

# Les traitements de substitution aux opiacés vus par les patients

Résultats d'une enquête sociologique de terrain menée auprès de patients traités par BHD ou méthadone

Emmanuel  
Langlois

Maitena  
Milhet

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) constituent depuis 1995 un des fondements de la politique de réduction des risques en France. Les dernières données de l'Assurance-maladie [1] estiment à 143 600 le nombre de personnes ayant bénéficié d'une prescription d'un médicament de substitution aux opiacés (MSO) dans l'année. Près des trois quarts d'entre eux se sont vu prescrire de la buprénorphine haut dosage (BHD) et le quart restant de la méthadone.

Prescrits massivement, les TSO sont désormais bien connus des praticiens et des usagers de drogues et ancrés dans leurs pratiques respectives [2]. Au plan scientifique, les données accumulées depuis plusieurs décennies ont permis de statuer en faveur de leurs effets bénéfiques sur les plans sanitaire, social et comportemental (moindre recours aux pratiques à risques par exemple). Pour autant, le point de vue des patients et leur expérience de ces traitements sont encore peu documentés. Qu'est-ce qu'un traitement réussi ? Qu'est-ce qu'un échec ? Sur ce point comme sur d'autres, les indicateurs cliniques ne restituent ni la complexité du réel, ni la diversité des critères d'évaluation mobilisés par les patients. Donner une audience aux appréciations et aux savoirs des patients à l'égard des TSO reste un enjeu majeur. La reconnaissance de cette « expertise » des usagers-patients peine encore à être reconnue comme telle [3].

Afin de pallier ces lacunes, l'OFDT a commandé une enquête de sociologie qualitative interrogeant des patients suivant un TSO dans divers cadres thérapeutiques [4]. Ce numéro de *Tendances* aborde les points saillants de l'expérience des traitements aux principales étapes des trajectoires individuelles : la perception des traitements pendant l'usage de drogues, l'entrée en traitement, leur gestion quotidienne au long cours et le moment de la sortie. Il en ressort notamment quatre profils de patients selon l'usage qui est fait du médicament de substitution et selon les attentes des patients vis-à-vis de leur prise en charge.

## Méthode et terrains d'enquête

La méthodologie retenue développe une approche de sociologie qualitative appuyée sur cent vingt entretiens semi-directifs. L'enquête de terrain a été menée entre avril 2009 et juillet 2010. Les sujets de l'étude ont été recrutés en Gironde et en Dordogne. Globalement, trois grands secteurs sociogéographiques ont été retenus : Bordeaux et sa banlieue, le bassin d'Arcachon, Périgueux et ses alentours ruraux. Cependant, la portée de cette étude ne peut être réduite à un « coup de projecteur » sur une situation locale. En effet, la sélection des sujets obéit au principe méthodologique de l'échantillonnage théorique [5], qui consiste à recruter la plus grande diversité possible de sujets dans le cadre d'une enquête qualitative. C'est moins la représentativité des sujets que leur exhaustivité qui importe alors, elle permet notamment d'échapper aux effets de sites, aux contextes locaux de prise en charge ou à un effet prescripteur. L'échantillon est composé de patients traités par BHD (N = 49) et par méthadone (N = 71) ; de femmes (N = 32) et d'hommes (N = 88) ; de patients dont l'ancienneté dans le traitement est plus ou moins importante : moins de un an (N = 39), de un an à cinq ans (N = 54), plus de cinq ans (N = 27).

Enfin, la spécificité du dispositif de soins français a été prise en compte, les patients ayant été recrutés dans quatre cadres distincts : un service hospitalier d'addictologie (hôpital de jour et CSST (Centres spécialisés de soins aux toxicomanes) ; N = 70), des CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) (N = 19), un réseau d'addictologie comprenant des professionnels de santé de ville (médecins et pharmaciens) (N = 21), un Centre de Traitement Résidentiel (N = 10).

## Méthadone et BHD : des produits connus et ambigus

La perception des TSO s'appuie sur une série d'ambiguïtés fondatrices du rapport à la substitution. Du point de vue des patients, la première de ces ambiguïtés affecte les MSO : sont-ils des médicaments ou des drogues légales ? Pour la très grande majorité des patients, les MSO sont bien identifiés comme traitements mais

aussi connus pour être détournés dans le cadre d'une toxicomanie. Beaucoup côtoient des usagers de drogues qui prennent des MSO dans le but de se soigner et de décrocher ou parce qu'ils n'ont pas accès à d'autres produits de « défonce ».

