Détourner les médicaments antispastiques pour atténuer les douleurs : l'histoire de Julien

Mélanie Brossier

Chargée d'études sociologiques – ICLN / Centre Hygée

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 5, No 1 | pp. 67-79

Reçu le : 16/05/2018 | Accepté le : 18/10/2018

Résumé : L'augmentation de la consommation de médicaments antalgiques est devenue une préoccupation importante dans le domaine de la santé publique. L'extension de la gamme de médicaments antalgiques et d'adjuvants (antispatiques, myorelaxants) faisant l'objet d'une utilisation dérivée, abusive ou détournée interpelle. À travers l'étude de la trajectoire singulière de Julien, de ses perceptions intimes et sociales de la maladie, du soin et des traitements, l'article propose de comprendre le processus d'une consommation addictive d'un médicament antispastique dont l'usage a été détourné pour soulager ses douleurs. L'approche par la narration d'une trajectoire singulière met en exergue, outre la dimension iatrogène de la médecine, les questions de la consommation excessive de médicaments et les dépendances enserrées dans les trajectoires médicales, qui ne se situent pas uniquement dans les marges du monde social. Le mésusage de médicaments traité dans cet article ressemble à certaines conduites toxicomanes dans leurs codes et leurs pratiques même s'il n'est pas question de les assimiler. Cette surconsommation d'antispastique ou bien d'antalgiques par les personnes douloureuses chroniques peut se manifester comme une pharmacodépendance. Au moment où les prescriptions d'antalgique augmentent chaque année en France, cette étude de cas a pour ambition de réfléchir aux comportements et aux pratiques à risque des usagers d'antalgiques.

Mots-clés : dantrolène, abus de substance, douleur, trouble lié à une substance.

Introduction

L'augmentation de la consommation de médicaments antalgiques au-delà de leur champ de prescription médicale est devenue une préoccupation importante dans le domaine de la santé publique. Selon les dernières données produites par l'Organe international de contrôle des stupéfiants, le mésusage de médicaments délivrés sur ordonnance dépassera d'ici peu la consommation de drogues illicites telles que la cocaïne ou l'héroïne, notamment en Amérique du Nord et en Europe (Haxaire, 2002 ; Thoër, Pierret *et al.*, 2008). D'après les enquêtes DTA produites par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), en 2016, 84 décès sont à l'origine d'abus d'antalgique dont 5 décès imputables au Paracétamol. Soulignons que les prescriptions d'OXYCONTIN® (antalgique de palier 3) pour soigner les personnes souffrant d'affections chroniques augmentent chaque année en France (17,5 % en 2015 contre 14,9 % en 2016) d'après les enquêtes ASOS (Antalgique, Stupéfiants et Ordonnances Sécurisées). Aux États-Unis, les overdoses par médicaments antalgiques opiacés font plus de décès que les accidents de la route : bien que les antalgiques soient prescrits et encadrés par les médecins, 64 000 personnes d'origines Étasuniennes sont décédées d'une overdose aux médicaments antidouleur (Le Bars, 2018). L'extension de la gamme de médicaments antalgiques et d'adjuvants (antispastiques, myorelaxants) faisant l'objet d'une utilisation dérivée, abusive ou détournée, interpelle. Laure et Binsinger définissent le détournement d'une substance « en dehors de la norme d'usage, c'est-à-dire à une fin autre que celle pour laquelle il était initialement prévu » (2003, p. 26).

Il n'est pas question, dans le cadre de cet article, d'aborder sur un plan pharmacologique la dépendance aux médicaments antalgiques, mais bien de comprendre toute la complexité d'un processus dans lequel le consommateur, bénéficiant d'une prise en charge thérapeutique initiale, bascule dans une consommation « abusive » et détournée. Il se retrouve dans l'obligation de développer de nouvelles pratiques pour obtenir les produits afin de soulager ses douleurs. Pour comprendre les stratégies d'acquisition au-delà de son cercle restreint et contrôlé d'approvisionnement, il est nécessaire de se rapprocher du concept de « fuitage pharmaceutique », élaboré par les anthropologues A.-M. Lovell et S. Aubisson pour comprendre le processus et « transfert du médicament du cadre médical d'utilisation vers un autre espace social » (Lovell et Aubisson, 2008, p. 309). Il permet de décrire comment les consommateurs d'antalgique se situent bien souvent à l'intersection des mondes de la drogue et de la médecine : en effet, ils naviguent, bifurquent à l'intérieur du système de soin pour obtenir les médicaments en « rusant » avec les professionnels de la santé principaux fournisseurs de ces substances (Hennion *et al.*, 2012). Inversement les médecins, notamment lors des consultations de la douleur, tentent de prendre en charge des addictions produites par les mésusages de médicaments ou leurs conséquences iatrogènes (céphalées chroniques par abus médicamenteux CCAM, dépendances aux opiacées, à la caféine) sans pour autant faire partie des réseaux de prise en charge des toxicomanies.

Le recueil d'itinéraires thérapeutiques de patients, ainsi que de leurs représentations des soins et des traitements peut permettre de répondre à ces questions. Étudier les logiques d'usage des médicaments met en exergue ce qui se joue « aux frontières des mondes sociaux » (Lovell et Aubisson, 2008). Comment le sujet malade chronique perçoit-il les douleurs liées à sa maladie ? Comment s'imprègne-t-il des normes médicales pour « négo-

cier » ses traitements antalgiques ? Comment s'écarte-t-il à un moment donné du système de soins, pour aboutir à une consommation excessive et compulsive, et hors du circuit officiel de la prescription ? Comment s'en remet-il finalement à la médecine pour soigner ce qu'il nomme « sa dépendance » ?

