

# LE FLYER

**Bulletin de liaison des Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes et  
médecins relais, réseaux de soins, pharmaciens d'officine, ECIMUD et  
structures de soins auprès des usagers de drogue**

Décembre 2001

N° 6

- Editorial
- Visite de Centre :  
**Le Trait d'Union à Boulogne (92)**  
*(Drs Alain MOREL et Michel VOUKASSOVITCH)*
- **Seuils, analyse de la demande et pratiques de  
sélection**

*( Dr Jean-Pierre JACQUES – Bruxelles, intervention au THS 5 )*

- **Prise en charge de la douleur chez le patient  
usager de drogue**

*( Dr Pascale JOLLY – CHI Le Raincy Montfermeil )*

- Analyse bibliographique :  
**Méthadone et consommation de benzodiazépines**  
*( Dr A. Dervaux – Paris )*

## **VISITE DE CENTRE :**

### **Aujourd'hui : LE TRAIT D'UNION à Boulogne (92)**

Nous nous attacherons à décrire le fonctionnement de la consultation de Boulogne qui présente des caractéristiques originales en matière de dispensation des traitements de substitution. Toutefois, il convient de situer cette consultation dans son contexte institutionnel.

#### **Historique**

Le Trait d'Union a été créé en 1979 avec pour vocation initiale l'accueil et la prise en charge de patients toxicomanes sortant de prison. L'institution disposait alors d'un lieu de consultation à Boulogne (92) et de deux pavillons de post-cure situés dans le département. Les visites aux patients toxicomanes incarcérés, dans le but de préparer leur sortie, constituaient l'essentiel de l'activité. Le mode de prise en charge était psychothérapeutique et éducatif, avec un principe de "non-médicalisation" de la toxicomanie.

Depuis, le Trait d'Union a bien-sûr beaucoup changé, avec une extension de la structure et une diversification des modalités de prise en charge, et du recrutement des patients, tenant compte notamment de l'apparition des pathologies infectieuses liées à la toxicomanie et de l'évolution des pratiques. Ainsi, depuis 1990 des prescriptions médicales sont effectuées, y compris, depuis 1994, des traitements de substitution.

Actuellement le Trait d'Union est constitué de deux structures indépendantes : le pôle de Boulogne dont le fonctionnement sera exposé dans cet article et le pôle de Villeneuve-la-Garenne (92) constitué d'un centre d'accueil et de consultations, d'une unité méthadone ouverte en 1994 et d'appartements de coordination médico-sociale.

Le pôle de Boulogne comporte une consultation, 12 appartements thérapeutiques et est étroitement lié au centre thérapeutique résidentiel, un pavillon doté de sept places. L'activité prison se poursuit, mais représente plus qu'une part réduite de l'activité de l'institution.

#### **La consultation de Boulogne**

L'équipe est constituée de deux médecins psychiatres, d'un généraliste assurant une matinée de consultation, de psychologues, d'éducateurs, d'une assistante sociale et de deux secrétaires. Les psychologues et les éducateurs partagent leur temps entre la consultation et les appartements thérapeutiques ou le pavillon thérapeutique.

Ce travail pluridisciplinaire permet la mise en place de suivis personnalisés et adaptés à chaque situation (consultation et prescriptions médicales, accompagnement socio-éducatif, soutien psycho-thérapeutique).

Depuis plusieurs années, une majorité des patients de la file active bénéficie d'un traitement de substitution, prescrit par les médecins de l'institution ou à l'extérieur.

L'activité médicale est donc principalement consacrée à la prescription et au suivi de ces traitements : méthadone, BHD et, exceptionnellement sulfate de morphine.

L'an dernier, la file active pour les traitements de substitution a été de 179 personnes, (31 % de la file active de la consultation (560 personnes)) dont 82 nouvelles demandes (35% des nouveaux cas de la consultation).

Les doses de méthadone prescrites se situent dans une large fourchette, entre 5 et 200 mg par jour, la moitié des patients prennent entre 20 et 40 mg/j avec une dose moyenne de 30mg.

Au centre de consultations de Boulogne, les premières prescriptions ambulatoires concernaient principalement du Sulfate de Morphine (Skenan®, Moscontin®) et, plus rarement de la Buprénorphine. En 1996, avec la mise sur le marché de la Buprénorphine Haut Dosage la plupart des traitements de substitution ont été convertis en traitements par cette dernière. Cependant, pour certains patients, ce passage à la BHD s'est avéré inadapté (intolérance, insuffisance d'effet...), aussi a-t-il fallu organiser les premières mises sous méthadone. C'est ce qui nous a conduit à mettre en place des modalités souples de primo-prescription avec délivrance du traitement directement en pharmacie de ville.

À présent les médecins du centre de Boulogne effectuent un nombre croissant de ces primo-prescriptions soit du fait de la demande de patients, soit après l'échec d'un traitement par BHD (intolérances, injections, poly-consommations).

### **Modalités de la prescription**

Au cours d'une première consultation, le médecin apprécie l'indication du traitement et un test urinaire (réglementaire) est prescrit. Ce test est pratiqué, gratuitement pour le patient, au laboratoire de toxicologie de l'hôpital Ambroise Paré avec lequel le Trait d'Union a passé directement Convention.

**Dès la deuxième consultation, le traitement peut être prescrit.** Cette première prescription est généralement de courte durée (2 à 4 jours). **La délivrance s'effectue immédiatement dans une pharmacie d'officine**, souvent l'une de celle se situant au voisinage du Trait d'Union avec lesquelles des collaborations étroites existent depuis plusieurs années.

La délivrance du traitement peut être quotidienne, mais son absorption à l'officine ne nous paraît ni indispensable, ni même possible.

Si le patient ne bénéficie pas d'une couverture sociale, le coût du traitement peut être temporairement pris en charge par le centre, et le patient rencontre l'assistante sociale afin d'organiser l'ouverture de ses droits au plus vite.

