



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**UNIVERSITE PAUL VERLAINE DE METZ**

**UFR SCIENCES HUMAINES ET ARTS.**

**Thèse pour le doctorat de sociologie.**

Présentée et soutenue publiquement par **Saïd MEGHERBI.**

Le 8 novembre 2010.

**EMERGENCE DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX  
OPIACES EN MEDECINE DE VILLE.**

**Sous la direction de Jean-Yves TREPOS.**

**JURY**

**Claude MACQUET**, Professeur, Université de LIEGE.

**Philip MILBURN**, Professeur, Laboratoire Printemps, Université de VERSAILLES.

**Jean-Yves TREPOS**, Professeur, Laboratoire 2L2S/ERASE. Université de METZ.

**Claude JACOB**, Psychiatre, Praticien Hospitalier, JURY-LES-METZ.

*A mon père et mon frère, disparus, qui  
m'ont soutenu bien plus qu'ils ne  
l'imaginent.*

---

**Mes remerciements sincères vont à Jean-Yves TREPOS, qui au-delà d'une disponibilité remarquable, m'a appris depuis longtemps que la sociologie est un regard.**

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION GENERALE</b> .....	8
<b>CHAPITRE I. NAISSANCE D'UN COLLECTIF LES RESSORTS DE CETTE RECOMPOSITION</b> .....	42
<b>I. INTRODUCTION</b> .....	43
<b>II. LES TRANSFORMATIONS EN QUESTION</b> .....	46
<b>III. UN COLLECTIF EN CONSTITUTION</b> .....	53
1. Dissocier pour associer autrement .....	53
2. Rôle et propriétés des réseaux et des dispositifs .....	58
<b>IV. DISPOSITIF ET POLITISATION</b> .....	63
<b>PREMIERE PARTIE : RECOMPOSITION DU PAYSAGE DU CONTROLE DE L'USAGE DE DROGUES.</b>	
<b>CHAPITRE II. EVOLUTION ET STABILITE DANS LE DISPOSTIF DE « SOINS DES TOXICOMANES »</b> .....	68
<b>I. DU TOXICOMANE A L'USAGER DE DROGUES</b> .....	68
<b>II. TOXICOMANES, USAGERS DE DROGUES, PATIENTS : UNE FIGURE COMPOSITE</b> .....	71
<b>CHAPITRE III. DES PRATIQUES HYBRIDES ET TENDUES</b> .....	77
<b>CHAPITRE IV. L'ACTIVATION DE LA MEDECINE GENERALE</b> .....	85
<b>I. CRITIQUE DE LA « MEDICALISATION »</b> .....	85
<b>II. LA MEDECINE COMME EQUIPEMENT HETEROGENE</b> .....	91
<b>CHAPITRE V. GENESE DE LA BUPRENORPHINE, NAISSANCE D'UN MEDIEUR</b> .....	99
<b>DEUXIEME PARTIE : LA « SUBSTITUTION », UNE INVENTION QUI N'EXISTE PAS</b>	
<b>CHAPITRE I. LA « VOIE MOYENNE DE LA SUBSTITUTION »</b> .....	115
<b>CHAPITRE II. LE DISPOSITIF TECHNIQUE</b> .....	124
<b>I. LES ORIENTATIONS REGLEMENTAIRES</b> .....	124

1.	Les cadres d'utilisation.....	124
2.	Les moyens de suivi de la politique de substitution : la mise en place en place de comités départementaux .....	127
3.	Les instruments de formation et de sensibilisation.....	129
<b>II.</b>	<b>LES PRODUITS DE SUBSTITUTION .....</b>	<b>130</b>
1.	La méthadone .....	131
2.	La buprénorphine haut dosage .....	132
<b>CHAPITRE III.</b>	<b>L'ECHEVEAU DE LA SUBSTITUTION .....</b>	<b>134</b>
<b>I.</b>	<b>L'EVALUATION INACHEVEE.....</b>	<b>134</b>
1.	Une évaluation à dominante clinique .....	134
2.	Une transformation complexe .....	142
<b>II.</b>	<b>UNE SUBSTITUTION PLURIELLE .....</b>	<b>149</b>
<b>III.</b>	<b>UNE RENCONTRE INCERTAINE .....</b>	<b>148</b>
<b>CHAPITRE IV.</b>	<b>LA BUPRENORPHINE EST UN MEDIATEUR .....</b>	<b>161</b>
<b>I.</b>	<b>INTERFACE ET MEDIATION : ENTENDUS ET MALENTENDUS .....</b>	<b>162</b>
1.	Interface. La rencontre de deux mondes .....	162
2.	Le médiateur transforme .....	163
<b>II.</b>	<b>L'UNIVERS DE L'USAGE DE DROGUES EST UN COLLECTIF INVISIBLE .....</b>	<b>165</b>
1.	Qu'est ce que l'usage de drogues ? .....	167
2.	La substitution, une invention déjà inventée .....	169
<b>III.</b>	<b>UNE INTERFACE, UNE MEDIATION : DES RECOMPOSITIONS .....</b>	<b>173</b>
 <b>TROISIEME PARTIE : HEURISTIQUES DES USAGERS DE DROGUES.</b>		
<b>PARTIE INTRODUCTIVE .....</b>		<b>178</b>
<b>PREALABLE METHODOLOGIQUE .....</b>		<b>189</b>
1.	Une approche ethnographique.....	189
a.	Le centre de soins avec hébergement.....	189
b.	Le centre d'accueil et de soins pour toxicomanes.....	192