Pour justifier le choix de cette trajectoire, il est nécessaire de souligner que nous avions réalisé une première enquête qualitative dans un centre de la douleur sur l'automédication chez des sujets présentant un usage excessif d'antalgiques pour soigner leurs céphalées. Ce phénomène paradoxal de migraine iatrogène ou céphalée chronique par abus médicamenteux conduit le patient à croire qu'il soigne ses maux de tête alors qu'il les entretient. Lors de cette étude, la rencontre avec Julien a attiré notre attention sur sa « trajectoire médicale » singulière (Strauss, 1992). Soigné pour une consommation « excessive » d'un antispastique, le DANTRIUM® 25 mg [1] (ou dantrolène) et une dépendance aux antalgiques ; Julien lui-même se qualifiait de « toxicomane ». Sa présence intrigante dans un centre antidouleur et non dans un service d'addictologie, nous conduit à la description de son itinéraire thérapeutique : Quelles étaient les raisons de sa présence ? Consultait-il pour ses douleurs ou sa surconsommation de médicaments ? Progressivement notre souhait a été de mettre en avant ce témoignage pour appréhender les logiques complexes conduisant à une consommation « abusive ».

Julien s'est prêté au jeu de la narration de sa biographie et nous avons pu, après cette première enquête, conduire avec lui plusieurs entretiens semi-directifs [2]. Pendant plusieurs heures, il a fait le récit de sa vie. D'autres entretiens ont été menés avec l'entourage de Julien – notamment Sandra son épouse avec qui il vit dans une maison de ville : ceux-ci avaient pour ambition de restituer l'histoire de cette trajectoire médicale et de consommation d'antidouleur dans son histoire de vie et de vérifier l'information délivrée par Julien et ainsi éclaircir les zones d'ombre, en se souciant toujours de rester au plus près du témoignage [3] (Joubert, 2002). Âgé de 27 ans, Julien souffre depuis l'enfance d'une diplégie spastique [4]. Après une enfance et une adolescence difficile en IEM (Institut d'éducation motrice) puis au collège et au lycée où il déclare souffrir d'agoraphobie et d'anorexie, il sort du lycée titulaire d'un baccalauréat professionnel, effectue plusieurs emplois (salarié dans une boutique de produits de luxe, salarié chez un artisan photographe...) avant de ne plus pouvoir travailler à cause son handicap. Pour remédier à ses difficultés matérielles, Julien obtient alors l'attribution d'une allocation adulte handicapé (AAH) par la maison départementale des personnes handicapées. Au fil des années, ses douleurs aggravent son handicap.

1. Le Dantrolène est un traitement des formes évoluées de la spasticité d'origine pyramidale associées aux hémiplégies, paraplégies et sclérose en plaque. Il est un myorelaxant qui n'agit que sur les muscles. D'après la commission de transparence, il n'est pas conseillé d'administrer plus de 400 mg par jour, soit seize comprimés de 25 mg. Les effets indésirables du dantrolène sont : une hépatotoxité (plusieurs cas d'hépatite mortelle ont été signalés), une somnolence, une asthénie (fatigue), une confusion et des troubles digestifs (HAS, 2006).

2. L'enquête a été réalisée en 2015, avant l'application du décret de la loi Jardé sur le Comité consultatif national d'éthique pour les enquêtes de sociologie.

3. Il est nécessaire de prendre un parti sur la question de la vérité du discours, considérant que les expériences décrites « constituent autant de matériaux qui participent à la construction de l'univers subjectif des personnes côtoyées, un univers essentiel à leurs actions, comme à leurs relations. » (Naudier et Simonet, 2011, p. 193)

4. La diplégie spastique est une séquelle de la lésion cérébrale à la période néonatale, elle est « associée à une atteinte plus ou moins importante des membres supérieurs » (Fletcher, 2003).

1 Un quotidien douloureux

Lorsque Julien évoque son handicap, il indique qu'il a « une infirmité motrice cérébrale avec diplégie spastique, qui est liée à une lésion du cerveau survenue dans la période périnatale ». Julien est en fauteuil roulant, la lésion ayant engendré un handicap moteur ; cependant cette atteinte cérébrale n'endommage pas les facultés intellectuelles (Leroy-Malherbe, 2002). Il affirme souffrir de nombreuses douleurs : la spasticité ne se limite pas seulement à quelques muscles, mais peut également toucher l'ensemble du corps, entraînant des contractions musculaires involontaires et des douleurs (Fletcher, 2003). Julien met en avant que cette pathologie provoque une dégénérescence motrice, qui évolue avec les années. La spasticité [5] se caractérise, d'un point de vue médical « par une évolution vers un handicap et/ou une dégradation de la qualité de vie » (HAS, 2006).

Julien affirme que les douleurs sont omniprésentes et qu'elles deviennent insupportables. Lorsqu'il raconte sa pathologie, il symbolise sa maladie en évoquant la présence d'une « tache noire » située dans le cerveau qui progresse au fil des années allant de pair avec une diminution progressive de la fonction motrice. Sa diplégie lui provoque des « décharges électriques », une électrisation qui provient du cerveau et se répartit dans tout son corps. La présence du « cerveau » dans ses propos, est très importante, car selon ses dires, c'est cet organe qui gère ses douleurs, ses pensées, son état physique et psychique. Julien a perdu progressivement l'usage de ses jambes et s'inquiète qu'il en aille de même pour ses bras. Plus il vieillit, moins il peut profiter de la vie quotidienne. Malgré les séances de kinésithérapie, rien, d'après lui, ne le soulage. Il a connu plusieurs traitements et interventions pour pallier son handicap.

