : le nombre d'entretien nécessaire est atteint dès lors qu'aucune information nouvelle ne ressort de l'analyse des nouveaux entretiens. Les chercheur.se.s ont eu un sentiment subjectif d'être à saturation des données lorsque les entretiens ne semblaient plus apporter de nouvelles catégories, tout en ayant effectué une variabilité de l'échantillon pour confirmer cette hypothèse.

---

15 L'induction est historiquement le nom utilisé pour signifier un genre de raisonnement qui se propose de chercher des lois générales à partir de l'observation de faits particuliers, sur une base probabiliste.

## **VI. Méthode bibliographique**

### **A - Les sources et la veille documentaire**

Plusieurs sources d'information ont été utilisées pour procéder à une recherche bibliographique la plus exhaustive possible. Les bases de données qui ont été utilisées sont MEDLINE (NCBI, moteur de recherche Pub Med), CISMef (CHU de Rouen, système de métadonnées médicales en langue française), Cairn (Belin, De Boeck, La découverte et Erès, Portail internet de publications francophones en sciences humaines et sociales), SUDOC (ABES, catalogue collectif des bibliothèques universitaires françaises). Des moteurs de recherche plus généralistes ont été utilisés permettant d'accéder à d'autres bases de données comme la base de donnée BiblioPlanet.

Différents documents issus de la littérature grise ont été recueillis soit directement (contact avec des chercheur.se.s, contact avec des associations) soit par le biais de la toile.

La veille documentaire consistait à réitérer cette recherche bibliographique à plusieurs reprises au cours de l'étude.

### **B - L'analyse de la littérature**

Le critère de jugement principal était l'utilisation du sulfate de morphine à visée substitutive recherchée à travers la littérature biomédicale. Un second critère de jugement était le vécu des patients toxicomanes vis à vis de la politique de substitution en France dans le cadre de la recherche médico-sociale. Les mots-clés associés pour la recherche bibliographique ont été présentés dans le Tableau 1. Nous pouvions parfois indiquer des critères d'exclusion permettant de restreindre la recherche.

Termes pour désigner l'utilisateur de drogue	“toxicoman-e-s” “usagers de drogue” “opioïdoman”	“drug users” “opiates users”
Termes pour désigner le produit	“sulfate de morphine” “sulfate de morphine à libération prolongée” “Skénan” “opiacé-s” “opioïde-s” “héroïne”	“slow release oral morphine” “opiate treatment” “opioids” “heroin”
Termes pour désigner l'usage de drogue et la dépendance aux opiacés	“toxicomanie” “plaisir” “défoncé” “dépendance aux opiacés” “addiction aux opiacés”	« drug using » « stone » « opiate addiction »
Termes pour désigner la substitution aux opiacés	“traitement substitutif aux opiacés” “médicaments substitutifs aux opiacés”	“opiate replacement therapy” “opiate substitution treatment”
Termes pour désigner les soignant-e-s	“médecin généraliste” “addictologue” “psychiatre”	“general practitioner” ”psychiatrist”

**Tableau 1** : Mots-clés pour la recherche bibliographique

### C- Les recherches sur la méthode qualitative

Nous avons eu recours à des ouvrages conseillés lors des formations à la méthode qualitative dispensées par le DUMG de l'Université Paul Sabatier de Toulouse. Les ouvrages : « L'entretien compréhensif » de Kaufmann, « L'analyse de contenu » de Laurence Bardin et « Le récit de vie » de Daniel Bertaux ont été essentiels dans l'approche de cette méthode (Kaufmann 2011 ,Bertaux et de Singly 2005).

# Résultats.

## I - A propos de la population sélectionnée

Onze personnes ont été interviewées entre mai et novembre 2016. Les entretiens allaient de 22 à 80 minutes pour une durée moyenne de 40 minutes.

Les interviewé.e.s avaient de 28 à 46 ans, parmi lesquel.le.s quatre femmes et sept hommes.

Ils.Elles ont été sélectionné.e.s selon le principe d'auto-définition consommateurs.rice de SdM à visée substitutive aux opiacés.

Les catégories socio-professionnelles étaient variées.

Les participant.e.s vivaient principalement en région Midi-Pyrénées (une personne hors Midi-Pyrénées), et majoritairement en milieu urbain (deux personnes en milieu rural).

Sur le plan des comorbidités, deux personnes étaient suivies pour une schizophrénie stabilisée, une présentait une maladie chronique douloureuse inflammatoire, et une était porteuse du VIH traitée par trithérapie antirétrovirale.

Les interviewé.e.s étaient tous.tes en cours de suivi médical, un en CSAPA, et dix en médecine de ville dont deux par un médecin généraliste et huit par un centre de santé.

Sur les onze participant.e.s, dix ont eu une pratique régulière de l'injection. Sur les dix, cinq étaient sevré.e.s de l'injection.

Lors des entretiens, 2 étaient totalement sevrés des opiacés, 8 consommaient du SdM dont 6 par voie intraveineuse directe et 2 par voie orale. Un seul consommait de la méthadone en sirop.

Les caractéristiques de l'échantillonnage ont été reprises dans le talon sociologique sous forme de tableau. (**Annexe VI**)

Les chercheur.se.s ont eu l'impression d'arriver à saturation des données au bout de 8 entretiens. 3 entretiens supplémentaires ont été menés pour confirmer la saturation des données.

Après analyse sémantique des entretiens, six grandes thématiques ont émergées **illustrant les parcours des consommateurs.rices de SdM** : *La rencontre avec le produit, son utilisation à l'image d'un poison, puis d'un remède, et l'ambivalence liée à cette double utilisation. Ensuite seront abordés les entraves ressenties à l'entrée dans le soin et enfin les éléments qui ont permis de s'y inscrire.* Les catégories regroupaient les idées, qui étaient illustrées le plus souvent par une ou plusieurs unités de sens.

## II - De la rencontre à l'appropriation du SdM

Le parcours des usager.e.s interrogé.e.s a permis d'identifier les facteurs influençant l'entrée dans la consommation de SdM, et d'établir les déterminants à l'origine de cette attraction.

### A - La rencontre avec le SdM

La rencontre avec le SdM se faisait souvent par le biais d'un tiers, parfois dans la rue. Puis, les modes d'obtention du produit évoluait vers une prescription médicale « Bah au début je l'achetais et puis après je suis allée voir un toubib\* enfin un docteur qui me l'a prescrit » Mme 2C.

Les modes de consommation quant à eux variaient d'un entretien à l'autre, mais aussi au sein d'un même parcours de consommation, passant de la forme orale ou nasale à la forme injectée, ou inversement. Elle était le plus souvent injectée.

### B - Une attraction vers ce produit

La poursuite des consommations de SdM était confortée par une **recherche de défonce** : « les effets bénéfiques, excuse-moi le terme, mais voilà la sensation de bien-être entre guillemets, la vague de chaleur machin. » (Mr 1D). Plusieurs interviewé.e.s témoignaient une certaine **curiosité** vers ce produit. Mais c'est son **injectabilité** qui justifiait le plus souvent cette attraction : « Donc ouais moi je suis venu au Skénan® au début par rapport au fait que ça s'injectait » (Mr 1D). L'injection, la défonce, Mr 1B disait même que « C'est équivalent à l'héroïne »

La **compatibilité de l'injection du SdM et d'une bonne insertion sociale** renforçait le maintien dans la consommation : « je fais mon travail avec le Skénan<sup>®</sup>, j'ai jamais eu de problème » (Mme 2A). La **facilité d'accès dans la rue** le rendait **séduisant**. Mais aussi sa **pureté industrielle**, permettant une **reproductibilité des effets**, parce qu'avec le SdM « tu sais toujours ce que tu auras... » (Mr 1D). Son accès sur prescription médicale - en faisant un produit légal - permettait d'éviter toutes les contraintes que les usager.e.s de drogues connaissaient lorsqu'ils se procuraient de l'héroïne dans la rue « Et le Skénan<sup>®</sup>, c'est mon médecin qui me le prescrit, j'ai pas besoin d'aller rencontrer quelqu'un j'sais pas où [...] c'est légal » (Mme 1F). Et bien sûr, un accent était mis sur **l'aspect économique** : « jusqu'au jour ou bah c'était pas possible il fallait que j'ai un traitement quoi, je peux pas mettre toutes mes thunes\* dedans indéfiniment quoi, ça coûte cher. » (Mr 1E)

Les usager.e.s de drogues se tournaient souvent vers le SdM **à défaut des autres MSO**. Ils dénonçaient fréquemment la toxicité du Subutex<sup>®</sup>, comme Mr 1A qui se « sentais empoisonné ». Les complications veineuses liées à l'injection du Subutex<sup>®</sup> étaient au centre de la critique. Elles étaient moins nombreuses avec le SdM, et plus tardives. Mr 1E concluait que : « d'être sous Skénan<sup>®</sup> ça m'a protégé des complications que peuvent apporter la cocaïne, l'héroïne, même le Sub\* » Quant à la Méthadone<sup>®</sup>, certains usager.e.s rapportaient un mal-être sous ce produit « avec la Métha\* les journées elles sont fades, j'suis pas bien, j'arrive jamais à trouver la dose correcte parce que bah soit là je la prends en une fois j'pique de zen\*, j'la prends en deux fois mais dans ce cas-là j'suis pas bien toute la journée » (Mr 1E).

### **C – L'appropriation**

Au bout d'un certain temps de consommation, les usager.e.s s'approprièrent le produit, avec le besoin d'une assurance de ne pas s'en séparer, comme le racontait Mr 1A suite à une rupture de prescription : « je veux récupérer MON Skénan<sup>®</sup> quoi ! ». Ses effets étaient décrits comme **adaptés** à leur besoin.

### III - SDM, un poison.

Pour beaucoup, l'addiction au SdM était vécu comme un assujettissement morbide. L'addiction au geste de l'injection, participait à aggraver ce sentiment d'emprisonnement, selon différents aspects. Ces éléments de vécu négatifs n'était pas décrits seulement pour le SdM, mais plus généralement au travers de leurs parcours de consommation de drogues et MSO.

#### A – SdM, des vécus négatifs à l'image d'un poison.

##### Emprisonnement

La proximité du milieu de la rue entretenait un sentiment d'emprisonnement, d'inévitabilité des consommations toujours « à portée de main ». Certains usager.e.s s'auto-defineaient comme appartenant à ce milieu et semblaient y adopter **une fonction identitaire**, participant à ce phénomène de cloisonnement, la consommation devenant **immanente** à l'individu : « J'ai vendu, j'ai dealé\* à la gare... Dans tous les bleds\* où je suis allé, d't'façon, j'ai toujours traîné dans la zone\*[...]. J'ai toujours été dans ce milieu de la drogue, j'suis toujours dans le milieu de la drogue d't'façon. » Mr 1B. De plus, l'accessibilité aux opiacés était dénoncée comme facilitée par le marché noir, qualifié par Mr 1B d'«horrible». Horrible par le profit dont certains pouvaient retirer de ce trafic. Le **nomadisme médical**, souvent pratiqué au sein des usager.e.s interrogé.e.s, y contribuait pour beaucoup.

L'assimilation du SdM à un poison s'expliquait également par le sentiment d'emprisonnement émanant des contraintes liés à la « gestion » des consommations quotidiennes, comme le décrivait Mr 1E : « parce que, bah tous les soirs en sortant du taf j'allais chercher mon truc, j'achetais tous les jours ma dose, donc bah 600mg par jour, donc tous les jours être dépendant des gens, des dealeurs\*, euh, s'ils sont pas là qu'est-ce qu'il se passe...l'addiction quoi ! », et qui était décrié par Mr 1B comme « une belle merde, parce que pour s'en sortir c'est la merde. » Mr 1B considérait même que le SdM était «la plus belle connerie qui puisse y avoir. »



L'emprise de cette relation aboutissait, comme le relatait Mme 2b, à : « une obsession, c'est le problème avec le Skénan<sup>®</sup>, c'est pour ça que j'ai essayé d'arrêter à plusieurs reprises ».

### Résignation

Un sentiment de **fatalisme** découlait de cette obsession pour le produit, avec une notion de spirale, de **retour en arrière perpétuel** au travers du parcours de consommation, comme le racontait Mr 1A lors d'une rechute dans les consommations : « Et que ça fini par me rattraper ». Les propos de certains interviewé.e.s révélaiet une certaine **immuabilité** du statut de toxicomane : « donc ça m'a rappelé quelque part que je suis quelqu'un de dépendant, que je suis quelqu'un de toxico comme on dit » (Mr 2E)

### Culpabilité et dévalorisation

L'entrée dans la consommation de SdM était alors vécue par certain.e.s comme un piège, de par cette emprise. Et de cette impossibilité de s'extraire de cette union naissait un sentiment d'impuissance, et de **culpabilité** : « Je culpabilise à mort, mais en même temps j'arrive pas à trouver la volonté qui me permet d'arrêter de faire de la merde»(Mr 1D).

La souffrance directement liée aux consommations se reflétait brutalement à travers certains discours, à l'origine d'un profond sentiment de dévalorisation : «pourtant tous les jours je me déteste, quand j'vois, quand je me lave j'me déteste tous les jours.. » (Mr 1B). Mr 1D nous décrivait à cet égard les conséquences psychiques à long terme des consommations de SdM : « c'est être épave, être pas bien ,déprimé, le moral au fond des chaussettes, je suis un bon à rien, j'ai un caractère de merde, je suis imbuvable, 'fin c'est euh, voilà je me reconnais pas, c'est pas moi, c'est pas moi, non ! ».

## **B – SdM, le poison du geste de l'injection**

L'injection était à l'origine, pour la plupart des interviewé.e.s, d'une obsession pour le geste: « Mais après t'es arrivé à un moment, peu importe quelle molécule c'est, t'es habitué à l'injecter donc t'as du mal à la voir autrement qu'en produit injectable» (Mr

1B). Son emprise engendrait des états de perte de contrôle, « Combien de fois j'ai pété des crises chez moi à tout péter, péter tous mon matos, les seringues et tout, tout jeter à la poubelle, et même partir carrément en stress, en grosse introspection...» (Mr 1D). La **qualité du réseau veineux** permettait de perdurer dans la pratique de l'injection, comme pour Mr 2E: « j'ai la chance d'avoir je sais pas des veines de méditerranéen » Par ailleurs, l'appétence pour le geste se justifiait en partie par l'effet ressenti par l'injection jugé **plus significatif que par la prise orale, ou même nasale**.

Les injecteurs exposaient **des difficultés à se shooter\* sur le long terme** - quel que soit le produit, mais particulièrement avec le Subutex® - suite aux complications veineuses, amenant à des situations de détresse traumatisantes comme le racontait Mr 1B « Je mettais du sang partout. Et puis je me retrouvais à hurler. A me taper la tête contre les murs, à plus en pouvoir »

Les piqûres itératives, les effractions cutanées, prenait parfois la forme d'**automutilation**, comme pour Mr 1B « Je me fais des trous, des trous, en fait c'est ouais comme je le disais c'est même de la mutilation». Certain.e.s faisaient référence à un « mitraillage » de la peau (Mr 1A) dont les stigmates physiques conduisait à une dégradation **visible** de l'image de soi, et nécessitaient un camouflage, par peur d'être **stigmatisé.e** : « surtout je pouvais pas me permettre de laisser ça, que ça se voit quoi. Je pouvais pas rester avec mes bras abîmés, j'étais obligé de cacher ça tout le temps à ce moment là» (Mr 1A).

#### IV - Le sulfate de morphine, un remède.

##### *[ Opiothérapie ]*

Beaucoup des personnes interrogées identifiaient le SdM comme une entité salvatrice dans leur parcours de vie, permettant de le qualifier de **remède**. Cette **fonction thérapeutique** du SdM se retrouvait à divers endroits de la vie du consommateur.rice, dans de multiples temporalités, à travers presque tous les entretiens.

Le **sentiment d'épanouissement sous opiacés** nous était révélé par l'effet apaisant du SdM : « que avec les opiacées j'ai trouvé une paix avec moi-même ; que autrement j'ai du mal à avoir, et que là cette partie-là, elle m'a sauvé ...» (Mme 2A)

Pour certain.e.s, la fonction **correctrice** – d'un état de mal-être - et stabilisatrice de ce produit émanait clairement du discours : « au moins ça m'a permis d'avoir une certaine stabilité, de retrouver des envies, de revivre un peu plus naturellement, un peu plus normalement. » (Mme 1F)

Le SdM transparaisait à travers les entretiens comme **un levier de libération**, constituant une forme de bouclier au mal-être, et parfois même de **panacée** : « Je pense (hésite) je pense que ça m'a aidé, le euh, la prise de morphine, même si à certains moments elle a été excessive, ou si à certains moment je l'ai prise comme une panacée, dans mon cas précis, ça a été une énorme libération, euh, parce que ça m'a aussi permis de faire un travail sur moi-même en prenant une certaine distance, [...] et de me détacher un petit peu de certains problèmes et petit à petit, d'en surmonter une grande partie » (Mr 1C)

Mr 1A nous confiait que s'il n'avait pas eu accès au SdM « je pense que je serais soit mort, soit j'aurais des orteils de pouce<sup>16</sup>, ça aurait été 10 fois pire. Euh j'en serai pas là aujourd'hui clairement.

Certain.e.s associaient le SdM à une ouverture vers l'Autre : « ça m'a permis d'envisager mes relations avec les autres différemment. » (Mme 2A)

Le propos de Mme 2A révélait **un sentiment d'être en dehors du cadre établi** - par la société - , momentanément « corrigée» par l'effet de la prise de SdM : « y'à même des moments où je trouve que je suis normale ».

L'utilisation auto-thérapeutique du SdM était largement rapporté, parfois à visée antipsychotique face à l'inefficacité ressentie des traitements neuroleptiques : « Pour moi c'était le meilleur traitement antipsychotique que j'avais eu rencontré, à côté alors qu'ils m'avaient fait bouffer plein de neuroleptiques dans tous les sens. » (Mr 1A). Mr 1C ajoutait « que parmi les gens qui ont des troubles de type euh schizophrénique de façon large, il y en a un certain nombre qui ont moins de difficulté avec un traitement raisonnable aux opiacés qu'en étant seulement bombardés de neuroleptiques ou d'antidépresseurs »

En effet, le SdM constituait pour certain un véritable **remède dans le cadre de la dépression** permettant une tranquillité d'esprit et un bien-être : « Mais pour moi, le Skénan<sup>®</sup>, la morphine, ça a été vraiment un médicament dans le sens où ça a pu m'aider à retourner vers

---

16 Fait référence au **Syndrome de Popeye**, qui est une complication de l'usage de drogue par voie intraveineuse, attribuée le plus souvent à l'injection de BHD (Subutex<sup>®</sup> et générique). Ses signes visibles sont un gonflement des deux côtés des deux avant-bras et des mains. Une des explications de ces manifestations serait que l'amidon de maïs, le talc ou la silice, présents dans la BHD, provoqueraient un blocage des petits réseaux veineux et entraînerait une inflammation chronique des tissus et du réseau lymphatique.

une certaine joie de vivre, et que les morphiniques fonctionnaient dans le sens, chez moi en tout cas, comme un anxiolytique tout simplement. Il permettait d'atteindre un bien être psychologique Moi je pense que j'ai vachement consommé l'héro ou le Skénan® aussi pour tous les bienfaits heu psychologiques si tu veux (...) en tout cas le bien être moral » (Mr 1C)

Les bienfaits thérapeutiques du SdM se retrouvaient dans ceux ressentis auparavant dans la consommation d'héroïne : « Quand j'étais gamin, que j'ai découvert l'héro bah c'est à ce moment là où ça me réglait tous les problèmes qui étaient déjà en place, que je savais pas, je pouvais pas mettre le doigt dessus. J'savais pas ce que c'était la schizophrénie, j'savais pas que c'était une maladie, moi j'voyais juste que j'avais des angoisses, que j'étais stressé, mais pour moi j'avais grandi comme ça, 'fin c'était apparu...et **j'avais seulement fait l'addition que quand je prenais de l'héro ça allait beaucoup mieux.** » (Mr 1A)

**La fonction réadaptative** dans le milieu social du SdM se retrouvait également dans les entretiens, comme Mme 2B nous l'exprimait en exposant une certaine forme de dopage\* recherchée dans sa consommation : « oui le dopage\* oui l'expression se doper c'était un petit peu ça ouais parce que bon c'était une forme ouais de motivation heu pour se lever le matin ouais [...]. Cette notion de béquille motivationnelle, qui pouvait s'apparenter à une **fonction de stimulant** du SdM, se retrouvait dans les propos recueillis de Mr 1C « Et je me suis retrouvé capable de me lever à des moments où je serais resté derrière mon pieu, à me dire que c'était catastrophique ». Bénéfice ressenti sous SdM contrairement à la Méthadone® : « Au contraire moi sous Skénan®, j'étais actif, je retrouvais une patate, je parlais, je faisais des choses de ma journée... alors que les premières fois sous Métha® je passais mes journées au lit, j'avais envie de rien, j'étais déprimé... » (Mr 1A)

## V - Le sulfate de morphine [entre poison et remède] : un pharmakon ?

“fin moi je suis contre. Même si je suis dedans, même si il me le faut, je suis contre quoi.” Ce propos recueilli de Mr 1B, reflétait toute la complexité de la consommation du SdM par les usager.e.s, s'inscrivant par moment dans une démarche de soin et donc de remède, et par ailleurs - ces moments pouvant être simultanés- , dans une démarche d'**auto-destruction consciente**, et donc de poison. Mme 1F relatait la double facette du SdM, à la fois

contraignante d'accès, mais d'un immense bénéfique ressenti : "Donc bah d'un côté euh, pff, faut tous les 28 jours au médecin, il faut le prendre tous les jours, et puis bah de l'autre côté bah ça m'a changé la vie."

Cette attache inconditionnelle - qu'elle fasse du bien ou du mal- au SdM s'expliquait par un lien fort créé avec le produit, le SdM étant investi en rôle de **compagnon** de vie, renforcé par une notion d'inséparabilité : "Avec le temps, depuis que j'en prends quand même, je me suis construit avec les opiacés, et je sais pas, c'est un truc heuu donc je pense que je finirais ma vie avec...[...] Et je le vois comme quelque chose qui fait parti de ma vie.." (Mr 2E). Ce rôle de compagnon se traduisait pour Mr 2B dans son rapport physique effectif que le produit lui apportait, la contenant dans un "**paradis artificiel**" à la fois isolant et apaisant, illustrant la **dichotomie** des effets ressentis par le SdM. « enfin le Skenan® pour moi enfin de ce que j'en perçois c'est que c'est un petit peu l'équivalent de tout ce qu'on produit quand on fait quelque chose qui nous fait plaisir donc en fait on est heu un petit peu à la source, on a plus envie de rien faire, on est complètement heu .. on s'isole heu on reste un petit peu dans un microcos..on reste dans un univers heu ouais c'est un peu l'équivalent des paradis artificiels heu..ouais c'est ça c'est artificiel, c'est un bonheur artificiel »

Cette **ambivalence** s'illustrait parfois dans la coexistence de consommation "remède" et de consommation "poison" au sein d'un même parcours comme chez Mr 1A : « et surtout, que c'est que pendant un moment j'ai commencé à me ré-injecter de l'héro par moment en mode extra, une fois de temps en temps, mais ça c'était vraiment longtemps après... » Mme 2A en relatant que « y'a des moments sûrement elle – la personne qui consomme - a envie d'un petit plaisir {...} enfin tu peux pas avoir un truc hyper linéaire de truc » tentait de traduire l'inévitabilité de ces fluctuations de consommation, immanentes à l'usager.e de drogue.