La perception des MSO n'est que très partiellement liée à leurs propriétés pharmacologiques et à leurs effets physiologiques. Elle dépend davantage du degré de contrôle qui entoure leur délivrance par les professionnels de santé ou de leur potentiel de détournement à des fins toxicomaniaques.

Pour les patients, la méthadone jouit ainsi d'une image thérapeutique plus forte que la BHD, notamment parce que ses conditions de délivrance sont plus strictes. Paradoxalement, ils rapprochent plus nettement les effets de la méthadone de ceux de l'héroïne, tout en considérant la méthadone comme un médicament, bien plus que la BHD en tout cas. Perception des effets et image des produits ne coïncident donc pas.

La BHD, elle, est plutôt décrite comme une « drogue ». Associée à la rue, à la marginalité, elle se détourne facilement, notamment par voie injectable, ce qui entretient la « *mauvaise habitude du shoot* », selon les usagers. La BHD offrirait à leurs yeux un traitement plus conflictuel : même si le produit est facile d'accès, les patients ont le sentiment de devoir prouver leur bonne foi quand ils réclament des doses plus fortes et font face à des suspicions de détournement ou de trafic. La BHD ne serait pas pour autant un « vrai produit » – c'est-à-dire une drogue –, car elle ne donne pas de plaisir ou de flash et réclame peu de compétences techniques pour être prise.

En plus de cette ambivalence forte des MSO aux yeux des patients, le traitement dans son ensemble est ambigu : porte-t-il un projet exclusivement thérapeutique ou bien vise-t-il au contrôle social ? S'agit-il de guérir l'addiction ou bien d'en contrôler les dimensions problématiques ? Le TSO permet-il une sortie de la toxicomanie comme mode de vie ou bien conduit-il à un simple réaménagement de la trajectoire d'usager de drogues ? Cette ambiguïté du TSO traverse l'expérience qu'en ont les patients, depuis l'entrée en traitement jusqu'au moment où se pose à eux la question de la sortie.

## Les portes d'entrée dans la substitution

En amont de l'entrée dans le traitement, beaucoup de patients ont expérimenté des produits de substitution à des fins de « défonce » ou pour calmer le manque. Beaucoup ont tenté des cures de sevrage dans le passé. Aussi, rares sont les patients qui entrent dans un programme de substitution en étant « naïfs », c'est-à-dire dépourvus de tout savoir sur les MSO et les épreuves de sortie de la dépendance [6].

Le parcours dans le traitement devient un processus au cours duquel le patient réajuste ses attentes, ses pratiques et ses projets. Plus qu'une rupture avec la toxicomanie, ce parcours s'inscrit dans le prolongement des expériences et

des savoirs accumulés durant les années de vie avec les drogues.

### Le cabinet médical, la rue ou le réseau amical

L'entrée dans la substitution s'effectue par plusieurs « portes » : le cabinet médical, la rue ou le réseau amical. Chacune de ces entrées propose au futur patient un environnement différent selon la personne qui est son interlocuteur (un médecin, un dealer, un ami), selon le mode d'accès au produit de substitution (une prescription, un achat, un don), et selon le statut endossé par l'usager à ce moment-là (un patient, un client, un pair).

L'entrée médicale n'est pas forcément la plus simple et la plus accessible pour les usagers. Ils doivent en effet affronter le filtrage des demandes de la part des médecins, dont certains craindraient de distribuer la BHD à la volée et de contribuer au trafic, par exemple. Cette crainte peut troubler la relation thérapeutique naissante. Les premières prescriptions sont souvent jugées a posteriori trop faiblement dosées lorsqu'elles sont prescrites par des médecins généralistes. De plus, l'entrée médicale propose un niveau de contraintes élevé car il convient de se plier au protocole et il faut rendre des comptes aux soignants. L'enjeu est la construction d'une relation de confiance qui n'a jamais été simple entre « des toxicomanes et des médecins » [7]. Le risque de cette voie d'entrée est de fermer la porte à certaines catégories d'usagers qui ont besoin de soins mais ne peuvent répondre qu'à un bas seuil d'exigences.