> « Quand je touche une poignée de porte, il y a des moments d'électrocution, je ne sais pas comment je vais expliquer ça, choc neurologique qui fait que la main va s'ouvrir ou que l'électric... enfin qu'un courant électrique va repartir dans le bras et va irradier tout le corps. [...] plus ça va, plus les douleurs sont importantes. »

Julien raconte qu'il a commencé dès l'âge de six ans les traitements pour la spasticité (LIORESAL® [6], LYRICA® [7] pour les problèmes neurologiques). Cependant, ses traitements ont été modifiés chaque année en raison d'intolérances ou bien, le plus souvent, parce que ces derniers ne produisaient plus l'effet escompté. Il a essayé l'hypnose ainsi que de la rééducation avec des attelles de marche et des attelles de nuit, subi des opérations.

Dès son plus jeune âge, Julien est suivi par les médecins de la médecine physique et de réadaptation (MPR), mais aussi, jusqu'à sa majorité, par un médecin de l'Association des paralysés de France exerçant dans son « internat », puis essentiellement par son médecin de famille. Il indique qu'il voit régulièrement les infirmiers à son domicile pour l'accompagner dans ses soins, consulte son médecin du service du MPR pour ses prescriptions et bilans, et son médecin généraliste pour les renouvellements d'ordonnances. Pris en charge

5. La spasticité « est un désordre moteur caractérisé par une augmentation vitesse dépendante du réflexe tonique d'étirement et par une augmentation des réflexes ostéotendicieux, résultant d'une hyperexcitabilité du réflexe d'étirement dans le cadre d'une paralysie de type syndrome pyramidal » (Lance, 1980).

6. Le LIORESAL® (bacoflène) est utilisé pour les contractures spastiques d'origine cérébrale (Vidal).

7. Le LYRICA® (prégabaline) est indiqué dans le traitement des douleurs neuropathiques, il dispose aussi de l'autorisation de mise sur le marché pour des troubles anxieux généralisés chez l'adulte (Vidal).

par la médecine dès son plus jeune âge, il connaît bien les pratiques des médecins, ce qui lui permettra à l'âge adulte de développer des stratégies, des astuces pour obtenir ce qu'il désire : ses médicaments.

Il est difficile de connaître avec exactitude quels ont été ses traitements médicamenteux (posologie, régularité des prises...) pour les problèmes de spasticité de son enfance et adolescence, car Julien ne s'en souvient plus. En revanche, il affirme que l'avant-dernier traitement, le dantrolène est la seule et l'unique substance qui l'a conduit à une consommation excessive. En effet, lorsqu'il atteint l'âge adulte, le médecin MPR lui prescrit du dantrolène, médicament contre la spasticité. Pendant quatre ans, Julien soulage ses maux avec ce traitement. La première année, il prend quatre gélules (deux le matin et le soir) qu'il peut moduler en fonction de ses douleurs. Le médecin prescripteur l'informe qu'il peut en prendre jusqu'à quatre le matin et le soir, en dose maximum.

2 Se « shooter » aux médicaments

> « À une époque, je ne savais même plus compter jusqu'à 10 parce que le cerveau ne fonctionne plus de manière rationnelle. Tout ce qui compte pour lui c'est la gestion de la douleur et tout ce qu'il fait c'est vous envoyer des signaux vous disant "j'ai mal, j'ai mal, j'ai mal", voilà. Donc dans tout votre corps, votre cerveau fait comprendre que vous avez mal et on a beau essayer de lui dire qu'avec les traitements ça ira mieux, ça va mieux, mais sauf que la dégénérescence continue à avancer donc l'évolution des traitements continue à avancer. »

Julien prétend qu'il ne pourrait pas vivre sans les traitements antispastiques et antalgiques. Pour comprendre le processus de la médication abusive, il faut s'arrêter sur son avant-dernier traitement prescrit. La première année, Julien peut moduler ses doses suivant l'intensité des décharges électriques, d'après les conseils donnés par le médecin prescripteur. Il applique cette médication, mais très vite il raconte qu'il « tombe dans le cercle vicieux ». Voyant que ses douleurs ne s'apaisent pas, il consomme le double de la quantité recommandée par le médecin, sans l'en informer. Il explique qu'il veut seulement avoir quelques moments de tranquillité dans la journée, des instants où il ne pense plus aux douleurs, des coupures où il peut souffler. Il est question de répondre à un besoin pour continuer à assurer son rôle social, familial (Ehrenberg, 1998). En effet, l'usage de médicaments n'est pas principalement « déterminé par les propriétés physico-chimiques de la substance. Ils renvoient en effet à des objectifs multiples : la recherche de sensations extrêmes [...] l'amélioration des performances, la sociabilité, l'ensommeillement, le soulagement des symptômes » (Lovell et Aubisson, 2008, p. 305).