Souvent, un accompagnement socio-éducatif et un suivi psychothérapeutique sont proposés dans l'institution, en liaison avec le suivi médical. **Propositions qui ne sont pas systématiquement utilisées par les patients et ne constituent pas en tout cas une condition à la poursuite du traitement.**

## **Bilan de ce dispositif**

Le bilan de cette modalité de mise en place des traitements par la méthadone nous apparaît satisfaisant. Les interruptions prématurées de la prise en charge sont très minoritaires, la mauvaise gestion du traitement par le patient (prise irrégulière ou supérieure à la prescription nécessitant des chevauchements de prescription) reste assez rare et tend à s'améliorer avec le temps. Les détournements du traitement (revente) sont bien sûr difficiles à détecter mais semblent également exceptionnels.

L'évolution à long terme des patients évaluée sur des critères médicaux, psychiques et socioprofessionnels nous apparaît très souvent favorable et semble peu différente de celle observée dans les 'centres de distribution'.

**Cette modalité d'initialisation du traitement a des indications privilégiées : patients pour lesquels la fréquentation régulière d'un centre de distribution représente une astreinte incompatible avec les activités professionnelles ou familiales, ou bien qui vivent cette astreinte comme une stigmatisation de leur dépendance ou pour lesquels le contact régulier des autres consultants représente un facteur de risque. Cette modalité peut s'appliquer sans difficultés particulières à la majorité des consultants actuels du Trait d'Union.**

Cependant, en cas de troubles psychopathologiques sévères associés à l'intoxication ou d'un contexte social très dégradé, un cadre de soins plus structuré apparaît nécessaire et conduira à l'orientation vers un 'centre de distribution'. Ce que nous faisons pour moins d'une dizaine de patients par an (sur plus de 100 qui sont suivis).

**Cette modalité d'initialisation directe du traitement peut apparaître séduisante de par son accessibilité, la « légèreté » des structures mises en œuvre, et son moindre coût.** Toutefois, son succès repose sur la conjonction de plusieurs facteurs essentiels : activité des médecins au sein d'une équipe pluridisciplinaire, travail en relation constante avec des pharmaciens très impliqués dans cette démarche thérapeutique, possibilité de financement temporaire du traitement, accord avec un laboratoire d'analyses. Par ailleurs, ce mode de primo-prescription semble d'autant plus intéressant que les possibilités de prises en charge spécialisées dans l'Ouest de Paris sont suffisamment diversifiées pour permettre un choix réellement adapté à chaque patient.

Il nous paraîtrait en tout cas utile qu'une évaluation plus précise des différents modes de « suivi méthadone » permette de déterminer les critères d'indication, la faisabilité, les limites et les résultats comparés.

*Drs Alain MOREL et Michel VOUKASSOVITCH*  
*Le Trait d'union*  
*154, rue du Vieux Pont de Sèvres*  
*92100 BOULOGNE BILLANCOURT*

# Seuils, analyse de la demande et pratiques de sélection

Intervention du Dr Jean-Pierre JACQUES  
Congrès THS 5, Grasse  
13 septembre 2001

Accueil, centre d'accueil, accueillir, quelle équipe n'a pas ces signifiants à la bouche ? De quel accueil s'agit-il, quelle fonction prétend-il satisfaire, quelles valeurs défend-il et à quelles fins ? je vous propose de m'accompagner dans une réflexion sur la procédure d'admission de nos institutions spécialisées et sur la logique implicite de l'accueil qui la sous-tend.

Formelle ou informelle, la procédure d'admission dans une structure thérapeutique pour usagers de drogues est un des analyseurs les plus puissants des signifiants maîtres de nos institutions, de nos équipes, de ce qu'en d'autres temps on désignait comme l'idéologie. Cette analyse de l'accueil et des procédures d'admission nous permettra une saisie inhabituelle de nombreux paramètres et accidents de la cure qui en découlent, tels que :

- le rapport, de force ou de séduction, qui s'établira entre le candidat à une prise en charge et nos intervenants
- le type de clientèle recrutée ou écartée, et jusqu'aux impacts en termes de santé publique sur la population des usagers de drogues des zones desservies,
- la représentation que ces U.D. pourront se faire de nos professionnels de l'aide ou du soin, qui seront désormais perçus soit comme délégués de l'ordre public, comme avant-postes du système (<sup>1</sup>), soit, au contraire, comme exception au discours dominant, comme objection au discours du Maître, comme alliés possibles dans leurs questionnements.

Enfin, une analyse fine des procédures d'admission révèle les valeurs éthiques et politiques de nos institutions, de nos équipes, en d'autres termes – freudiens - leur Idéal du Moi, et préfigure les impasses sur lesquelles pourront buter et échouer la cure, jusqu'à forcer la rupture du système thérapeutique usager – professionnel, par l'abandon ou l'exclusion, inscrite en quelque sorte par le mode d'entrée.

L'accueil est le théâtre de cette procédure d'admission. Nous le décrirons comme un lieu, un temps et un discours.

1. Le lieu de l'accueil est défini par une topographie, par exemple, une porte fermée, qui ne s'ouvre qu'avec une sonnette et un hygiaphone. Ou une porte ouverte sur la rue.

Le local où le candidat est accueilli peut être le bureau, supposé neutre, où le thérapeute reçoit, chez lui, sur ses terres et dans un univers qui exprime son esthétique, sa classe d'appartenance, ses référents, un usager qui est l'autre, l'invité, parfois le tout juste toléré. Tout au contraire, ce peut être une salle d'accueil où coexistent un mélange inopiné d'usagers de drogues en traitement, de professionnels, d'autres sujets, un lieu où règne un compromis entre la Loi de la rue et la Règle de l'institution, c'est-à-dire un espace mixte, où le professionnel est de préférence un être amphibie, adapté à une collectivité aux mœurs indécises.