2.	Une construction progressive ma posture de chercheur.....	194
<b>CHAPITRE I.</b>	<b>LES « SORTIES DE LA TOXICOMANIE » : UNE APPROCHE PRAGMATIQUE.....</b>	<b>196</b>
<b>I.</b>	<b>LES CONTOURS DE L’USAGE DES DROGUES SOUS L’ANGLE DES « AUTO-CONTROLES ».....</b>	<b>197</b>
<b>II.</b>	<b>LES LIMITES DE CETTE APPROCHE : LE RECOURS AUX « HETERO-CONTROLES ».....</b>	<b>202</b>
1.	L’asymétrie de la relation institutionnelle.....	202
2.	Dépendance et interdépendance .....	207
<b>III.</b>	<b>LA SORTIE DE LA TOXICOMANIE COMME PROCESSUS DE CONVERSION IDENTITAIRE.....</b>	<b>210</b>
<b>CHAPITRE II.</b>	<b>LES « SORTIES DE LA TOXICOMANIE » : UN PROCESSUS COMPLEXE HETEROGENE ET HYBRIDE .....</b>	<b>217</b>
<b>I.</b>	<b>LA COORDINATION DE PLUSIEURS DIMENSIONS .....</b>	<b>217</b>
<b>II.</b>	<b>LES APPUIS DE L’EXPERIENCE DE LA SORTIE. UNE CONJUGAISON TEMPORELLE.....</b>	<b>222</b>
<b>CHAPITRE III.</b>	<b>UNE SOCIOLOGIE DE LA TRADUCTION .....</b>	<b>230</b>
<b>I.</b>	<b>LA RECHERCHE D’UNE VOIE MOYENNE.....</b>	<b>230</b>
1.	Au-delà des oppositions classiques .....	230
2.	La singularité des usagers de drogues .....	232
3.	L’attachement émotionnel de l’usage de drogues .....	235
<b>II.</b>	<b>MEDIATION, RESEAUX ET ATTACHEMENTS .....</b>	<b>240</b>
1.	La substitution des réseaux d’attachements .....	240
2.	Reconceptualiser, substituer, trier ses attaches .....	244
<b>III.</b>	<b>TRADUCTION.....</b>	<b>247</b>
<b>CHAPITRE IV.</b>	<b>TACTIQUES ET STRATEGIES.....</b>	<b>252</b>
<b>I.</b>	<b>L’ORIENTATION DES PRATIQUES.....</b>	<b>252</b>
1.	La résistance au cœur .....	252
2.	Les tactiques comme moyen .....	258
<b>II.</b>	<b>TACTIQUES LOCALES ET STRATEGIES GLOBALES .....</b>	<b>262</b>

1. L'équipement des usagers de drogues.....	262
2. Tactiques et gestion locale de la substitution .....	267
<b>III. LES HEURISTIQUES DES PERSONNES EN TRAITEMENT .....</b>	<b>272</b>
1. Les pratiques à la marge.....	272
2. Logiques d'usagers et tactiques ordinaires. La gestion des effets secondaires .....	294
<b>IV. TACTIQUES ET RECOMPOSITIONS.....</b>	<b>308</b>
1. Attachements, détachements, arrachements au cœur d'une même stratégie..	308
2. Les contradictions. Un mode de gestion ordinaire dans la substitution des attachements. ....	312
3. Les ressources. La difficile constitution d'un équipement. ....	318
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>321</b>

## **QUATRIEME PARTIE : LA RECEPTION DES MEDECINS.**

<b>PARTIE INRODUCTIVE. UNE PRATIQUE MEDICALE SINGULIERE .....</b>	<b>324</b>
<b>CHAPITRE I. LES CONTOURS D'UN ESPACE MEDICAL .....</b>	<b>331</b>
<b>I. PREALABLES EPISTEMOLOGIQUES.....</b>	<b>331</b>
<b>II. LES FONDATIONS DEFINITIVES.....</b>	<b>340</b>
1. La constitution d'un tryptique. ....	340
2. Les médicaments ont-ils tous un rôle politique ? .....	342
3. La double singularité du médecin généraliste. ....	347
<b>III. LE STATUT DES MEDECINS. ....</b>	<b>350</b>
1. Méthode d'entrée dans les entretiens. ....	350
2. Analyse des entretiens .....	356
<b>CHAPITRE II. UNE NOUVELLE EXTENSION DE LA MEDECINE GENERALE .....</b>	<b>359</b>
<b>I. L'ARRIVEE DE LA BUPRENORPHINE HAUT DOSAGE EN MEDECINE DE VILLE .....</b>	<b>359</b>
1. Une histoire déjà ancienne. ....	360
2. La découverte du « subutex » par les médecins généralistes. ....	361
<b>II. LES DEBUTS DE LA PRESCRIPTION .....</b>	<b>364</b>

1. La « toxicomanie » : des assemblages hybrides, des figurations variées.....	364
2. Stabilisation de la clientèle.....	372
<b>CHAPITRE III. LA BUPRENORPHINE : L'INTERMEDIAIRE D'UNE MISE EN ORDRE MEDICALE DES PRATIQUES .....</b>	<b>379</b>
<b>I. ELABORATION D'UN TRAITEMENT. LE CONTRAT OU LA REDUCTION DE L'INCERTITUDE.....</b>	<b>379</b>
1. La demande du patient. ....	379
2. La première consultation. Diagnostic et dosage initial : une côte mal taillée .....	382
3. Les prescriptions complémentaires .....	392
<b>II. LA DIMINUTION DES DOSAGES. UNE EPREUVE RECURRENTE .....</b>	<b>400</b>
1. Le sevrage, une médiation difficile. ....	400
2. Au rythme des patients et négociation .....	402
3. Le dernier palier incompressible. ....	408
<b>III. LES ENTORSES AU TRAITEMENT .....</b>	<b>411</b>
1. Le non respect de la prescription.....	411
2. Les consommations annexes. ....	424
3. L'anomalie ordinaire, le détournement. ....	427
<b>CHAPITRE IV. LA MEDIATION MEDICALE.....</b>	<b>430</b>
<b>I. DELIVRER, SOIGNER, UNE TENSION CONSTANTE.....</b>	<b>430</b>
1. De l'aspect somatique à la question du « soin ». ....	430
2. Réduction des risques, santé individuelle et Santé Publique. ....	439
<b>II. LA GREFFE DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION .....</b>	<b>443</b>
1. La buprénorphine, un médiateur controversé.....	444
2. Acquisition d'un savoir faire? .....	452
3. L'invention dans l'isolement.....	457
4. Médecine générale et substitution. Vers l'extérieur.....	464
5. L'espace politisé du médecin .....	468
<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>472</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>481</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>492</b>



## **INTRODUCTION GENERALE**

A la fin des années soixante se profile en France une menace qui allait prendre très rapidement l'ampleur d'un fléau national, celui de la drogue contre lequel il fallait de toute évidence réagir. Une loi est votée très rapidement, et en toute discrétion, le 31 décembre 1970 conciliant deux axes d'intervention. Le premier, et de loin le plus important, concerne l'aspect répressif et tous les moyens qui peuvent être mobilisés pour sanctionner le trafic et l'usage de stupéfiants. Le second introduit une alternative dans la mesure où les usagers de drogues, pour échapper à l'inculpation, peuvent souscrire à une démarche de « soin », l'injonction thérapeutique délivrée par le magistrat pour éviter la peine encourue.