Les différents parcours de vie recueillis permettaient de s'apercevoir du **polymorphisme des consommations**, pour lesquels multiples facteurs de vie (environnementaux, sanitaires, psychologiques, sociaux...) influaient sur les modes d'utilisation du SdM, et illustraient ainsi cette double fonction du SdM. L'état psychique ressenti était un facteur important, à l'origine d'une **modulation** franche des consommations. Un état de mal-être les potentialisait : « Mais quand j'allais pas bien, après voilà je, j'augmentais les doses, je me mettais des races, ça m'arrivait de me shooter une boîte de 14 dans la journée quoi » (Mr 1B). Alors, qu'au

contraire, un sentiment de bien-être les réduisait : « En ce moment je vais pas trop mal, c'est vrai j'ai l'impression, j'ai pas mal diminué. » (Mr 1D).

Le degré d'épanouissement ressenti était parfois à l'origine d'un glissement vers le remède. Mme 2A associait même directement l'obtention d'un travail et l'arrêt des consommations : « et même j'arrive carrément à arrêter quand je prends mon poste en septembre » Mr 1D expliquait que l'utilisation du SdM constituait son seul **échappatoire** au mal-être : « C'est pas que je suis quelqu'un d'émotif, mais euh le moindre truc, c'est mon échappatoire, le moindre truc qui se passe dans ma vie, je m'échappe avec ça »

Le discours médical rapporté par les usager.e.s était parfois à l'image de cette ambivalence et reflétait une **ambiguïté** de la posture du soignant.e. Il.Elle semblait être pris.e en étau entre deux paradigmes contradictoires : le soin de la substitution, et la drogue sur prescription : « c'est comme elle me dit, elle me dit "bon maintenant je pourrai m'opposer à la prescription, je ne vais pas le faire, vu que vous me dites que vous prenez ça pour vous soigner, par contre vous allez quand même aller voir un addictologue, faut qu'on soit sûr de ça parce que vous vous rendez compte, que vous le vouliez ou non, moi je ne peux pas reconnaître ça comme un substitut vu qu'en France ce n'est pas un substitut" » (Mr 1D)

Le discours des consommateurs.rices reflétait également cette ambiguïté, ce malaise autour du produit et de ces représentations. La peur de ne pas accéder à un traitement qui semblait bon pour lui, comme nous l'expliquait Mr 1A, le poussait à **mentir** pour l'obtenir, criminalisant sa démarche : « J'arrivais pas à envisager d'être franc, sincère pour avoir ce produit là, d'être vrai. Non, pour moi c'était, euh, il fallait gruger pour avoir ce truc qui était une bonne solution, parce que et bah justement à chaque fois que je demandais c'était un refus catégorique » Le produit était là encore investi dans toute sa contradiction, poison dans la manière d'obtention, et remède dans ses bienfaits ressentis. : « La plupart ils avaient réussi à magouiller, euh, à prétexter, euh des demandes de douleur forte ». Le lapsus de Mr 1A renforçait l'idée d'être prêt à tout pour obtenir le produit. Mr 2E expliquait qu'il se sentait contraint de mentir - malgré le poids de la morale - à son médecin sur ses consommations par **peur de la punition** : « mais voilà dans le parcours, ou effectivement t'as cette arrière pensée culpabilisante où c'est pas bien quoi, où quand tu va avouer au docteur que t'as augmenté, t'as toujours peur de la punition tu sais, et du coup ça te pousse à ne pas lui en parler ». Cet exposé interrogeait sérieusement les

**rapports soignant-soigné** dans leurs objectivités, et dans la place donnée à chacun. Mr 2D critiquait les moyens peu honnêtes qu'il mettait en place pour obtenir son traitement, qu'il utilisait exclusivement à visée de défonce, en dehors de toute démarche de soin : « et puis en même temps ça me faisait chier de leur mentir quoi ...parce qu'ils pensaient que j'étais franc avec eux, que je me soignais bien et..non en fait j'allais chercher la défonce là bas quoi... »

Enfin, la parole de Me 2A résumait presque parfaitement la notion de **pharmakon** : « ce qui a été un moment de la défonce, peut être aussi autant du plaisir que du soin, autant de déplaisir et du mauvais soin ». Elle parlait de **permutabilité des termes entre défonce et soin**, dans le langage usité, reflétant une variation de la fonction recherchée à un moment donné, entre poison et remède, pouvant se confondre ou se succéder parfois, dans le parcours du consommateur.rice : « parce que c'est c'est parce que je suis plus dans les mêmes âges, parce que je suis plus dans les mêmes milieux, que j'ai pas besoin de briller de la même manière, du coup c'est pas du tout les mêmes termes mais finalement les termes sont permutables tu vois... » (Mme 2A)

## VI – Obstacles à l'inscription dans le soin

### A – Vécus négatifs liés au statut de toxicomane

#### Un sentiment de répression

Les usager.e.s ont fréquemment rapporté des situations durant lesquelles ils se sont sentis réprimé.e.s, en lien avec leur statut de toxicomane, ne faisant qu'accentuer « leur galère » (Mr 1A). Certains témoignaient d'un sentiment de **contrôle**, avec la notion de devoir être dans la norme, de respecter les règles, pour pouvoir poursuivre les soins, ou pour pouvoir y accéder : « Tous les autres – médecins - , je les voyais généralement comme un flicage, il fallait négocier, il fallait cacher, pour obtenir. » (Mr 1A). Ce cadre strict imposé était vécu comme une **soumission** auquel il fallait se plier au risque d'une rupture de traitement comme le racontait Mr 1A : « Il y avait toujours cette espèce d'épée de Damoclès, on va te retirer le Skénan<sup>®</sup>, on va te baisser les doses machin... ». La suspension éventuelle d'une ordonnance était alors vécue comme une **injustice**, venant aggraver un sentiment de répression et de stigmatisation. Ce pouvoir

du médecin détenant la prescription était vécu comme une domination à l'origine d'un sentiment d'**oppression** comme le racontait Mr 1e lorsqu'une diminution du dosage de son MSO lui était imposée : « Mon médecin généraliste de ville, il poussait au cul, il poussait au cul pour que je baisse de doses toutes les semaines »

La négation de la part des soignant.e.s de **la recherche d'effet ressenti par la prise de SdM**, et parfois de plaisir, alimentait ce sentiment de répression à l'égard des usager.e.s en demande de traitement : « Le plaisir c'est anormal » (Mr 1C). Cette représentation négative ressentie à l'égard des usager.e.s de SdM pourvoyait la scission dénoncée par les interviewé.e.s, se sentant **condamné.e.s par leurs pratiques** : « y a le côté, euh non on n'a pas le droit à ça...c'est le paradis artificiel, [...] c'est la récompense de dieu, on l'usurpe, au nom du plaisir tout seul... » (Mr 1C).

#### Un sentiment de stigmatisation

Les usager.e.s interrogé.e.s dénonçaient le sentiment d'être souvent « mal vu » (Mme 1F) de la part du corps soignant, pouvant même aller jusqu'à un sentiment d'être méprisé par celui-ci, et réduit au seul statut de toxicomane : « ce qui m'ennuie c'est cet espèce de truc ou t'es pas considéré en fait...soit t'es vu comme heeu voilà en tout cas t'es pas considéré comme une personne, t'es vu uniquement sous le prisme de la toxicomanie ... » (Mme 2A)

La posture, les propos ou l'attitude de certain.e.s soignant.e.s étaient parfois interprétés comme **stigmatisants**, voire « anomalisants » comme l'image effrayante que semblait renvoyer Mme 1F à une pharmacienne : « J'ai des cornes, 4 yeux, j'vais tout leur voler. C'est super mal vu. ».

La comparaison aux addictions à d'autres substances, jouissant d'une **acceptabilité sociale** supérieure, les confortait dans leur statut de paria incompris, comme y faisait référence M. 2E: « Même mon médecin me le dit, un alcoolique qui va faire une rechute, on le juge pas mal. On dit il a fait une rechute, il est malade. C'est qu'un toxico tout de suite on a tendance à le faire culpabiliser ».



## B – Vécus négatifs liés au défaut d'accès au SdM

Les **refus de prescriptions de SdM** de la part de médecins généralistes ont été de nombreuses fois rapportés au cours des entretiens, et identifiés comme obstacles majeurs à l'accès au soin. Mme 1F déclarait que cela : « devrait être beaucoup plus simple à se faire prescrire parce que c'est chiant. C'est la croix et la bannière. » La difficulté n'était pas seulement dénoncée au cabinet, mais aussi dans les pharmacies.

L'entrave principale résidait dans l'instabilité éprouvée au sein du parcours de soin, dans cette **tension permanente** d'une éventuelle rupture soudaine de prescription, comme l'expliquait Mr 1e : « tu te pointes chez le médecin et il te dit "non, je peux plus te prescrire". Du jour au lendemain, t'as plus rien, sauf que toi t'arrives en temps et en heure, donc t'as plus rien non plus, t'as pas un truc sous le pied, donc t'as le couteau sous la gorge, t'as le manque qui va arriver dans 5 heures et là faut trouver une solution. ».

Les usager.e.s se retrouvaient dans des situations précaires face à cette rupture de traitement, comme M. 1C qui a « redû acheter à ce moment-là », par des fins parfois extrêmes, comme le deal, ou encore de longs trajets chez des médecins identifié.e.s prescripteurs.rices de SdM : : « Une fois par mois j'allais me faire 600km pour aller me chercher de quoi me poser et être bien » (M. 1C) les mettant dans des conjonctures inconfortables, et perturbant l'équilibre de vie auparavant atteint. Certain.e.s avaient recours à la pratique de nomadisme médical et des pharmacies, comme M. 2E : « alors d'essayer de jongler entre les médecins, t'en fais un une semaine et l'autre la semaine d'après et heuuu voilà et pareil fallait jongler avec les pharmacies ».

Plusieurs stratégies étaient utilisées pour pallier au manque induit par les obstacles à l'accès au SdM, et notamment la polyconsommation d'autres produits, surtout les benzodiazépines.

## C – Obstacles au soin liés au produit

Le syndrome de manque, inhérent aux caractéristiques propres des opiacés lors de leur sevrage, était décrit de manière traumatisante. Ce manque était décrit « comme un

incendie dans le cerveau » (Mme 2B). L'appréhension du manque était parfois identifiée comme un obstacle au bon suivi d'un TSO comme le racontait M. 1A, suite à un retard en CSAPA pour une délivrance de Méthadone® où il n'a pas pu avoir le MSO avant le lendemain : « C'est comme si on mettait la main de quelqu'un dans le feu et on lui disait tu restes comme ça je reviens demain, tu bouges pas la main surtout je reviens. Euh non, la personne elle enlève la main c'est obligé quoi, c'est la même chose. »

Le terme de « décrocher\* à la dure » revenait souvent, imageant à quel point le sevrage était identifié comme une souffrance profonde, parfois même une torture. Chez certain.e.s, l'angoisse de la survenue des douleurs liées à l'arrêt du produit était un frein à l'élaboration d'un projet de diminution des consommations de SdM.

La **tolérance\***, une autre spécificité du SdM, a été beaucoup décrite, de par la difficulté qu'elle induisait à stabiliser la dose quotidienne, et comme le relatait Mme 1f, « En général tu augmentes, tu diminues pas quoi ! ».

La critique englobait parfois les autres MSO, dénonçant l'effet hyper-addictif en général des opiacées « Parce que tout est addictif en fait au bout d'un moment, que ce soit le Sub®, la Métha®, ou le Sken®\* », (M. 1B)

## D – Vécus négatifs de l'institution

### L'institution administrative

L'institution administrative, parfois désignée comme une barrière à l'accès au soin, a été de nombreuses fois mentionnée dans des cas de ruptures de protocole de SdM, incluant des « convocations » à la CPAM, renvoyant au sentiment de **contrôle social** et de **soumission**.

### L'institution médicale

La représentation de Mme 2A à l'égard des médecins témoignait d'une certaine ambiguïté de la posture du soignant : « c'est-à-dire soit d'avoir des médecins heuuu dealers\* ou flic, tu vois très dans le jugement, ou dealer ouuuu ils vont me suivre mais ils vont pas t'écouter ou alors ils vont pas te considérer.. »

La pratique de certains médecins identifié.e.s de « dealer en blouse blanche » (M. 1A), était accusée d'inadaptée à leur besoin, faite de consultations à durée très limitée,

destinées à la seule délivrance du produit, et ne laissant pas la place à l'élaboration d'une identité de « patient comme les autres » (Mme 2A).

Face à ces obstacles, certain.e.s se sont trouvé.e.s « un petit peu sans solution » (M. 1C). Ils.Elles ne parvenaient pas à établir une relation de qualité avec leur médecin, comme M. 1E, qui n'ayant pas suffisamment « confiance » dans le corps soignant, préférait taire ses consommations. M. 2E quant à lui préférait taire sa pratique de l'injection, son médecin lui renvoyant une franche aversion pour cette pratique, malgré une bonne relation de confiance établie avec lui : « C'est juste des petites phrases qu'il me sort de temps en temps : "heureusement toi t'injectes pas " [...] et si on est sérieux, on n'injecte pas. »

Mme 2A dénonçait une **normativité du terme « soigner »** par l'institution soignante, excluant les considérations propres du patient.e, pour lequel les consommations peuvent faire partie intégrante de SON soin : « je me dis voilà c'est une question de langage en fait donc comme on a fermé le langage en disant le soin ça veut dire ça ça ça, on écoute à partir du moment où la personne est sous Méthadone® stabilisée on va dire 'elle, ça va, on peut lui mettre la gélule, elle est plus dans la défonce' » Des situations ont été décrites où les consommateurs.rices de SdM se trouvaient face à des soignant.e.s surpris.e.s, qui parfois même « hallucinaient » selon M. 1B, de les voir sous SdM, ne considérant pas ce dernier comme un MSO.

Certain.e.s usager.e.s se sentaient **abandonné.e.s**, pris.e.s pour cible par l'institution médicale, la soupçonnant de laisser les usager.e.s s'injecter du Subutex® en toute conscience des complications massives engendrées, comme le relatait Mme 1F : « Je suis devant un produit, de substitution, y a une chance sur 2 pour que tu te l'injectes (parce qu'ils doivent bien faire des questionnaires ou des.....), il y a une chance sur 2 pour que tu te l'injectes, alors je vais te mettre un truc pour pas que tu te l'injectes mais si tu te l'injectes ça va te faire que de la merde et euh 50% de chances que tu euh, 'fin je vais dire le raisonnement il est **malsain** quand même »

Aussi, les conditions de délivrance de Méthadone® ont été beaucoup critiquées, estimées trop contraignantes. Le dosage trop faible à l'initiation, le temps jugé trop long pour augmenter les doses, étaient identifiés comme des obstacles à l'accès à la

Méthadone®, constituant pour certain.e.s des facteurs de rechute vers les consommations.

## V – SdM, une manière d’aller vers le soin.

[Ce petit chemin, qui sentait la morphine]

### A - La phase de rapprochement.

La recherche de défonce par un **moyen facile et gratuit** d'obtention comme la prescription médicale du sulfate de morphine était une motivation majeure au rapprochement des usager.e.s vers l’institution médicale. : « et effectivement je l’ai pris au départ comme un substitut classique heuu une solution de facilité : c’était comme la came\*, sauf que ça me coûtait plus rien, c’était pratique je l’avais tous les jours. » (M. 2E)

L'entrée dans le dispositif de prescription médicale du SdM ne s'inscrivait pas, du moins au départ, dans une démarche de soin ou de gestion des consommations comme le soulignait M. 2E « on substituait un produit par un autre, un produit légal...ça nous a amené un confort de vie qui était énorme, mais on n’était pas dans une démarche de gestion de la consommation encore»

L'urgence ressenti de **limiter les dommages somatiques** liés aux consommations a parfois été rapportée : « j’ai 27 ans, je suis jeune j’ai toute la vie devant moi, et de mourir à petit feu à me faire chier à me détruire, parce qu’en même temps il y avait des consos de coke\* aussi, bien dommageantes, [...] ouais c’est pas bon. » (M. 1E)

S’associait à cette démarche, la volonté de se **sevrer de l’injection**, et de cette emprise du geste, comme le raconte 1A en référence aux complications veineuses liées aux injections : “Et puis que je voyais bien que de toute façon ça posait problème et puis que je voulais quand même m’en débarrasser. C’est-à-dire qu’à un moment, ça avait retardé les soucis de dégâts de veine, mais les dégâts de veine ils étaient quand même en train d’arriver, petit à petit, de pire en pire.. »

Plusieurs facteurs favorisant la prise de décision de la part de l’usager.e à une entrée dans une démarche de soin étaient rapportés, et notamment l’environnement socio-professionnel. M.

2E nous faisait part, lorsqu'il racontait l'incompatibilité de son travail d'artiste et de ses consommations, que « du coup ça a fait que de moi-même j'ai stabilisé le traitement , en fait je me suis dit bon bah maintenant faut calmer les choses quoi, arrête de te défoncer » et d'ajouter « parce que heu bah la c'est plus la rue quoi [...]..là c'est plus possible : on te paye à l'avance pour ça, donc faut que tu arrives que tu sois propre, que ton costume tienne la route, que ton discours tienne la route et ton spectacle aussi et donc faut, ça se travaille ,tu peux pas arriver défoncé une fois sur deux parce qu'on va pas te reprendre quoi. »

M. 2D insistait sur l'impact essentiel de la qualité de cet environnement : “mais je pense qu'il faut le cadre aussi autour, le mec bien sur il peut pas arrêter les conneries si il est à la rue, si il a pas de maison, si y'a rien qui va dans sa vie, c'est pas le bon moment pour arrêter...”

## **B - La question du SdM dans le cadre des TSO : des attentes aux expériences.**

### *Une diminution du craving\* et la recherche d'un effet*

Certain.e.s parlaient de la disparition du craving à l'héroïne sous sulfate de morphine comme un élément déterminant dans sa **fonction substitutive** : « Parce que c'est aussi, quand t'arrêtes c'est pas tout de ne pas être malade, c'est aussi, si t'es tout le temps en train d'y penser, ça sert à rien quoi ! c'est pas une vie! » (Mme 1F)

Plusieurs personnes évoquaient la **co-prescription d'opioïdes** comme un moyen de contrôler les consommations parallèles favorisant ainsi le maintien dans la substitution.

Par ailleurs, M. 2D disait à propos de l'objectif d'un traitement de substitution que “le premier effet recherché c'est justement qu'il y ait un effet...” et signalait ici **la recherche d'un effet ressenti** comme critère majeur d'un bon traitement de substitution.

### *Une prise en compte de l'injection dans la substitution*

A la question de savoir quelle était leur vision de la **substitution idéale**, plusieurs d'entre eux discutaient de l'intérêt de la **substitution injectable** : « on a rencontré un délégué du ministère de la santé à un moment aussi, pour essayer de leur faire comprendre qu'à un moment donné il faudrait une substitution injectable, que c'est un moyen de consommation

comme un autre quelque part , et qu'en tout cas, ça peut être un seuil pour certaine personnes, pour accéder ailleurs..." (M. 2E)

M. 2E évoquait par ailleurs, la nécessité de prendre en compte la pratique de l'injection dans la prise en charge médicale, celle ci n'excluant pas une **démarche de diminution des consommations** et donc de soin : « on peut arriver à avoir une vie stable tout en continuant à injecter...Après est ce que c'est bien c'est mal.. »

Mme 1F réaffirmait le soutien que pourrait apporter une substitution injectable : « Il y a des gens qui s'injectent, ils veulent arrêter de consommer, et pour arrêter de consommer, et bah pour eux ça passe aussi par l'injection. [...] Si le mec ('fin je dis le gars), c'est sa façon à lui d'arrêter, c'est-à-dire qu'il s'injecte son traitement de substitution, et au lieu de s'injecter 25 fois, il s'injecte 3 fois, et puis après il passe à une fois, et puis après il passe à plus du tout... »

Le SdM était identifié comme un MSO acceptable du fait même de cette injectabilité à **défaut des autres MSO** existants : « donc je pourrais pas dire que c'est un bon traitement de substitution mais faute de mieux...Parce que bon après Subutex® heu c'est une catastrophe en injection et la Méthadone® bah heu c'est pas injectable enfin voila.. » (Mme 2B)

Plusieurs d'entre eux dénonçaient les difficultés du corps médical à prendre en compte l'injection dans la démarche d'accompagnement au sevrage pourtant nécessaire selon M. 2E « alors chaque personne est différente, y'a pas de méthode miracle, pas un traitement miracle, mais que si autant de gens injectent les traitements de substitution c'est bien qu'il y a un besoin quelque part de passer par là et que c'est pas antinomique avec le fait d'une diminution, d'une stabilisation et ça même encore maintenant les médecin ont dur à l'entendre. »

### *Le SdM identifié comme palier, un soutien au sevrage de l'injection*

Le SdM constituait pour Mme 1F, un soutien majeur dans le sevrage de l'injection : « Je crois qu'à un moment je me serai même injecté de l'eau rien que pour le geste tu vois donc euh....comment tu veux arrêter de de euh de taper\* de l'héro si toi t'as la picomania\*, tu vois. Donc c'est vrai que moi au début ça m'a vachement aidé. C'est comme ça que j'ai arrêté d'ailleurs. On m'aurait juste donné un cachet comme ça je pense que j'aurai pas euh, 'fin moi personnellement j'aurai pas été capable. Pas assez de volonté. Voilà »

Le propos de M. 1A “ les gens vont le faire, ça répond pas à un besoin, les gens ils peuvent pas se passer du geste de l’injection et qui en même temps peuvent pas non plus arriver à arrêter ça complètement et ont besoin d’une **solution temporaire**” rappelaient une fois de plus le besoin d’être accompagné dans le sevrage de l’injection. Le sulfate de morphine était ici identifié comme cette “**solution temporaire**” : « c’est le palier qui m’a permis de me sortir de là ... »(M. 1A). M. 1C ajoutait « Ça fait compresse, voilà ! ».

Cette notion de **palier du SdM** dans le parcours de substitution était parfois illustré par le soutien apporté lors du passage d’un MSO à l’autre.

Mme 2B allait plus loin : “bon après le meilleur traitement de substitution bien sur ça serait l’héroïne thérapeutique (rire).”

### *Une relation soignant.e-soigné.e de qualité*

Les attentes vis à vis de la prise en charge médicale se concentraient principalement sur le besoin “d’être reconnu comme quelqu’un qui en a besoin et pas comme quelqu’un qui se défonce avec...[...] . Et euh, que ce soit posé comme ça, par le médecin conseil, bah c’était un soulagement, ça fait du bien.” racontait M. 1E.