---

<sup>1</sup> Il serait judicieux d'évoquer ici les abus du concept lacanien du Nom-du-Père. Voir à ce sujet les articulations de Marie-Jean Sauret, « Psychanalyse et politique. Huit questions de la psychanalyse au politique », Les Presses du Mirail, Toulouse, 2000, par ex. p. 11 et 113 & sq.

2. Le temps de l'accueil se décline lui-même en une durée, qui est la durée de la procédure, et un moment, celui du franchissement d'un seuil, ou de plusieurs seuils consécutifs.

La durée de la procédure est expresse, le temps d'une poignée de mains et de l'échange de quelques mots de bienvenue, quand domine le sentiment de l'urgence de la détresse subjective et de la galère. A l'opposé, la durée peut être virtuellement interminable quand ce temps de rencontre est destiné à vérifier l'adéquation de la demande du sujet à l'offre de l'institution. Cette procédure de vérification, que l'on appelle par euphémisme « *l'analyse de la demande* », impose de minimiser les contraintes que le symptôme fait peser sur le sujet tout en cristallisant les exigences, intraitables, de l'institution et de son Idéal.

Il n'est pas exclu que la durée de cette procédure soit plus ou moins délibérément rallongée pour mettre à l'épreuve le candidat, sur le modèle des entretiens préliminaires à une cure psychanalytique, qui seraient destinés à éprouver que la demande soit bien « décidée ». Si c'est cela, il est regrettable d'importer sans façon les méthodes de la pratique psychanalytique à la prise en charge des usagers de drogues, sans avoir pris la précaution de valider cette transposition. En effet, dans la cure analytique, l'objet que le pourvoyeur, l'analyste, cède, concède ou échange avec l'analysant est identique à l'objet de la demande elle-même, à savoir en gros, de la parole et du transfert. A contrario, l'objet de la demande manifeste du sujet usager de drogues, quoiqu'il doive en passer par la parole pour faire sa demande, en est distinct, puisqu'il concerne majoritairement, dans notre expérience en tous cas, des médicaments, de l'aide médicale ou sociale, un toit ou un lit, etc.

Le moment de l'accueil peut se subdiviser en plusieurs moments de franchissement : le rendez-vous qu'il faut prendre au préalable par téléphone avant de pouvoir formuler sa demande in situ, les documents à présenter ou les antécédents requis pour être recevable, les conditions administratives ou de statut social à satisfaire, la typologie des drogues consommées, tous éléments qui détermineront l'accès au traitement convoité. Sans parler des garanties financières à apporter parfois, notamment dans certaines institutions pourtant subventionnées dans mon pays.

Les professionnels de l'aide, en particulier ceux qui sont aux premières loges de cette fonction d'accueil ont-ils été déjà sensibilisés à l'énormité de l'effort attendu de la part du candidat à une prise en charge ? Et cet effort, ce labeur de la demande, est à fournir au moment de son existence où il est particulièrement dépourvu de ressources, psychiques et physiques, sinon culturelles. Il faudra au candidat exposer, parfois devant plusieurs personnes successives, le collier de misère que fut son existence, dévoiler son intimité sans avoir choisi de le faire, se soumettre à des horaires et des attentes, des questions ou des questionnaires, sans certitude de voir sa « demande » aboutir. Par ricochet, la rumeur se charge de répandre au sein des communautés d'usagers de drogues l'information en feed-back sur ce qui attend le candidat, sur les réponses les mieux accueillies, sur les adresses où les questions des thérapeutes se font moins intrusives. Et comme par enchantement, après un temps d'adaptation, l'institution, du moins celle qui se trouve sans concurrence, se réjouira de voir arriver des candidats adaptés à ce qu'elle s'apprête à accueillir ... sans soupçonner combien elle a contribué à faire émerger le discours qu'elle attend, en sélectionnant de manière darwinienne les répondeurs les mieux adaptés à son désir à elle. Notre institution oscillera alors entre un refoulement bienvenu à l'aspect '*comme si*' des réponses des demandeurs à ses interrogations, feignant de ne pas en discerner le simulacre, qui a tout pour nous plaire, ou, à l'opposé, confirmera son préjugé sur le toxicomane manipulateur, et sur la prudence avec laquelle il faut l'entendre sans se faire piéger.

Incidentement, notre institution aura refoulé toute considération pour les usagers en détresse qu'il aurait été dans ses missions d'accueillir mais qui se sont découragés à la perspective de cette épreuve d'admission. Ils iront, au mieux, s'adresser ailleurs, non par choix, mais par dépit. Cet ailleurs, par exemple des collègues, des médecins généralistes, seront alors conspués, dénigrés,

rendus responsables de la dérive de l'offre de soins que notre institution n'est pas parvenue à ajuster à la demande. D'autres renonceront à s'adresser, préférant si l'on peut dire l'accueil sans surprise que l'institution pénitentiaire leur réserve avec une disponibilité jamais démentie. Puis-je renvoyer les curieux sur des recherches déjà anciennes du Dr Rodolphe Ingold sur les demandes de soins avortées, phénomène facilitateur d'adresses au monde judiciaire ou d'un ajournement qu'il estimait à 2 ans en moyenne de toute nouvelle demande.

D'autres candidats, plus persévérants, auront construit un dispositif défensif qui se manifestera dans une agressivité, une hostilité dans les entretiens ; celles-ci leur vaudront en retour une méfiance contre-transférentielle de la part de nos intervenants, qui ne se priveront pas de diagnostics péjoratifs pour justifier, en projetant sur le demandeur l'irritation que le dispositif d'accueil a si fortement contribué à installer. Quant à certains sujets paranoïaques mais simultanément usagers de drogues, inutile d'en parler, ce type de procédure d'admission comporte ce qu'il faut pour les faire battre en retraite et les préserver de toute rencontre dite thérapeutique.

Les sceptiques trouveront une confirmation difficilement réfutable de cette cybernétique de l'offre et de la demande, et de ses conséquences tragiques sur le destin des usagers de drogues et sur leurs représentation des professionnels dans la recherche en tout point remarquable, par sa méthode et par ses résultats, de Mme Pascale Jamouille publiée chez De Boeck Université en 2000 sous le titre « Drogues de rue »<sup>2</sup>.