Parallèlement, ce traitement provoque une forte toxicité hépatique, engendre l'administration de médicaments pour contrer les effets secondaires, comme d'autres traitements antispasmodiques intestinaux (SPASFON®, METEOSPASMYL®). Puis, pour diminuer ses douleurs, il ne consomme pas seulement des antispastiques, mais également des antalgiques de palier 2 comme la Codéine et le tramadol. C'est un cocktail de médicaments qu'il prend quotidiennement plusieurs fois par jour, à quelques heures d'intervalle. Il s'administre plusieurs gélules de dantrolène à la fois, et ensuite il avale les autres traitements

préventifs. D'ailleurs il précise qu'il augmente simultanément les doses de toutes les substances. Conscient de ce phénomène, Julien se sent pris au piège et décrit le processus avec des expressions comme « tomber dedans », « c'est le cercle de l'abus médicamenteux ».

Le terme « abus médicamenteux » est récurrent dans ses propos, il s'accompagne la plupart du temps de la notion de dépendance soulignée par plusieurs mots tels que « l'habitude », « ne plus pouvoir s'en passer », « être pris dedans ». Termes que l'on retrouve dans une enquête de C. Haxaire sur la consommation de médicaments psychotropes où les enquêtés évoquent le même vocable pour décrire leur dépendance aux médicaments psychotropes (Haxaire, 2002).

Le processus de surconsommation engendre pour Julien le besoin et la nécessité de s'approvisionner en médicaments. Pour cela, il va user de ruses et de stratagèmes, afin d'obtenir la quantité maximum de ses « boîtes » sans même en parler ni à son médecin prescripteur, ni à son médecin de famille, et en le cachant à l'ensemble de son entourage. Les médicaments antidouleur, le dantrolène et les autres traitements adjuvants qui l'accompagnent seront systématiquement détournés de leur usage initial, car Julien ne va plus rechercher seulement le soulagement de ses douleurs, mais il va progressivement être en quête d'« apaisement », de « défonce », de « zen attitude » (Thoër, Pierret *et al.*, 2008).

> « Ça m'a permis de survivre parce que les douleurs neurologiques sévères, eux, ils appellent ça douleurs neurologiques massives, ils ont d'ailleurs raison, ça empêche de tout, on ne peut plus dormir, on n'arrive plus à bouger, on n'arrive plus à penser, on n'arrive plus à bouger, on arrive plus à rire, on arrive plus à parler... euh et le plus, le plus gênant, c'est qu'on arrive plus à penser. [...] J'étais complètement amorphe, c'est-à-dire que plus j'en prenais, plus il m'en fallait et plus je pétais un câble, et ça devenait incontrôlable à force, parce qu'imaginez : vous prenez 16 gélules le matin et 16 gélules le soir. »

3 User de son stigmate

Julien ruse pour acquérir le plus possible de médicaments. Il décrit ce passage de sa vie comme un mensonge perpétuel. Mensonges et dissimulations prennent place pour éviter qu'il ne se fasse « prendre » dans le détournement du médicament. Son objectif est d'obtenir le maximum d'ordonnances auprès de son médecin généraliste. Son médecin, il le connaît très bien, ils entretiennent de bonnes relations. Julien explique qu'il va se servir de lui pour obtenir ce dont il a besoin. Il lui raconte qu'il a perdu son ordonnance, qu'elle est passée à la machine à laver, ou bien qu'il a roulé dessus avec son fauteuil. Son imagination débordante lui permet de trouver de nouvelles raisons plus farfelues les unes que les autres. Il falsifie les ordonnances de son médecin, écrites à la main, cependant connaissant les risques de cet acte, il se limite à deux tentatives. De l'inventivité et de l'audace, il en faut, car Julien va chercher trois ordonnances dans le même mois. Et il ne s'arrête pas là, il use de stratagèmes pour obtenir les boîtes de médicament en officine. Par prudence, il s'adresse à plusieurs pharmacies. Il raconte qu'il peut « berner » les pharmaciens facilement de par son handicap. Il use du stigmate inversé, son atout : être en fauteuil roulant (Goffman, 1975). Il anticipe, dit-il, pour aller retirer ses médicaments de peur d'un empêchement qui retarderait la prise du traitement. Il va à la pharmacie sans

son ordonnance en racontant qu'il a très mal et qu'il lui faut du dantrolène. Il explique qu'il note tout, les divers lieux des pharmacies, les dates de rendez-vous chez son médecin généraliste, pour n'éveiller aucun soupçon sur sa consommation de médicaments. Julien se trouve dans la ruse « simple » : par ses mensonges, il obtient des résultats tout en sachant s'accommoder de l'embarras pour ne pas perdre la face (Hennion *et al.*, 2012).

> « Et puis, ils ont un seuil de tolérance les pharmacies, si vous y allez une semaine avant, ils posent jamais de question, puisque c'est logique pour eux, que tu viennes une semaine à l'avance de la prescription, pour ne pas en manquer. C'est assez facile au final, c'est assez facile de détourner l'attention, et puis vous savez, malheureusement, enfin heureusement pour moi à l'époque, le handicap inspire confiance, c'est une des grandes chances que j'ai eues, c'est que, je serais sur mes deux jambes, peut être que, là, même si, j'ai été dans une pharmacie à quinze jours d'intervalle, on se dit que c'est normal parce que je suis handicapé, parce que je ne peux pas berner les gens, je suis en fauteuil, donc je ne peux pas, non ça ne se fait pas, après, alors que si ça se fait énormément, et du coup j'ai pu en profiter assez facilement. »

Julien cache à son entourage cette consommation abusive de médicaments et dissimule ses boîtes dans son domicile. Il en met une dans la cuisine à la vue de tous pour montrer qu'il en fait un bon usage, un leurre en quelque sorte. Le reste, il le cache dans différentes armoires de sa chambre, dans son fauteuil, dans des sacs. Le médicament passe de l'officine à la sphère familiale où l'usage est détourné et multiplié (Lovell et Aubisson, 2008).