Mais si l'usage de drogues relève aussi du « soin » encore faut-il mettre en place la réponse adéquate. Comment soigner ces consommateurs de drogues si on estime que leur consommation relève justement du « soin » ? Cette réponse ne sera pas immédiate et mettra plus d'une dizaine d'année à se construire. Finalement aux débuts des années quatre vingt et après dix ans de tâtonnements incertains une orientation se dessine. Pour pouvoir construire une offre de soin encore faut-il définir à qui elle s'adresse. Donc à qui s'adresse-t-elle ? Des usagers de drogues dont on ne comprend pas les motivations et qui nous laissent perplexes sur les raisons de leurs conduites. Des individus qui s'intoxiquent régulièrement jusqu'à l'épuisement et qui ne donnent aucun indice rationnel à cet acte ? Comment comprendre un individu qui semble se disqualifier par lui-même et par la nature même de ce qu'il entreprend ? La seule solution possible face à cette incompréhension réside alors dans l'agrégation de ces conduites pour leur donner sens dans une définition qui au fond fera l'unanimité : l'usage de drogues n'est que le symptôme d'une perturbation psychologique de la personne qui s'y adonne. De ce point de vue l'utilisateur de drogues devient un « malade », au sens psychologique,

dans la mesure où sa consommation n'est au bout du compte que le symptôme de la « maladie » à laquelle il faut s'atteler, bien que cette relation causale ne sera jamais réellement démontrée. Peu importe, cette définition est admise, l'équipement nécessaire peut se déployer pour engendrer une offre de soin avec ses spécialistes.

C'est à partir de ces prémisses que va se construire progressivement un dispositif qui se revendiquera « spécialisé ». Cette spécialisation trouvera effectivement sa raison d'être dans la relation causale entre consommation de drogues et perturbation psychologique de l'individu : le « toxicomane » moderne est né. Pendant plus de vingt ans ce dispositif régnera sans partage, avec l'assentiment du politique et de l'administratif, sur ce que l'on nomme couramment la « prise en charge des toxicomanes », entendu comme moyen de « guérir » des individus en réglant les perturbations à l'origine de leur dépendance. Mais il faut un intermédiaire pour cette traduction, une discipline qui puisse permettre cette explication causale et fournir les outils pour la mettre en œuvre : ce sera la psychanalyse qui servira de référence pour cette entreprise.

Ce dispositif fonctionnera pendant plus de vingt ans comme une croyance générale, un fait avec les explications qui lui sont subordonnées et donc les pratiques qu'ils convient de mettre en œuvre sans que jamais cet assemblage ne puisse se trouver réellement mis en question. Cette histoire a été traduite par Henri Bergeron comme étant la construction d'un dispositif à partir d'un « paradigme psychanalytique ». En ce sens ce sont les références à la psychanalyse qui servent de fondement à la construction du dispositif.

Mais ce dispositif bien structuré, et le monde professionnel qui le compose commencent à être déstabilisés doucement dans le début des années quatre vingt dix. L'arrivée et la propagation de la maladie liée au virus du SIDA semblent constituer les usagers de drogues comme un « groupe à risques » incertain et surtout invisible. A n'en pas douter le virus éclaire d'une autre manière l'état de la consommation des drogues qui n'étaient à présent traduite que sous le contrôle du dispositif officiel. Autrement dit arrive sur le devant de la scène une large partie de cette « population » invisible aux yeux des politiques publiques que le virus n'a fait que mettre en lumière. Cet événement n'est pas sans conséquence car devant l'urgence il y a lieu d'opter pour d'autres moyens afin de toucher le maximum d'usagers de drogues hors du dispositif spécialisé. Mais cette nouvelle orientation n'est possible que si l'on consent à changer de stratégie afin de s'adjoindre dans la mesure du possible le concours des

consommateurs de drogues. Mais cela signifie dans le même temps changer notre relation et notre perception, cesser de considérer le « toxicomane » comme « un malade » mais comme un individu responsable capable de participer à la résolution du problème dans le respect de sa consommation. Mais cette nouvelle posture suppose de sacrifier la question de l'abstinence comme seul moyen légitime de « guérison » avec tous les présupposés sur les origines de la consommation pour ne prendre en compte dorénavant que la seule urgence s'agissant de la maladie. Ainsi vont être progressivement déployés tous les moyens pour rendre plus sûre la consommation d'opiacés car c'est bien dans les conditions dans lesquelles se déroulent ces consommations que le virus rencontre un terrain fertile à sa multiplication. Il s'agit également d'aller chercher le plus loin possible ces consommateurs, dans les lieux mêmes où ils résident, se retrouvent, vivent et de leurs créer des lieux d'accueil ouverts sans exigences particulières. Pour développer ces actions un nouveau monde d'intervenants tend à se créer, rassemblant autant des professionnels que des militants convaincus de la nécessité d'une telle innovation. Dans la première moitié des années quatre vingt dix ce mouvement se développe, gagne du terrain et s'adjoint progressivement, mais néanmoins difficilement, les politiques et l'ensemble des professionnels : la question du SIDA, même lorsqu'il s'agit des drogues, ne peut laisser indifférente. C'est la naissance de la « politique de réduction des risques »<sup>1</sup> entrevue comme un ensemble cohérent d'objectifs et de moyens destinés à établir un autre rapport aux usagers de drogues pour en faire en définitive des partenaires contre l'extension de la maladie. On l'aura compris, ces nouvelles orientations se positionnent en complète rupture avec celles entretenues par le « dispositif spécialisé », sur fond de psychanalyse, depuis quarante ans. Dans le cadre de cette nouvelle politique il est question aussi des produits de substitution. Il y a d'abord la méthadone, bien connue et éprouvée depuis des décennies dans les autres pays européens, dont la libéralisation se fera progressivement en France mais toujours dans le cadre des centres de soins spécialisés et selon des protocoles très stricts. Son développement est considérable dans ces centres qui de fait réajustent considérablement leurs orientations thérapeutiques. Jusque là on peut dire que cette évolution et les changements qui lui sont consécutifs ne concernent que le champ de ce monde professionnel attaché spécifiquement à la question, le débat reste quand même interne aux professionnels de ce même champ. Mais au mois de mars 1995 une circulaire ministérielle viendra considérablement bouleverser cet univers. Elle autorise simplement, pratiquement du jour au lendemain, l'offre d'une nouvelle alternative « thérapeutique ». Cette dernière est