### 3. Le discours de l'accueil .

Il faudrait commencer par s'interroger sur la langue pratiquée pour accueillir un sujet et sa demande, quand on accepte de se laisser surprendre par la proportion croissante de citoyens en exil, en errance, en fuite d'une guerre civile ou d'une terreur quelconque. A la mondialisation des trafics de psychotropes répond maintenant une mondialisation des usagers de ces drogues, et nos modèles n'ont pas été conçus pour étudier la demande d'aide de réfugiés kosovars, tchéchènes, kazakhs, ou ghanéens, qui déferlent sur nos villes sans partager aucune langue ni aucune modalité culturelle avec les professionnels préposés à les accueillir.

Le discours de l'accueil sera une fois encore décrit par ses extrêmes.

A une extrémité, tous les sujets sont admis pourvu qu'ils en fassent la demande : par leur présence, par leurs mots si frustes soient-ils, voire silencieusement par leur détresse. Dans ce modèle quelque peu angélique inspiré de l'éthique humanitaire, la demande est accueillie sur un mode inconditionnel, et c'est à l'institution et ses intervenants de se décarcasser pour parvenir à satisfaire ces demandes. Ce qui ne peut se faire qu'en gérant les cas, sur un modèle de médecine de catastrophe, ou de dispensaire de brousse. La grandeur de ce modèle est son souci d'équanimité, d'objectivité et sa capacité à traiter un problème de masse. Sa limite est sa surdité aux singularités, sa pente à l'anonymat, à l'indifférenciation des sujets traités, tous reproches que l'on peut faire à la pratique médicale de salle d'urgence débordée. C'est la logique tiers-mondiste, voire maoïste, du « *bol de riz pour tous plutôt que de la viande pour quelques uns* ».

A l'autre extrême, on trouve les modèles qui sacralisent le un par un, le caractère unique de chaque sujet, reçu dans son irremplaçable singularité et vecteur de l'individualisme occidental libéral. Très sourcilleux de peser chaque décision individuelle, mais au prix de décliner toute responsabilité devant son indisponibilité à traiter de grands nombres, par exemple en situation épidémique. En filigrane de cette position, qui est philosophiquement d'inspiration libérale, il se pourrait qu'on puisse entrevoir un jugement de valeur sur la responsabilité du sujet demandeur d'aide dans la misère ou la souffrance qui est la sienne. Cela peut friser le reproche voilé, la culpabilisation, de l'ordre du « vous avez consommé des drogues, eh bien assumez maintenant », avec en sous-mains la notion de vice, de mauvais choix, etc. Comme si le symptôme n'était pas le produit d'une

---

<sup>2</sup> Jamouille Pascale, « Drogues de rue », De Boeck Université, Bruxelles, 2000.

surdétermination qui échappe largement à la décision consciente. Il peut être précieux de repérer en arrière-fond une idéologie de la Rédemption à l'œuvre dans ces théorisations de la cure avec les usagers de drogues, dans lesquelles peu importe combien seront sauvés, puisque c'est le processus qui importe et non son résultat.

#### 4. L'analyse de la demande.

Il nous faut ici revenir sur cette fameuse « *analyse de la demande* ».

L'une de ses modalités les plus appréciées dans les années quatre vingt dix passait par la multiplication des rendez-vous préalables à toute décision d'admission. Il s'agissait pour nos équipes de céder à la tentation de vérifier l'adaptation du candidat à l'*Idéal thérapeutique*. Ces nombreux entretiens préalables pouvaient être interprétés par le candidat comme une série d'examens où l'on testait la consistance de son discours, en faisant comme si nous ne faisons pas confiance à sa parole. Ce qui ne manquait pas de soulever un paradoxe, puisque par ailleurs, nous soutenions répétitivement que la cure s'appuie sur la parole etc.

Ces diverses comparutions peuvent être lues comme une *maltraitance* du demandeur, par la sous-estimation de la détresse préalable, liée à la galère et de la détresse induite par l'incertitude quant à l'issue de la procédure et par le rapport très asymétrique et parfois humiliant que nous installons de la sorte. Nos institutions instaurent-elles alors un rapport de type sadique dans une relation où l'autre est tenu à sa merci, et ce qui en est attendu n'est rien moins que sa soumission, sa reddition sans conditions ? Nul doute que la pente masochiste d'un bon nombre de nos sujets dépendants de drogues se prête fort bien à entrer dans une telle configuration, ce qui implique que l'éthique des thérapeutes doit veiller à se méfier de sa jouissance à entrer ou à entretenir ces dispositifs masochistes<sup>3</sup>.

Il était aussi question dans nos équipes qui pratiquaient cette séquence d'interview d'amener chaque intervenant à prendre part à la décision d'admission. Celle-ci était en définitive pensée sur un mode binaire : oui ou non, l'équipe admet un tel en traitement. Conçus pour répondre à des demandes d'intervention institutionnelle, ces mécanismes ont été sans circonspection transposés dans les procédures d'admission aux traitements de substitution. Ce n'est pas faire injure à la psychanalyse ou plus généralement aux théorisations du psychisme que d'en réserver la portée à son champ. Il me convient de citer ici Vassilis Kapsambelis<sup>4</sup> lorsqu'il réfléchit aux conditions de dialogue de la métapsychologie freudienne et des traitements aux neuroleptiques en psychiatrie, écrit :

« Très peu de patients hospitalisés en psychiatrie publique actuelle relèvent, en effet, du divan. A quoi sert, dans ces conditions la psychanalyse ? Elle sert à réfléchir. D'abord à réfléchir à ce qui se passe entre le psychiatre et son patient dans la consultation de psychiatrie générale. Consultation qui, sans cette réflexion, risquerait de trop prendre l'allure de la répétition un peu ennuyeuse du « renouvellement d'ordonnance » et de la surveillance de plus en plus sommaire d'une clinique de plus en plus pauvre ou facile à deviner. Mais à réfléchir aussi sur certains aspects des effets de nos actions thérapeutiques, dont la prescription des neuroleptiques (...) ».