Julien se définit lui-même comme une personne droguée et se compare au toxicomane de rue qui va chercher sa drogue, lorsqu'il parle de ses ruses. Il énonce qu'il consomme plus de trente gélules dans la journée, en plus des traitements de prévention comme les antispasmodiques. L'usage de son traitement n'est plus pour soigner ses douleurs, mais bien pour trouver des sensations de défonce et d'apaisement. Outre le fait, d'aller chercher ses médicaments, il raconte qu'il passe aussi ses journées à dormir, restant enfermé chez lui. Lorsqu'il n'a pas « sa dose » comme il dit, il est en manque et cette situation est incontrôlable et intolérable. Pouvons-nous affirmer que cette consommation abusive s'apparente à une autodestruction : Julien a-t-il envie de mourir en prenant tous ces médicaments ? À ses yeux, il se trouve dans un engrenage, il consomme pour survivre. Cependant, de telles doses de médicaments peuvent entraîner la mort, Julien s'en remet alors au destin, à la chance, et lui laisse le contrôle de sa personne. Les boîtes de dantrolène deviennent des boîtes à « fantasme ordalique » (Le Breton, 2002).

> « J'étais complètement dépendant, ça m'arrangeait bien, parce que d'une part je n'avais plus mal et les journées passaient vite et j'avais plus à réfléchir, [...] j'étais une loque, j'étais couché toute la journée, ça m'allait bien, [...] j'étais défoncé, défoncé aux médicaments. »

4 Penser l'arrêt

Pendant quatre ans, il se trouve dans « l'abus de médicaments », cependant l'accentuation de ses douleurs et les réflexions de son entourage amènent Julien à réfléchir sur

une éventualité d'arrêter de consommer abusivement ses médicaments. Effectivement, cet usage particulier de médicaments n'a pas permis à Julien de soulager ses douleurs neurologiques. De plus, l'émergence de nouvelles douleurs l'inquiète. Il raconte qu'il ne supporte plus d'avoir des brûlures d'estomac et des maux de tête qui lui provoquent des vomissements. Il arrive à un point de non-retour, fatigué par ce mésusage. Julien dit ne plus se sentir vivant.

> « J'étais une loque et plus pouvoir ne rien faire de ma vie et c'est ce qui est devenue à force, [...] j'en étais réduit à rester enfermé dans ma chambre à regarder la télé sur mon lit, [...] ce n'est pas jouable, ce n'est pas vivable, [...] au bout d'un moment quand on n'arrive plus à réfléchir et qu'on n'arrive plus à compter, qu'on n'arrive plus à signer un papier, qu'on n'arrive plus à garder les yeux ouverts, qu'on n'arrive plus à manger, qu'on n'arrive plus à penser, il faut dire stop, parce qu'on devient drogué et quand on est drogué, on ne fait plus rien. »

Le regard des autres, et notamment, celui de l'entourage accentue la réflexion de Julien sur son projet de mettre un terme à cette consommation qui lui provoque des somnolences. Il explique s'endormir à table, devenir confus. Le père de sa compagne, infirmier, voyant qu'il n'arrive pas à faire un repas de famille sans « piquer du nez », l'interroge sur son traitement et cherche à savoir s'il n'a pas augmenté ses doses. Ces paroles inquiètent Julien, il se dit que son état physique de surconsommation de médicaments est visible. Il explique qu'il n'aime pas renvoyer cette image de lui, de quelqu'un qui parait « défoncé », « dégradé ». Cette situation le disqualifie auprès de son entourage. De plus, cela provoque encore plus d'interrogations de sa compagne. Elle décide alors de le surveiller de plus près. Sandra observe sa prise quotidienne de médicaments et décide d'en gérer l'usage.

> « Elle [sa compagne] a pris le taureau par les cornes et elle m'a dit "maintenant, les cachets, c'est moi qui te les donne", je lui ai dit "vas-y", je lui ai dit "c'est dangereux ce que tu fais parce que, ce qu'il y a entre moi et les cachets c'est toi". J'ai dit "je m'en fous, je te chope, je te retourne et je prends les cachets". Elle me dit "ah ben vas-y ! Je t'en prie, fais !" Et si tu veux pendant quelques jours, parce que ça n'a pas duré longtemps avant que je me rende compte qu'il fallait que j'arrête, mais vraiment, pendant quelques jours on s'est battus, où elle me surveillait quasiment tout le temps. »

Sa compagne commence donc à réduire ses doses sans son consentement. Il se trouve alors en situation de manque et entreprend d'exercer sur elle violences verbales et physiques.

> « Et un jour si tu veux, mon cerveau a pété une pile, mais un truc, mais ça ne m'était jamais arrivé de ma vie, j'ai attrapé Sandra, je l'ai soulevé. Je l'ai soulevé, je l'ai collé contre un mur et je l'étranglais, mais, à vouloir la tuer... Et en fait, j'étais en train de la regarder et dans ma tête, ça a été le déclic de ma vie. J'ai dit là "il faut que j'arrête" et je l'ai lâché, j'ai repris mes esprits, elle a repris les siens, j'ai pris tous mes cachetons, tous, tous, j'ai tout jeté. »

Très vite cette crise avec Sandra déclenche le coup d'arrêt dans sa trajectoire de consommation excessive. Julien, raconte que pour la première fois il a dépassé les limites et le seul moyen de réparer ses actes, c'est d'arrêter subitement son usage de médicaments.