---

<sup>1</sup> Politique inspirée en fait de ce qui se fait dans bon nombre de pays européens sous le nom de *harm reduction policies* que l'on pourrait traduire par « politique de réduction des dommages ».

symbolisée par la buprénorphine haut dosage, médicament que n'importe quel usager de drogues pourra se faire prescrire par n'importe quel médecin généraliste et comme n'importe quel médicament ordinaire. L'action de ce produit, un opiacé de synthèse, est on ne peut plus simple du point de vue de ces concepteurs. Il est censé enrayer l'envie de drogues par un apport stimulant régulé tout en palliant les effets négatifs de l'héroïne. Il n'y a aucun risque d'overdose, le produit, présenté en comprimés n'est pas injectable et doit être pris, pour que son action soit complète, en mode sublingual une fois par jour en moyenne. En définitive et débarrassé du problème le liant à la drogue, le patient peut aspirer ensuite à recouvrer une vie normale avec en arrière plan l'objectif consistant à diminuer progressivement les doses de son traitement afin de s'en débarrasser complètement.

Cette dernière étape est significative. En l'espace de quelques mois la politique du contrôle de l'usage des drogues semble faire un virage à 180 degrés en instituant une nouvelle forme de gestion de la prise en charge des usagers de drogues encore inédite en Europe. La « toxicomanie » et son traitement, en étant confiés à la fin aux médecins généralistes par le truchement de la prescription de la buprénorphine haut dosage, semble se banaliser au point de devenir un peu plus de dix ans après une activité médicale routinière. Mais ceci n'ira pas de soi et pose sensiblement encore quelques problèmes.

### **Un décentrement sur la médecine générale. Un tournant dans le contrôle de l'usage des drogues.**

Depuis sa mise sur le marché et son arrivée dans les pharmacies, la buprénorphine haut dosage et donc la question de la « substitution » en médecine générale n'ont pas cessé d'alimenter les milieux professionnels et politiques et le sujet ne semble pas vraiment s'épuiser. Beaucoup de choses ont été écrites, de nombreuses études et évaluations ont été publiées, menées plus ou moins régulièrement mais la plupart du temps de manières très disparates et relativement localisées. De plus et dans la très grande majorité des cas, ces recherches ont généralement associé des médecins particulièrement investis dans le domaine mais qui ne représentent, somme toute, qu'une faible minorité de la totalité des médecins qui prescrivent. Certes la plupart d'entre eux ont déjà eu des contacts plus ou moins réguliers avec des usagers de drogues avant l'instauration de ce traitement et confient que le problème ne

leur était pas totalement inconnu. Mais la question ne s'est jamais posée réellement en dehors d'une interaction immédiate face à un patient, certes dérangeant et souvent indiscipliné, venant chercher de l'aide souvent d'une façon très maladroite, quelque fois violente. En tous cas, aucun des médecins rencontrés dans le cadre de cette recherche ne peut prétendre avoir eu des relations régulières, quelques soient leurs fréquences, avec des patients identifiés comme « toxicomanes » et avec le recours régulier d'appuis médicamenteux prescrits dans ce sens.

Ainsi depuis treize ans cette nouvelle forme de collaboration avec les usagers de drogues a été beaucoup commentée. La « substitution » en médecine générale a été théorisée et évaluée pour mettre en relief son côté « positif », dénoncée et mise en question s'agissant des détournements dont elle semble régulièrement faire l'objet pour alimenter un « marché noir » des drogues. Cependant les travaux et études menées dans le cadre « thérapeutique », certes avec les médecins les plus investis, l'ont toujours été dans une perspective clinique avec les présupposés classiques que l'on retrouve généralement en terme d'efficacité destinée à mesurer un écart depuis l'entrée dans le protocole de soin et à partir d'une combinaison de divers facteurs d'appréciation. D'une manière générale et quelque que soit la partie de la molécule que l'on veut faire parler il n'est pas déraisonnable de dire que la « substitution » et le produit qui en est à l'origine ont particulièrement été surexposés, que cette nouvelle modalité d'interaction avec les usagers de drogues a probablement fait l'objet ces dix dernières années d'une surinterprétation quelque peu éloignée de ce qu'elle représente réellement aux yeux de ceux qui l'expérimentent régulièrement, médecins et usagers de drogues.