Sous réserve des transpositions sémantiques appropriées, nous pouvons souscrire largement à ces déclarations.

La décision d'admettre un sujet dépendant des opiacés à un traitement de substitution est une indication médicale, qui nécessite d'ailleurs une compétence technique beaucoup plus soutenue que l'on ne l'imagine généralement. La psychopharmacologie ne tolère pas d'approximation et le bon sens, s'il existait, ne suffirait pas à se déclarer qualifié pour décider des indications, des molécules

<sup>3</sup> Jacques J.-P., « Pour en finir avec les toxicomanies. Psychanalyse et pourvoyance légalisée des drogues », De Boeck Université, Bruxelles, 1999.

<sup>4</sup> Vassilis Kapsambelis, « Les médicaments du narcissisme », Les empêchements de penser en rond, Le Plessis-Robinson, 1994, p. 160-161.



adéquates, des dosages, de l'appréciation des symptômes résiduels de sevrage ou de sédation. Restituer aux médecins leur marge de manœuvre et leur rendre leur responsabilité dans la prescription est non seulement une meilleure garantie de soins de qualité, mais aussi une opportunité pour la pratique psychanalytique de se désengluer d'un pouvoir qu'elle s'est appropriée et dont elle abuse, contre son intérêt.

A ce point, il est justifié de se poser la question : analyse de la demande ou construction de la demande ?

Faut-il procéder d'abord à l'admission, puis en négocier les termes, ou, faut-il comme le prévoit la tradition, négocier les termes et n'admettre qu'après un accord sur ceux-ci, après ce que j'appelle la reddition du demandeur ?

Si l'analyse de la demande est rationalisée comme une précaution contre la précipitation, contre l'erreur diagnostique, contre l'accident, les dispositifs d'ajournement de la décision, et d'analyse psychologique du candidat et de ses projets ne sont pas idoines. Il existe des procédures plus adaptées, à l'intérieur du discours médical, très attentif à ces questions. D'autant plus que la prescription de méthadone par exemple, du moins aux dosages dits de sécurité, n'a rien d'irréversible. Rien ne devrait empêcher une équipe qui estime après quelques jours de prescription décidée en urgence, revoir sa décision, et moyennant une justification très soignée et respectueuse du sujet, mettre fin à cette modalité, pour orienter vers autre chose.

Mais de façon plus radicale, en matière de traitement de substitution, nos équipes et nos candidats ont tout à gagner d'une stratégie qui distingue la décision médicale, rapide et conforme aux élaborations scientifiques disponibles, de la construction, avec le sujet, de sa demande, dans un temps second, une fois apaisées l'angoisse et la détresse.

Façon de souligner que cette demande ne se résume pas dans cet objet (lit ou médicament), échangé contractuellement entre l'U.D. et le professionnel, mais que cette demande ne préexiste pas comme telle à la rencontre, qu'elle est dans le meilleur des cas, le produit de celle-ci, produit singulier, non reproductible mécaniquement d'un sujet à l'autre.

Que cette demande n'est pas non plus l'abstinence, qui n'est jamais que la demande de l'autre – du législateur, du parent, du professionnel –, même si elle paraît reprise à son compte par le sujet en mal d'identité ou dans sa position transférentielle.

Il me faut encore souligner la cruauté des propos, que j'ai tenus d'ailleurs autrefois avec mon équipe, sur la "motivation". Ce terme dissimule une attente dissimulée de normativité, de vérification de l'adaptation de l'usager aux idéaux du service proposé (et non l'inverse). Si l'on s'inféode à ce pseudo-concept de *motivation*, ne sont admis que ceux qui viennent déposer un discours conforme aux attentes de l'institution, un projet thérapeutique par exemple, en miroir de la demande et du désir des intervenants, ce qui vient alors obturer leur capacité d'écouter et d'accueillir authentiquement un sujet. Motivation est l'autre nom d'une prière à l'usager de se conformer à une demande, non dite, qui lui préexiste.

Depuis que mes collègues et moi avons pu déconstruire ces mécanismes, nous tachons d'y opposer un respect du sujet et de son symptôme, qui remplit toujours une fonction non triviale. Il nous faut alors reconnaître les compétences du sujet dans l'adoption de son symptôme, plutôt que de s'échiner à le contrarier et le discréditer. A cette lecture, qui rend d'ailleurs le travail beaucoup moins pénible, le rôle de la méthadone est d'appriivoiser un sujet rendu sauvage ou hostile par les représentations courantes, jugeantes et condamnatoires, portées sur sa pratique du symptôme.

## 5. La procédure de sélection, une politique de ségrégation

Avant l'événement sida, la plupart de nos institutions fonctionnaient sans remords dans un dispositif élitiste. Parmi la masse qui paraissait impossible à éponger des sujets demandeurs, nous pensions avoir pour devoir d'en sélectionner les plus congruents à notre offre thérapeutique. Cela ne paraissait en rien de choquant, et ce d'autant moins que les références étaient issues du champ de la psychanalyse, qui avait produit ce concept, aujourd'hui discuté sinon caduc, de l'analysabilité.

Ce mode élitiste, si nous nous autorisons à en inspecter les ressorts inconscients du côté des thérapeutes, permettait accessoirement que les thérapeutes de nos institutions se considèrent eux-mêmes comme une élite. On peut soupçonner que ces thérapeutes, qui se coltinent indiscutablement la misère du monde jusqu'à la nausée, s'octroient ainsi une rétribution narcissique, extra-monnaire, pour un dur labeur, et sur le dos de leurs bénéficiaires. Il n'est pas exclu que cette gratification des équipes soit un mécanisme de défense contre l'horreur, l'insupportable des situations cliniques, des récits de vie délabrées, naufragées, dont rend si bien compte le travail de Mme Jamouille, déjà cité.