Cette considération du patient toxicomane nécessitait pour la plupart, que **le soignant s’intéresse à la question de l’usage de drogue** afin de s’y investir davantage et de manière plus efficiente : « et euh je pense que c’est une bonne démarche d’aller voir les patients pour voir de quoi il s’agit parce qu’il y a des choses ou on peut pas vraiment savoir de quoi il retourne tant qu’on y a pas mis les pieds dedans, et tant qu’on n’a pas vraiment vécu dedans. » (M. 1C)

M. 1C insistait sur l’impact positif d’**intégrer le choix du patient**, ou du moins son vécu, dans la décision thérapeutique: « [...] je pense qu’on est conscient et capable de se limiter, on devrait avoir le choix de ce que l’on prend, et euh, pas seulement. Dans certain cas que ça - *les consommations* - puisse être considéré comme un traitement. »

De la même façon, Mme 1F revendiquait **une meilleure reconnaissance** de la légitimité du consommateur.rice à être acteur.rice dans cette décision : « Si c’est ça façon à lui d’arrêter je vois pas pourquoi on ne lui permettrait pas. Voilà ! »

## C - Les déterminants de maintien dans le soin

### Une satisfaction de l'utilisation du SdM à visée substitutive

Le sulfate de morphine était identifié par certain.e comme le meilleur substitut disponible. M. 1A nous dépeignait un tableau complet des avantages ressentis de ce traitement « Je disais moi je comprends pas un produit que je prends le matin, et qui m'enlève les syndromes de manque, et qui qui qui m'enlève cette envie frénétique d'aller en prendre encore plus à côté , pour moi c'est la définition même d'un traitement de substitution... »

### Des bénéfices ressentis de l'accès au SDM

L'accès au SdM sur prescription médicale, vécu comme **l'acquisition d'un droit** par certain.e.s, « Du coup il a fini par me prescrire, par me donner le droit d'avoir 600mg par jour » (M. 1E) était à l'origine de plusieurs bénéfices ressentis, et notamment d'un sentiment de **réappropriation du temps** : « Alors qu'avant, bah toute ma journée elle tournait autour de ça (de la recherche du produit) » (M. 1C) laissant la place à **l'élaboration d'un projet de vie** : « et là j'ai pu me retrouver une période où j'ai pu me restabiliser, j'ai pu reprendre mes études, recommencer un boulot...Donc j'ai pu me retrouver dans cette situation là où j'étais stable »(M. 1A), et permettant ainsi une **extraction du milieu de la rue** : « justement de prescrire ça, ça permet aussi à la personne de moins aller vers les dealers, de moins fréquenter ce contexte,[...] d'éviter de passer dans le crime, entre parenthèse, parce qu'on appelle ça le crime, voilà, ça évite ça.» (M.1C). Ces éléments bénéfiques découlant de l'accès au SdM sur prescription médicale, favorisaient le maintien des consommateurs.rices dans une démarche de soin.

### Une alliance thérapeutique établie

Le vécu des personnes interrogées à travers leur parcours de soins laissait transparaître toute la complexité des enjeux qui se jouaient dans cette relation thérapeutique soignant.e-soigné.e, et de l'impact des représentations positives sur la qualité des soins parce que "ya des médecins qui comprennent tout à fait, qui considèrent que les patients toxicomanes sont des malades comme les autres" nous disait M. 1B. M. 2A encensait sa médecin prescriptrice "qui est vachement à mon écoute, qui apprend avec moi, qui me parle comme une professionnelle". Cette **horizontalité** permettait aux usager.e.s d'élaborer un projet de soin en **partenariat** avec



le soignant. Mais cette relation là nécessitait d'après certain.e.s une posture “hors-cadre” du médecin (M. 1A).

On s'apercevait dans le langage usité de M. 1A, en adoptant le pronom personnel “on”, qu'il intégrait réciproquement son médecin dans les décisions thérapeutiques : “Donc je faisais des petits paliers pour redescendre, donc ON descendait de 30mg sur 2 semaines puis ON attend, puis ON redescend de 30 et cetera.”

La **reconnaissance du statut de personne malade** et la considération de la part des soignant.e.s étaient autant d'éléments centraux permettant aux usagers.e. de s'inscrire dans une démarche de soin sereine : « Et du moment qu'on s'intéresse à moi je veux pas non plus décevoir... » (M. 1B). De la même façon, Mme 1F ajoutait simplement : « faut que je sois bien avec le docteur... »

Pour certain, la **possibilité de s'exprimer librement** auprès de leur médecin permettait de poser un cadre de soin honnête et efficient : « pour moi c'était l'endroit nickel en fait, un moment où t'as plus besoin de mentir à ton médecin, et il savait que tu prenais du Skénan<sup>®</sup>, que même si tu le détournais...euh il y avait pas de chantage genre 'ah bon bah tu l'injectes, bah on te retire le Skénan<sup>®</sup>', non.[...]Donc quand j'ai pu être honnête et cetera, bah la il y avait une relation de confiance qui s'installait, et la on pouvait commencer vraiment... » (M. 1A)

### Le facteur occupationnel

« Une activité ça fait aussi qu'on est moins obsédé par le Skenan<sup>®</sup> » nous disait Mme 2B, introduisant le facteur occupationnel comme **déterminant social** central permettant de défocaliser des consommations et d'envisager le sevrage. « Ce qui m'avait fait évoluer dans mes consos c'est surtout bah euh la perspective d'avoir un boulot derrière, que j'ai aujourd'hui d'ailleurs » (M. 1E).

### Un soutien par les paires

Le soutien par les paires, ou **auto-support\*** (de l'anglicisme « support » signifiant « soutien », qu'on pourrait donc traduire par « auto-soutien ») prenait une place prépondérante pour certain.e.s enquêté.e.s dans le vécu positif de leur parcours de soin, avec un objectif partagé de réduction des risques : « bah on pouvait se retrouver pour discuter autour de la thématique de

la substitution [...] faire des ateliers sur l'état des veines, sur la façon de bien stériliser, de prendre bien soin des plaies » (M. 1A).

Ce concept d'auto-support était soutenu par une notion de **réappropriation** du patient des facteurs influençant sa santé, conduisant à une approche **“auto-gestionnaire”** de la substitution : « que du coup maintenant heu pour ne pas me brutaliser en arrêtant d'un coup le Skenan<sup>®</sup>, je suis passée à un traitement mixte...ce que j'entends par là c'est que je prends de la Méthadone<sup>®</sup> et du Skenan<sup>®</sup> » (Mme 2B)

### *Des expériences hétérogènes de la BHD et/ou de la Méthadone<sup>®</sup>*

La Méthadone<sup>®</sup> associée au SdM était identifiée pour certain.e.s comme un **palier pour le sevrage de l'injection**, le premier pour gérer le manque, le second pour gérer le geste : « [...] je combinais les deux en fait pendant longtemps. Parce que du coup le côté Métha<sup>®</sup> en gros ça me permettait de pas être en manque du tout, et le côté Sken<sup>®</sup> bah j'avais toujours une possibilité de me faire une injection pour le côté plaisir hein clairement le côté geste hein, mais sans que ce soit l'un ou l'autre quoi. » (M. 1A)

Cela s'expliquait en partie par la galénique de la Méthadone<sup>®</sup> ne permettant l'utilisation de la voie injectable : « mes potes ils m'ont dit tu les mets dans l'eau ça fait de la gelée, apparemment la Méthadone<sup>®</sup> en gélule à part la manger tu peux rien faire d'autre et c'est très bien » (M. 1D)  
La BHD quant à elle « c'est bon quand tu démarres au début, quand tu commences à arrêter la came quoi. Les deux premiers pains ils te font quelque chose. » rapportait M. 1B, sentiment partagé par la plupart des usager.e.s interrogé.e.s.

# Discussion.

## I – Les usager.e.s de SdM

Le parcours du consommateur.rice de SdM est-il différent des usager.e.s d'autres MSO ? Leurs attentes et besoins sont-ils spécifiquement liés au produit SdM ? Les résultats ont permis de dégager trois axes principaux qui serviront de base à la discussion : la notion de dépendance, et ses conséquences - que nous interrogerons dans le cadre commun des toxicomanies - les déterminants de l'inscription dans le soin (i.e la substitution auto-définie), et enfin, les enjeux entourant la prise en charge des patient.e.s sous TSO.

### A - La dépendance, un socle commun.

#### *Addiction et toxicomanie*

Les termes de toxicomanie et de dépendance recouvrent une pluralité de sens. Il est possible d'en donner de nombreuses définitions selon l'angle de vue adopté. Ils ont été pendant longtemps assimilés l'un à l'autre.

Deux classifications internationales, qui sont très similaires, ont été établies afin d'apporter une homogénéisation dans la définition de ces termes : le **manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux** (DSM) proposé par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) et la **classification internationale des maladies** (CIM) élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'OMS a abandonné en 1964 l'idée de toxicomanie pour lui préférer celle de « **pharmacodépendance** » qu'elle définissait ainsi en 1969 :

« Un état psychique et quelques fois également physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue, se caractérisant par des modifications de comportement et par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique afin de retrouver des effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant de un ou plusieurs produits » (OMS 1964)

Le concept de pharmacodépendance a permis de mieux cerner le champ de la toxicomanie, d'une part en évitant d'assimiler les phénomènes culturels et sociologiques à la consommation

pathologique de produit, d'autre part en ne limitant pas le terme de dépendance aux seuls produits illicites. Toutefois la notion de dépendance reste soumise à des variations socio-culturelles. On voit donc ainsi émerger une évolution des concepts dans la prise en charge. Une grande étude mise en place conjointement par l'OMS et les National Institutes of Health (NIH) américains (WHO/NIH Joint Project)<sup>17</sup> menée dans différents pays, a ainsi montré que le diagnostic de dépendance à une substance selon les classifications occidentales avait une mauvaise validité transculturelle en raison de la grande variabilité des symptômes. L'item « l'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance » a ainsi posé des problèmes sur plusieurs sites. De même, plusieurs critères comme le temps passé à chercher et à utiliser une substance et la tolérance se sont avérés être difficiles à utiliser dans les cultures non anglosaxonnes (Taïeb et al. 2008).

Le terme « dépendance » a progressivement pris une place importante dans le langage médical. La notion d'addiction définit un spectre plus large, qui va au-delà de la consommation de drogues et d'alcool et dont les approches peuvent être multiples (neurobiologiques, cognitives ou psychanalytiques). Goodman, propose une définition de l'addiction en 1990, dans le but d'apporter une solution au manque de définition scientifique de l'addiction :

« un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement (impuissance) et la persistance de ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives (défaut de gestion) »

L'originalité du concept d'addiction est de faire la synthèse entre **dépendance** (renforcement positif du comportement) et la **compulsion** (renforcement négatif sur la base d'un état interne aversif) (Loonis 2001).

Ce double concept de l'addiction se retrouvait à travers nos résultats, d'une part dans la dépendance au SdM liés aux bienfaits ressentis par la prise (renforcement positif) et d'autre part, à travers le craving pour le produit, à l'origine d'une diabolisation de ce dernier liée aux conséquences néfastes des consommations : « fin moi je suis contre. Même si je suis dedans, même si

---

<sup>17</sup> Il s'agit de l'étude CAR (Cross-cultural Applicability Research) menée dans neuf pays: Corée du Sud, Espagne, Etats-Unis (chez les Indiens Navajo), Grèce, Inde, Mexique, Nigeria, Roumanie, Turquie.

il me le faut, je suis contre quoi.” (M. 1B)(p.31)<sup>18</sup>. Il semblait donc intéressant, à travers cette première partie, de différencier addiction et dépendance, afin de dissocier clairement ces deux facettes et de les analyser de façon distincte : la dépendance aux opiacées pour renouveler un effet de mieux-être ressenti, et le craving pour le produit - ou pour le geste - reproduisant un comportement (échec dans le contrôle) en dépit des conséquences néfastes significatives. Notons donc qu’il est possible d’observer un phénomène de dépendance, sans qu’il y ait addiction. Et donc, sans qu’il y ait de conséquences néfastes (nous sommes tous.tes dépendant.e.s de l’alimentation par exemple, avec une notion de plaisir à assouvir la faim, pouvant conduire parfois à une addiction lorsque la perte de contrôle d’un comportement alimentaire est à l’origine de conséquences néfastes significatives).

### *Addiction et la conquête d’un mieux-être*

« Parce que, bah tous les soirs en sortant du taf j’allais chercher mon truc, j’achetais tous les jours ma dose, donc bah 600mg par jour, donc tous les jours être dépendant des gens, des dealers, euh, s’ils sont pas là qu’est-ce qu’il se passe...l’addiction quoi ! ». (M. 1D)(p.27)

Comme le racontait M. 1D, les usager.e.s vivaient l’addiction comme **l’obsession de la quête d’un produit**. Qu’il s’agisse du SdM, du Subutex®, de la Méthadone®, ou de l’héroïne, l’addiction est la même. De la même façon, M. 1B affirmait que « tout est addictif au bout d’un moment » (p.36). Chaque individu a un rapport au produit qui est fonction de son histoire singulière, de son fonctionnement psychique, de son environnement socio-affectif. Il est alors intéressant d’interroger **l’intentionnalité**<sup>19</sup> de cette consommation. Pour certain.e.s usager.e.s d’opiacés, le produit semble faire partie de leur équilibre. L’effet recherché dans le produit résiderait dans un mécanisme de correction d’une dysfonction interne ressentie, d’autorégulation grâce au produit. Il leur permettrait de tendre vers un mieux-être, comme Mr 1C qui se sentait apaisé sous opiacés, ou encore Mme 2B, qui parvenait à sentir « normale »(p.29) suite à la prise de SdM. La finalité des effets recherchés sous-tendrait donc la quête d’une certaine **homéostasie**. Dans un travail de thèse qualitatif interrogeant des usager.e.s de BHD et de méthadone, un patient racontait que la BHD permettait de « régler le thermostat » pour être « normal, simplement » (Gaudillère, 2007). Cela renvoie aux idées de certains médecins du XVIIIe siècle, pour lesquels la différence entre la santé et la maladie était

18 Renvoie à la page des résultats auxquels il est fait référence

19 L’intentionnalité désigne « le caractère de la connaissance, et plus généralement de toute la psychologie humaine, qui fait qu’elle s’oriente sur un objet qui lui est transcendant ». L’intentionnalité est le concept fondateur de la phénoménologie. Une définition simple de l’intentionnalité serait de considérer la conscience comme une arme toujours braquée sur le monde, incessamment tendue vers lui.

avant tout une question de variation quantitative entre le normal et l'anormal. L'un d'entre eux a même construit une échelle de mesure, « véritable thermomètre de la santé et de la maladie » (Canguilhem 1966, p.28). Certain.e.s avançaient le besoin « d'être reconnu comme quelqu'un qui en a besoin et pas comme quelqu'un qui se défonce avec »(p.41). Alors qu'est-ce que l'addiction, si l'on s'en tient à l'intentionnalité ? Maintenir des consommations ressenties comme bénéfiques, voire nécessaires, malgré des conséquences négatives reconnues ? Doit-on alors parler de craving ? Ou de besoin ?

### *Addiction et cicatrisation*

**La théorie du miroir brisé** de Claude Olivenstein peut nous aider à mieux identifier les vecteurs à l'origine de ce besoin ressenti (Olievenstein, 1982). Lacan identifie le stade du miroir<sup>20</sup> comme « formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique ». Ce stade correspondrait au moment où l'enfant se reconnaît pour la première fois dans le miroir. Olivenstein indique un dérapage chez l'utilisateur de drogues au niveau de la genèse de l'identification. Par cette métaphore de la brisure du miroir, il explique que le sujet se découvre ainsi « autre ». Au moment où devait se constituer un Moi différent du "Moi-fusionné-mère", tout se passe comme si, à cet instant, le miroir se brisait, renvoyant à la fois une image brisée et une **incomplétude** (Chassaing 2011). La drogue viendrait colmater les interstices laissés par la brisure. Se « compléter » avec le produit ? Nous pourrions mettre cette notion en parallèle avec l'**appropriation**<sup>21</sup> du produit décrite par certain.e.s usager.e.s, comme Mr 1A qui parlait de « MON Skénan® »(p.26), ou de M. 1E qui disait s'être « construit avec les opiacés »(p.31). Le produit SdM semblait revêtir un **rôle de compagnon**, appuyant cette idée de réconfort retrouvée par la consommation du produit. De la même façon, le produit était parfois identifié comme une « compresse » (M. 1C)(p.41).

### *Le SdM, un pharmakôn*

« Les toxicomanes sont des oxymores ambulants » disait Jean Dugarin (cité par Pascale Moins, « parole et addiction », Belzzeria, et al 2013). Une même addiction a souvent, pour un patient

---

20 - Lacan décrit le stade du miroir comme survenant entre six et dix-huit mois, au cours de laquelle l'enfant appréhende l'image unifiée de son corps et se reconnaît dans le miroir (dimension imaginaire), en un moment de jubilation. C'est le temps où se constitue l'identification narcissique du moi (moi idéal).

21 - Le terme d'appropriation est à comprendre ici au sens de « faire sa propriété de quelque-chose », que nous nous permettons d'extrapoler dans ce travail à travers l'investissement du SdM par l'utilisateur comme une partie intégrante de son identité.

en particulier, plusieurs significations. En lien avec cette caractéristique, celui-ci est souvent ambivalent envers cette addiction, et donc ambivalent envers les soins visant à la faire disparaître. Cette ambivalence ressortait clairement à travers le discours des personnes interrogées. La consommation d'opiacés, au-delà de sa fonction hédoniste, était décrite pour ses fins auto-thérapeutiques. Apaisante, la première prise d'opium est décrite par De Quincey comme « l'accès à un abîme de volupté divine ». Il continue en qualifiant l'opium de « panacée, un remède pour tous les maux humains, le secret du bonheur » (De Quincey 1903)). Par la suite, l'emprise du produit, virant à l'obsession, deviendrait vite un poison. A la fois poison et remède, cette ambivalence fait référence au *pharmakôn*. Cette notion remonte à la Grèce Antique, où le mot *pharmakôn* désigne à la fois la substance capable de guérir et de tuer, selon les circonstances et les doses utilisées. Claude Bernard avait noté dès 1883 dans ses « Leçons sur les effets des substances toxiques et médicamenteuses » : « La substance qui est médicament à petites doses peut devenir un poison à haute dose ou par le fait de son administration intempestive » (Dagognet 1964). Jacques Derrida (1968), dans *la Pharmacie de Platon*, fait une lecture du célèbre texte de Platon, *Le Phèdre*, et note :

« ce philtre à la fois remède et poison, s'introduit déjà dans le corps avec toute son ambivalence. Ce charme, cette vertu de fascination, cette puissance d'envoûtement peuvent être tour à tour ou simultanément bénéfiques et maléfiques »

Il est frappant d'observer l'analogie de ces allégations avec le discours de certain.e.s usager.e.s et notamment de Mme 2A qui déclarait : « ce qui a été un moment de la défonce, peut être aussi autant du plaisir que du soin, autant de déplaisir et du mauvais soin » (p.43). La notion de *pharmakôn* propose une vision dichotomique de l'addiction, simultanément néfaste et bénéfique. L'addiction semble donc être - et cela rejoint la définition de Goodman - d'essence **contradictoire**. Par conséquent il est vain d'essayer de soigner ou de comprendre l'addiction en ne s'intéressant qu'à une seule de ses deux valorisations (néfaste ou bénéfique).

### *L'abîme de la toxicomanie*

Le poison du produit, le poison de sa quête, le poison de son obsession. Les usager.e.s allaient même jusqu'à décrire **une aliénation dans la toxicomanie**. Le statut du toxicomane, vécu comme immuable, semble rester ancré en eux, comme pris dans une spirale infernale dont il est difficile de s'extraire. Les termes « tomber dedans », « chute », « se sortir de », sont récurrents dans les entretiens. Pour certains, l'immuabilité se traduisait par une notion de

retour en arrière perpétuel tout au long du parcours, lors des reprises de consommation. Un **sentiment de fatalisme**, de résignation en ressortait, comme M. 1B qui ne voyait pas d'issue à sa toxicomanie, qu'il désignait comme sa «seule échappatoire »(p.32).

L'addiction serait alors comme être enfermée dans une spirale, **ponctuée d'aller-retour entre un produit et un autre, entre abstinence, stabilisation, et rechute**. D'ailleurs, dans le modèle décrit par Prochaska et DiClemente<sup>22</sup>, les personnes aux prises avec un problème de dépendance passeraient par une série de stades de changement : pré-contemplation, contemplation, détermination, action, maintien, rechute, reprenant cette notion d'aller-retour entre les étapes.

### *La logique de l'injection*

La pratique de l'injection s'associe directement à ce phénomène d'empoisonnement. L'addiction à ce geste, est à l'origine d'un sentiment puissant d'auto-destruction. Les complications veineuses liées à l'injection étaient nombreuses, allant jusqu'à rendre très fastidieux la poursuite des injections. Des états de perte de contrôle étaient décrits face à **la difficulté de se shooter**, comme le racontait Mr 1A, jusqu'à des « mitraillements de la peau », de l'«auto-mutilation», « à se faire des trous » (p.28) ou encore jusqu'à « se charcuter » (M. 1C). La souffrance qui en émanait, semblait prendre une place importante dans la vie de l'injecteur. Elle était accompagnée d'un fort sentiment de dévalorisation, ainsi que d'une culpabilité importante. Les stigmates de l'injection pouvaient être le vecteur de cette culpabilité, comme M. 1A qui se sentait « obligé de cacher ça tout le temps » (p.28).

Deux grands types de déterminants de la condition d'injecteur ont pu être mis à jour dans une enquête qualitative menée en 2001 auprès d'usager.e.s injecteurs.rices (Bouhnik et al 2002). Les premiers relèvent de **la logique même de l'injection** : l'injection se nourrit à la fois de conditions individuelles (expérience et trajectoire) et sociales (système de vie et de relations). Un déplacement tendait à s'opérer pour une grande partie de ces usager.e.s depuis les cadres traditionnels d'insertion sociale (identité, reconnaissance, valorisation) vers une logique centrée sur **la recherche de sensations**. Ce que les chercheurs ont appelé la logique de l'injection structure l'organisation de l'espace et du temps (ritualisation), la gestion du corps (gestuelle, recherche d'effets immédiats) et la recherche de sensations intenses (flash\*) ; le système reliant

---

22 - Le modèle transthéorique du changement, de changement, ou de la disposition au changement est un modèle d'approche comportementale introduit par les psychologues Prochaska et DiClemente à la fin des années 1970.



tous ces éléments étant incarné par le « matos » (seringue, produits et tous supports rendant l'injection possible). Les seconds rendent compte de **la double stigmatisation sociale** dont les personnes utilisant la voie intraveineuse sont victimes dans notre système sanitaire et social (déviance sociale, stigmate corporel). Elles sont confrontées dans ce contexte à des injonctions paradoxales qui les conduisent à se maintenir dans la logique de l'injection. Les usager.e.s-injecteurs vivent d'un côté le stigmate du « toxico » engagé dans des **activités illicites** à « hauts risques » qui participent à leur rejet comme des auteurs de trouble. D'un autre côté, le stigmate de l'« injecteur », c'est aussi le fait de se livrer à une pratique problématique sur le plan du **schéma corporel dominant** : le fait de se « charcuter » et d'introduire des produits par la voie intraveineuse viendrait enfreindre un tabou. Ils vivent tous les jours ce double rejet qui fait partie de leur expérience et contribue à resserrer la logique de l'injection, à en faire un carcan toujours plus contraignant. « Je me fais des trous, des trous, en fait c'est ouais comme je le disais c'est même de la mutilation »(p.28). Le rapport au corps et le danger potentiel des maladies supposées (VIH) conduisent le « corps social » à tenir les « corps injectés » à distance, comme s'ils pouvaient menacer son intégrité (Bouhnik et al. 2002).