Pourquoi privilégier l'activité médicale et son nouvel objet, vus de l'intérieur, lorsqu'on touche une question qui semble tenir au monde des drogues et à sa transformation, et dont on attendrait plutôt un point de vue « macro social » élaboré à coup de statistiques et de théories bien raisonnées ? Ce parti pris repose sur deux raisons qui se tiennent selon nous et que nous avons déjà commencé à discuter. La première repose sur des choix épistémologiques que nous expliciterons plus tard mais dont on peut dire d'ores et déjà qu'ils revendiquent la lecture d'une certaine réalité assez éloignée des traductions classiques dont on veut justement s'extraire. La seconde, qui en est en quelque sorte la conséquence, tient au fait que les propos des médecins généralistes, comme ceux des usagers de drogues, semblent le plus souvent bien éloignés de ces enjeux, de ces débats et des diverses théories qui les alimentent, autrement dit

de cette « construction » que semble bien représenter aujourd'hui la « substitution ». Au bout de treize ans il n'est pas déraisonnable de faire l'hypothèse que si la « substitution » s'est constituée comme une nouvelle politique de prise en charge des usagers de drogues, c'est probablement sans les principaux intéressés, les médecins qui la pratiquent au quotidien et leurs patients qui la vivent plus ou moins difficilement. Car finalement les médecins généralistes tendent à nous la présenter de manière relativement banale, certes avec les problèmes qui émaillent plus ou moins une relation quelque peu atypique, l'engagement quelque fois particulier qu'elle demande ou les désillusions récurrentes, mais certainement sans les excès et les drames que l'on serait susceptible d'attendre lorsque l'on imagine la « nature » des patients, en l'occurrence les « toxicomanes ». En revanche la question est bien loin d'être réglée et on s'apercevra que chaque médecin s'équipe avec les moyens dont il dispose pour rendre intelligible ce qu'il considère comme étant ou non un problème et expliciter les pratiques qu'il engage pour y faire face. Mais à un autre niveau nous verrons également que les questions posées par les médecins sur l'activité médicale des traitements de substitution et leurs patients renvoient très rarement aux dispositifs et aux politiques publiques, l'extérieur, mais représentent aussi et surtout des questions posées sur la médecine générale et les médecins généralistes, l'intérieur.

Ainsi il semblerait y avoir un décalage relativement significatif entre la diversité des gestes et des postures médicales à l'égard des traitements de « substitution » et la mise en forme d'une politique agglomérée ici et là par des traductions essentiellement quantitatives sur « l'efficacité » du traitement en fonction des objectifs qu'on lui assigne et dont la médecine générale serait le support. Cependant cet « extérieur » s'il n'est pas pour nous capital comme inspiration et source explicative, puisque nous nous en démarquons, est pour le moins nécessaire à la compréhension de l'ensemble car notre objet, si l'on veut qu'il soit compris à sa juste mesure, et dans les différentes dimensions qu'il suggère, aura besoin d'un contexte. Autrement dit, s'il n'est pas question à proprement parler des politiques publiques et de leur évolution, bien que ces dernières aient leur importance car ils servent de cadre, de guide et d'appuis, même minimes, pour nos acteurs. Mais à travers l'histoire récente qui préside à leur transformation nous les aborderons d'une manière un peu spécifique, pour justement ne pas céder à la tentation des « construits » dont la « substitution » est largement issue.

On peut se douter de la surprise des intervenants du « dispositif spécialisé » lorsque la buprénorphine haut dosage obtient l'autorisation de mise sur le marché. Bien sûr, la

méthadone est rendue un peu plus visible depuis 1994, nous y reviendrons. Après plus de quarante années d'un traitement spécifique fait par un monde professionnel qui l'a érigé en « spécialité », le « soin des toxicomanes » comme dispositif très fermé semble se dissoudre définitivement en quelques mois pour être confié à des non-spécialistes que l'on regarde avec un œil plus ou moins suspect quant à la rigueur de leurs prescriptions et du suivi des patients, en règle générale. Comment les médecins généralistes peuvent-ils revendiquer une quelconque compétence en la matière ? Cette question en amènera beaucoup d'autres avec elle, centrées la plupart du temps sur la dénonciation d'une prise en charge « médicalisée » qui ne règle rien sur le fond mais qui dans sa globalité participe à la « neutralisation » des toxicomanes par voie chimique.

Mais quittons cet extérieur, reportons le, pour nous intéresser à ceux à qui on parle finalement peu directement, les médecins généralistes de « base » qui pratiquent cette activité au quotidien sans avoir l'impression d'être le produit d'une histoire des politiques publiques ni les représentants d'un quelconque dispositif. Plus de dix ans ont passé et la prescription des produits de substitution à l'héroïne semble bien avoir été digérée par la diversité des pratiques médicales, dissoute dans les nombreux plis d'une activité généraliste marquée par sa grande hétérogénéité, ce qui en fait à la fois la force et la faiblesse, nous y reviendrons largement.

Donc globalement notre objet se construit à l'intersection de deux perspectives. D'une part la « médecine générale », entité qu'il nous faudra désagréger, une médecine ouverte, malléable, et apparemment sans limites capables d'absorber toutes les demandes, de satisfaire à toutes les exigences puisque directement en prise avec ces dernières. D'autre part un problème, nouveau et particulier pour elle, sans doute singulier, et qu'elle tente de gérer avec l'équipement et les ressources dont elle dispose ce qui ne va pas sans lui pose quelques questions. Si les traitements de « substitution » interrogent les médecins à plus d'un titre, nous aurions tort de croire que ce problème est le seul qui fasse cet effet. Ces médecins semblent en constante interrogation sur leur propre fonction et chaque cas semble apporter une dimension supplémentaire à ce travail qui au fond semble bien constituer cette médecine et sa raison d'être.



## **Complexité et incertitude d'une médecine.**

Nous avons préalablement précisé que le recours aux traitements de substitution dans le cadre de la médecine générale ne représentait que le dernier palier d'un mouvement entamé au début des années quatre vingt dix dont les actions allaient prendre corps dans le giron d'une nouvelle politique du contrôle de la consommation des drogues : la « réduction des risques ». Au-delà de l'étonnement provoqué par la rapidité et le libéralisme de cette ouverture à la médecine générale, nous aimerions soutenir l'hypothèse que cette finalité n'est pas réellement une surprise et qu'elle se situe au contraire dans le développement logique d'une nouvelle conception de la prise en charge de la « toxicomanie » dont la médecine générale ne pouvait apparaître que comme le dernier partenaire presque « naturel » de cette politique. Mais ceci nécessite une explication. Nous devons auparavant établir une radiographie de cette « médecine » sans quoi le reste de notre problématique n'aurait pas grand sens.