La catastrophe du sida nous a amené à réétudier nos missions, et à admettre qu'au temps de ce dispositif élitiste beaucoup tombaient entre le bateau et le quai, ouvrant les questions de service public (dont l'accessibilité) bien plus encore que de santé publique. En d'autres termes, si nous admettons que chacune de nos interventions cliniques comporte une part de responsabilité dans la politique du symptôme, comme s'exprimait Colette Soler<sup>5</sup>, alors on ne peut accepter désormais des institutions de type élitiste, à haut degré de sélection, qu'à la condition qu'existent, en nombre suffisant des lieux accessibles à ceux qui sont ainsi écartés. J'entre de la sorte dans les propositions qui concluent ce travail.

### Conclusions.

L'accueil et la procédure d'admission peuvent se révéler des dispositifs de sélection et de ségrégation, qui dispersent leurs effets tant sur ceux qui sont admis, que sur ceux qui sont recalés ou découragés.

La représentation qu'une équipe, une institution se fait de sa clientèle idéale est un analyseur du contre-transfert, parfois méfiant, exigeant, hostile, qu'elle construit contre les sujets qu'elle se propose d'accueillir. Dans les procédures de sélection, dans les valeurs qui l'imprègnent, par exemple le désir d'une demande d'abstinence, se fait jour une soumission de nos équipes au discours du Maître, qui fait obstacle à l'écoute du sujet et à une aide appropriée.

Je propose de réfléchir aux façons que nous avons à disposition pour accueillir un sujet là où il en est, quelque maladroit, agressive, rudimentaire, ampoulée que soit sa demande explicite. J'invite à la prendre par le bout qu'il nous tend, en premier lieu la demande de substitution, mais aussi l'aide sociale, la réponse à une demande tierce (judiciaire par exemple). Prendre cette demande telle quelle doit amener les professionnels à ne plus reculer devant une substitution compétente, inscrite dans le discours médical de plein droit, et permettant, dans un second temps, de construire une demande singulière, qui échappe au programme médical même s'il l'a rendue possible.

---

<sup>5</sup> Soler Colette, « La politique du symptôme », *Quarto*, N°65, 1998.

# PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHEZ LE PATIENT USAGER DE DROGUE

Dr Pascale JOLLY, Unité Mobile de Soins Palliatifs, CHI Le Raincy-Montfermeil, septembre 2001  
Tel : 01 41 70 81 95, e mail : pjolly@ch-montfermeil.fr

## I. INTRODUCTION

La douleur est un symptôme fréquent qui malheureusement en France est encore insuffisamment pris en charge. Quand il s'agit de patients « toxicomanes », un certain nombre de tabous et croyances font que la douleur risque de ne pas être prise en compte.

Le but de cet article est de donner quelques règles simples pour la prise en charge et le traitement de la douleur chez les patients usagers de drogue.

Il nous faut tout d'abord distinguer plusieurs cas : celui du patient consommant régulièrement des drogues, celui du patient en substitution, et enfin celui de l'ancien usager actuellement sevré.

Il est important de comprendre qu'une hospitalisation en urgence dans le cadre de la prise en charge de douleurs n'est pas une période adaptée pour débiter un sevrage. Il sera par contre important dans un tel contexte de savoir ce que consomme le patient afin d'effectuer une substitution par des traitements adaptés (syndrome de manque si l'on ne tient pas compte de cela avec risque de sortie prématurée). Dès l'admission du patient, l'idéal est de pouvoir établir avec lui un « contrat de soins » : arrêt de la drogue, règles pour les sorties et les visites, prévoir le traitement d'un état de manque, modalités des traitements antalgiques expliquées au patient et à l'équipe soignante (prescriptions adaptées à chaque cas).

Comme tout autre patient, il est important de l'écouter, et de croire à la douleur dont il se plaint afin de mieux pouvoir y répondre.

Que le patient soit en ville ou en hospitalisation la première chose à faire est de questionner le patient sur sa « toxicomanie » afin d'évaluer quelle(s) drogue(s) il consomme, en quelle quantité, par quelle voie, à quelle fréquence, depuis combien de temps, est-il en sevrage, ou prend-il un traitement de substitution,.... Les antécédents et pathologies intercurrentes seront recherchés (Hépatites, HIV, cancer, pathologies respiratoires, infectieuses, cardiaques,.....), enfin un questionnaire minutieux sur les douleurs sera effectué (l'ancienneté, la ou les localisation(s), l'intensité, le type de douleur nociceptive ou neurogène, les facteurs déclenchant ou calmant, l'horaire diurne ou nocturne, le retentissement sur la vie quotidienne, les traitements déjà utilisés, quelle réponse ont-ils pu apporter ?,...). Un examen clinique complet sera effectué.

A terme, on distinguera les douleurs nociceptives faibles, moyennes ou fortes qui nécessiteront des antalgiques de paliers I, II ou III. En cas de douleurs fortes d'emblée notamment dans les pathologies cancéreuses, on débutera d'emblée par des antalgiques de niveau III (opioïdes). S'il s'agit de douleurs neurogènes on adjoindra des traitements antiépileptiques si la composante est pulsatile ou des antidépresseurs tricycliques si la douleur est plutôt continue.

Pourquoi la douleur est-elle si mal prise en charge chez le patient usager de drogue ?

Certains mythes et croyances autour de la prescription des opioïdes peuvent l'expliquer.