P. Jamoulle parle de « saturation » lorsqu'elle démontre que certaines situations d'usage de drogues deviennent des contraintes pour l'usager et que ce dernier va entamer un processus d'arrêt : « Certaines pressions objectives de la réalité (accident de santé, incarcération, crises sociales et/ou familiales) ont motivé des usagers et enclenché des démarches thérapeutiques, des régulations ou des tentatives d'arrêt des pratiques liées aux drogues. » (Jamoulle, 2000, p. 170.)

5 Auto-sevrage, ou un sevrage pris en charge par un médecin de la douleur ?

Julien arrête brusquement ses prises de médicaments. Il raconte qu'il met à la poubelle toutes ses boîtes de médicaments. Lorsqu'il décrit son arrêt, il parle d'« auto-sevrage », effectué seul, sans l'aide de son médecin. Néanmoins, nous verrons que face aux difficultés Julien décide de s'en remettre au monde médical. Ce processus de sevrage s'apparente à un rite de passage en trois phases distinctes : phase préliminaire, phase liminaire et phase post-liminaire (Van Gennep, 1981[1909]).

Dans un premier temps, Julien se sépare de ses médicaments et tente d'arrêter brutalement sa consommation. Il raconte qu'il désire réaliser seul ce sevrage et qu'en aucun cas il ne veut de l'aide de son entourage ou bien du monde médical. Il explique qu'il a « abusé » son médecin généraliste pour obtenir les ordonnances et se refuse d'aller à sa rencontre pour demander de l'aide.

> « Pour le sevrage, je l'ai fait moi-même, quand j'ai dit stop, j'ai tout jeté à la poubelle, et pendant un an, je n'ai pas pris de médicament, rien pris du tout ! »

Dans le même temps, Julien raconte qu'il souffre de cet arrêt brutal. Il ne prend plus de médicaments, plus de dantrolène, plus d'antalgique ni d'antispasmodique. Il décrit son sevrage, comme une période inhumaine. Les migraines quotidiennes s'installent en plus de ses douleurs neurologiques. Il passe les premières semaines à vomir, à trembler, à suer. Julien se compare à un « camé » en manque de sa drogue. Accablé par ses douleurs physiques et son mal-être, Julien a des doutes. Il se trouve dans une phase de marge (phase liminaire), dans un « entre-deux », qui détermine la poursuite ou non du processus de sevrage.

> « J'avais mal à en mourir, j'aurais pu mourir tellement j'avais mal parce que ne pas prendre de médicaments, ça revenait à prendre des coups de couteau dans les jambes, le sevrage express de médicaments, je vous garantis que ce n'est pas une partie de plaisir, vous passez votre journée la tête sur les chiottes, parce que j'ai pas voulu aller voir un médecin en lui disant "il faut que j'arrête donne moi quelque chose pour pallier le manque", non, quand j'ai décidé d'arrêter c'était fini. »

Quelques mois après, Julien rechute, pendant trois semaines, il va reprendre son traitement antispastique. Il dit consommer encore huit comprimés par jour. Cependant, il raconte qu'il ne supporte guère ses migraines et juge nécessaire d'aller consulter. Il rencontre son médecin généraliste, lui explique l'émergence des céphalées, sans néanmoins évoquer son sevrage brutal de médicaments. Le praticien l'envoie consulter au Centre de douleur. À son arrivée, il doit remplir une fiche en indiquant tous les médicaments qu'il a consommés. Lorsqu'il voit le médecin de la douleur, il lui expose la prise de ses traitements, et indique que cela lui a provoqué des migraines. Constatant que le médecin ne croit pas ses propos, Julien se sent dans l'obligation de lui raconter sa surconsommation ainsi que son « auto-sevrage ». Le médecin lui propose alors un sevrage médical. Julien doit reprendre son traitement, tout en le réduisant étape par étape, avec un calendrier de suivi. L'objectif est d'atteindre une prise de médicament raisonnable dans le but d'introduire un traitement de fond. En effet, dans ce centre, les médecins disposent d'une expertise pour les céphalées chroniques induites par « l'abus de médicaments ». Pour Julien, s'en remettre à ce médecin est le seul moyen de revenir « dans la vraie vie », voyant qu'il ne peut pas aboutir seul dans sa tentative d'arrêt.

Julien applique le protocole de sevrage et contrôle sa consommation de médicaments en ambulatoire. Pendant cette période, qui dure environ six mois, il dit se trouver dans un nouvel état, tout en racontant que « c'est une autre vie qui recommence ». Il revient dans la sphère sociale en sortant davantage, essayant de retrouver un travail. Julien se trouve dans une phase de réintégration, c'est une période postliminaire symbolisée par une « renaissance ». Il explique qu'il ne désire plus « retomber dans ce cercle vicieux » et qu'à tout moment il se refusera à prendre une gélule de plus.