Pour les patients, la rue offre une sérieuse concurrence à la consultation. Il s'agit d'une entrée dans la substitution moins contraignante car la relation avec un revendeur illégal est moins engageante pour le futur patient. Il n'est pas besoin de rendre des comptes. L'achat dans la rue peut être un mode d'accès transitoire au traitement. Quand il est effectué dans un but thérapeutique (soulager la douleur, éviter le manque...), l'achat dans la rue permet finalement de passer d'une toxicomanie avérée [7] à un programme de substitution médicalisée. Ce passage suppose que l'usager parvienne à reconceptualiser le produit de substitution pour le percevoir comme la composante d'un véritable traitement de la dépendance.

Le réseau amical est aussi mobilisé dans l'accès aux traitements de substitution. Il ne s'agit pas de se procurer les MSO sur une longue période mais de permettre une prise de contact et une expérimentation au sein du groupe de pairs, dans un espace de conseil et de confiance. Le niveau de confiance étant très élevé, les usagers ont le sentiment de bien maîtriser les risques liés à la découverte des MSO.

Il apparaît clairement que l'option de l'entrée médicale est plus contraignante pour l'usager mais aussi la voie la plus soutenable dans la durée, à la fois pour des raisons économiques et parce que les usagers ont besoin de négocier ou de se confronter avec le médecin pour se percevoir comme des patients engagés dans un traitement. Les tentatives de sevrage plus ou moins empiriques sont fréquentes dans le parcours des usagers interrogés et il ne faut pas

considérer la médicalisation de la substitution comme allant de soi. Les attentes des professionnels, l'endossement du statut de malade, la rupture avec l'environnement... tout cela demande des ressources morales solides. C'est pourquoi, souvent, les patients s'investissent peu dans la relation avec les soignants à ce stade, l'entrée en traitement étant pour eux une épreuve.

### L'objectif de retour à une vie normale

Lorsque les usagers commencent un programme de substitution, leurs motivations sont variées et associent des raisons internes (en avoir assez, éprouver une fatigue, vouloir recommencer de zéro, être en mauvaise santé, avoir mal, vouloir arrêter les produits...) et des raisons externes (offre médicale, contrainte judiciaire, pression sociale, une rencontre, raison économique...). On observe qu'il n'y a pas que des événements de santé qui poussent les usagers à débiter un traitement, même s'ils connaissent parfois des problèmes lourds liés au VIH, au VHC ou à la santé mentale.

Progressivement, l'idée de renouer avec une vie « normale » sert de fil conducteur à la démarche entreprise par les usagers. Ce concept assez général articule santé et intégration sociale et s'entend par opposition à la vie d'usager de drogues. L'attente des patients ne se focalise pas uniquement sur les effets thérapeutiques du traitement. Ils investissent les TSO d'un « pouvoir social » qui doit se manifester dans ses vertus réconciliatrices vis-à-vis de la famille et de proches auprès de qui le traitement doit attester des efforts fournis pour retrouver la santé et une certaine forme d'intégration. Les usagers d'origine sociale populaire espèrent également que le suivi d'un traitement et la sortie de la toxicomanie mettront fin à une situation d'infériorité sociale et d'exploitation économique. Pour certains patients, la prescription de MSO est initialement perçue comme une alternative au monopole de la rue sur les produits, ou encore un moyen d'accéder aux bénéfices secondaires du statut de malade. Cet effet « d'aubaine » s'amenuise au fil du temps, sauf pour une minorité de patients qui souhaitent poursuivre sa consommation de drogues.

Finalement, l'entrée dans la substitution n'est pas un acte de rupture avec l'identité et le mode de vie antérieur mais un processus lent et transitionnel au cours duquel le patient « apprend » la substitution, teste ses marges de manœuvre face au traitement et au prescripteur. Cette phase de tâtonnement prend fin lorsque les patients ont stabilisé la fonction qu'ils attribuent aux TSO et l'usage qu'ils en font.