### ***Une délimitation difficile.***

Un constat préalable s'impose lorsque l'on évoque cette médecine particulière qui fait maintenant pratiquement partie du quotidien de tout un chacun, en tous cas une médecine qui semble bien rester la première ressource lorsque nous supposons une altération de notre organisme. Depuis la fin des années cinquante cette médecine, que l'on définit généralement comme étant celle des « soins primaires », a toujours fait l'objet d'un travail de délimitation s'agissant de ses objectifs et de sa raison d'être, et d'un travail de clarification pour légitimer ces derniers. Autant dire que la clarification des missions du médecin généraliste depuis cette période, la définition précise de ce qu'est l'exercice de la médecine générale semble encore aujourd'hui un travail largement inachevée, pour peu que cet achèvement puisse s'exprimer un jour, nous y reviendrons plus tard. Mais finalement de quoi parle-t-on lorsque l'on parle de médecine générale ? Comment cette composante de la médecine s'est-elle constituée ? L'histoire récente, que nous formulerons rapidement, de la profession médicale, prise dans son ensemble, est éloquente à cet égard. Jusqu'à la fin des années cinquante il n'y avait qu'une médecine, la médecine générale « qui représentait autant dans les faits que dans les représentations » ce que devait être la « vraie médecine », la « vraie pratique médicale »<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Bloy G., *Socialisation et transmission professionnelles en médecine générale : étude sociologique du stage chez les praticiens*, Programme sciences biomédicales, santé et société, CNRS/INSERM/DRESS/MIRE, 2004.

L'essor des spécialités en médecine, porté par les progrès scientifiques toujours plus pointus, va segmenter l'intervention pour appréhender le corps humain essentiellement dans les organes qui le constituent. Cette approche fonctionnaliste, au sens premier, consacre les spécialités comme étant les seules légitimes à se prononcer sur le fonctionnement des différentes parties du corps et donc comme les seules susceptibles d'apporter des réponses à leurs dysfonctionnements. Qu'advient-il de la médecine générale puisque les spécialités se sont emparées de l'ensemble du territoire ? Elle prendra finalement ce qui lui reste au regard des prérogatives des différentes spécialités. C'est ainsi que la définition de la médecine générale se dissout progressivement, puisqu'elle se constitue par défaut, sans qu'aucune raison strictement médicale ne lui soit laissée<sup>3</sup>. D'autant plus qu'il n'existe visiblement aucun texte spécifique pour délimiter les champs d'activité de la médecine générale et des spécialités<sup>4</sup>. Ainsi l'émergence des spécialités, portée par les progrès scientifiques, s'est accompagnée d'une légitimité intellectuelle qui s'est concentrée logiquement dans l'hôpital « autour des cas difficiles et complexes à diagnostiquer ou à traiter » centrés sur la plupart du temps sur un organe, une pathologie<sup>5</sup>. On peut comprendre que cette spécialisation extrême qui découpe le corps jusque dans ses derniers recoins laisse peu de place à une médecine générale qui semble disparaître dans le même mouvement. Car dans le même temps où les spécialités gagnent en définitions particulières, la médecine générale semble se dissoudre au profit de cette segmentation croissante où elle devient ainsi ce « champ d'activités moins ou peu définies, voire indéfinissables, ce « qui reste », ce dont les divers spécialistes ne s'occupent pas, parce qu'ils font plus et autrement, ou parce que cela ne requiert pas de compétences particulières »<sup>6</sup>. C'est finalement la réforme Debré de 1958 (adoptée par ordonnance) qui consacre définitivement la médecine spécialisée. Cette dernière crée les CHU (Centre Hospitaliers Universitaires), endroits qui symbolisent l'essentiel de l'excellence en matière de soins, de formation et de recherche universitaire.

Que devient finalement la médecine générale dans cette recomposition ? Elle n'est plus vraiment considérée comme une discipline médicale, dans le sens strict du terme, dans la mesure où la « véritable » médecine se produit dorénavant dans les hôpitaux universitaires avec tout le prestige et la reconnaissance qui l'accompagne. Dans ce cas être « médecin »

---

<sup>3</sup>Arliand M., *Les médecins*, Paris, La Découverte, 1987.

<sup>4</sup>Broclain D., « La médecine générale en crise ? » in P. Aïach D., Fassin (éd), *Les Métiers de la santé*, Paris, Anthropos-Economica, 1994.

<sup>5</sup>*Ibid.*

<sup>6</sup>Bungener M, Baszanger, I., « Médecine générale, le temps des redéfinitions », in Baszanger I, Bungener M, Paillet A (dir), *Quelle médecine voulons nous ?*, Paris, La Dispute, 2002.

signifie avant tout travailler dans ce lieu d'excellence que constitue « l'hôpital », ce qui fatalement tend à produire une « élite » dans la mesure où les places y sont particulièrement chères puisque sujettes à des concours. La médecine générale subit ainsi sa propre constitution par défaut puisque dépendante dans le même temps des autres spécialités qui gagnent rapidement en technicité et donc en légitimité, pour devenir progressivement et en définitive le « segment »<sup>7</sup> pauvre de la profession médicale, largement dominée dans cet univers parce que ne faisant plus partie de ce qui constitue la « vraie » médecine, éloignée du progrès scientifique médical seul propriété des spécialistes. Dans la même idée une nouvelle ère s'ouvre dans le début des années quatre-vingt par la réforme de l'internat qui intervient en 1984 et la création d'un concours qui légitime de fait une « coupure symbolique puissante entre les étudiants jugés dignes de devenir spécialistes, du fait de leur réussite au concours de l'internat et les autres »<sup>8</sup>. Autrement dit ce concours va servir de ligne de partage pour promouvoir au rang de spécialistes ceux dont l'héritage culturel les aura destinés à ce statut et laissera les autres occuper un rang dominé dans la hiérarchie médicale, les « généralistes »<sup>9</sup>.