## **B – L'inscription dans le « soin ».**

L'entrée dans la substitution n'est pas nécessairement synonyme de sortie de la toxicomanie mais doit être interprétée comme une étape dans le parcours du toxicomane. Les usager.e.s ne passent pas sans transition d'une pratique toxicomaniaque exclusive à un engagement vertueux dans les soins, comme M. 2E nous le racontait : « ça nous a amené un confort de vie qui était énorme, mais on était pas dans une démarche de gestion de la consommation encore »(p.38). On pourrait parler ici de **bifurcation dans le parcours** (Langlois 2013), dans le sens où cela introduit progressivement des modifications dans les trajectoires de l'usager.e. En effet, les produits de substitution sont croisés très tôt dans ces trajectoires, et l'usage de rue des médicaments précède souvent l'entrée dans le traitement (Guichard et al. 2006). Dans nos résultats, certain.e.s usager.e.s désapprouvaient les MSO (Méthadone®, BHD et SdM), produits souvent assimilés à des drogues, de par leur accessibilité dans la rue. Le marché noir de la substitution, quel que soit le MSO, était beaucoup critiqué. **La porosité** entre le monde de la drogue de rue et le monde du traitement rendait plus difficile l'émergence d'une identité de personne en soin. Un des usager.e.s interviewé.e.s revendiquait clairement son

appartenance au monde de la drogue, et illustre ainsi cette difficulté de « **transition** » **identitaire**. « d't'façon, j'ai toujours traîné dans la zone »(p.26) Ce constat permettait d'interroger les mécanismes permettant aux usager.e.s d'envisager une démarche de soin, eu égard à cette fonction identitaire. Comme soulevée par Langlois, les usager.e.s interrogé.e.s dans notre travail véhiculaient une image des MSO « en tension entre le produit de défonce et le traitement » (Langlois 2013).

### *Les bénéfices ressentis au seuil de l'adhésion au soin*

Puis, généralement, les bénéfices ressentis de la substitution, permettaient d'ouvrir une porte vers l'inscription dans le soin. Aux yeux des patient.e.s, les **MSO seraient une sorte de mélange entre une drogue légale-sans-plaisir et un traitement-opérant-sans-garantie**. (Langlois 2013) Une réserve est fréquemment émise par la peur d'arrêter un produit (l'héroïne) pour un autre (le MSO), et donc de remplacer une addiction par une autre (p.38). Mais l'autre, est légal. L'accès à un produit légal, et de surcroît, pouvant être délivré sur prescription médicale, constitue un virage dans le parcours du toxicomane. La **réappropriation du temps**, moteur de la réinsertion et pivot de l'adhésion aux soins, pourrait s'apparenter au tournant vers une auto-définition de la substitution. Comme le racontait M. 2E (p.38), la quête du produit n'étant plus une obsession omniprésente, cela lui permettait de se redécouvrir, d'aspirer à d'autres occupations, et de se projeter dans un avenir plus serein. Notons que la réappropriation du temps était une des idées principales de la substitution au départ.

Bien sûr, les trajectoires ne sont jamais linéaires, et des allers-retours se font au cours d'un même parcours, renvoyant à l'idée de spirale. Comme pour Mme 2B qui pour affronter une période difficile (chômage) a rechuté dans les consommations. Ou à l'inverse, Mr 1A qui suite à une reprise de ses études, a pu stabiliser les prises quotidiennes.

Dans le sillon de cette notion de réappropriation du temps, la diminution du nombre de prise du produit grâce à la durée de vie longue des MSO est un pas de plus dans l'inscription dans le soin. De même que la diminution des cravings, critère important aux yeux des usager.e.s. M. 1A expliquait même que ce critère constituait « la définition même d'un traitement de substitution... »(p.42)

Aussi, la majorité des répondant.e.s de notre enquête ont une vision positive de la substitution, la considérant comme un moyen de s'en sortir. Mais quelques-un.e.s la voient comme une drogue comme les autres, voire pire que l'héroïne. Cette hétérogénéité de la satisfaction des attentes des MSO, se superposent aux résultats de l'étude AIDES-INSERM<sup>23</sup> (Calderon et al. 2002). Dans cette étude, les usager.e.s tirent des bénéfices importants de ces traitements, avec un niveau de satisfaction élevé. Mais pour une minorité, l'expérience du traitement est perçue comme un échec, car les situations n'ont pas évolué, voir se sont dégradées. A l'instar de M. 1B qui dénonçait les MSO comme des produits hyper-addictifs, induisant le sentiment de s'être fait piéger.

## C - Un parcours complexe

Au regard de la littérature explorant les rapports des usager.e.s aux différents MSO – BHD et Méthadone® – les expériences relevées au sein de notre étude ne faisait pas effet de spécificités importantes quant à la complexité ressentie liée au parcours de soin. (Langlois 2013, Lalande et Grelet 2001, Calderon et al. 2002, Gaudillère 2007)

### *Stigmatisation et contrôle social*

La stigmatisation ressentie, à l'égard du seul statut de toxicomane, était centrale dans le discours des usager.e.s. Depuis la loi de 1970<sup>24</sup> prônant l'abstinence, toujours en vigueur aujourd'hui, le toxicomane doit faire le choix entre une cure de sevrage ou une peine d'emprisonnement, soigner ou punir, voire soigner **et** punir, dans la mesure où les soins peuvent parfois être vécu comme une punition (p.33).

Au-delà du phénomène de stigmatisation, un sentiment de contrôle était rapporté. Les usager.e.s avaient le sentiment de **devoir se soumettre** pour accéder au traitement. Entrer dans les normes en se pliant aux contraintes de délivrance des MSO. Peut-on parler de MSO comme moyen de **contrôle social** ? Le Pr Olivenstein allait alors jusqu'à parler de «

---

23 - Cette étude est la seule enquête française d'envergure qui a exploré les représentations des patients sur un large échantillon, en prenant en compte différents médicaments (méthadone, BHD, sulfates de morphines) prescrits en France pour le traitement de la dépendance aux opiacés. C'est une enquête multicentrique de méthodologie quantitative. Les réponses à un auto-questionnaire portant sur les représentations des TSO chez les usagers, ont ainsi été recueillies chez 506 patients, entre novembre et mi-février 2001.

24 - Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.

domestication du toxicomane » (Olivenstein 1997). Anne Coppel disait que « la santé publique peut être outil du contrôle social, ou au contraire, outil d'un changement des politiques » (Doubre et Coppel 2004)). Le contrôle social à travers les traitements de substitution s'apparente pour plusieurs auteurs, comme Bourgois (2000) ou Bergschmitt (2004), au concept du **bio-pouvoir** de Foucault. C'est un pouvoir disciplinaire, porté sur le corps, cherchant à rendre l'individu docile et productif. Dans le même temps pour Foucault, l'homme est un espace vivant sur lequel le pouvoir a besoin d'avoir le contrôle biologique : le bio-pouvoir régule donc aussi les masses. Les institutions comme l'école ou les hôpitaux, en tant qu'éléments de contrôle sont des instruments du bio-pouvoir. Dans leur dimension coercitive et normalisante, les traitements de substitution peuvent relever de cette logique. Le contrôle social est ressenti et souvent mal accepté des usager.e.s interrogé.e.s : « je les voyais généralement comme un flicage »(p.34) nous disait M. 1A à propos des médecins prescripteurs.rices. Il est aussi perçu des soignant.e.s qui, s'ils.elles considèrent les TSO sous la seule dimension du contrôle, peuvent également se sentir instrumentalisé.e.s. Cette difficulté peut se traduire par deux positions très différentes : certains médecins peuvent, bien que cette pratique soit marginale, faire des entorses régulières aux règles de prescription, d'autres à l'inverse peuvent se situer dans une position radicale et refuser de prescrire des TSO, évitant à leur sens toute compromission avec le système (Gaudillère 2007). Entre ces deux positions, les médecins ont souvent l'impression que la dimension de contrôle « n'est pas leur métier » (Lalande et Grelet,2001). Certains usager.e.s y voyaient surtout une forme de répression du plaisir.

### *Mésusage, une voie de transition*

Les usager.e.s ont souvent recours au mésusage du SdM, en sniff\* ou en injection, en augmentant les doses. La plupart avaient déjà recours à ce mésusage avec d'autre MSO et notamment la BHD. Le mésusage d'un MSO constitue-t-il une recherche de plaisir ? La pharmacologie peut nous aider à comprendre ce mésusage. En effet, la prise par voie injectée du SdM permet une biodisponibilité beaucoup plus rapide de la morphine et permet ainsi d'atteindre l'effet « **flash** » recherché. La chaleur qui émane de ce geste fait partie intégrante de l'effet recherché, et s'inscrit en profondeur dans le plaisir ressenti à la prise. Cette effet de chaleur fait écho aux « chauffante » utilisé en alcoologie en soutien au sevrage. Certain.e.s vont aussi fractionner les prises, pratique en contradiction avec la norme usuellement décrite

par les médecins : la logique du traitement de la dépendance et les propriétés pharmacologiques des produits requièrent des fréquences de prise stables et à dose unique (un des critères des MSO est sa longue durée d'action). Néanmoins, cette pratique est classique, et peut-être à visée thérapeutique. Pour reprendre la notion d'homéostasie, le mésusage semblait constituer cette manière d'atteindre l'effet correctif recherchée par la prise de SdM. Le produit est alors utilisé à la manière d'un médicament dans un contexte d'automédication. Cette automédication génère non seulement du soulagement, mais aussi du plaisir. N'y a-t-il pas dans le mésusage des MSO une tentative de **reprise de contrôle des sensations** ? Ceci rejoint la logique de l'injection précédemment évoqué dans sa dimension attenante à la recherche de sensation. Le mésusage permet aussi peut-être de ne pas rompre brutalement avec l'identité de toxicomane. Le produit permet d'éviter cette rupture prenant la place de liant, de compagnon. Détourner un traitement semble être une façon de reprendre le contrôle de la dépendance. Pourtant, le mésusage ne semble être en définitive que la répétition de l'usage. Même si le mésusage ne semble pas s'inscrire dans une démarche thérapeutique, il peut constituer un pas vers cette démarche, dans le sens où il pourrait être considéré comme **une phase de transition** entre « mauvais usage » et « bon usage » (Collin 2008).

### *Le recours au mensonge*

Conscient.e.s de ne pas être dans les rails du patient substitué « adapté », nombre d'interviewé.e.s nous ont relaté avoir eu recours au mensonge pour obtenir le produit : « Au début je leur ai pas parlé de mes conso et tout parce que j'étais pas en confiance » (M. 1E) (p.37). Omettant leur mode de consommation, minimisant la posologie, ou taisant le recours à d'autres prescripteur.rices, le mensonge s'avérait inévitable. Le mensonge comme préalable à l'accès au SdM ? Paradoxalement, le mensonge pouvait parfois être utilisé pour gagner la confiance du prescripteur.rice. Comment établir **une alliance thérapeutique de qualité** sur les bases d'un discours mensonger ? Dans les déterminants de maintien dans le soin, **la notion de partenariat avec le médecin prescripteur.rice** est un des piliers majeurs aux yeux des usager.e.s, comme le confortait Mme 1F: « faut que je sois bien avec le docteur »(p.43). Elle l'est aussi dans les recommandations de bonnes pratiques à destination des médecins dans le cadre de la prise en charge des patients sous TSO (HAS 2007). Accepter le mensonge de la part du patient ne ferait-il pas partie d'une démarche soignante ?

La relation soignant.e-soigné.e est par essence une relation dissymétrique. Christian Chevandier (2015) parle d'« une relation paternaliste qui voit souvent le médecin maître de son art et de son éthique, poser un diagnostic, délivrer un traitement et prendre en charge un malade qui n'a que sa maladie et son espoir à donner ». Celle du patient face au médecin prescripteur de substitut l'est encore davantage. Jacques et Figiel (2006) s'interrogeaient ainsi : « Imagine-t-on plus grand pouvoir que celui qui permet à une personne de décider de délivrer ou non une ordonnance qui peut changer à tout moment la situation légale, l'état physique et psychologique d'un individu ? ». Alors face à la peur d'une rupture de prescription, d'une diminution forcée de la posologie, voir même d'une exclusion de suivi, il semble légitime de s'interroger sur le bien-fondé de ces mensonges. Selon Dr Jean Carpentier (1994), le cabinet médical serait un lieu où l'on a le droit de mentir car on ne s'y ment qu'à soi-même ; à la différence du policier, le médecin n'est pas là pour chercher « la » vérité ; il est là pour aider le patient à découvrir « sa » vérité. Cette vérité retrouvée peut permettre de poser les bases d'une relation de confiance avec le.la soignant.e, où le.la patient.e peut enfin s'exprimer librement. Cet aboutissement dans la relation thérapeutique semblait s'inscrire dans la durée : « Donc quand j'ai pu être honnête et cetera, bah là il y avait une relation de confiance qui s'installait, et là on pouvait commencer vraiment... »(M. 1A)(p.43). L'alliance thérapeutique est peut-être atteinte lorsque l'usager.e ne se sent plus contraint.e au mensonge, ou suffisamment en confiance pour parler librement de ses consommations. Le mensonge est-il un moyen d'instrumentaliser le système de soin ou un mécanisme de défense face au sentiment d'une prise en charge médicale inappropriée ?

### *L'alliance thérapeutique*

Dans le contexte actuel, le risque d'une stigmatisation de la part des soignant.e.s à l'encontre des « mauvais usager.e.s » de la substitution pourrait remettre en cause la relation thérapeutique. Une bonne relation avec le médecin n'était pas toujours synonyme d'honnêteté, à l'instar de M. 2E qui n'a jamais avoué à son médecin sa pratique de l'injection. Dans l'étude AIDES-INSERM, 70 % des répondant.e.s se déclaraient satisfait.e.s des relations avec le médecin prescripteur.rice de leur substitution, mais près de 50 % disaient **ne pas pouvoir parler de leurs pratiques d'injection** avec lui (Calderon et al. 2002).

L'intentionnalité de soin nécessite une alliance thérapeutique entre le soignant et le soigné. Lionel Gibier (1999) développe que la construction de cette alliance réside dans un certain contexte -initié par le soignant- qu'il divise en quatre éléments : l'empathie, le contrôle, le soutien actif et la confiance. La confiance, elle, repose sur une réciprocité. Reprenons le cercle de Prochaska. Il souligne l'importance de la relation avec le médecin. C'est la posture du médecin qui aide l'usager.e à sortir de la phase de pré-contemplation pour entrer dans la phase de contemplation. La relation est ici directement investie en **outil de soin**. L'horizontalité semblait déterminante dans cette relation. Une confiance pour mieux se confier. D'ailleurs, au cours de nos entretiens, l'ouverture des usager.e.s, leur libre parler, était probablement en lien avec la posture que nous avons prise, en suspension de tout jugement.

Pourquoi le mensonge est-il si présent dans la substitution ? Cela ne réside-t-il pas dans l'ambiguïté qu'il y a « à substituer » ? L'un des aspects problématiques dans les MSO demeure dans leur ambiguïté entre médicaments et drogues (d'autant plus pour le SdM de par son statut hors AMM). D'une part, parce que ces médicaments sont utilisés pour la dépendance aux opiacés. Le terme de « substitution » suggère ainsi le remplacement pur et simple d'un produit, l'héroïne, par un autre, le MSO. D'autre part, les « détournements dont font l'objet les MSO vers le marché noir font passer ces produits dans l'univers des drogues » (Dassieu 2015). Il ressort une perception dichotomique du produit, entre médicament et substances diaboliques pire que l'héroïne (Guichard et al. 2004). On observait donc des allers-retours entre poison et remède, dont la bascule portait l'inscription : « **déterminant psychosociaux** ». En effet, l'état psychique ressenti modulait les consommations, tantôt potentialisées par un mal-être, tantôt réduites par un sentiment de bien-être (p.32). Aussi, il est intéressant de souligner la permutabilité des termes entre « défonce et soin », reflétant une variation de la fonction recherchée, entre poison et remède, se succédant ou parfois même se confondant. La *défonce* évoluerait-elle inévitablement vers le soin ? La *défonce* est-elle du soin ? La *défonce* en réponse à un mal-être pour tendre vers un mieux-être ? Autant de combinaisons possibles que de modes de consommation.

### *Le polymorphisme des consommations*

Les variations de la fonction recherchée dans la consommation du produit sont à l'origine de ce qu'on peut appeler le **polymorphisme des consommations**. Il illustre la complexité de la

fonction de la consommation. La modélisation de la dépendance par le Dr David Vavassori en propose une approche phénoménologique. Les facteurs psychologiques, somatiques, sociaux, et environnementaux étant autant d'éléments de vulnérabilité favorisant une variation des consommations. Il parle d'un point central, **le nœud de vulnérabilité**, autour duquel les différents facteurs s'articulent, favorisant un contexte pathogène amplifié par l'histoire du sujet. Par exemple, une mise à la rue soudaine (facteur social), pourrait entraîner une augmentation des consommations (facteur addiction), ou encore une décompensation d'une maladie psychiatrique (facteur psychiatrique), ou même réactiver une sciatalgie (facteur somatique) elle même pouvant ré-entraîner une augmentation des consommations. L'articulation de tous ces déterminants de santé est complexe et démontre la nécessité d'une pluridisciplinarité dans la prise en charge des toxicomanes, par une approche médico-psycho-sociale. D'ailleurs, au centre des attentes des usager.e.s interviewé.e.s, le besoin d'une prise en charge globale se démarquait largement, comme le résumait M. 2D : « il faut le cadre aussi autour »(p.39). Le consommateur.rice de SDM, comme tout autre toxicomane, revendiquait une approche multidisciplinaire du soin.

### *Soutien par les paires*

De ces aspirations naissent un besoin de réappropriation du soin, en réponse à cette complexité, par l'adhésion à des associations d'autosupport. Ces dernières étaient identifiées comme de véritables ressources le long du parcours des usager.e.s dans l'objectif de « se retrouver pour discuter autour de la thématique de la substitution »(M. 1A)(p.44). Depuis longtemps, les usager.e.s d'héroïne se sont approprié.e.s ces technologies (i.e les TSO), ce dont témoigne leur prise de parole lors de la tenue à Paris des premiers États Généraux des Usagers de la Substitution<sup>25</sup> en juin 2004 (Doubre et Coppel 2004). Alors que les hépatites virales et le VIH étaient particulièrement prévalent chez les usager.e.s de drogues, ces derniers ont voulu mettre à jour ces politiques de substitution, en développant leur promotion et en élargissant l'accès aux traitements de substitution et, ainsi faciliter l'accès aux traitements des hépatites virales et du VIH pour tou.te.s les usager.e.s de drogues. Se réclamant détenteur d'un savoir profane, ils.elles demandaient à être acteurs.rices dans la décision thérapeutique, « on devrait avoir le choix de ce que l'on prend » (M. 1C)(p.42) - ce qui est plutôt encourageant - mais

---

25 - EGUS : Quatre-vingt personnes étaient présentes et représentaient plus d'une vingtaine d'associations d'usager.e.s de drogues et de la substitution en France, ainsi que des médecins, des représentant.e.s des pouvoirs publics.



ils.elles souhaitaient surtout que soient entendues leurs requêtes d'automédication, chose qu'il est souvent difficile d'admettre aux regards des soignant.e.s (Collin 2008).

## II- Les spécificités du SdM : une héroïne travestie en MSO?

Les résultats ont permis d'identifier cinq grandes spécificités attribuables au sulfate de morphine. Un effet ressenti significatif à la prise, des effets psychotropes thérapeutiques, une diminution du craving, une forte tolérance, et un mésusage aisé de la voie injectable. Nous allons donc discuter selon plusieurs axes, premièrement **la fonction hédonique** attribué à la prise de morphine, sa **fonction auto-thérapeutique** supposée, la **diminution du craving** et sa **tolérance** et enfin, les questions que soulèvent son **injectabilité** dans le cadre de la substitution.

### A- La fonction hédonique interrogée.

Sur le plan pharmacologique, le sulfate de morphine étant très proche de l'héroïne (diacétylmorphine), il nous a semblé évident que les effets ressentis du premier s'apparenteraient au second. En effet, dans le cadre d'une fonction de type « drogue », le SdM est avant tout comparé à l'héroïne dont les effets se rapprochent, en dépit d'une cinétique un peu différente<sup>26</sup>. Les usagers décrivaient pour la plupart un flash\* à la prise – à l'injection le plus souvent – de SdM, la rendant ainsi plus séduisante, et renvoyant les autres MSO à leur insipidité : « avec la Métha les journées elles sont fades » Mr 1E (p.26). Cette différence significative de l'effet ressenti pose la question de la recherche de plaisir dans la prise en charge des personnes dépendantes aux opiacées. S'agit-il tout d'abord de plaisir ? Ce mot n'a que très peu été employé par les personnes interviewées, et cela au détour de conversations relatives à l'effet recherché par la prise de SdM (p.35 « paradis artificiel »). Il existe dans l'imaginaire collectif une notion qui nous semblait intéressant de discuter ici : l'idée selon laquelle les drogués se droguent par plaisir. Même s'il n'est pas exclu que des produits comme l'héroïne peuvent procurer du plaisir, nous préférons parler de **recherche d'effet, et d'effet ressenti**, plutôt que de recherche de plaisir, afin d'être au plus près du langage usité par les personnes interrogés<sup>27</sup>.

26 Selon les usagers, lorsqu'il est consommé par voie orale, le pic survient environ une heure après la prise et l'effet dure environ 12 heures. Lorsqu'il est injecté le pic surviendrait plus vite et plus violemment que celui de l'héroïne et les effets seraient plus courts (environ 3 heures).(OFDT 2013)

27 Au sujet du plaisir, se référer à cet ouvrage interrogeant cette fonction dans l'addiction du double point de vue, celui de la psychanalyse et des neurosciences : *Les Enigmes du plaisir*, Ansermet et Magistretti 2010

Il est important de rappeler que la recherche de plaisir, et l'effet renforçateur de ce plaisir qu'un produit peut engendrer, est un critère disqualifiant un traitement de substitution aux opiacés selon les critères précédemment évoqués, et largement admis en France. Mais que disqualifions-nous ? Ou plutôt, **qui ?**

Comme nous l'apportait Mr 1D, la principale attente des usager.e.s à l'égard d'un traitement de substitution, est bien qu'il y ait un « effet ». Et par effet, il faut entendre, pour Mr 1D, *défonce* : « *la sensation de bien-être entre guillemets, la vague de chaleur machin* » (p.25). Le succès du passage d'une consommation de drogue à visée de *défonce*, à un substitut, ne peut être garanti en l'absence d'une certaine analogie des effets recherchés. Aussi, la notion de recherche d'effet est à prendre en compte dans un objectif de réduction des risques : **le manque d'effet ressenti éprouvé dans la substitution est une des motivations aux usages détournés et aux co-dépendances** (Guichard et al. 2006). Pour reprendre le professeur Claude Olivenstein qui disait, lors de la mise en place des traitements de substitution, sa peur d'y voir une « **domestication du toxicomane** », lequel l'institution médicale tente de contrôler par une « camisole chimique » (Olivenstein 1997). Cet effet de « contrôle » via la substitution ne vise pas à substituer une drogue par un médicament aux effets analogues, mais par un médicament annihilant les effets considérés comme préjudiciables pour atteindre l'objectif thérapeutique (qu'il conviendrait par ailleurs de définir). Cela fait écho au propos de Mr 1C lorsqu'il témoignait d'un sentiment de répression du plaisir « Le plaisir c'est anormal » (p.35).