## La substitution au quotidien : un bricolage

L'usage des MSO oscille entre différentes fonctions : un usage strictement thérapeutique, un usage participant à un projet de « défonce », et un usage plus ambigu qui traduit la tension entre ces deux dimensions et qui est au cœur

de l'expérience de la substitution. Au cours de leur trajectoire, les patients peuvent glisser d'un usage à un autre, soit parce qu'ils réajustent leur projet dans la substitution, soit parce que les professionnels modifient les conditions de délivrance du produit de substitution.

### Les deux enjeux de la relation thérapeutique

La relation thérapeutique se noue autour des enjeux de l'observance, d'une part (absence de mésusage ou de consommations parallèles), et du dosage, d'autre part. La question de l'efficacité thérapeutique et celle du contrôle du patient délimitent l'espace de la confiance entre prescripteur et patient et jouent sur l'engagement du patient dans son parcours de soins.

Les patients interrogés relatent de nombreux épisodes de leur vie où ils n'ont pas respecté à la lettre les consignes médicales. Dans le cadre du TSO, certains négligent volontairement la prise du produit de substitution pour en ressentir physiquement le besoin et ainsi retrouver leur motivation par rapport au traitement. D'autres « oublient » leur traitement pour échapper à l'emprise institutionnelle et à la monotonie des rendez-vous. Beaucoup modulent les prises de médicament, notamment pour en adapter les effets aux cycles de forme et de fatigue au cours d'une journée ordinaire ou aux rythmes de leur activité professionnelle pour les patients qui travaillent. Ainsi, certains fractionnent la prise de manière à ne pas ressentir les premiers signes de nervosité et de manque, mais aussi pour ne pas être trop léthargiques dans la journée tout en conservant une part du traitement à la fin de journée, pour générer une forme de détente après le travail ou permettre un bon endormissement. Une partie des prises peut ainsi être absorbée de manière conforme, une autre sur un mode toxicomane. D'autres encore « économisent » des prises pour faire face à un événement fortuit, parce qu'ils n'osent pas négocier avec leur médecin une « rallonge » dans une période « tendue », parce que voyager avec un traitement de substitution est compliqué, parce que cela pourra être échangé ou vendu...

Si la substitution médicalisée n'éteint pas toute habitude d'automédication ou d'auto-substitution, elle ne pacifie pas non plus les rapports avec le médecin. Le discours des patients traduit un faible pouvoir dans la négociation avec le prescripteur. Ceux-ci ont même l'impression que leurs marges de manœuvre finissent par se réduire. Ainsi, avec le temps, la question du dosage devient de plus en plus un monopole médical alors que les patients se sentent mieux et ont le sentiment d'avoir fait des efforts. Ils ont aussi le sentiment paradoxal que leur parole est attendue et suscitée (parler de sa vie quotidienne, se confier), mais qu'elle est finalement peu influente dans l'ajustement du traitement. La crédibilité sociale de la parole des usagers de drogues reste faible. Inversement, les prescripteurs ont peu de pouvoir de contrainte sur le rapport que les patients entretiennent avec leur traitement au quotidien hormis les situations où les patients prennent leur MSO dans le centre de soins.

### Les effets positifs et les effets secondaires des TSO

Globalement, les patients reconnaissent aux TSO une efficacité certaine. Le thème le plus fréquemment abordé et le plus chargé émotionnellement est celui de la douleur : les patients sortent d'une forme de vie exposée en permanence à la crainte de la douleur. De même, la rupture – plus ou moins forte – avec le monde de la drogue procure le sentiment de ne plus être condamné à vivre dans la méfiance et sur le qui-vive permanent. De ce point de vue, la substitution a un effet d'apaisement personnel fort.

L'efficacité des MSO, quant à elle, est jugée selon des critères assez homogènes d'ordre physique, social et identitaire. Le MSO est évalué positivement s'il peut être pris discrètement (pour des raisons professionnelles notamment), s'il agit rapidement et dans la durée. Il peut néanmoins générer des effets secondaires lourds (sommolence et suees avec la méthadone, constipation, perte de la libido...) qui perturbent les relations aux autres, ralentissent l'accession à une vie normale et fragilisent la confiance en soi. Au quotidien, l'expérience de la substitution nécessite de nombreuses ressources (sociales, relationnelles, médicales...) pour tenir dans la durée. Avant de l'avoir expérimentée par eux-mêmes, les patients n'imaginaient pas que la substitution puisse être un mode de vie tout aussi engageant et contraignant que l'est la toxicomanie. Les patients découvrent aussi que leurs problèmes financiers, relationnels ou sociaux ne se règlent pas miraculeusement par la grâce du traitement médical. Au-delà de bienfaits incontestables, le TSO ouvre une épreuve inédite de resocialisation et de reconstruction identitaire.