> « J'ai une vie, je n'ai pas envie de retourner en arrière, aujourd'hui j'ai une vie, je sors, je bouge, et si je reviens dépendant aux médicaments, je ne fais plus rien [...] je préfère morfler que de prendre des médicaments. »

Après avoir effectué le sevrage dicté par le médecin de la douleur, Julien explique qu'il est allé consulter son médecin de la MPR (le médecin prescripteur du DANTRIUM® 25) pour modifier son traitement pour la spasticité. Julien explique que cette consultation a été nécessaire, car d'après lui cette molécule n'a plus l'effet escompté et il ne désire plus consommer cette substance. C'est alors que le médecin prescripteur lui indique un nouveau traitement : le SIRDALUD® en « autorisation temporaire d'utilisation », dite de « cohorte [8] ». Julien n'a aucunement informé ce médecin de sa consommation abusive de dantrolène. Seul le médecin de la MPR peut prescrire ce médicament. Julien raconte que la prescription n'est que pour un mois et qu'il ne peut aller récupérer son traitement qu'à l'hôpital, il dit qu'il doit effectuer des prises de sang tous les mois afin de vérifier les éventuels effets secondaires et les bénéfices de cette molécule sur la spasticité. La prise de cette molécule est ainsi davantage contrôlée, permettant une meilleure observance. Il est intéressant de souligner que d'après les propos de Julien, le médecin prescripteur

8. Ce médicament (tizanidine) n'a pas d'autorisation de mise sur le marché, son utilisation est « soumise à une procédure étroite de la part de l'ANSM, notamment en matière de pharmacovigilance » : ce médicament est sous réserve hospitalière : le Protocole d'Utilisation Thérapeutique permet de recueillir les informations sur le patient en termes de toxicité et d'addiction à la molécule. La posologie ne doit pas dépasser 6 mg trois fois par jour. Les effets indésirables les plus fréquents sont les troubles gastro-intestinaux, les insuffisances rénales et hépatiques, les somnolences et l'hypotension (ANSM, 2014).

n'a pas été mis au courant de sa consommation excessive alors qu'il lui prescrit une molécule qui nécessite une surveillance étroite du service hospitalier. La prescription de ce traitement et l'inscription dans un protocole expérimental sont-elles une manière de prévenir le détournement à des usages excessifs ? D'après Julien, ce dispositif lui permet de respecter son traitement et de ne plus être dans ce qu'il nomme « la dépendance ».

Conclusion

Ce récit nous permet d'entrer dans l'intimité pharmacologique de l'acteur – au-delà de l'observance thérapeutique –, ses dérives, ses abus, ses ajournements, ce qui facilite la compréhension du processus du détournement du médicament et fait émerger un micro-monde (Strauss, 1992) – celui de la douleur, avec ses patients douloureux, avec ses traitements – qui prend en charge un nouveau type de dépendance et d'addiction aux médicaments antidouleur en plein essor, et ses centres – les « Centres de la douleur » avec leurs approches et tentatives de sevrage. L'approche par la narration d'une trajectoire singulière met ainsi en exergue, outre la dimension iatrogène de la médecine, les questions de la consommation excessive de médicaments et les dépendances enserrées dans les trajectoires médicales et qui ne se situent pas uniquement dans les marges du monde social (toxicomanie de rue par exemple).

Le mésusage de médicaments traité dans cet article ressemble à certaines conduites toxicomanes dans leurs codes et leurs pratiques. Les termes tels que « se défoncer aux médicaments », « être en état de manque », « se sevrer » ainsi que toutes les pratiques de dissimulation s'apparentent étroitement aux mots et aux codes de l'usage de drogues illicites. Cette surconsommation d'antispastique ou bien d'antalgique par les personnes douloureuses chroniques peut se manifester comme une pharmacodépendance.

Le détournement de médicaments pour un usage abusif est une problématique en expansion. Comme nous le montrent les enquêtes réalisées par les enquêtes DTA et ASOS [9], les prescriptions d'antidouleur, ou bien d'antalgique augmentent chaque année en France. Cependant, il est important d'appréhender l'observance face aux traitements. Soulignons que ce récit met en exergue à un moment donné l'implication de différents médecins : généraliste, médecin de la douleur, médecin de la Médecine physique. Ces prescripteurs potentiels qui interviennent dans la prise en charge de la maladie chronique et ne s'aperçoivent pas, d'après les dires de l'enquêté, du détournement du médicament. Remarquons qu'un traitement par dantrolène étant peu addictif, la surveillance se révèle moins importante [10]. *A contrario*, la tizanidine pouvant entraîner une addiction, la prise de ce traitement est davantage contrôlée et observée. À quel moment pouvons-nous supposer qu'un traitement nécessite plus ou moins de surveillance au regard de ces effets addictifs ? Le mésusage du médicament ne se développe-t-il pas à partir du moment où l'observation médicale est moindre ? La dangerosité du traitement est-elle déterminée par son seul effet addictif ?

9. ANSM, Agence nationale de santé du médicament et des produits de santé, Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP), DTA (Décès toxiques par antalgiques) et ASOS (Antalgiques, stupéfiants et ordonnances sécurisées). Résultats de l'enquête 2014, 2015. En ligne : http :// ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Outils-de-surveillance-et-d-evaluation-Resultats-d-enquetes/(offset)/5.

10. La pharmacovigilance n'a trouvé qu'un dossier similaire en France.

Concernant le médecin de la douleur, celui-ci intervient comme un médecin addictologue, objectivant sa mission par la prise en charge de patients souffrant de céphalées « par abus médicamenteux ». À partir du récit de Julien, nous comprenons que la médecine de la douleur prend en charge une « nouvelle maladie » : les dépendants aux médicaments antidouleur et antalgiques. Rappelons que la médecine de la douleur est une discipline émergente et qui doit légitimer ses pratiques à l'égard des autres médecines. À ses débuts, dans les années 1990, en France, cette médecine était perçue comme une médecine de dernier recours où le patient rencontre les professionnels de la douleur après avoir consulté différentes spécialités : généraliste / spécialistes (Baszanger, 1990). Ici, le Centre de la douleur élargit son domaine professionnel à l'addictologie. La mission est alors de prendre en charge les patients migraineux dépendants aux médicaments en effectuant un sevrage et en réintroduisant un traitement médicamenteux. La médecine de la douleur se définit comme étant une médecine qui soulage les maux (*ibid.*) ; prendre en charge les patients souffrant de dépendance dépasse la mission première de cette médecine.