Le rôle de la réduction des risques est justement de ramener l'individu vers une « sécurité sanitaire », et non de « contrôle sanitaire ». Par ailleurs, les mesures coercitives à l'égard des usagers de drogues et **l'injonction thérapeutique instauré par la loi de 1970**, épouse l'ambiguïté de la posture du soignant dans la prise en charge des patients toxicomane. Entre judiciarisation et médicalisation, le toxicomane se retrouve confronté à un double discours (p.33), le conduisant lui-même à une confusion de sa propre posture, entre patient et délinquant. Cela conduit inévitablement à une relation thérapeutique altérée. Le rôle du médecin est alors parfois relayé à celui « **d'aidant contraint** ». Pourtant, son rôle devrait se limiter à tenter de rétablir un cadre de vie étayant au patient en lui remettant tous les éléments pour se prendre en charge, en suspendant tout jugement de valeur. Michel Rosensweig oppose à ce sujet deux modèles, celui de la **normalisation pénale** et de la **normalisation anthropologique**, et consigne ainsi :

« Le modèle de la normalisation pénale s'oppose fondamentalement à celui de la normalisation anthropologique au niveau éthique dans la mesure où la première vise l'abstinence contrôlée et l'aide contrainte par une orthopédie psycho-médico-sociale dans un cadre idéologique et sanitaire, alors que la deuxième vise une relative liberté de choix ainsi qu'une autonomie responsable par l'acquisition de connaissances et l'exercice de la critique dans le cadre de la promotion de la santé. » (Rosenzweig 2002)

Lors des premiers ÉGUS (États Généraux des Usagers de la Substitution) le débat entre usagers et soignants a fait émerger **un espace entre contrainte et plaisir** : « pour garder du plaisir avec les TSO, l'utilisateur est capable de se contraindre, mais c'est l'auto-contrainte qui marche » (EGUS 2004). Il peut donc y avoir à la fois une frustration et un plaisir dans la capacité à la gérer. Il conviendrait alors peut-être d'envisager que le plaisir éprouvé par la consommation de sulfate de morphine, puisse être un élément facilitateur de la prise en charge du patient de sa propre toxicomanie (Gaudillère 2007). Nous pensons que c'est toute la question du plaisir – et du **déplaisir** – et de sa recherche dans notre société qu'il conviendrait d'interroger.

La **médicalisation de la toxicomanie** s'est au départ beaucoup appuyé sur la diade souffrance-dépendance. Pourtant, il est possible de dire qu'il **n'y a pas de frontière nette entre la recherche de plaisir et le soulagement de la souffrance** (Le Ferrand 1999). Et comme nous l'avons vu, la recherche d'un effet psychoactif peut conditionner certaines pratiques. Le plaisir est donc une dimension à prendre en compte dans la relation de soin, au même titre que le soulagement de la douleur, jouissant par ailleurs d'une **acceptabilité sociale** bien supérieure. Ce qui nous amène à explorer la seconde dimension attribuée par les enquêtés à la prise du sulfate de morphine, celle de la fonction thérapeutique.

## **B - La fonction thérapeutique du SdM, le remède?**

### *Le concept d'antalgie*

Comme évoqué précédemment, lorsqu'il était demandé aux usager.e.s d'expliquer la raison de leur consommation, la plupart n'évoquait pas le plaisir, ou alors de façon indirecte comme lorsque Me 2B nous parlait de « paradis artificiel » (p.35). Ce qui ressortait le plus souvent était de l'ordre d'une **recherche de mieux-être, une recherche d'« apaisement »** (2A). Plutôt que de parler de plaisir avec l'héroïne ou le SdM, parlons de **réduction du dé-**

**plaisir** ce qui est infiniment plus conforme à la connaissance médicale de la morphine, **un analgésique** :

« Il semble plus fécond de voir les toxicomanes comme des personnes ayant rencontré cette douleur, morale ou physique - aujourd'hui nous parlerions de **souffrance psychique** - quelle soit inconsciente ou non. Et qui ensuite ont pu apprécier l'héroïne comme soulagement ou refuge. Retrouver cette ancienne douleur et en guérir la cause semble en effet un abord bien plus fécond, notamment pour la médecine, que les hypothèses sulfureuses sur un plaisir extraordinaire et symbolique. » (Jacques 1999).

Il est intéressant de rappeler que la teinture d'opium<sup>28</sup> était utilisée, à un moment de l'histoire de la médecine, dans le traitement des souffrances mélancoliques. Mais le discrédit jeté sur les opiacés lié aux « dérives toxicomaniaques » qu'ils engendreraient, n'ont pas permis d'étudier leurs réels possibilités thérapeutiques dans le cadre des maladies mentales.

### *Drogue versus médicament*

En introduction nous posons la question à laquelle il est toujours difficile de répondre : **par quels mécanismes un médicament devient-il une drogue ?** Comme le fait remarquer Ehrenberg, la frontière entre usage thérapeutique, de confort, et usage de drogue devient floue (Ehrenberg 1998). Il semblerait intéressant d'appliquer cette question au SdM : à quel moment le SdM - qui est un médicament - devient-il une drogue ? Cette question peut-être solutionnée en partie par le principe de *fuitage pharmaceutique* (Lovell et al. 2008). Mais ce mécanisme ne répond pas totalement au problème soulevé. Dans une préface à un ouvrage collectif sur les drogues, le sociologue Howard Becker explique que « la « drogue »[...] ne désigne pas une catégorie scientifique ou pharmacologique. Elle se réfère plutôt à une catégorie qui reflète la manière dont une société a décidé de traiter une substance » (Becker 2001). Selon Becker, la société définit d'un point de vue moral ce qu'est une drogue au travers d'agencement alliant pouvoir politique, pouvoir médical et administration de la santé. En définissant la drogue comme ce qu'une société désigne comme tel, la sociologie de la déviance confirme le sens commun, mais ne donne pas un cadre épistémologique pour comprendre pourquoi et comment un médicament devient une drogue. Elle fixe une ligne de partage entre médicament et drogue, mais n'explique pas le passage du premier à la seconde. Concernant le

---

28 - Le *laudanum de Sydenham*, est une teinture d'opium safranée introduite et expérimentée par Thomas Sydenham, médecin anglais, au cours des épidémies de dysenteries des années 1669-1672, à Londres. Jusqu'à la généralisation de l'usage du chlorhydrate de morphine (19ème siècle), ce remède demeura l'analgésique le plus utilisé.

sulfate de morphine, cette question reste complexe, mais nos résultats nous orienteraient vraisemblablement – selon le seul point de vue des usager.e.s - vers une définition dichotomique du sulfate de morphine, à la fois drogue et médicament (cf. partie I-A de la discussion). Mais cette définition n'est pas spécifique au SdM. Elle réside au sein même du pharmakôn, modèle applicable à toute drogue (et à de nombreux médicament).

En dehors de la fonction « drogue » du SdM, ce qui semblait transparaître des interviews, c'est la **dimension psycho-thérapeutique** par laquelle la plupart des usager.e.s justifiait une attraction pour le SdM, à l'origine d'une **appropriation** de ce dernier (tu me fais du bien donc je te garde, et donc j'ai besoin de toi)

Certain.e.s parlaient même de « panacée » dans la dimension salvatrice ressentie vis à vis du SdM (p.30). Plusieurs interviewé.e.s rapportaient **l'effet antipsychotique ou antidépresseur recherchée**, ce que les neuroleptiques prescrits n'avaient pas pu leur apporter. M. 1A - patient étiqueté schizophrène - cite le SdM comme le « meilleur traitement antipsychotique » jamais rencontré. Ce bénéfice auto-thérapeutique était d'ailleurs d'ores et déjà présent lors des consommations d'héroïne bien avant la substitution comme nous le rappelait M. 1A : « j'avais seulement fait l'addition que quand je prenais de l'héro ça allait beaucoup mieux » (p.31). Cette observation était en accord avec les résultats d'une enquête qualitative exploratoire menée en 2002 en direction de consommateurs d'héroïne, où la substance était spontanément qualifiée de « solution » dans plusieurs entretiens : **«ça soigne»**. (Reynaud-Maurupt et al. 2003)

Ces éléments nous permettent de revenir sur ce **concept d'antalgie**. A travers les travaux de Jean-Pierre Jacques (1999), ce concept d'antalgie conçoit la toxicomanie comme « une tentative spontanée de traitement par la drogue d'une douleur préexistante ». Il fonde ce concept sur l'hypothèse de la **« tentative de guérison »**. Si le sujet s'est consacré à ces produits, malgré l'interdit et les risques, c'est le plus souvent dans cette perspective de tentative de guérison, à son insu le plus souvent (comme nous l'indique M. 1A lorsqu'il s'aperçoit, avec le recul, des bienfaits de sa consommation sur ses symptômes psychiatriques).

La consommation de drogue à visée auto-thérapeutique serait-elle une tentative de réponse à une carence ressentie du système de soin à prendre en charge les souffrances psychiques?

Cette fonction auto-thérapeutique fait basculer le SdM du statut de drogue, au statut de médicament. Il n'est ici plus question de substitution, mais bien de soin, de **médication dans l'objectif de traiter un symptôme**. Cela nous a amené à nous questionner sur la place des psychotropes. Comme le remarque Serge Escots, malgré les connaissances innombrables dont nous pouvons disposer sur les usages de psychotropes, nous butons sur une clarification des différents types d'usages. Par exemple, il n'est pas aisé de distinguer entre : - usage du médicament psychotrope, - ses mésusages - et « l'usage de drogue » (Escots 2014)

### *La conquête d'une « normalité »*

Un autre élément recueilli attirait notre attention. Plusieurs des personnes interviewées nous expliquaient que la consommation de SdM leur permettrait de se réinscrire dans une certaine **normalité**, sous-entendu, auparavant déformée. Mme 1F nous expliquait que le SdM lui avait permis de « revivre un plus normalement » (p.30). Ce retour à la normale, non sans impact sur le quotidien des patient.e.s, est en fait la conquête d'une nouvelle norme. Dans « Le normal et le pathologique », Canguilhem (1966) à propos de l'idée de guérison évoquait aussi cette reconquête du normal, différente de la norme antérieure : « La guérison est la reconquête d'un état de stabilité des normes physiologiques. Elle est d'autant plus voisine de la maladie ou de la santé que cette stabilité est moins ouverte à des remaniements éventuels. En tout cas aucune guérison n'est un retour à l'innocence biologique. Guérir c'est se donner de nouvelles normes de vie, parfois supérieures aux anciennes. Il y a une irréversibilité de la normativité biologique » (Canguilhem 1966, p.156). Le témoignage de Mme 2A nous interrogea lorsqu'elle nous expliquait que sous l'effet du SdM elle pouvait « parfois se trouver normale » (p.30). Parfois se trouver normale. Cette norme est d'abord une sensation que les patient.e.s ont conscience de retrouver : lorsqu'il n'y a pas de souffrance ou de maladie, il n'est pas nécessaire de se sentir « normal ». Pour Canguilhem (Ibid, p. 58) : « la maladie nous révèle des fonctions normales au moment précis où elle nous en interdit l'exercice ». Ce sont les modalités d'expression de la souffrance qui rappellent au patient qu'il n'est plus « normal ». **Le soulagement de la souffrance permet une reconquête de la normalité** et de la santé perdue et c'est en ce sens qu'elle devient à la fois un effet, un but et un avantage d'un traitement pour les patients. La norme est une **notion individuelle**. Si la frontière entre normal et pathologique est imprécise de façon générale, elle l'est parfaitement pour un individu. Ce sont les patient.e.s dans leur diversité, qui jugent s'ils.elles ne sont plus normaux ou s'ils le sont redevenu.e.s (Ibid, p. 72 et 119). Dans notre échantillon, pour certain.e.s

patient.e.s « redevenir normal » signifiait pouvoir retourner au travail, d'autres ont redécouvert leur capacité à rentrer en contact avec autrui : « ça m'a permis d'envisager mes relations avec les autres différemment. » (Mme 2A, p.30). La fonction est ici complexe, mais probablement thérapeutique (pour l'usager.e). Elle semble toutefois se rapprocher de la notion d'**homéostasie** explicitée précédemment : le sujet cherche à retrouver un état d'équilibre qu'il parvient à trouver à travers les effets du produit consommé.

#### « *Auto-substitution* » et « *auto-médication* »

Ces observations nous éloignent en effet de la réflexion autour du champ de la substitution des opiacés - le mot *drogue* à plus souvent été utilisé dans le paragraphe précédent que celui de *traitement de substitution* - . Il convient alors peut être de questionner plus précisément cette fonction auto-thérapeutique attribuée à l'usage de SdM, qui nous semble être un élément central de la discussion. Il faut, à notre sens, distinguer deux niveaux : le premier se situerait finalement dans le cadre de la substitution, les effets ressentis par la prise de SdM permettent de venir corriger le manque – pour atteindre cette homéostasie déjà évoquée - et donc se maintenir dans une consommation de type médicament. On pourrait alors parler d'**auto-substitution**. Le second niveau, correspondant à celui développé précédemment, se situerait davantage dans un usage psycho-thérapeutique pour venir soulager des symptômes vécu comme problématiques (anxiété, dépression, trouble du sommeil...) : on pourrait alors parler d'**automédication psychique** (INSERM. Facy 2012, chap. 7). Ces **deux finalités d'usage** du SdM se retrouvaient dans nos résultats, et sont à l'origine d'un **double bénéfique** pour les usager.e.s : **gérer le manque** pour la première, et **soulager une souffrance psychique** pour la seconde. De toute évidence, cette double fonction était donc déterminante dans le maintien des usager.e.s dans le TSO. Ces éléments confortent une fois de plus la nécessité d'une prise en charge transdisciplinaire dans le traitement de la dépendance aux opiacées.

### C - Le SdM, modérateur du craving, mais à quelle dose ?

#### *Diminution du craving*

La diminution du craving\* à l'héroïne était déterminant dans la satisfaction que les usager.e.s portaient au sulfate de morphine (p.40). Cet élément peut en partie s'expliquer par la similitude des effets ressentis entre héroïne et morphine. Plusieurs études cliniques récentes

ont tenté d'étudier la modulation du craving de patient.e.s substitué.e.s (expérimentalement) par sulfate de morphine en comparaison à la Méthadone® (Hämmig et al. 2014 ; Beck et al. 2014 ; Kraigher et al. 2008). L'étude de Beck, randomisée, en double aveugle, a permis d'étudier le craving à l'héroïne durant une période de 22 semaines, comparant des personnes traitées par Méthadone® et par sulfate de morphine. Elle retrouvait **une diminution cliniquement significative du craving pour l'héroïne chez les patient.e.s substitué.e.s par SdM**. Le craving à la cocaïne n'était quant à lui pas modifié selon le substitut. Ce critère étant fondamental (i.e diminuer les rechutes vers les consommations) pour le maintien du patient dans un traitement de substitution aux opiacés, ces études caractérisaient le sulfate de morphine comme « **une alternative envisageable** » dans le traitement des patient.e.s dépendant.e.s aux opioïdes. En outre, ce résultat n'est pas surprenant lorsque l'on s'interroge sur l'intention de l'usager.e à consommer du SdM. Si cette intention s'inscrit dans le cadre d'**une recherche d'effet à visée de correction** (d'un manque, d'un état de mal-être, d'une incapacité, etc.), le SdM semble répondre à cet objectif, et constitue donc cette nouvelle façon d'y répondre, en remplacement de l'héroïne. L'envie pour cette dernière est donc « naturellement » réduite.

D'autres travaux ont étudiés les effets d'une substitution par SdM, toujours comparé à la Méthadone® (Verthein et al. 2015; Eder et al. 2005; Kraigher et al. 2008 ;Hämmig et al. 2014). Les principaux résultats faisaient état d'une **diminution des effets secondaires** (sommolence, allongement du QT, trouble de la libido, dépression) sous SdM comparativement à la méthadone.

Aucune de ces études n'étaient suffisamment puissante pour déclarer une supériorité significative du SdM face à la Méthadone® en terme de maintien dans la substitution (« retention in treatment »). Une revue Cochrane (Ferri et al. 2013) vient conforter ces résultats, concluant, après méta-analyse, que l'examen de la littérature n'a pas permis d'identifier des éléments de preuve suffisants pour évaluer l'efficacité du SdM dans le traitement de la dépendance aux opiacés.

### *Tolérance*

La seconde dimension pharmacologique spécifique au SdM résidait dans sa **forte tolérance**. Certain.e.s usager.e.s ont évoqué cette propriété, les amenant à augmenter rapidement leurs doses quotidiennes (pouvant atteindre pour certains 1200 mg), compliquant souvent la



démarche de contrôle des consommations : « En général tu augmentes tu diminues pas quoi ! » (Mme 1F, p.37). L'étude TREND (2014) conforte ces observations, les usager.e.s interrogé.e.s insistent sur le besoin d'accroître rapidement les doses pour continuer à ressentir un « effet ». Cette tolérance n'est pas décrite pour les autres MSO au sein de nos résultats. Certain.e.s interviewé.e.s l'ont évoqué sur un mode comparatif avec la Méthadone® ou la BHD vis à vis du SdM, pour celles et ceux qui avaient expérimenté ces produits-là. Mais la question n'était pas posée spécifiquement par les chercheur.se.s, et l'inclusion ne prévoyait pas forcément une expérience avec d'autres MSO. Il semblait donc difficile de légitimer ce résultat. Cependant, cet effet de **tolérance élevée attribué à la morphine, en comparaison aux autres MSO**, se retrouve dans la littérature et vient donc conforter nos observations (Ripamonti et al, 1998).

Au vu des résultats, la tolérance du SdM semblait constituer le **principal obstacle** dans l'évaluation de sa possibilité à devenir un traitement approprié dans le traitement des personnes dépendantes aux opiacés. Obstacle à questionner si l'on vient à comparer **la tolérance du SdM et celle de la diacetylmorphine** (héroïne). En effet, pharmacologiquement parlant, ces deux molécules sont proches, et induisent un effet de tolérance similaire. Si nous venons désormais à considérer l'héroïne thérapeutique comme une alternative possible dans le traitement substitutif des opiacés, cette forte tolérance, qui paraît en premier lieu s'ériger en entrave à toute démarche thérapeutique, peut tout simplement constituer une **spécificité pharmacologique** à prendre en compte lors d'une manipulation éventuelle de ces molécules dans le traitement de la dépendance aux opiacés.

## D - L'injectabilité du SdM

### *L'injection, une problématique autonome ?*

Certains médecins et la plupart des patient.e.s savent que « guérison » ne signifie pas fin de la souffrance. C'est parfois même le contraire. Nos résultats sur la question de l'injection sont sans équivoque. Les dégâts qui lui sont attribués, à travers les entretiens, sont inquiétants, mais concernent pour la plupart l'injection de BHD (cf. résultats). Le sulfate de morphine est, pour la quasi-totalité des personnes interviewées, utilisé par voie intra-veineuse. Et c'est là une des principales raisons de son utilisation : « Donc ouais moi je suis venu au Skénan® au début par

rapport au fait que ça s'injectait » (M. 1D, p.25). Sa spécificité pharmacologique, malgré **une galénique non prévu à cet effet**, semble convenir à la voie injectable. Les usager.e.s n'étaient pas dépourvus de dégâts somatiques liés aux injections de SdM, mais ils semblaient apparaître beaucoup plus tardivement qu'avec la BHD (p.26). Ce résultat était en accord avec les observations du dispositif TREND (2014), où les usager.e.s évoquaient des **complications cutanées et veineuses moindres avec l'injection de SdM qu'avec celle de BHD**. Plus souvent comparé à la Méthadone® par les usagers, le SdM présentait, à leurs yeux, par rapport à cette dernière, l'avantage de pouvoir être injecté. En effet, lors des entretiens, beaucoup nous faisaient part de leur difficulté d'arrêter le SdM en raison du besoin de l'injection (p.26). Il n'était plus question du produit, mais bien du **geste de l'injection** auquel l'usager.e ne pouvait pas se défaire. Me 1F soulignait ce phénomène lorsqu'elle s'exclamait qu'à certains moments « je me serais même injecter de l'eau » (p.44). **La pratique de la voie injectable devient donc en partie autonome du phénomène de dépendance**, notamment de la dépendance « physique » (Fischer et al. 2002; Guichard et al. 2006).

Dans l'étude AIDES-INSERM (2002), explorant les facteurs de recours à l'injection des sulfates de morphine et de BHD confondus, les patient.e.s ont cité le plus fréquemment comme réponses (à des questions fermées) : - le besoin d'injecter : 82% ; - la rapidité des effets : 53% ; - la recherche d'une montée, d'un « flash\* » : 51% ; - le goût du médicament : 30% ; - l'humeur dépressive : 26% ; - l'ennui : 20%. Parmi des patient.e.s très touché.e.s par la question de la voie injectable, Bouhnik a dégagé dans le discours des patients trois dimensions importantes : **la « dépendance gestuelle », la dimension du « faire » et la structure de l'individu autour d'une conduite** (P. Bouhnik et al. 1999). La notion de « dépendance gestuelle » est un terme employé par un patient et repris par les auteurs pour souligner le poids de l'attachement à une conduite au travers du geste. Elle conditionne l'« envie de se faire des trous », « la picomanie\* ». Ces observations sont très largement retrouvées dans les dires des personnes interrogées. (p.29)

La dimension du « faire » implique l'usager.e dans la réalisation de l'injection, le fait de retrouver des gestes répétés qui « préparent », **participe à la recherche d'un effet** et au plaisir ressenti (McBride et al. 2001; Lovell et al. 2001).