Cependant à la fin des années quatre-vingt dix des changements surviennent. Le début des années 2000 semble bien traduire la volonté de redonner à ceux qui se destinent à la médecine générale des « compétences accrues » et « une qualité propre aux médecins généralistes »<sup>10</sup>. Dans cette optique une nouvelle réforme du concours de l'internat voit le jour et qui institue la médecine générale comme « spécialité » à part entière<sup>11</sup>. Mais cette épreuve ne règle pas tout. La médecine générale doit encore se constituer comme une discipline universitaire ce qui est encore loin d'être gagné. Après quatre ans d'un combat acharné, la loi du 8 février 2002 « relative aux personnels enseignants de médecine générale » viendra mettre tout le monde d'accord en créant définitivement et officiellement un département universitaire de médecine générale. Mais encore une fois tout n'est pas réglé.

---

<sup>7</sup> La segmentation de la profession médicale n'est pas nouvelle. Elle a été décrite très tôt par la sociologie interactionniste et plus particulièrement par un courant porté par Anselme Strauss sur lequel nous reviendrons. L'un des articles fondateurs, Bucher R Strauss A., « Professions in process », *Américain Journal of Sociology*, n° 46, jan, 1961 est traduit dans *La trame de la négociation*, Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger, L'Harmattan, 1992.

<sup>8</sup> Bloy G., *op. cit.*, 2004.

<sup>9</sup> Hardy-Dubernet A-C, « L'internat de médecine ou la formation par la concurrence », in Cresson G, Druhle M, Schweyer F-X. (dir), *Coopération, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, ENSP, 2003.

<sup>10</sup> Bloy, *Ibid.*

<sup>11</sup> Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004. Ce décret institue le DES (diplôme d'étude spécialisé) de médecine générale. La médecine générale devient officiellement une spécialité au même titre que les autres.

## *Une stabilisation toujours à l'œuvre.*

Malgré cette bataille statutaire la médecine générale n'a pas résolu tous ses problèmes, loin s'en faut. Le fait de l'avoir érigée en « spécialité » représente certes une reconnaissance (très relative) au regard de ses pairs mais ne règle rien sur le fond car cette « spécialité » continue de se débattre pour faire valoir son existence, continue de s'organiser pour traduire au monde sa raison d'être, nous y reviendrons. Car c'est bien sa place et son rôle qui sont constamment questionnés dans le système de soins français comme les jugements et les attentes à son égard en témoignent depuis maintenant plus de cinquante ans<sup>12</sup>. Pour le comprendre revenons à la définition de la médecine générale comme étant aussi celle du « premier recours » ou des « soins primaires ». Mais ce rôle semble déjà lui être disputé par les autres segments de la profession. On peut se douter qu'il existe en effet une réalité très contrastée des « soins primaires » dans la mesure où ils sont également dispensés par d'autres médecins dont ce n'est pas forcément l'objectif mais qu'ils prennent en compte pour diverses raisons : le secteur hospitalier dans le cadre des urgences, beaucoup de spécialistes dans le cadre du suivi de leurs patients ordinaires (gynécologues, pédiatres...), d'autres spécialistes dans le suivi des affections de longues durées autrement dit les maladies chroniques ou le spécialiste fait également office de généraliste. Pourtant cette tendance n'empêche pas une fréquentation deux fois plus élevée chez les médecins généralistes que dans n'importe quelle autre spécialité libérale<sup>13</sup> et cela bien avant la réforme de 2004<sup>14</sup>.

Pourtant le manque de définition et de stabilité de la médecine générale semble bien rester la principale caractéristique d'une spécialité qui n'en est pas vraiment une au regard des autres, une médecine peu légitimée, sans véritable objet médical, et qui a perdu maintenant depuis plus de quarante ans son monopole au détriment des divers « spécialistes » qui ont drainé partiellement sa clientèle, du segment le moins prestigieux et le moins valorisé de la profession.<sup>15</sup> Alors que lui reste-t-il au bout du compte? Comment la définir si elle n'est rattachée à aucun rôle médical particulier, lui-même attachée à une partie du corps précise? Dans les « spécialités » c'est la fonction et la raison d'être de l'organe, et la pathologie qui lui

---

<sup>12</sup> Bloy G., *Une médecine générale durablement dépréciée ? Enquête sur une évidence*, Observatoire national de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), 2008.

<sup>13</sup> De Pourville G., *Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : propositions*. Rapport remis au ministre de la Santé et au ministre délégué à la Recherche, 31 mai 2006.

<sup>14</sup> La loi du 13 août 2004 constitue la médecine générale comme « le pivot du parcours de soins ».

<sup>15</sup> Jaisson, M., « L'honneur perdu du généraliste », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002/3, 143, p.31-35. Les médecins généralistes apparaissent comme la « spécialité » dominée dans la hiérarchie médicale.

est associée, qui définissent techniquement la spécialisation par une rationalisation extrême du segment médical défini par des actes professionnels propres dans un domaine d'intervention très circonscrit ainsi que la constitution d'un savoir et d'un enseignement propres à cette spécialité<sup>16</sup>. Alors si le rôle des spécialistes est de traiter séparément chaque organe et la pathologie qui lui correspond, quel est celui du médecin généraliste qui n'a aucun organe particulier à traiter mais l'être humain dans toutes ses dimensions et bien plus ? On pourrait dire que sa spécialité est une non-spécialité ce qui la condamne inévitablement à une généralité qui paradoxalement est sa spécialité<sup>17</sup>. Alors comment définir cette spécialité qui n'en est pas vraiment une, et qui ne peut l'être, au regard des définitions techniques qui dominent le monde médical ? Depuis maintenant une dizaine d'années les associations de médecins généralistes et diverses administrations et institutions ont entrepris de repenser l'exercice de la médecine générale pour l'extraire de cette impasse qui consiste à l'appréhender en « creux » des spécialités. Ainsi et au lieu de lui chercher une spécificité technique introuvable, il s'agit dorénavant de lui trouver un autre espace d'expression en jouant sur « ses missions et sur le caractère majoritairement libéral de son exercice »<sup>18</sup>. Dans la même lignée, c'est aujourd'hui la définition émise par la WONCA et sa filiale européenne qui semble inspirer les critères européens<sup>19</sup>.