En voici quelques exemples :

« la douleur n'est pas réelle, le patient veut obtenir plus »

« la douleur est subjective et devient fortement suspecte chez le patient 'toxicomane' et ce d'autant qu'aucun test ne permet de la mesurer »

« donner des opioïdes à des 'toxicomanes' pour la douleur les rendra plus dépendants »

« le risque de rechute chez les patients sevrés est important »  
« puisqu'ils utilisent des drogues, rien ne pourra calmer les douleurs »  
« si le patient est sous méthadone, il n'a pas besoin d'autre traitement pour soulager ses douleurs »

## **II. DOULEURS AIGUES / DOULEURS CHRONIQUES**

Les mêmes principes de prise en charge de la douleur seront appliqués pour le patient usager de drogue que pour tout autre personne :

- ❑ Evaluation de la douleur, traitement des pathologies sous jacentes.
- ❑ Choix de l'antalgique le plus approprié, adaptation des traitements au cas par cas.
- ❑ Evaluation de la réponse au traitement, ne pas hésiter à modifier chaque fois que cela est nécessaire le traitement, l'intervalle d'administration, les doses, la voie d'administration.
- ❑ Choisir la voie la moins invasive possible.
- ❑ La meilleure dose est celle qui permet de mieux soulager la douleur sans entraîner d'effet secondaire gênant.

### **1. Usagers de drogue 'actifs'**

La plus grande difficulté dans ce groupe est celle de l'évaluation de la consommation réelle de stupéfiant par le patient (notamment lors d'une hospitalisation). Une surestimation peut entraîner un surdosage dans le cadre d'une substitution, une sous estimation celle d'un syndrome de sevrage avec de plus une exacerbation des phénomènes algiques.

Une prise en charge par des équipes spécialisées dans ce domaine sera utile, elle permettra notamment de motiver le patient à s'adresser à un centre référent pour s'inscrire à un programme de substitution.

### **2. Patients substitués par la méthadone**

La méthadone est une molécule ayant l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France pour la substitution. Elle est utilisée dans des centres spécifiques ayant reçu un agrément. Dans de nombreux pays elle est utilisée comme antalgique majeur.

Elle possède une activité antalgique grâce à son action agoniste sur les récepteurs morphiniques situés dans le système nerveux central. Mais elle a également un rôle antagoniste des récepteurs NMDA (N methyl D aspartate) qui sont impliqués dans les douleurs neurogènes.

Ses avantages : elle présente une bonne absorption orale et rectale, ses métabolites ne sont pas actifs, elle possède un pouvoir analgésique élevé, il n'existe que peu de tolérance croisée avec les autres agonistes morphiniques, elle a une longue durée d'action et a un faible coût.

Son principal inconvénient : elle a une demi-vie longue et variable (entre 10 et 75 heures), elle a un potentiel de toxicité à long terme en raison de l'accumulation de ce médicament, notamment pour des patients non pharmaco-dépendants.

Pour la substitution, elle est administrée en une dose quotidienne, alors que dans la prise en charge des douleurs elle est utilisée en plusieurs prises.

Une étude américaine a montré que la perception douloureuse n'est globalement pas modifiée chez les patients substitués par la méthadone, même si leur seuil de perception semble être plus bas.

Lorsqu'un patient est déjà traité par la méthadone pour substitution et qu'il présente des douleurs nécessitant des antalgiques majeurs, plusieurs règles sont à respecter :

Il est important de poursuivre la méthadone aux mêmes doses. L'antalgie se fera préférentiellement par la morphine. Il faut en effet éviter un sevrage à la Méthadone. Cela évite de plus toute confusion entre substitution et antalgie. S'il s'agit d'une douleur aiguë, le patient arrêtera d'autant plus facilement le traitement antalgique lorsque la douleur aura diminué.

Dans certaines études américaines, il a été démontré que les patients ayant un long passé de substitution par la méthadone développaient des tolérances aux autres opioïdes, ce qui pouvait rendre difficile la prise en charge de la douleur. Pour ces raisons, ils utilisent la méthadone en plusieurs doses quotidiennes pour les douleurs en plus de la dose nécessaire à la substitution. De plus, l'usage de la méthadone comme antalgique permet une meilleure prise en charge des douleurs neuropathiques souvent associées aux douleurs nociceptives (rôles des récepteurs NMDA).

**Les codéinés et le dextropropoxyphène sont à proscrire en traitement antalgique en association avec la méthadone en raison de risques d'accumulation.**

### **3. Patients sevrés**

Dans ce groupe de patients, le principal problème est celui de la réticence du patient, de sa famille, voire de son médecin, pour l'utilisation d'opioïdes pour le traitement de la douleur ; la principale crainte étant celle d'une rechute. Il semble que les patients les plus à risque soient ceux présentant une polytoxicomanie, désinsérés socialement et inactifs.

En fait, le conseil et le soutien pendant la prise en charge sont des facteurs qui permettent de limiter le risque de rechute. On peut par ailleurs conseiller au patient de participer à des groupes de parole.

## **III CONCLUSION**

La douleur chez le patient usager de drogue n'est pas plus une fatalité que pour tout autre patient.

Un interrogatoire et un examen clinique rigoureux permettent de définir les patients les plus à risque, de bien cerner le type de douleurs et chaque fois que cela sera nécessaire d'utiliser les opioïdes pour calmer les douleurs importantes.

En règle générale, dans le cadre de douleurs aiguës, l'utilisation de voies orales de courte durée d'action sera préférée ; en cas de douleurs chroniques, la voie orale à libération prolongée ou trans-dermique sera utilisée. On pourra par ailleurs utiliser tout autre traitement tel que l'acupuncture, la kinésithérapie, la neurostimulation,.....

Si le patient est traité par la méthadone, ce traitement sera poursuivi alors qu'un autre agoniste opioïde sera prescrit pour les douleurs.

Il est à noter que des traitements aux longs cours par la méthadone (de plusieurs années) peuvent entraîner des phénomènes de tolérance vis à vis des autres opioïdes. Dans ce cas, certains praticiens utilisent la méthadone en plusieurs prises quotidiennes pour l'antalgie tout en laissant le traitement de la substitution en place.

Un suivi régulier en interdisciplinarité permettra d'éviter les rechutes.