De plus, nous pouvons remarquer que la construction et le développement de la pratique de la prise en charge des addictions dans un Centre de la douleur se font en concurrence avec l'addictologie traditionnelle. Il y a d'un côté le domaine de l'addictologie connu pour prendre en charge des personnes toxicomanes, dépendantes à l'usage de drogues illicites et de l'autre une addictologie qui se développe au sein d'un service hospitalier reconnu pour soigner les douleurs. Deux mondes sociaux au sein de la pratique hospitalière se côtoient tout en se dissociant par la patientèle et par l'usage (drogue / médicament). Le secteur de l'addictologie soigne bien souvent des personnes en marge de la société ou bien peu ou mal intégrées socialement, tandis que la médecine de la douleur soigne les dépendances de personnes insérées socialement. Enfin, la distinction de la prise en charge de la dépendance entre drogues illicites et médicaments est floue, dans le sens où la toxicomanie est traitée par des médicaments de substitution et celle aux médicaments par d'autres traitements médicamenteux de fond. Cette observation suffit-elle à affirmer l'existence d'une frontière entre ces deux domaines d'une même spécialité – le traitement de l'addiction –, ce qui signifierait la juxtaposition de deux médecines ?

Références bibliographiques

Baszanger, I. (1990). Émergence d'un groupe professionnel et le travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur. *Revue française de sociologie*, 31(2), 257-282.

Delcey, M. (2002). *Déficiences motrices et situations de handicap : aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques et législatifs, troubles associé*s. Paris : APF.

Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi. Dépression et société.* Paris : Odile Jacob.

Fletcher, F. (2003). Spasticité et douleur. *Evaluation et traitement de la douleur*, 125-133.

Goffman, E. (1975). *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps*. Paris : Éditions de Minuit.

Haxaire, C. (2002). Calmer les nerfs : automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes. *Sciences sociales et santé*, Numéro spécial : « Les médicaments : des prescriptions aux usages », 63-88.

Hennion, A., Vidal-Naquet, P., Guichet, F. et Hénaut, L. (2012). Une ethnographie de la relation d'aide : de la ruse à la fiction, ou comment concilier protection et autonomie : : Treize récits de cas sur l'intervention du réseau des proches, des aidants et des soignants auprès de personnes atteintes de troubles psychiques ou cognitifs. *Rapport de recherche pour la MiRe (DREES)*.

Jamoulle, P. (2000). *Drogues de rue. Récits et styles de vie.* Bruxelles : De Boeck.

Joubert, M. (2002). La vie de Marlène : entre dépendance et autonomie. *Ethnologie française*, 32(1), 103-114.

Le Bars, S. (2018). Des médecins se mobilisent contre les opioïdes, nouveau fléau de la société américaine. *Le Monde,* 23-01-2018.

Lance, J.W. (1980). Pathophysiology of Spasticity and Clinical Experience with Baclofen. *In* Lance, J.W., Feldman, R.G., Young, R.R. and Koella, W.P., *Eds., Spasticity : Disordered Motor Control*, Year Book, Chicago, 185-204.

Laure, P. et Binsinger, C. (2003) *Les médicaments détournés : crimes, mésusages, pratique addictives, conduite dopantes, suicide, euthanasie*. Abrégés de médecine. Paris : Masson.

Le Breton, D. (2002). *L'adolescence à risque* (p.14-36 ; p.98-105). Paris : Autrement.

Leroy-Malherbe, V. (2002). *Déficience motrices et situations de handicap* (p.153-162). Paris : APF.

Lovell, A-M. et Aubisson, S. (2008). « Fuitage pharmaceutique », usages détournés et reconfigurations d'un médicament de substitution aux opiacés. *Drogues, santé et société*, 7(1), 29-355.

Naudier, D. et Simonet, M. (2011). *Des sociologues sans qualités ? Pratiques de recherche et engagements* (p. 187-200). Paris : La Découverte.

Thoër, C., Pierret, J. et Lévy, J-J. (2008). Quelques réflexions sur des pratiques d'utilisation des médicaments hors cadre médicale. *Drogues, santé et société*, 7(1), 19-54.

Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme.* Texte réunis par I. Baszanger. Paris : L'Harmattan.

Van Gennep, A. (1981 [1909]). *Les rites de passage. Etude systématique des récits.* Paris : « La culture moderne ».

Références sur le Web

ANSM, Agence nationale de santé du médicament et des produits de santé, Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP), DTA (« Décès toxiques par antalgiques ») et ASOS (« Antalgiques, stupéfiants et ordonnances sécurisées »), RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE 2014, 2015 [http ://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Outils-de-surveillance-et-d-evaluation-Resultats-d-enquetes/(offset)/5] (19-03-2018).

ANSM, Agence nationale de santé du médicament et des produits de santé, Novatis Pharma SAS (avril 2014), PUT ATU cohorte SIDARLUD® [http ://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/40316477d8243ef6077a0902cf0e98a2.pdf] (20-11-2017).

HAS (Haute Autorité de santé), Merck Lipha Santé (février 2006) Commission de la transparence : dantrolène [https ://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct032436.pdf] (20-11-2017).