### Sortir de la substitution : une perspective incertaine

Il est difficile d'établir différents profils de patients « sortis » de la substitution à partir de la présente enquête, qui ne peut pronostiquer le devenir d'individus toujours en traitement à la date de l'entretien. Certaines trajectoires observées laissent supposer que l'on peut rester dans la substitution très longtemps, alors même que les patients disent « aller bien ». Les exemples de rechute – y compris chez les patients très engagés dans leur parcours de soins – existent et font planer un réel doute sur la capacité du dispositif à permettre de se libérer totalement des produits et des traitements.

Globalement, la sortie de la substitution est espérée par les patients mais devient au fil du temps une perspective qui se brouille. Il existe un décalage entre professionnels et patients. Les uns voient dans la réussite de la maintenance et la meilleure forme du patient la preuve de l'efficacité du traitement et donc un argument à sa poursuite. Les autres trouvent le temps long et remettent en cause la pertinence du TSO. Les espoirs de rupture biographique radicale sont souvent déçus. Une part des patients n' imagine plus « en » sortir.

Soit parce que, parallèlement, ils consomment toujours des drogues ou ne parviennent pas à abandonner les pratiques d'injection, soit parce que le prescripteur maintient une forte dose de MSO, soit parce que, sortis du mode de vie d'usager, les patients n'ont pas encore construit de nouvelle vie et se retrouvent en suspens. Dans ce cas, certains veulent conserver leur MSO, même à une dose infime, par crainte d'être livrés à eux-mêmes en dehors de tout cadre thérapeutique.

Les projets formulés à un moment avancé de la trajectoire de soins sont assez différents de ceux exprimés à l'entrée dans la substitution. L'idée d'une sortie « express » imaginée à l'entrée n'est plus tenable et se noie dans un halo de perspectives de moyen terme (renouer avec la famille, faire une formation...). Les patients ont modifié leur regard sur la nature de leurs problèmes et beaucoup adhèrent à l'idée que l'addiction est une maladie chronique. L'abstinence comme la peur de ne pouvoir décrocher inquiètent. L'absence de traitement comme l'enfermement durable dans celui-ci aussi. La sortie du traitement est un nœud de tensions où s'expriment des peurs contradictoires.

Au plan identitaire, les patients vivent une sorte de décalage entre la manière dont ils se perçoivent désormais et celle dont les autres continuent de les appréhender. L'image de soi est plus positive, les sensations corporelles apaisées. Les patients sont soulagés et ont le sentiment de pouvoir aller vers les autres. Certains éprouvent même un sentiment de fierté pour les efforts fournis. Mais, en même temps, ils ont le sentiment que le regard d'autrui ne valide pas toujours ces bénéfices et ces efforts et qu'un fond de suspicion envers le toxicomane n'a pas été évacué [9].

### L'expérience de la substitution : quatre profils

Les projets mobilisés dans la substitution sont globalement de deux ordres : soit le patient vise une sortie de la toxicomanie, une vie sans produit et sans traitement, soit il vise une certaine continuité dans sa carrière d'usager de drogue où la substitution permet une réduction des risques. La perception et l'usage des MSO sont aussi de deux ordres : soit le MSO est conçu comme un « vrai » médicament, soit il est aussi perçu comme une drogue. Projets et usages définissent donc quatre profils<sup>1</sup>, au sein desquels le patient va plus ou moins circuler au cours de sa trajectoire (voir tableau).