## IV. BIBLIOGRAPHIE

1. Anesthésie et opiacés chez les toxicomanes : quelle conduite ?  
S. Colombo, E. Van Gessel et A. Forster  
Med et Hyg 1994 ; 52 : 2567-74
2. Characteristics of Methadone Maintenance Patients with Chronic Pain  
Robert N. Jamison, PhD, Janice Kauffman, RN, and Nathaniel P. Katz, MD  
Journal of pain and Symptom Management, vol. 19 No. 1 jannary 2000
3. Hyperalgesic responses in methadone maintenance patients  
Mark Doveryy, Jason M. White, Andrew A. Somogyi, Felix Bochner, Robert Ali,  
Walter Ling.  
Pain 90 (2001) 91-96
4. Le soulagement des douleurs chroniques....et si on tentait la Méthadone ?  
Anne Turgeon, Julie Bibeau, B. Pharm, M. Sc., Sylvie Delorme  
(C) 2000, Association des pharmaciens en établissements de santé du Québec  
[www.pharmactuel.com](http://www.pharmactuel.com)
5. Management of surgical Problems in Patients on Methadone Maintenance  
Richard B. Rubenstein, Ian Spira, William I. Wolff  
The American Journal of Surgery, Volume 131, May 1976
6. Methadone Analgesia in Cancer Pain Patients on Chronic Methadone Maintenance  
Therapy.  
Paolo L. Manfredi, MD, Gilbert R. Gonzales, Andrea I. Cheville, Craig Kornig, MD  
and Richard Payne, MD  
Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 21 No 2 February 2001, 169-174
7. Pain Management in the Addicted Patient : Practical Considerations.  
Gayle Newshan, PhD, RN, CS, ANP  
Nursing Outlook 2000;48:81-5
8. Pain Perception in Drug-free and in Methadone-Maintained Human Ex-Addicts  
Ann Ho and Vincent P. Dole  
Proceedings of the society for experimental biology and medicine 162, 392-395  
(1979)
9. Pain Responses in Methadone-Maintained Opioid Abusers  
Peggy Compton, RN, PhD, V. Charles Charuvastra, MD, Kay Kintaudi, MD and  
Walter Ling, MD  
Journal of Pain and Symptom Management, Vol. 20 No. 4 October 2000
10. Problèmes posés par l'anesthésie du malade toxicomane.  
L. Pain, A. Saada, Y. Edel  
P 277-300
11. Treatment of Pain in Methadone-Maintained Patients  
Michael M. Scimeca, MD, Seddon R. Savage M.D., Russel Portenoy, MD, and Joyce  
Lowinson, M.D.  
The Mount Sinai Journal of Medicine, Vol.67 Nos. 5 & 6 October/November 2000
12. Traitement de substitution et douleur  
Jacques Bouchez  
Le Courrier des addictions, n° 2. Mars 1999

# ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

## METHADONE ET CONSOMMATION DE BENZODIAZEPINES

**Bleich A, Gelkopf M, Schmidt V, Hayward R, Bodner G, Adelson M. Correlates of benzodiazepine abuse in methadone maintenance treatment. A 1 year prospective study in an Israeli clinic. *Addiction* 1999; 94 : 1533-1540.**

La recherche de l'ivresse et la sédation du sevrage sont des motifs fréquemment avancés par les toxicomanes aux opiacés pour justifier la consommation de benzodiazépines (BZD).

Pour mieux connaître le profil des consommateurs de BZD, une étude israélienne les a comparé aux sujets non consommateurs dans un centre méthadone de l'hôpital universitaire de Tel-Aviv. Tous traités par méthadone depuis au moins un an, 148 sujets ont participé à l'étude à l'aide de l'Addiction severity index, de la SCL-90-R, de la Profile of mood state et d'analyses toxicologiques urinaires hebdomadaires à la recherche de BZD, d'héroïne, de cocaïne et de cannabis.

Défini par des analyses toxicologiques régulièrement positives durant un an, l'abus de BZD concernait 57% des patients. Les consommateurs de BZD ont montré davantage de signes de gravité que les sujets non consommateurs : plus grande consommation d'héroïne, de cocaïne et de cannabis, doses de méthadone plus élevées, conduites à risque sexuelles d'infection par les VIH et VHC accrues, psychopathologie plus sévère, notamment sur les dimensions dépressive, phobique, obsessionnelle-compulsive et de paranoïa. Les patients utilisaient davantage les BZD comme automédication que dans un but récréatif. Il s'agissait cependant d'automédication "sauvage", la prescription de BZD par un médecin du centre ne concernant que 8 sujets seulement.

### **Commentaires**

Dans une étude similaire portant sur 231 sujets traités par méthadone à Baltimore, 60% des sujets avaient abusé des BZD, dont un tiers toujours dépendants au moment de l'étude (Chutuape et al. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185:289-297). Comme dans l'étude de Bleich et al., les sujets consommaient davantage d'autres drogues. En revanche, il n'y avait pas de différence entre les 2 groupes pour les troubles psychiatriques, sauf les troubles de personnalité psychopathiques surreprésentés chez les consommateurs de BZD. Pour les auteurs américains, l'abus de BZD serait davantage lié à la sévérité de la polytoxicomanie qu'à l'automédication de troubles psychiatriques.

Quoi qu'il en soit, la consommation de BZD détournées de leur usage reste préoccupante dans cette population. A fortes doses, les BZD induisent fréquemment des états de désinhibition psychomotrice avec amnésie post-critique, potentiellement médico-légaux. Le potentiel d'abus et la nécessité de sevrage progressif des BZD rend leur prescription délicate pour les médecins, d'où l'intérêt de renforcer l'alliance thérapeutique.

### **Conclusions**

L'abus de benzodiazépines témoigne de la gravité de la dépendance opiacée. La difficulté de distinguer abus et automédication incite à accentuer la prise en charge psychothérapeutique.

*Dr A. Dervaux. Dispensaire toxicomanie Moreau de Tours, Service Hospitalo-Universitaire (Prs H. Lôo et J.-P. Olié). C.H. Sainte-Anne. Paris.*