Au vu de ces résultats, il semblait fallacieux de discuter la place du sulfate de morphine dans les TSO, sans parler de l'injection. Et de questionner : le SDM vient-il colmater, « faute de

mieux » (p.41) une carence dans la prise en charge de la dépendance à l'injection? Cette problématique ouvre évidemment la voie à la question de l'émergence d'une **substitution injectable**. Notons qu'au même titre que la recherche d'effet ressenti, la voie injectable est exclu des critères définissant un TSO. Critère défendable connaissant les complications somatiques liées à cette voie d'administration. Pourtant, lorsque l'on regarde les derniers résultats de l'enquête DRAMES (2013), la mortalité directement lié au produit était bien **majoritairement imputable à la Méthadone®** (39%), qu'à l'héroïne (19%) ou à la morphine (7%) (BHD 13%). Ce constat dépasse la question de l'injection dans les dommages lié à l'usage de drogues, la Méthadone® n'offrant pas la possibilité de la voie injectable. L'injection semble donc constituer une composante autonome au sein des pratiques et des risques liés à l'usage de drogue. Il s'agit là d'une **pratique majoritairement adopté par les usager.e.s d'opiacés** (CEIP 2013), et les traitements de substitution classiques ne semble pas répondre à cette problématique (Langendam et al. 2000). Nous devons signaler l'existence en effet de la Suboxone® - buprénorphine haut dosage associé à de la naltrexone (antidote des opiacés) - garde-fou dont l'injection provoque un syndrome de manque, ne permettant pas de répondre totalement à l'obsession du geste. Dans notre étude, nombreux.ses étaient les usager.e.s pour qui **la pratique de l'injection était au cœur de leur problématique individuelle**, et revendiquaient la nécessité d'une **démarche collective de reconnaissance et de prise en charge spécifique** de cette pratique dans le dispositif français de substitution aux opiacés (p.41). M. 2E nous faisait part de son impossibilité de parler de l'injection avec son médecin traitant, pourtant identifié comme La personne de confiance, de peur de se voir retirer sa prescription de SdM. Comment son médecin pouvait-il alors s'assurer des risques pris par ces injections, surveiller de potentiels abcès, prévenir d'éventuelles phlébites? Le condamner, et les années le confirmera, ne lui permettra apparemment pas d'arrêter de s'injecter (p.33). Ne faut-il pas alors déconstruire nos angoisses médico-sanitaires au service de la réduction des dommages et de l'accompagnement individuel et spécifique? A l'image de la recherche d'un effet ressenti, il semblerait que la communauté médicale condamne l'injection, sans se soucier des enjeux qu'elle contient. Pourtant, comme le soulignait M.1A, l'institution médicale est au fait d'un mésusage massif du BHD et des dégâts qui lui sont liés, mais ne semble pas vouloir s'en emparer activement. En effet, il n'existe toujours pas de politique de santé publique dirigée spécifiquement envers les usager.e.s injecteurs, dans le sens où leur situation réelle comme population n'est pas prise en compte. La mise sur le marché du Subutex®, si elle a certainement contribué à réduire l'incidence des pratiques illicites (Emmanuelli et al. 1999),

contribue aussi à la dégradation de l'équilibre, de l'état de santé et du rapport aux risques de la population des injecteurs en situation sociale fragile. Non pas qu'un tel produit ne soit pas nécessaire, mais à cause du **caractère ambigu** de la manière dont il a été conçu (en principe non-injectable, mais injectable tout de même, avec des effets nocifs sur la santé des usager.e.s) et intégré dans une politique ultra-libérale de prescription ou de diffusion par les médecins généralistes (Bouhnik, et al. 2002). Il s'agit bien là d'une **méthode s'inscrivant davantage dans le paradigme du contrôle social que de la substitution**. Et l'échec que l'on peut constater de cette politique aujourd'hui sous-tend une fois de plus la nécessité de considérer l'injection comme une problématique à part entière, contenant des **enjeux majeurs de santé publique**. Il conviendrait peut-être de relativiser ces "mauvaises" pratiques pour lesquelles il s'agira plutôt de comprendre le sens que veulent bien en donner les usager.e.s substitué.e.s en ce qui concerne leurs comportements de mésusage.

L'ouverture en France des premières salles de consommation à moindre risque entament ce changement de paradigme. Le rôle du médecin n'est-il pas de préserver l'effet de réduction de risque toujours nécessaire, même chez les personnes qui utilisent les médicaments de substitution à la marge du cadre thérapeutique ? Cela renvoi au principe de **la primauté de la réduction des risques et des dommages sur l'usage de drogue**. Par ailleurs, les usages détournés seraient sous tendus par une puissante logique de réduction des risques (sociaux surtout) notamment chez les plus jeunes (Guichard et al. 2006). Il semble donc nécessaire de prendre en charge l'injection, et de la considérer comme une **problématique autonome au sein de la dépendance aux opiacés**, requérant une prise en charge spécifique.

### *SdM, un produit de transition ?*

Dans cet objectif d'inscrire la pratique de l'injection au cœur de nos préoccupations dans la prise en charge de la dépendance aux opiacés, le sulfate de morphine, au gré des résultats recueillis, était investi en **rôle de palier** (p.45). Plusieurs personnes interrogées revendiquaient la prise en compte de l'injection dans le processus de diminution et de stabilisation des consommations. Mme 1F expliquait que contrairement à l'opinion collective, l'injection de SdM obtenue par prescription médicale lui avait permis de diminuer et de stabiliser ses consommations. Est-il possible d'imaginer de passer d'une drogue injectée dans la rue de façon pluri-quotidienne, à un médicament en prise unique journalière par voie orale – sans évoquer ici l'écart des effets ressentis – sans consentir à un échec très probable de cette substitution? Pour beau-

coup, le SdM était ce palier, ce pont permettant de passer de la **toxicomanie** « frénétique » (M. 1A, p.43) à une « **stabilisation** » des consommations.

Les salles de consommation à moindre risque constituent elles même un palier à l'entrée dans le soin. Ces salles se situant pour la plupart au sein d'établissements sanitaires, le premier pied de l'usager.e s'y pose naturellement en lui offrant toute la liberté d'accéder ou non à une prise en charge (Dos Santos, 2016).

Si nous tentions une hiérarchisation des différentes composantes socio-sanitaires entourant la dépendance aux opiacés, nous pourrions la présenter comme ceci : de la consommation de rue, aux salles de consommation supervisée, au lieux d'accueil communautaire (boutique, CAA-RUD), puis à la délivrance de méthadone à bas seuil d'exigence (« bus-méthadone »), puis aux dispositifs d'accès aux traitement de substitution en soins primaires, vers la rétention en traitement ou l'abstinence – en les considérant comme des composantes possibles, mais non nécessairement définitive - **le SdM pourrait constituer pour certain.e.s usager.e.s un moyen de transition entre la drogue injecté et le médicament avalé** (et donc un palier entre l'injection de drogue supervisée et la substitution par voie orale).

Pour M. 1A, il pouvait constituer néanmoins cette « **solution temporaire** » (p.42). En effet, un palier par définition permet de se rendre quelque part, dans un ailleurs proche, rendu plus accessible justement par celui-ci. Cet « ailleurs » pourrait constituer à travers nos résultats, une entrée dans la substitution par Méthadone® (p.43). Plusieurs des interviewé.e.s évoquaient en effet l'**utilisation concomitante de SdM et de Méthadone®**, de manière auto-gestionnaire, aucun protocole ne permettant cette double prescription aujourd'hui. Le SdM était alors utilisé pour répondre au besoin du geste de l'injection, et la Méthadone®, quant à elle, permettait de palier au syndrome de manque. Celle-ci étant moins coûteuse et plus accessible (lieu de délivrance Méthadone® bas seuil d'exigence), cette **autogestion** permettait de garantir un accès plus pérenne au SdM (p.45). Lors de l'élaboration de ce travail, il est apparu une proposition d'un médecin addictologue, le Dr Defayolle, qui accorde à cette possibilité un crédit supplémentaire. Ce dernier est en cours de réalisation et d'expérimentation d'un protocole de soin au sein du CSAPA de Saint-Étienne, et proposerait un schéma associant Méthadone® et Skénan® pour une durée de 6 mois. Ce protocole, qui n'est pas encore tout à fait visible, propose donc une prescription de SdM pendant une durée de 6 mois, qui se chevaucherait avec une prescription de Méthadone® dans l'objectif de soutenir l'arrêt de l'injection du SdM. Ce protocole a pour ambition claire de répondre aux observations

soulevées précédemment et pose l'éventualité de l'utilisation du SdM en soutien du sevrage à l'injection, comme évoqué par Mme 1F (p. ). Plusieurs études démontrent que la Méthadone® seule ne peut répondre au traitement de l'addiction au geste, et font état de rechutes répétées vers l'injection de patient.e.s sous traitement optimal par Méthadone® (Langendam et al. 2000).

M. 1A explique clairement ce recours à la Méthadone® pour « ne pas être en manque » et le maintien du SdM pour le « coté geste » (p.45). De la même façon, le rapport de OFDT fait état de plusieurs sites signalant des passages « sauvages » d'un traitement par Méthadone® à la combinaison Méthadone®/sulfate de morphine, la première restant prise dans le cadre d'une substitution quotidienne, les deuxième, plus souvent injectés en «extra». D'autres usager.e.s abandonneraient leur traitement de substitution pour le SdM considérant qu'il leur sera plus facile de « décrocher » (OFDT 2014).

### **III - Forces et limites**

#### **A - Forces de l'étude**

##### **1 - Liée à la méthode choisie**

Le choix de l'entretien individuel semi-dirigé a permis un recueil de récit de qualité des personnes interviewées. Le déroulement des entretiens, sans maquette imposée, permettait de laisser la place au libre cours de la pensée, et d'adapter les différents axes de recherche selon le discours du répondant. L'usage de drogue et les enjeux qui l'entourent semble appartenir à l'intimité des personnes, cette méthode a donc été préférée au focus groupe.

##### **2 – Participation à l'étude**

La durée des entretiens, d'une durée moyenne de 40 minutes, ont permis de garantir une richesse des expériences et des vécus recueillis. Le volontariat exprimé des personnes rencontrées, et le lieu laissé au choix de l'interviewé.e, favorisait l'accès à un dialogue spontanée dans un contexte souvent chaleureux. Il ne s'agissait pas, pour la plupart, d'une simple interview, mais d'une véritable rencontre. D'ailleurs, les temps d'enregistrement était souvent bien inférieurs au temps réel d'échange avec la personne.

### **3 - La posture des chercheur.se.s**

La pratique clinique des chercheur.se.s et leur entourage professionnel et associatif, en lien avec le milieu de la l'addictologie, ont permis d'enrichir les réflexions tout au long du travail et d'orienter la question de recherche de façon plus pertinente. Le recrutement de participant.e.s aux entretiens a d'ailleurs été en partie facilité par l'identification des chercheur.se.s au sein de structure en lien avec l'addictologie, défendant l'intérêt des patient.e.s, et aussi par les participant.e.s qui, adhérant.e.s à l'étude, ont eux ou elles-même recruté.e d'autres usager.e.s.

Les chercheur.se.s, pour la plupart des participant.e.s étaient identifié.e.s comme des « allié.e.s », de par leur implication dans le réseau de soutien et d'accompagnement des usager.e.s de drogues à Toulouse. Ce statut était générateur de confiance, et paraissait apporter une fluidité dans la rencontre avec les usager.e.s ; facilitant le discours, la posture « accessible » de l'enquêteur.rice semblait limiter les effets de perte d'information par peur du jugement.

Par ailleurs, la relation de bonne qualité entre les chercheur.se.s a permis une continuité dans le raisonnement exploratoire, favorisant les discussions et permettant de questionner - à chaque instant - les enjeux du travail. Ces effets semblaient renforcer l'inductivité de ce travail de recherche, les hypothèses semblaient naître au gré des entretiens, à travers des discussions permises par une délocalisation de nos réflexions lors de riches moments informels.

### **4- La réflexivité des chercheur.se.s**

Tout au long de l'étude, les chercheur.se.s ont fait un travail d'introspection, pour se repositionner vis-à-vis du sujet, afin de rester fidèle à leur objectivité préalablement posée. Les positionnements de chacun et chacune vis à vis du sujet, étaient régulièrement interrogés et participaient à l'intégration d'une réflexion critique autour de l'élaboration du travail de recherche.

### **5 - Les données de la littérature**

L'absence de données de la littérature sur le vécu des usager.e.s de SdM à visée substitutive permettait d'aborder le sujet avec un œil nouveau, en minimisant l'impact de données de la littérature sur le choix des thèmes abordés et en évitant aux chercheur.se.s d'être influencés par la quête de résultats superposables à ceux d'études antérieures. En ce sens, ce travail constitue aussi une force de par son originalité.

## **6 - Les critères de validité interne**

La validité interne consiste à vérifier si les observations recueillies représentent la réalité.

L'écoute double de chaque entretien et l'analyse en double aveugle strict ont permis d'assurer une fiabilité de l'analyse et d'en minimiser la subjectivité. Le principe de triangulation avec la directrice de thèse a été respecté.

La démarche était inductive dans le but de conduire à la formulation de nouvelles questions ou à la reformulation d'anciennes questions, étoffant la réflexion.

L'avis de différent.e.s intervenant.e.s de différentes disciplines sensibilisé.e.s à ces thématiques (Lise Dassieu, sociologue – Serge Escots, anthropologue clinicien, le RAMIP, David Vavassori, psychologue psycho-pathologiste) ont été pleinement intégrés à cette étude tout au long du parcours et venaient enrichir la validité du travail.

La démarche des chercheur.se.s s'est également appuyée sur l'expérience de personnes concernées (savoirs profanes) par la question de la toxicomanie et notamment du SdM. La proximité des chercheur.se.s avec certain.e.s usager.e.s (non intégré à l'étude) et notamment au sein d'un collectif d'auto-support, est une force incontestable dans cette étude. Nombreux débats au sein de ce collectif a permis aux chercheur.se.s d'enrichir la réflexion autour de l'usage du SdM, mais également d'interroger l'opinion collective à l'égard des usager.e.s de drogues dans notre société.

D'autre part, les résultats en accord avec la littérature s'y référant concernant le vécu de la politique de substitution renforce le bien-fondé de cette étude, et notamment l'hétérogénéité de ces ressentis de la part des usager.e.s (première partie de la discussion).

## **7 - Les critères de validité externe**

La validité externe est la possibilité de pouvoir généraliser les observations à d'autres contextes ou objets. L'attention des chercheur.se.s s'est portée sur la représentativité de l'échantillon étudié en veillant à une variabilité géographique, à une diversité socio-professionnelle, et à une parité sexuelle. Le recrutement de profils particuliers a été réalisé après avoir atteint un sentiment de saturation des données, permettant d'étoffer l'échantillon.



## **B - Limites de l'étude**

### **1 - Le mode de recrutement**

La majorité des personnes interviewées sont suivies dans un centre de santé, et donc déjà inscrites dans un parcours de soin. Elles avaient donc pour la plupart un discours préconçu vis-à-vis de l'institution médicale. Un recrutement de personnes a été difficile en pratique. Cette étude n'inclue donc pas d'usager.e.s hors du soin. Deux des déterminants majeurs de l'accès au soin (degré d'insertion et territoire sanitaire), n'ont donc pas pu être interrogés dans cette étude.

### **2 - La posture des chercheur.se.s**

La posture de soignant.e, travaillant dans le centre de santé, a pu influencer le discours des interviewé.e.s, par une modulation de leur jugement vis-à-vis de l'institution médicale.

### **3 - La déperdition des informations**

Le travail de recherche qualitative a été une expérience nouvelle pour les deux chercheur.se.s. Les informations abondantes de certains entretiens ont parfois été difficilement intégrables dans les analyses. Les temps d'échange au cours des entretiens était par ailleurs long, et il arrivait parfois que des informations capitales naissent en dehors des temps d'enregistrement, sans que l'usager.e nous autorise à les retranscrire. En dépit d'une certaine frustration, ces informations n'ont pu être intégrés dans l'analyse.

### **4- Le travail d'analyse**

L'usage des notions étudiées restreints à la santé était une limite de notre travail. Certaines des notions auraient mérité un développement plus conséquent et une recherche plus poussée sur le plan de leur définition. La notion d'« effet » est largement utilisée et concernait ici presque exclusivement l'effet ressenti et les dommages causés par la prise du produit. Pourtant, pour chaque répondant, selon son histoire et le moment où intervient l'entretien au cours de cette histoire, l'effet ressenti et les dommages sont relatifs : quelle importance revêtent-ils au regard du risque de la perte d'un emploi, ou des dommages sur l'activité sexuelle par exemple ? Aussi l'analyse des entretiens s'intéressait aux rapports sociaux liés à la santé, mais ignorait les

rapports de genre, de classe, etc. habituellement étudiés au sein d'une étude sociologique. Cependant ces déterminants sous-tendent tout autant des facteurs d'entrée dans le soin, des effets recherchés par un produit, d'une extraction du milieu de la rue...

## **5 - La désirabilité de l'information**

Les interviewé.e.s avaient connaissance du propos de l'enquête en amont de l'entretien. Leurs intérêts pour le sujet ont pu modifier leur discours. On peut en effet suspecter un biais de désirabilité plus fort chez les patient.e.s consommateurs.rices de SdM que dans d'autre population sous TSO lié à un niveau de satisfaction élevée de ce médicament, face à une accessibilité limitée.

# Perspectives.

## Le SdM , un MSO ?

Le SDM répond-il alors aux exigences auxquelles doit répondre un traitement de substitution aux opiacés ? Cette question apparaît dans cette partie du travail car elle ne constituait pas l'objectif principal de l'étude, mais son importance nous paraît toute naturelle et permet pertinemment de **questionner les enjeux entourant l'utilisation du sulfate de morphine**.

Si l'on se réfère aux données de la littérature (Montastruc 2001) et aux critères définissant les MSO majoritairement admis, il semblerait que la réponse soit non. Son usage principalement mésusé par injection et l'effet ressenti proche de celui de l'héroïne en font **un traitement difficilement manipulable par les médecins** investis dans la substitution. Par ailleurs, une des grandes spécificités de SdM est sa tolérance. Plusieurs interviewé.e.s critiquaient cette propriété du SdM conduisant à des augmentations de doses importantes et rapides.

Il conviendrait également d'interroger **l'impact des facteurs économiques** dans l'évaluation des protocoles de mise sur le marché d'un médicament de substitution - un traitement par SdM étant 10 fois plus cher qu'une dose équivalente\* en méthadone - mais cela ne fait pas l'objet de ce travail.

Au contraire, lorsque nous nous mettons face les principaux résultats retrouvés dans notre études, la réponse à la question semble pencher vers le oui. En effet, la disparition du manque, conduisant à une diminution importante du craving, une fréquence d'utilisation allant de deux à trois prises journalière, un impact très positif sur la qualité de vie et le processus de réinsertion sociale, semble rendre au SdM **une fonction substitutive satisfaisante**. Le rapport d'étude d'AIDES 2001 conforte ces résultats en faisant état d'un « niveau de satisfaction très élevée à l'égard du médicament prescrit (SdM), une perception des risques significativement diminuées et une nette amélioration des conditions de vie et de l'état de santé »(Guichard et al. 2004). Mais ce rapport semble bénéficier d'une crédibilité moindre vis à vis du corpus épistémologique existant sur la question, du fait du support humanitaire que sous-tend l'association à l'origine de ce travail.

La fonction thérapeutique est quant à elle, à interroger dans **une approche plus globale de la prise en charge des toxicomanes**, au-delà du seul cadre de la substitution.

La place du SdM dans le paysage de la substitution en France, au vu de ces résultats, se pose de façon légitime. Plusieurs pays européens l'ont déjà adopté dans leur palette thérapeutique (Luxembourg, Bulgarie, Suisse...). Les études d'efficacité dans ces pays, n'ont pas eu la puissance suffisante pour établir une supériorité du SdM face aux autres TSO, mais toutes s'accordent à dire que le SdM constitue une **alternative envisageable** dans le traitement de la dépendance aux opiacés.

Le rapport Montastruc de 2001 a d'ailleurs été réévalué en 2011 (au vu des dernières études réalisées en Europe) et les conclusions qui en 2001 excluaient le SdM de toute possibilité de fonction substitutive, nécessitait une "**meilleure évaluation pour conclure**" en 2011 (Jegu et al. 2011).

Dans l'hypothèse d'une valorisation de ce traitement dans le cadre des TSO, demeurerait le problème de son injectabilité. Le SdM semble en effet répondre partiellement au besoin de prendre en compte l'injection dans la dépendance. Seulement, comme le souligne Nicolas Authier, ce traitement n'est simplement « pas fait pour ça » (THS Biarritz 2015). Entendons là que la galénique du SdM - forme sèche conditionnée en gélule - n'a pas vocation à être injecté, et le risque de ce détournement sur le plan sanitaire ne peut constituer une alternative satisfaisante. Alors se pose la question de l'avènement d'une **substitution injectable**. Beaucoup des personnes interrogées l'ont évoqué (p.41). La nécessité de prendre en compte l'injection dans la dépendance aux opiacés a précédemment été démontrée. En ce sens, ne faudrait-il pas proposer une substitution de galénique injectable pour répondre à ce besoin et débiter une véritable campagne de réduction des risques et des dommages autour de cette pratique ? Les traitements par **héroïne médicalisée**, par voie injectable, sont une des réponses possible à ces situations d'échec. Mme 2B l'envisageait même comme le « meilleur traitement de substitution » (p.42). Une étude Suisse, où l'héroïne thérapeutique est disponible depuis 1994, évaluait l'impact à 6 ans de sujets intégrés à un protocole d'héroïne supervisée. Elle observait une diminution significative des substance illicites consommées et une amélioration des conditions de vie. (Güttinger et al. 2003) Plusieurs autres pays proposent déjà cette option à leur patient opiomanes.

Aussi, une étude randomisée en double aveugle a été opérée au Royaume Unie pour comparer le maintien dans la substitution de patient.e.s traité.e.s par héroïne injectable, par Méthadone® injectable, et par Méthadone® orale. Le traitement par l'héroïne injectable supervisée conduisait à une utilisation significativement plus faible de l'héroïne de rue que la

Méthadone® injectable supervisée ou la Méthadone® orale optimisée (Strang et al. 2010). Cette possibilité sous tend évidemment une nécessité d'encadrement très strict . Mais peut être constitue-t-elle une alternative sérieuse au mésusage des MSO et aux dégâts sanitaires qu'il conduit.

Notre travail ne peut pas répondre à cette question. Elle nécessiterait d'être abordée auprès d'usager.e.s exclusivement injecteurs de MSO afin d'y recueillir tous les enjeux. Au-delà de l'injection et plus largement, c'est vers une diversification des médicaments et des galéniques que l'on devrait tendre si l'on souhaite espérer voir éclore un modèle de substitution en France au plus près des besoins des usagers. Rappelons que la question du SdM se pose depuis l'initiation de la politique de substitution en France, et donc depuis 20 ans. Elle ne semble pas avoir évolué aujourd'hui, sans cesse « réinjecter » au sein du débat institutionnels, sans y accorder plus de crédit ou d'intérêt, la cristallisant dans sa position de « **question sensible** ». Pourtant, le plan gouvernementale de la MILDT prévoit clairement de faire évoluer cette trajectoire, en « encourageant les recherches en pharmacogénomique afin de permettre l'élargissement de la palette des médicaments de traitement des addictions dont les médicaments de substitution aux opiacés ». Par ailleurs, les dernières conclusions du CSP (juillet 2014) concernant la question du sulfate de morphine sont univoques :

« Considérant qu'un mésusage de la voie d'administration du sulfate de morphine par voie intraveineuse a été observé, la Commission des stupéfiants et psychotropes (Juin 2014), après en avoir délibéré, rend à l'unanimité , un avis favorable à **la nécessité de mesures complémentaires aux thérapeutiques actuelles de substitution aux opiacés** associant

- **l'évaluation d'une substitution injectable** ;
- **des mesures galéniques** pour réduire le détournement par voie intraveineuse des spécialités à base de sulfate de morphine. »

Il serait donc nécessaire de poursuivre ces évaluations par des études plus probantes afin d'en établir scientifiquement son véritable intérêt. Aucun travail, à notre connaissance, ne s'est intéressé aujourd'hui à la question du sulfate de morphine dans la substitution du point de vue des usager.e.s en France. Notre travail exploratoire semble donc pouvoir poser certaines bases à l'élaboration de ces éventuels travaux. Les hypothèses les plus probantes, et qui, à notre sens, mériterait un approfondissement, sont de l'ordre du SdM investit en palier dans le sevrage de l'injection, que ce soit à un moment donné dans l'évolution du parcours de consommation,

que par le biais d'un accompagnement personnalisé au sein d'un dispositif coordonné. Comme le suggère Claude Magnin, membre du CSP - et qui vient corroborer la dernière partie de notre discussion : « on ne peut pas aujourd'hui concevoir le passage au SdM en tant que TSO sans perspectives de travail sur la substitution injectable ». Cette seconde hypothèse, celle de la nécessité de voir émerger une substitution injectable, semble en effet constituer un axe de recherche nécessaire pour répondre à la question de l'injection, qui semble instituer, en tout état de cause, une problématique autonome.