Parmi les personnes interrogées, le profil dit « conformiste » est le plus fréquent. Il correspond à la figure du « bon malade » qui désire mettre un terme à sa toxicomanie et fait un usage conforme des MSO. Il accorde une place centrale au médecin en qui il veut avoir confiance et avec qui il partage un idéal

1. La dénomination des profils est empruntée à Merton [10].



Projet dans le TSO

Usage du MSO		Rupture	Continuité
		avec la toxicomanie	avec la toxicomanie
	Le MSO sert à soigner	« Conformiste » et « croyance thérapeutique »	Ritualiste » et « peur thérapeutique »
	Le MSO est aussi une drogue	« Adapté » et « bricolage thérapeutique »	« Déviant » et « échec thérapeutique »

Source : Enquête TSO vus par les patients, OFDT 2011

thérapeutique. Il désire, à l'issue du traitement, arrêter toutes les consommations de produits (drogues et MSO). Ce profil de patient recherche plutôt une mise à distance de la vie d'avant et éprouve une sorte d'épuisement face au mode de vie toxicomane. Le conformiste reste « bon malade » tant qu'il a le sentiment de progresser dans le soin, tant que le dosage du MSO décroît ou ne stagne que temporairement. Remonter le dosage ou repousser la fin prévue du traitement écorne l'idéal thérapeutique. Par ailleurs, le conformiste est d'autant plus mobilisé dans sa trajectoire de soins que médecins et proches reconnaissent ses efforts et valident l'authenticité de sa démarche.

Le profil « adapté » traduit une volonté de rompre avec la toxicomanie perturbée par l'ambiguïté ressentie du traitement. Aussi, contrairement au conformiste, le patient adapté pense que la fin du traitement est une perspective lointaine et incertaine. Ce profil de patient doit résoudre un dilemme : comment se soigner avec un traitement perçu comme une drogue ? Le patient adapté est généralement dans le « bricolage thérapeutique ». On observe des formes de mésusage qui néanmoins n'altèrent pas la poursuite de buts thérapeutiques. Ainsi, certains patients s'injectent la BHD dans un but de contrôle de la douleur : le projet thérapeutique cohabite avec une pratique toxicomaniaque. Proches et médecins émettent des doutes sur la sincérité de la démarche et pointent l'immaturation du projet thérapeutique. Du point de vue du patient, le mésusage n'est pas contradictoire avec l'idéal thérapeutique. Le TSO permet malgré tout de contrôler l'addiction, de viser une meilleure qualité de vie, et, progressivement, de décrocher des drogues.

Le profil de patients dit « ritualiste » craint le TSO : c'est un traitement, certes, mais qui rend dépendant. Or, c'est précisément de la dépendance et des aspects problématiques des drogues que les ritualistes veulent se débarrasser, pas des produits en eux-mêmes. Ils ne souhaitent pas une vie abstinentine et voudraient poursuivre leurs consommations sur un mode récréatif et plus occasionnel. Au fond, ils veulent se soigner de la dépendance sans renoncer à la consommation, profiter uniquement des côtés agréables et récréatifs des drogues. La sortie du traitement est, là encore, jugée longue et incertaine. La sortie de la toxicomanie dans sa dimension délétère est problématique aussi.

Le profil de patient dit « déviant » peut être considéré du point de vue médical en échec thérapeutique. Dans ce cas de figure, le MSO est perçu comme une drogue de substitution, facile d'accès et gratuite. Sa consommation est clairement intégrée à celle d'autres produits à l'intérieur de la trajectoire

de toxicomanie, un horizon indépassable. Lorsque les attentes médicales et institutionnelles se font plus présentes, la substitution est avant tout perçue comme une entreprise de contrôle social des marginaux et des rebelles. Minoritaire dans l'échantillon, le profil déviant montre néanmoins que la substitution peut être explicitement employée dans le but de poursuivre un mode de vie d'usager de drogues.