## La relation thérapeutique, la maîtresse d'œuvre

Il est frappant de constater les similitudes des parcours des toxicomanes aujourd'hui, avec ceux décrit depuis vingt ans, au tout début de l'instauration d'une politique publique de substitution de l'héroïne. Malgré des avancées sociétales et sanitaires (création des premiers centres de santé pour toxicomane, réduction drastique de l'épidémie de VIH, ouverture des salles de consommation à moindre risque, etc.), l'acceptation sociale de la toxicomanie reste une situation qui n'est pas sans influencer la pratique médicale, encore bien trop souvent stigmatisante et culpabilisante. (cf résultat).

Il en vient à s'interroger sur les fondements de cette alliance thérapeutique à laquelle nous faisons référence de nombreuses fois dans ce travail. La position des chercheur.se.s identifié.e.s comme soignant.e.s, a permis, à travers les entretiens, d'expérimenter cette « pièce de théâtre » qui se joue entre ces deux protagonistes : **le soignant et le soigné**. La relation était ici de fait horizontalisée, le chercheur en demande d'information, renvoyait tout son intérêt à l'interviewé, qui se livrait. Le savoir était ici détenu par l'enquêté.e. Cela renversait la relation de pouvoir qui se joue habituellement en consultation individuelle, et valorisait le savoir profane détenu par l'usager.e. La pratique clinique des chercheur.se.s a permis de réfléchir en amont sur la complexité de cette relation thérapeutique. Les hypothèses de départ étaient de l'ordre d'une nécessité de déployer un **savoir être** : être à l'écoute, être accueillant, être disponible. Et celle d'un **savoir-faire** : fournir un discours éclairé et non stigmatisant, fournir des informations en lien avec les problématiques soulevées par l'usager.e, remettre la personne au cœur de sa prise en charge. Ces hypothèses étaient en accord avec les attentes des usager.e.s interrogé.e.s (cf. résultat). Autant de savoirs n'apparaissant pas spécifiquement au sein des déroulés pédagogiques universitaires des études médicales en France (ces postures soignantes sont très largement étudiées et interrogées au Canada par exemple), laissant la place à une

hétérogénéité des postures soignantes. Aude Lalande consigne à ce sujet que « le savoir clinique n'est pas en capacité de se construire : trop ignorants des pratiques illégales, les médecins ne savent le plus souvent pas voir ni interroger ; faute de validation officielle, le rare savoir clinique constitué dans ce domaine sensible reste souvent à la marge ; non validé, il est par conséquent peu réinvesti dans la formation des jeunes médecins » (Lalande 2006). Il serait intéressant d'interroger les soignant.e.s sur les rapports qu'ils entretiennent avec les patient.e.s toxicomanes, au vu des enjeux qui y sont liés . Ce travail ne peut faire l'objet d'une telle analyse, les personnes interrogées se situant du côté des usager.e.s.

Aussi, les médecins généralistes sont les premiers acteurs du système de substitution en France (INPES et Gautier 2011). Leurs représentations vis à vis de ce produit, et à l'égard des personnes toxicomanes sont de toute évidence déterminantes dans l'application de cette politique. Des études qualitatives, afin de recueillir leur véritables ressentis, à l'image de celle de Lalande et Grelet (2001), pourrait constituer un point de départ intéressant, de débat et d'ouverture, sur la question du sulfate de morphine, mais plus largement de l'héroïnomanie et de sa prise en charge en France.

# Conclusion.

La place du médecin généraliste dans l'appropriation de la politique publique de substitution est centrale. Les usager.e.s investissent leur rapport avec le corps soignant avec une sensibilité à la considération – phénomène résultant d'un sentiment de **stigmatisation** - et semblait accorder une importance certaine dans la qualité de cette relation. Au sein de notre échantillon, la fonction de la consommation variait, **entre poison et remède**, au cours du parcours de consommation de l'usager.e de SdM, de la même façon que ce qui est décrit dans la littérature pour les autres consommateurs.rices de MSO. Ce **polymorphisme des consommations**, lié à la variation des situations (sociales, somatiques, psychiques...) confortait la nécessité d'une **prise en charge pluridisciplinaire** de la toxicomanie. Cette approche globale est d'ores et déjà offerte au sein des CSAPA et des centres de santé communautaire. Un effort semblait devoir être impulsé auprès de la médecine de premiers recours, ce modèle n'étant pas organisé de façon à répondre de manière optimale à cette complexité. Ce constat de la part des usager.e.s renforçait cette nécessité d'**intersectorialité** (travail en réseau). Les usager.e.s de SdM n'étaient pas exempt de cette complexité, se confondant aux difficultés rencontrés par les personnes toxicomanes en général, quelque soit le produit consommé, en lien avec la littérature s'y référant.

Les résultats spécifiquement liés au produit SdM font état d'un **effet ressenti significatif** à la prise, avec une analogie franche à l'héroïne.. La **diminution du craving** déclarée par la plupart des interviewé.es était en accord avec la littérature s'y référant. La **tolérance** attribuée au SdM était quant à elle, identifiée comme un obstacle à une stabilisation des consommations, en dehors d'un cadre thérapeutique coordonné. Le SdM présentait une double fonction, celle de l'**auto-substitution** et de l'**auto-médication**, la seconde étant principalement à visée psycho-thérapeutique.

Notre travail pose en effet l'hypothèse d'un bénéfice thérapeutique manifeste du SdM dans le cadre de son utilisation à visée d'**auto-médication**. Ceci pose la question plus généralement des opiacés et de leurs effets sur les troubles psychiques. Notre étude pourrait constituer l'approche exploratoire nécessaire à des investigations plus probantes sur la question des opiacés et de leurs effets auto-thérapeutiques. La question de la substitution par le SdM quant à elle, nécessiterait une réévaluation en réintégrant la notion d'**effet ressenti** au cœur même



de la discussion. L'institution politique en matière de santé semble actuellement en accord avec ces directions (MILDT 2012) à travers la formulation de la nécessité d'alternative thérapeutique.

Suite à ce travail, nul ne pourra ignorer la problématique de l'injection. Le discours des usager.e.s aura permis de témoigner, de manière saisissante, des difficultés liées au sevrage de l'injection et de la nécessité de l'inclure en tant que **problématique autonome** au sein du traitement de substitution des opiacés.

Le SdM semblait en partie répondre à cette problématique, via une fonction de **palier**. Cette hypothèse conforte l'ébauche du protocole en cours au sein du CSAPA Saint-Etienne et permettra d'évaluer l'éventuel intérêt du SdM dans le soutien au sevrage de l'injection. La prescription de méthadone pourra constituer ce relais, devenu envisageable par l'usager.e stabilisé.e par SdM, comme décrit au sein de cette étude.

De façon générale, une **ouverture du panel thérapeutique** disponible, à travers l'émergence de nouvelles formes galéniques de MSO, et notamment injectables, semble également primordiale, à moins d'admettre le désinvestissement de l'institution médicale concernant les enjeux que contient la pratique de l'injection. De nombreux pays ont déjà adopté la substitution injectable et les études s'y référant, font état de résultats très positifs sur le maintien dans le traitement.

« je pense que c'est une bonne démarche d'aller voir les patients pour voir de quoi il s'agit parce qu'il y a des choses où on peut pas vraiment savoir de quoi il retourne tant qu'on n'y a pas mis les pieds dedans, et tant qu'on n'a pas vraiment vécu dedans. » (M. 1C)

# Bibliographie.

- Ansermet, François, et Pierre Magistretti. 2010. *Enigmes du plaisir (Les)*. Odile Jacob.
- ANSM – CEIP - Résultats enquête 24 OPPIDUM - octobre 2012
- Bardin, Laurence. 1980. *L'analyse de contenu*. Presses universitaires de France
- Beck et al. 2014. « Maintenance Treatment for Opioid Dependence with Slow-Release Oral Morphine: A Randomized Cross-Over, Non-Inferiority Study versus Methadone: Maintenance Treatment for Opioid Dependence with Slow-Release Oral Morphine ». *Addiction* 109 (4): 617-26.
- Becker, Howard Saul. 2001. *Qu'est ce qu'une drogue?* Atlantica.
- Belzzeria, Ingrid, Marc Levivier, Et François Perea. 2013. *Parole et addiction*. Eres.
- Bergeron, Henri. 1999. *L'État et la toxicomanie*. Presses universitaires de France.
- Bergschmidt\*, Viktoria B. 2004. « Pleasure, power and dangerous substances: Applying Foucault to the study of 'heroin dependence' in Germany ». *Anthropology & Medicine* 11 (1): 59-73.
- Bertaux, Daniel, et François de Singly. 2005. *Le récit de vie*. Armand Colin Paris.
- Bouhnik, P., E. Jacob, I. Maillard, et S. Touzé. 1999. « L'amplification des risques chez les usagers de drogues: Prison-polyconsommation-substitution: les années «cachets» ». Ministère de l'Emploi et de la solidarité, Direction générale de la Santé, Ministère de la justice et Direction de l'Administration Pénitentiaire, Paris.
- Bouhnik, Patricia, Sylviane Touzé, et Charles Vialette Viallard. 2002. *Sous le signe du« matos »*. OFDT.
- Bourgois, Philippe. 2000. « Disciplining addictions: The bio-politics of methadone and heroin in the United States ». *Culture, medicine and psychiatry* 24 (2): 165-195.
- Brisacier, Anne-Claire, et Cédric Collin. 2011. « Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés ». *Analyse des données de remboursement concernant l'échantillon généraliste des bénéficiaires en*.
- Cadet-Tairou, Agnès, Stéphane Saïd, et M. Martinez. 2015. « Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012 ». *Tendances* 98 (8).
- Cadet-Tairou A., Résultats ENa-CAARUD 2012. Profils et pratiques des usagers en CAARUD OFDT, 2015, *Tendance*
- Cadet-Tairou A. Et Gandilhon M., *L'Usage de sulfate de morphine par les usagers de drogues en France : tendances récentes (2012-2013)* 2014
- Calderon et al., 2002. « Attentes des usagers de drogue concernant les traitements de substitution: Expérience, satisfaction, effets recherchés, effets redoutés ». Paris: AIDES.

- Canguilhem, Georges. 1966. *Le normal et le pathologique*. Presses universitaires de France Paris.
- Carpentier, Jean. 1994. *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale: manuel*. Ellipses.
- CEIP - Compte-rendu - Comité technique des Centres d'Évaluation et d'Information de la Pharmacodépendance—Résultats de l'enquête DRAMES 2013— Compte rendu du 22 janvier 2015
- Chassaing, Jean-Louis. 2011. « Olievenstein au miroir de Lacan ». *Psychotropes* 17 (1): 99–111.
- Chevandier, Christian. 2015. « Les relations médecin-malade. Des temps modernes à l'époque contemporaine ». *Revue d'histoire de la protection sociale*, n° 1: 190–192.
- Chèze M. Opiacés, opioïdes et produits de substitution: toxicologie. *EMC Biologie médicale* 2016;11(1):1-13 [Article 90-50-0125-A]
- Collin, Laurent. 2008. « Mésusage, mais usage ». *Psychotropes* 14 (1): 77.
- Coppel, Anne. 2002. « Les politiques de lutte contre la drogue: le tournant de la réduction des risques ». *Les cahiers de l'Actif*, n° 310-311: 11–22.
- Commission des Stupéfiants et Psychotrope 19 juin 2014, compte rendu de séance. ANSM.
- Compte-rendu - Comité technique des Centres d'Évaluation et d'Information de la Pharmacodépendance—CT022013033 - Séance du 24 octobre 2013 -
- Dagognet, François. 1964. « La raison et les remèdes ».
- Dassieu, Lise. 2015. « Les traitements de substitution aux opiacés en médecine générale: les appropriations d'une politique publique ». Université Toulouse le Mirail-Toulouse II.
- De Saussure, F. (1989). *Cours de linguistique générale: Édition critique (Vol. 1)*. Otto Harrassowitz Verlag.
- De Quincey, Thomas. 1903. *Confessions d'un mangeur d'opium*. 9. Stock.
- Derrida, Jacques. 1968. « La Pharmacie de Platon, coll ». *Tel Quel*.
- Dervaux A., Laqueille X. Addictions à l'héroïne et à la cocaïne. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) Psychiatrie*, 37-396-A-10, 2009
- Dos Santos, Marie. 2016. « L'ouverture d'une salle de consommation à moindre risque. Un défi pour les professionnels de l'addictologie ». *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 1: 63–74.
- Dobre, Olivier, et Anne Coppel. 2004. « Drogues : risquer une question ». *Vacarme* 29
- Dole, V. P., Nyswander, M. E., & Kreek, M. J. (1966). Narcotic blockade--a medical technique for stopping heroin use by addicts. *Transactions of the Association of American Physicians*, 79, 122-136.
- Dugarin, J., et P. Nomine. 1999. « Fernand Widal: Du toxique à la «drogue» ». *La Semaine des hôpitaux de Paris* 75 (35-36): 1446–1448.

- Eder et al. 2005. « Comparative study of the effectiveness of slow-release morphine and methadone for opioid maintenance therapy ». *Addiction* 100 (8): 1101–1109.
- EGUS : Les États généraux des usagers de la substitution ». 2004  
[http://www.pistes.fr/swaps/35\\_339.htm](http://www.pistes.fr/swaps/35_339.htm).
- Ehrenberg, Alain. 1998. *Drogues et médicaments psychotropes. Le trouble des frontières*. JSTOR.
- Emmanuelli, J. et al. 2001. « Etude multicentrique multisites sur les fréquences et les déterminants des pratiques à risque de transmission des VIH et VHC chez les usagers de drogue (étude Coquelicot) ». Phase de faisabilité Janvier.
- Emmanuelli et al. 1999. *Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogue fréquentant les programmes d'échange de seringues en France*. OFDT
- Escots, Serge. 2014. « Le Subutex® une drogue, mais qu'est-ce qu'une drogue ? Esquisse d'une anthropologie sémiotique des psychotropes ». *Psychotropes* 20 (1): 51. doi:10.3917/psyt.201.0051.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2013. *Rapport européen sur les drogues: tendances et évolutions*. 2013. 2013. Lisbon: EMCDDA.
- Facy, Françoise. 2012. *Médicaments psychotropes: consommations et pharmacodépendances*. Institut National De La Sante Et De La Recherche Medicale- Inserm. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00908362/>.
- Ferri et al., 2013. « Slow-Release Oral Morphine as Maintenance Therapy for Opioid Dependence ». In *Cochrane Database of Systematic Reviews*, édité par The Cochrane Collaboration. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Fischer et al. 2002. « Canadian illicit opiate users' views on methadone and other opiate prescription treatment: an exploratory qualitative study ». *Substance use & misuse* 37 (4): 495–522.
- Gaudillère, Bénédicte « Les représentations de la méthadone et de la buprénorphine haut dosage chez les patients toxicomanes : du médicament à la relation thérapeutique » Thèse N2007PA06G039 - 2007, Université P&Marie Curie (Paris 6)
- Gibier, Lionel. 1999. *Prises en charge des usagers de drogues*. Doin.
- Guichard, Anne, Christine Calderon, Olivier Maguet, et France Lert. 2004. « Du point de vue des usagers, quels sont les effets, les bénéfices et les difficultés suscités par les traitements de substitution aux opiacés ? » *Alcoologie et addictologie* 26 (4): 61S–74S.
- Guichard, Anne, France Lert, Jean-Marc Brodeur, et Lucie Richard. 2006. « Rapports des usagers au Subutex® : de la reconquête de l'autonomie à la spirale de l'échec ». *Sciences sociales et santé* 24 (4): 5-43. doi:10.3406/sosan.2006.1692.
- Güttinger et al. , 2003. « Evaluating long-term effects of heroin-assisted treatment: the results of a 6-year follow-up ». *European addiction research* 9 (2): 73–79.
- Hämmig et al., 2014. « Safety and Tolerability of Slow-Release Oral Morphine versus Methadone in the Treatment of Opioid Dependence ». *Journal of Substance Abuse Treatment* 47 (4): 275-81. doi:10.1016/j.jsat.2014.05.012.

- HAS 2007 Recommandations « Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins »
- Lahaie (E.), Cadet-Tairou (A.), Héroïne - composition, prix, connaissances des usagers, OFDT, 2014, Saint-Denis, 55 p.
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), et Arnaud Gautier. 2011. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.
- Jacques, Jean-Pierre. 1999. « Pour en finir avec les toxicomanies ». De Boeck, Bruxelles.
- Jacques, Jean-Pierre, et Christian Figiel. 2006. Drogues et substitution: traitements et prise en charge du sujet. De Boeck Supérieur.
- Jegu Jeremie et al. 2011. « Slow-Release Oral Morphine for Opioid Maintenance Treatment: A Systematic Review: Slow-Release Oral Morphine for Opioid Maintenance Treatment ». *British Journal of Clinical Pharmacology* 71 (6): 832-43. doi:10.1111/j.1365-2125.2011.03923.x.
- Kaufmann, Jean-Claude. 2011. L'entretien compréhensif. Armand Colin.
- Kraigher et al., 2008. « Use of Slow-Release Oral Morphine for the Treatment of Opioid Dependence ». *European Addiction Research* 11 (3): 145-51. doi:10.1159/000085550.
- Lalande, Aude. 2006. « des drogues ingouvernables ». *Vacarme* 36 (3): 36. doi:10.3917/vaca.036.0036.
- Lalande, Aude, Stany Grelet, et Observatoire français des drogues et des toxicomanies. 2001. Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale pratiques de la substitution en ville (approche qualitative). Paris: OFDT.
- Langendam, Miranda W., Giel HA Van Brussel, Roel A. Coutinho, et Erik JC Van Ameijden. 2000. « Methadone maintenance and cessation of injecting drug use: results from the Amsterdam Cohort Study ». *Addiction* 95 (4): 591-600.
- Langlois, Emmanuel. 2013. « Les traitements de substitution vus par les patients: quels sont les enseignements de leur expérience? »
- Le Ferrand, Philippe. 1999. « Le Toxicomane, la buprénorphine haut dosage et le médecin ». *Le Courrier des addictions* 1: 214-217.
- Loonis, Eric. 2001. « L'article d'Aviel Goodman: 10 ans après ». *E-journal of Hedonology* 2: 13-25.
- Lovell, Anne M., et Sandrine Aubisson. 2008. « « Fuitage pharmaceutique », usages détournés et reconfigurations d'un médicament de substitution aux opiacés ». *Drogues, santé et société* 7 (1): 297. doi:10.7202/019625ar.
- Lovell, Anne-Marie, J. P. Dozon, et D. Fassin. 2001. « Ordonner les risques: l'individu et le pharmacosociatif face à l'injection de drogues ». Dozon Jean-Pierre, Fassin Didier,(éd.), *Critique de santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 309-342.
- McBride, Andrew J., Richard M. Pates, Karin Arnold, et Nicola Ball. 2001. « Needle fixation, the drug user's perspective: A qualitative study ». *Addiction* 96 (7): 1049-1058.

MILDT 2012, Plan de lutte contre la drogue et de prévention des conduites addictives 2008-2011

Montastruc 2001, « synthèse des données scientifiques sur l'utilisation des sulfates de morphine dans le traitement des personnes dépendantes aux opiacés » Commission consultatives des traitements de substitution de la toxicomanie

Morel, A., Chappard, P., & Couteron, J. P. (2012). L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie: en 22 fiches. Dunod.

Olivenstein, C. 1997. « Le toxicomane domestiqué ». Le Monde Diplomatique.

Olievenstein, Claude et Aimé Charles-Nicolas. 1982. La vie du toxicomane: Séminaire de Marmottan 1980. Presses univ. de France.

Reynaud-Maurupt et al.,2003. « Les usages de l'héroïne en France chez les consommateurs initiés à partir de 1996: La contribution d'une étude qualitative exploratoire menée en 2002 ». Psychotropes 9 (3): 57. doi:10.3917/psyt.093.0057.

Ripamonti, C., Groff, L., Brunelli, C., Polastri, D., Stavrakis, A., & De Conno, F. (1998). Switching from morphine to oral methadone in treating cancer pain: what is the equianalgesic dose ratio?. Journal of Clinical Oncology, 16(10), 3216-3221.

Rosenzweig, Michel. 2002. « Au-delà de la Cura et du Toxikon: Vers une ontologie du plaisir? » Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines, n° 10.

Souville, Marc. 2002. « Le savoir et le risque : appropriation et adaptation des connaissances en médecine générale ». Sociétés no 77 (3): 21-36.

Strang et al. 2010. « Supervised injectable heroin or injectable methadone versus optimised oral methadone as treatment for chronic heroin addicts in England after persistent failure in orthodox treatment (RIOTT): a randomised trial ». The Lancet 375 (9729): 1885-1895.

Taïeb, O., T. Baubet, T. Ferradji, et M.-R. Moro. 2008. « Consommations d'alcool et de drogues, et migrations en Amérique du Nord : revue critique de la littérature ». Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique 166 (6): 431-41. doi:10.1016/j.amp.2004.12.005.

THS Biarritz. 2015. ATHIS 2015 : Nicolas Authier, Miguel Velazquez /Atelier rhune 1 - Le sulfate de morphine. <https://www.youtube.com/watch?v=fVAHwbb4LAA>.

TREND, Synthèse des observations du dispositif. 2014. « Substances illicites ou détournées: les tendances récentes ». <http://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2014/12/trenddec14.pdf>.

Verthein, Uwe, Thilo Beck, Christian Haasen, et Jens Reimer. 2015. « Mental Symptoms and Drug Use in Maintenance Treatment with Slow-Release Oral Morphine Compared to Methadone: Results of a Randomized Crossover Study ». European Addiction Research 21 (2): 97-104. doi:10.1159/000368572.

# Annexes.

## Annexe I : Circulaire Girard



MINISTÈRE DU TRAVAIL  
ET DES AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

6 8 5 - - - . .

REPUBLIQUE FRANÇAISE

PARIS, le 27 JUIN 1996

Ministère du Travail et des  
Affaires Sociales

à  
Messieurs les Préfets de Région  
Direction Régionale des Affaires  
Sanitaires et Sociales

Messieurs les Préfets de Département  
Direction départementale des Affaires  
Sanitaires et Sociales

### NOTE D'INFORMATION

**OBJET** : Traitement de substitution pour les toxicomanes.

**Réf** : Note d'information des 15 février et 14 décembre 1995.

Circulaire du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés.

Conformément à mes notes citées en référence, je vous rappelle que la poursuite de traitements utilisant le sulfate de morphine, **dans le cadre de traitement de substitution**, n'est tolérée que jusqu'au 30 juin 1996 pour assurer un relais par les médicaments validés pour cette indication : la METHADONE et le SUBUTEX.

Cependant à titre exceptionnel, en cas de nécessité thérapeutique (contre-indications, inadaptation des traitements à la METHADONE et au SUBUTEX aux besoins des patients), lorsque l'état du patient l'impose, la prescription de médicaments utilisant le sulfate de morphine à des seules fins de substitution, peut être poursuivie après concertation entre le médecin traitant et le médecin conseil, conformément aux dispositions de l'article L 324-1 du code de la sécurité sociale.

L'ordonnance extraite du carnet à souches devra porter la mention manuscrite : "concertation avec le médecin conseil".

Le comité départemental de suivi des traitements de substitution sera informé du nombre de patients concernés.

Enfin, je vous rappelle qu'**en aucun cas**, le PALFIUM ne doit être prescrit comme traitement de substitution.

Je vous remercie de votre collaboration active et vigilante.

*Le Directeur Général de la Santé,*

*J. Girard*

Label

Jean-François GIRARD  
8, avenue de Ségur - 75350 Paris 07 SP - Tél. : (1) 46 62 40 00 - Télécopie : (1) 46 62 43 54

## **Annexe II : Définition d'un traitement de substitution des opiacés**

Six critères adaptés de la première définition proposée par Dole, Nyswander et Kreek en 1966 :

- I. Avoir les **mêmes propriétés pharmacodynamiques** que le produit à substituer ;
  
- II. Avoir une **durée d'action longue** (minimum 24 heures, ne nécessitant pas plusieurs prises par jour) de façon à éviter les fluctuations d'effets et en particulier les signes et symptômes de manque ;
  
- III. Générer **peu d'euphorie** et avoir **peu d'effet renforçateur** pour le produit lui-même et les autres drogues ;
  
- IV. S'administrer par **voie orale ou sublinguale** et ne pas comporter d'attrait particulier pour les autres voies, en particulier intra-veineuse ;
  
- V. Avoir une Autorisation de Mise sur le Marché (**AMM**) dans cette indication, établie à partir d'un dossier d'enregistrement comportant à la fois des données d'activité thérapeutique (essais cliniques comparatifs) et de sécurité clinique ;
  
- VI. Être compatible avec une **qualité de vie sociale satisfaisante**.



# Annexe III : Grille d'entretien

Approche non linéaire, possibilité de revenir, repartir, réinstruire, diverger, externaliser...

## 1er axe : Récit de vie, talon sociologique

- **mode d'entrée dans la consommation**, mode de prise, type de substances, effets recherchés, effets ressentis, dans quel milieu,...
- expérience d'OD
- contexte de vie actuelle, statut socio-professionnel, entourage,...

=> *Pouvez-vous me raconter vos premières expériences de consommation de drogue?*

## 2ème axe : Vécu/représentation du sulfate de morphine : mode d'entrée, mode de prise, mode d'accès, mode d'arrêt ?

- **effets ressentis/recherchés** : plaisir, thérapeutique, repli...
- intérêts vs héroïne et vs autres TSO
- (des drogues en général, du licite et de l'illicite, du milieu de la drogue, de la marginalisation )
- (représentation de son corps, image de soi...par rapport aux autres, à la société, à l'institution, à la famille) ↔ cf.injection

=> *Pouvez-vous me raconter votre histoire avec le skénan? Votre relation avec ce produit? vos ressentis en tant que consommateur(rice)?*

## 3ème axe : Vécu/représentation du parcours de soin

- A) mode d'entrée dans "le soin" "la substitution"
- B) **les obstacles** identifiés dans le parcours de soin
- C) **les soutiens**, appuis, aides identifiés dans le parcours de soin
- D) cadre légal : critère d'un TSO (de la sensation de plaisir/défonce...)
- E) Représentations des médecins, de la politique de substitution
- F) (RDR : objectif primaire ou secondaire)

=> *Comment décririez-vous la prise en charge médicale qui vous a été/qui vous est proposé? Comment avez-vous vécu/vivez vous votre relation avec l'institution soignante/médical?*

## 4ème axe : Projection dans l'avenir

- projets de vie, ouverture, perspective
- vision du devenir de ses consommations : **la dynamique de la substitution**

=> *Comment vous vous projetez dans les années à venir par rapport à vos consommation/la substitution ?*

## Annexe IV : Fiche d'information et de consentement éclairé

Bonjour,

Les rapports de l'observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) ainsi que ceux du comité d'évaluation et d'information de pharmacovigilance et d'addictovigilance (CEIP-A) mettent en évidence une augmentation de la consommation des sulfates de morphine (SdM) en France (environ 10% des usagers l'utiliseraient à visée substitutive), et notamment en Midi-Pyrénées.

Nous souhaitons étudier le vécu des consommateur(ice)s de SdM à visée substitutive aux opiacés, actuels ou anciens, en Midi-Pyrénées, dans un contexte où seule la méthadone et la buprénorphine sont autorisées dans cette indication. Le but de la recherche est d'étudier ce phénomène du point de vue des usagers, de recueillir leurs vécu vis à vis de la consommation de SdM et de leurs parcours de soin.

Cette étude est réalisée conformément à la loi 2004-806 relative à la politique de santé publique (article L.1121-1 à 1126-7 du code santé publique). Ce sujet de thèse, validé par le DUMG de l'université Paul Sabatier de Toulouse, est dirigé par le Dr Samah Chaaban, médecin généraliste exerçant au sein de la Case de santé à Toulouse.

Méthodologie : étude qualitative, il s'agit de réaliser des entretiens entre un(e) usager(ère) seul(e) et l'un ou l'autre des deux chercheurs, d'une durée d'environ 45 minutes à 1 heure. Nous enregistrons les entretiens pour ensuite les retranscrire et en sortir des informations pertinentes. Ces entretiens seront et resteront anonymes.

**La personne interrogée consent à fournir principalement des informations sur sa consommation de sulfate de morphine, sur la provenance de ce dernier, et surtout son vécu vis à vis des différentes étapes de son parcours de soin.**

Il n'y a aucun risque de divulgation des informations que nous récupérerons lors des entretiens. Tous les résultats obtenus dans cette recherche resteront confidentiels en accord avec la loi du 1er juillet 1994 relative au traitement automatisé des données de santé.

Vous pouvez demander toute information complémentaire et votre droit d'accès et de rectification prévu conformément à la loi Informatique et des Libertés ( loi N°2004-801 du 6 août 2004) en vous adressant directement à nous.

Nous déclarons n'avoir aucun conflit ou lien d'intérêt dans le cadre de cette étude.

Nous sommes à votre disposition pour vous apporter toute information complémentaire .

Nabil Yajjou (nabil.yajjou@casedesante.org) et Léa Charrier (lea.charrier@yahoo.fr)

Je soussigné Mme/Mr ..... accepte participer à cette étude.

Date

Fait à

Signature

# Annexe V : Avis favorable du comité d'éthique

 <p>Département Universitaire Médecine Généraliste</p> <p>Faculté de Médecine de Toulouse 115 route de Narbonne 31062 Toulouse Cedex Université Paul Sabatier Toulouse III</p>	<h2>Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées</h2> <p>Secrétariat : <b>Dr Motoko DELAHAYE</b> 30 Avenue des Arcades, 12000 Le Monastère Tél. : 05.65.42.58.69 – Tél. Port : 06.88.05.55.52 – <a href="mailto:motoko.delahaye@dumg-toulouse.fr">motoko.delahaye@dumg-toulouse.fr</a></p>
---	---

Président : Mme Laurencine VIEU  
Secrétaire : Mme Motoko DELAHAYE

DEMANDE D'AUTORISATION ET DEMANDE D'AVIS A LA COMMISSION ÉTHIQUE DU  
DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE NE PORTANT PAS SUR UN ESSAI THÉRAPEUTIQUE

<p>PARTIE A COMPLÉTER PAR LE DEMANDEUR</p> <p><b>Renseignements concernant le demandeur :</b></p> <p><b>Nom :</b> Nabil Yajjou <b>Qualité :</b> médecin <b>Adresse :</b> 3 bis rue peyrouset 31400 Toulouse <b>Courriel :</b> <a href="mailto:nabil.yajjou@casesdesante.org">nabil.yajjou@casesdesante.org</a> <b>Numéro de téléphone :</b> 06.74.51.98.08</p> <p><b>Nom :</b> Léa Charrier <b>Qualité :</b> médecin <b>Adresse :</b> 7 rue lafage, 31300 Toulouse <b>Courriel :</b> <a href="mailto:lea.charrier@yahoo.fr">lea.charrier@yahoo.fr</a> <b>Numéro de téléphone :</b> 06.07.01.09.03</p> <p><b>Renseignements concernant le promoteur :</b></p> <p><b>Nom :</b> Samah Chaban <b>Qualité :</b> Docteure en médecine <b>Adresse :</b> 17 place Arnaud Bernard 31000 Toulouse <b>Courriel :</b> <a href="mailto:samah.chaaban@casesdesante.org">samah.chaaban@casesdesante.org</a> <b>Numéro de téléphone :</b></p>
---

<p><b>Titre complet de la recherche :</b></p> <p><b>Thèse qualitative :</b> Vécu des consommateur(rice)s de sulfate de morphine (SdM) à visée substitutive aux opiacés, en Midi-Pyrénées, dans un contexte où seules la méthadone et la buprénorphine sont autorisées dans cette indication.</p>
--

AVIS DE LA COMMISSION (Réservé à la Commission)

**AVIS FAVORABLE LE 05/10/2016**



## Annexe VI : Caractéristiques sociologiques des personnes interrogées

	1A	2A	1B	2B	1C
Age	36	40	36	37	46
Sexe	M	F	M	F	M
Catégorie socio-professionnelle	mécanicien	en arret maladie prolongé	technicien espaces verts	recherche d'emploi	invalidité/AAH
Age d'entrée dans la consommation	au lycée (15-16ans)	15 ans	16 ans	ND	14
Motif d'entrée dans la consommation d'opiacés	par l'héroïne à visée autothérapeutique	défonce	défonce	récréative	autothérapeutique
Mode de consommation des opiacés initial	IV	inhalé	IV	sniff	IV
Mode de consommation de SdM initial	IV	orale	IV	sniff	IV
Mode de consommation de SdM actuel	sevré	sevré	IV	IV	IV
Mode d'obtention initial de SdM	dans la rue	tiers	rue	prescription d'un tiers	rue
Mode d'obtention actuel de SdM	sevré	sevré	ordonnance	ordonnance	rupture de prescription
Poly-consommations	non	speed/LSD/OH	cocaïne/OH/Héro	methadone	SDM/oxycotin
MSO actuel	Métha	sevré	SDM	SDM et méthadone	Méthadone
SdM sous protocole ALD	non	oui, un temps	non	non	non
Comorbidité psychiatrique	schizophrénie	trouble anxieux	non	oui	schizophrénie
Symptômes douloureux chroniques	non	oui	non	non	non

	2C	1D	2D	1E	2E	1F
Age	44	37	33	28	43	39
Sexe	F	M	M	M	M	F
Catégorie socio-professionnelle	sans emploi	mécanicien	chauffeur de bus scolaire	employé asso autosupport	Artiste circassien	employé asso autosupport
Age d'entrée dans la consommation	16-17	17	15-16	16	15	ND
Motif d'entrée dans la consommation d'opiacés	défonce	festif	défonce	défonce	festive	défonce
Mode de consommation des opiacés initial	IV	IV	IV	IV	IV	IV
Mode de consommation de SdM initial	IV	IV	IV	IV	IV	IV
Mode de consommation de SdM actuel	orale	IV	sevré	IV	IV	orale
Mode d'obtention initial de SdM	tiers	rue	rue	rue	rue	ordonnance
Mode d'obtention actuel de SdM	ordonnance	ordonnance	sevré	rupture de prescription	ordonnance	protocole
Poly-consommations	non	héro/THC	sevré	héroïne/SdM	ND	ND
MSO actuel	SdM	SDM	sevré	SdM	SdM	SdM
SdM sous protocole ALD	oui	non	non	non	non	oui
Comorbidité psychiatrique	non	non	non	non	non	non
Symptômes douloureux chroniques	non	non	non	non	non	oui

## Annexe VII : Extrait de Verbatim 1/2

*M. 1D* : « Bah rapport à tout ça comment je me sens, bah je me sens pas bien, parce que même si je bosse, même si j'ai une vie à côté, que voilà, que j'traîne pas forcément avec des gens euh qui sont dépendant machin et tout, voilà, ma petite personne, ça commence à peser sévère ! Sévère ! Quelque fois j'en ai parlé justement au Doc\*, de me foutre à l'hosto quoi, pendant un petit moment, histoire d'être un peu bloqué, et de au moins de ne pas avoir accès... 'fin tu peux toujours, au moins d'être dans un certain contexte, et de me dire « maintenant t'es à l'hosto fait pas ta merde à aller t'enfermer dans la salle de bain, dans les chiottes à faire le con, tu prends ton traitement et t'arrêtes de faire des taquets\* alors que tu veux arrêter depuis longtemps ! ». Donc euh, voilà par rapport à ça bah c'est pas évident donc voilà.

Que je m'en veux ! (géné)

Je culpabilise à mort, mais en même temps j'arrive pas à trouver la volonté qui me permet d'arrêter de faire de la merde ; voilà. (silence) »

*Enquêtrice* : « Et euh, du coup comment tu décrirais ton vécu par rapport à ton parcours de soin ? »

*M. 1D* : bah moi ça a été un peu spécial, parce qu'étant donné que connement, effectivement c'est complètement stupide, peut-être que c'est de l'orgueil j'en sais rien, mais jamais voulu me dire voilà je suis sous traitement je suis sous traitement machin blablabla j'veux pas de traitement. Pendant une longue période c'était ça, c'était hors de question que je sois sous substitut machin blabla. Mais en même temps c'était complètement stupide, parce que j'étais pas sous substitut mais je prenais de la came tout le temps, donc ça servait à rien, donc je veux dire voilà... 'fin ça va pas t'étonner ce que je vais te dire, mais j'ai perdu des copines euh des meufs en or tu vois qui ont fait beaucoup pour moi, bah moi égoïstement, obligatoirement bah tu peux pas accepter cette situation longtemps donc voilà..... le boulot pareil, j'ai perdu des boulots que j'aimais trop euh .....

Voilà je suis venu sous substitut sans forcément être sous substitut parce que, puisque j'arrive pas à m'arrêter à consommer de l'héro, j'y arrive pas. C'est vraiment mon péché mignon et voilà je vais toujours vers ça, toujours vers ça, toujours vers ça. Et malheureusement, je sais pas si c'est malheureusement ou pas mais il y a ce truc qui en plus fait que tu peux en plus le l'injecter, donc voilà euh. Non seulement ça te met bien, 'fin en tout cas, ça t'enlève la manque, mais en plus tu peux prendre ta gifle. Heureusement moi je consomme pas comme certaine personne avec qui je discute, c'est impressionnant les doses qu'ils prennent ! en plus t'as une [...

## Annexe VII : Extrait de Verbatim 2/2

...] tolérance énorme, qui fait que ça sert strictement à rien de se mettre le compte comme un sauvage toute la journée, parce qu'à la fin, les effets bénéfiques, excuse-moi le terme, mais voilà la sensation de bien-être entre guillemets, la vague de chaleur machin et tout tu l'as pas, donc au bout d'un moment moi si je consomme un truc c'est pour que ça me fasse un certain effet, et que l'effet que je recherche il se répète. Si c'est juste pour, 'fin voilà, j'ai assez fait de la merde, je me suis assez charcuté, si c'est juste pour euh me foutre des aiguilles dans le bras, non merci. Je le fais pas pour ça quoi.

Donc euh voilà, je m'en sors comme je m'en sors par rapport à mon substitut et euh voilà quoi, je stagne, je stagne, et c'est ça qui me fait le plus chier quoi. Je stagne. Je diminue pas, j'augmente pas.

Ouais.

Même dans ma consommation d'héroïne, pareil pendant un moment j'avais réussi, je shootais plus, je faisais que fumer, tu vois, et voilà c'était cool, je faisais que fumer, manque de bol, je suis revenu euh pareil, j'ai décroché 3 ou 4 fois, en 10ans, ça fait 10ans euh même 13ans que je suis toxicomane, et voilà j'ai déjà décroché à la Méthadone, avec la Méthadone je décroche TRES facilement, très très facilement. Voilà. Et avec euh vraiment des doses que je réduis assez vite, mais le problème c'est que j'ai toujours l'appel de la consommation d'héroïne et de shooter voilà, donc ça c'est mon gros problème quoi. Parce que quand j'ai envie de, je suis quelqu'un d'assez speed, dynamique, machin, voilà nerveux aussi ! Euh, beh voilà, ça c'est baguette magique je veux dire ! Tu fais ça et d'un seul coup wouhou, tu redescends, pfuoi, t'es euh euh, voilà.

## **Annexe VIII : Exemple de contexte d'énonciation**

### **Contexte :**

Le contact de Mr 1e est issu du recrutement via un centre de santé. Après plusieurs échanges de SMS, nous avons réussi à convenir d'un rendez-vous pour nous rencontrer.

Nous nous retrouvons en début d'après-midi à la terrasse d'un café. La terrasse étant trop bondée, Mr 1d suggère de changer de place, de trouver un endroit plus intime, pour parler plus librement. Nous marchons alors quelques temps, avant de nous installer à un autre café. Cette courte balade nous a permis de faire connaissance.

### **Profil :**

Mr 1d, 27 ans, vient d'arriver sur Toulouse. Il est venu pour un emploi. Il travaille comme médiateur dans une association d'auto-support. Il vit dans un squatt actuellement, et espère bientôt trouver une situation plus stable.

Il reconsume de SdM après une période d'abstinence, par injection.

### **Ressenti :**

- Moment sympa
- Je n'ai pas l'impression qu'il y ait de nouveaux éléments
- Insiste beaucoup sur la baisse de la libido liée à la Méthadone
- Description du SdM comme source de stabilité, comme sa béquille
- Besoin d'être maître de sa substitution

### **Ce qui revient :**

- Importance de la rupture avec le milieu de la conso
- Impossibilité de consommer de Subutex par rapport à l'injection
- Difficulté à suivre le protocole en centre de délivrance de Méthadone
- Importance de l'alliance thérapeutique





**Expériences d'usager.e.s de sulfate de morphine à visée substitutive : poison ou remède ?**

**Contexte** : Depuis 2011, on observe un essor de la consommation du sulfate de morphine (SdM) à visée substitutive de l'héroïne, malgré l'existence de la méthadone et de la buprénorphine haut dosage (BHD) dans le traitement de substitution des opiacés (TSO). **Objectif et Méthode** : L'objectif de l'étude était d'explorer les raisons de cet essor en tentant d'identifier la place du SdM en alternative aux médicaments de substitution des opiacés (MSO) existants à travers l'expérience d'usager.e.s de SdM en France. La recherche s'appuyait sur une méthode qualitative par entretiens semi-dirigés. **Résultats** : 11 personnes, s'auto-définissant comme consommateur.rice.s de SdM à visée substitutive, ont été rencontrées entre mars et novembre 2016. La plupart des participant.e.s l'utilisait par voie intra-veineuse. Le SdM pouvait être identifié comme un poison face aux conséquences néfastes liées aux injections et à la recherche du produit. Le SdM était un remède lorsqu'il était utilisé à visée auto-thérapeutique. Sa spécificité résidait dans un effet ressenti significatif à la prise, et une diminution importante du craving en dépit d'une tolérance élevée. Les attentes se concentraient sur une meilleure reconnaissance du SdM comme MSO, une prise en compte de la problématique de l'injection et un accueil bienveillant non stigmatisant par le corps soignant. **Discussion** : La fonction de la consommation variait, entre poison et remède, au cours du parcours de l'usager.e de SdM, de la même façon que ce qui est décrit dans la littérature pour les autres consommateurs.rices de MSO. Ce polymorphisme des consommations, confortait l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire de la toxicomanie. L'effet ressenti interrogeait la fonction hédonique attribuée à l'usage du SdM et semblait sous-tendre la recherche d'une *homéostasie*, pouvant expliquer en partie le mésusage d'un tel médicament. Le SdM investit en objet de transition dans le soutien au sevrage à l'injection, ouvrait la question de l'émergence d'une substitution injectable et la nécessité de se saisir de l'injection comme une problématique autonome. **Conclusion** : Le discours des usager.e.s conforte la nécessité d'ouvrir le panel thérapeutique disponible, à travers l'émergence de nouvelles formes galéniques de MSO, et notamment injectables. Ce travail peut constituer l'approche exploratoire nécessaire à l'élaboration de recherches plus amples en direction des usager.e.s de SdM pour établir son véritable intérêt dans le cadre des TSO.

**Experiences from users of slow-released oral morphine as an opioid maintenance treatment : poison or remedy ?**

**Context** : Since 2011, we observe a major rise of slow-released oral morphine (SROM) use as a substitute to heroin, even though methadone and buprenorphine at high dosage already exist as opioid maintenance treatment. **Objective and Method** : The objective of this study was to explore the reasons of this rise by trying to identify SROM as an alternative to the available opioid maintenance treatment through the experience of SROM users in France. The research was based on a qualitative method using semi-directed interviews. **Results** : 11 people defining themselves as consumers of SROM as an opioid maintenance treatment were questioned between March and November 2016. Most of the participants self-injected it. The SROM could be identified as a poison due to the harmful consequences linked to the injection itself and to the seeking of the product. The SROM was considered a remedy when it was used as self-treatment. Its distinctiveness resided in the significant effect felt when taken, and in a major fall of the craving despite an elevated tolerance. Their expectations were focused on a better recognition of the SROM as an opioid maintenance treatment, a taken into account of the injection issue and a kind welcome from the caregiving profession, this being without stigmatisation. **Discussion** : The consumption function varied between poison and remedy all along the users paths, the same way that it is described within the literature for users of opioid maintenance treatment. This consumption polymorphism reinforced the necessity of a pluridisciplinary management of drug addiction. The felt effect questioned the hedonic function attributed to the use of SROM and seemed to underlie the seeking of *homeostasis*, explaining partly the misuse of that kind of treatment. The SROM invested as a transition object in the support of injection withdrawal, opened up the question of the emergence of injected maintenance treatment and the necessity of taken into account the injection as its own issue. **Conclusion** : The users discourse reinforced the necessity of opening the range of treatments available, through the emergence of new galenic forms of SROM, especially injectable ones. This work can constitute as the exploratory approach necessary to elaborate more extensive research directed towards SROM users, in order to identify its genuine interest as a maintenance drug treatment.

**Mots clés** : traitement de substitution des opiacés, toxicomanie, sulfate de morphine, étude qualitative

**Key words** : opioid maintenance treatment, drug use, slow-release oral morphine, qualitative study

Discipline administrative : Médecine générale

Faculté de Médecine de Rangueil – 133 Route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Directrices de thèse : Docteure Samah CHAABAN et Docteure Gabrielle LAURENCIN