### Conclusion

Cette étude qualitative menée auprès d'un nombre conséquent d'usagers en cours de traitement répondant à plusieurs caractéristiques socio-sanitaires restitue l'hétérogénéité des profils et des trajectoires de substitution. Certaines situations – sans doute spécifiques – comme l'incarcération ou l'errance n'ont pu y être intégrées. Les TSO confrontent les patients à une série d'ambiguïtés : se soigner avec un médicament qui rappelle les drogues, devenir un malade pas tout à fait comme les autres, abandonner une mode de vie écrasant pour une vie contrainte par le traitement, ne plus consommer mais endosser une identité souillée par celle du toxicomane. Les trajectoires de soins, elles, ne sont ni linéaires ni parfaitement sereines : l'entrée est vécue comme une épreuve parfois coûteuse, le quotidien oblige à tenir un programme personnel qui recombine des projets et des moyens, sortir de la substitution expose à une forte incertitude et à des peurs. En prenant en compte le point de vue subjectif des patients, l'étude permet de relativiser certaines conduites souvent jugées irrationnelles ou fallacieuses, en particulier celles qui associent un but thérapeutique et une pratique toxicomaniaque et que l'on peut qualifier de « mésusage thérapeutique ». Ce type de conduite amène à réinterroger ce que soigner veut dire pour les usagers au fil de leur parcours de soins : de l'abstinence à la recourance d'une dignité sociale, en passant par une gestion acceptable des risques liés à la consommation de drogues. L'étude révèle également le caractère assez dynamique des trajectoires de soin puisqu'il arrive que des patients passent d'un profil à un autre en fonction des attentes institutionnelles et d'épreuves personnelles. Il serait intéressant à cet égard de croiser ces profils avec des études statistiques afin de les associer à des variables individuelles et des données cliniques. Ce dynamisme montre que le « bricolage » est une dimension centrale de l'expérience de la substitution, et argumente tout l'intérêt à conserver un éventail large de dispositifs de prise en charge aptes à accueillir cette hétérogénéité.

### Bibliographie

1. OFDT, *Drogues et addictions, données essentielles*, Saint-Denis, OFDT, À paraître.
2. OFDT, *Les Usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2010, pp. 10-25.
3. FFA et ANAES, « Conférence de consensus, 23-24 juin 2004. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution », *Alcoologie et Addictologie*, Vol. 26, n° 4 Suppl., 2004, pp. 1S-396S.
4. LANGLOIS (E.), *Les Traitements de substitution vus par les patients. Quels sont les enseignements de leur expérience ?*, Saint-Denis, OFDT, 2011, 150 p.
5. GLASER (B.G.) et STRAUSS (A.L.), *La Découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative*, Paris, Armand Colin, 2010, 409 p.
6. LALANDE (A.) et GRELET (S.), *Tensions et transformations des pratiques de substitution en ville : suivi des patients usagers de drogues en médecine générale (approche qualitative)*, Paris, OFDT, 2001, 154 p.
7. CARPENTIER (J.), *Des toxicomanes et des médecins. Un drame en trois actes et quarante-sept tableaux*, Paris, L'Harmattan, 2000, 271 p.
8. CASTEL (R.) (Dir.), *Les Sorties de la toxicomanie*, Fribourg, Éditions universitaires de Fribourg, 1998, 296 pages.
9. MILHET (M.), *L'Expérience des traitements de substitution : une sortie de la toxicomanie ?*, Thèse de sociologie, université Bordeaux-2-Victor-Segalen, 2003, 456 p.
10. MERTON (R.K.), *Éléments de théorie et de méthode sociologique*, Paris, Armand Colin, coll. Colin U, 1997, 352 pages.

Les auteurs remercient chaleureusement le professeur Marc Auriacombe (service d'addictologie, hôpital Charles-Perrins), le docteur Jean-Michel Delile (CEID), et le docteur A. Dubernet (Réseau Nord-Aquitaine des professionnels pour le soin aux usagers de drogue) pour leur aide sans laquelle l'enquête de terrain n'aurait pu se faire.

## Tendances

Directrice de la publication  
Maud Pousset

Comité de rédaction  
Christian Ben Lakhdar, Emmanuelle Godeau,  
Bruno Falissard, Fabien Jobard, Serge Karsenty

Rédactrice en chef  
Julie-Émilie Adès

Maquettiste  
Frédérique Million

Impression  
Imprimerie Masson / 69, rue de Chabrol  
75010 Paris  
ISSN 1295-6910 / Dépôt légal à parution

Observatoire français des drogues  
et des toxicomanies  
3, avenue du Stade-de-France  
93218 Saint-Denis-La-Plaine cedex  
Tél : 01 41 62 77 16  
Fax : 01 41 62 77 00  
e-mail : ofdt@ofdt.fr

An english version of this publication will be available soon on Web at this URL :  
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/english-tab.html>

[www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)