### ***La force d'une médecine techniquement faible.***

Lorsque la buprénorphine haut dosage a déferlé sur les médecins généralistes beaucoup ont été pris de court et la majorité des médecins interpellés par ce nouveau traitement n'a pas vraiment eu droit à la parole. Tout au plus se sont-ils adaptés à ce nouvel appendice de leur activité comme ils s'adaptent finalement à toutes les demandes qui font d'eux des médecins « pluridimensionnels »<sup>20</sup>. Mais au fond que signifie cette incapacité à définir la médecine générale ? Nous savons maintenant la difficulté à lui trouver une spécificité technique en tant

---

<sup>16</sup> Hassenteufel P., *Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne*, Presses de Sciences po, 1997.

<sup>17</sup> On pourrait gloser longtemps sur cette opposition entre généralistes et spécialistes et dont l'un des médecins me donnait une traduction assez intéressante : « le généraliste est celui qui en sait de moins en moins sur un grand domaine d'intervention et le spécialiste est celui qui en sait de plus en plus mais sur un tout petit domaine d'intervention ».

<sup>18</sup> Office National de la Démographie des Professions de Santé, rapport annuel, 2008.

<sup>19</sup> World Organization of national Collèges, Académies en Académic Associations of General Practitioners/Family Physicians représente l'organisation mondiale des médecins généralistes/médecins de famille qui regroupe environ 200 000 médecins dans 80 pays. La WONCA Europe a mis au point un document en 2002 précisant les caractéristiques et le rôle de la médecine générale ainsi qu'une description des compétences fondamentales du médecin généraliste/médecin de famille. Ce document précise onze critères spécifiant le rôle et la mission du médecin ainsi que les compétences médicales de premier recours.

<sup>20</sup> Terme employé par l'un d'entre eux pour qualifier la diversité des demandes qui lui sont soumises chaque jour.

que spécialité introuvable, ou sa place dans le parcours de soins qui la condamne à un rôle incertain, positions que les intéressés eux-mêmes peinent à définir tant la tâche semble immense et par beaucoup de côtés indéfinissable. Pourtant il nous faut réduire cette tâche en optant pour une approche pour ensuite comprendre la complexité de l'objet que nous tentons de définir. Donc réduisons la question à sa formulation la plus simple et demandons nous comment le médecin généraliste est fabriqué, ou finalement qu'est ce qui fait le médecin généraliste au sortir de sa formation? Au détour de nos lectures une définition nous a véritablement frappé mais non sans raison, nous le verrons plus tard. Jacques Barsony dans son approche de la médecine générale semble ouvrir une autre voie problématique dans laquelle la médecine générale trouve véritablement une autre raison d'être, complètement décalée des normes médicales<sup>21</sup>. Pour lui il n'est plus question aujourd'hui du « médecin » pris au « singulier », mais des « médecins » qui finalement ne sont qu'un agglomérat d'une médecine générale difficile à définir en tant que telle. Mais comment expliquer l'existence d'un tel collectif, agrégat d'individus ayant quelques dispositions similaires de par une identité collective et motivés par une même « conscience »<sup>22</sup> sur ce qui semble faire cette profession.

La fabrication du médecin généraliste n'est finalement pas très difficile à suivre si l'en croit Jacques Barsony et je pense qu'elle mérite qu'on s'y attarde. « En une semaine le médecin voit une centaine de patient et en hospitalise un » ce qui est une proportion infime au regard des patients accueillis. Effectivement les hospitalisations sont très rares, les médecins n'hospitalisent qu'en dernier recours dans des cas d'extrême urgence ou lorsqu'ils pensent que cette hospitalisation vaut mieux que le recours à un spécialiste : « j'ai préféré l'hospitaliser ». Cependant, précise-t-il, ce patient hospitalisé, qui souffre d'une maladie réelle, a été « décortiqué » pendant huit ans d'étude mais qui au final ne représente qu'un pour cent de sa clientèle. A l'issue de ces études le « médecin recevra 99% de cas inconnus et 1% d'un cas très bien connu puisqu'il l'aura étudié pendant huit ans mais qu'il hospitalisera aussitôt ». C'est pour Claude Barsony un « défaut structurel » de la formation qui en vient à produire un « certain type de professionnel » qui au bout du compte fabrique un médecin avec une « mentalité d'autodidacte » peu légitime au regard des autres « spécialités » beaucoup plus équipés techniquement avec un rôle délimité à la pathologie qui définit leur intervention.

---

<sup>21</sup> Barsony J., « Du bon usage du médecin généraliste », *Interdépendance*, n°23, mars-avril, 1997. Jacques Barsony est médecin généraliste et membre du groupe de recherche en médecine générale à Toulouse.

<sup>22</sup> Je reviendrai plus tard sur ce point pour le définir complètement.

Mais contrairement à ses collègues, sa formation, plus générale, lui permet de faire face à « toutes les pathologies nosologiquement répertoriées ». Ainsi le médecin est partout à la fois, sachant répondre à toutes les questions mais sans entrer dans le détail, prenant en compte toutes les dimensions annexes à la maladie. Nous aurions beaucoup de peine à trouver une quelconque spécialité dans ce que nous venons de dire, mais encore une fois il faut nous extraire du regard normatif médical pour comprendre le rôle dévolu au médecin généraliste. Cet éclairage nous est suggéré en définitive par notre médecin lorsqu'il définit au bout du compte la mission du médecin généraliste comme étant celui qui « remplit un rôle minimum mais indispensable » dans lequel il va perpétuellement « inventer sa pratique ».

Ainsi la médecine générale se définit dans de multiples contradictions. Elle semble faible dans le rôle qu'elle remplit d'un point de vue technique au regard des autres spécialités, mais forte parce qu'elle se révèle indispensable dans un autre rôle qui permet au monde médical et à la politique de soin de tenir debout. Sans le médecin généraliste il semble bien que toutes les politiques publiques de santé perdraient l'ossature qui leur permet d'exister, c'est pour cette raison que son rôle semble bien suivre le mouvement d'une société qui se détermine constamment sur ses politiques de santé. C'est cette seconde acception qui nous semble importante. La médecine générale draine toutes les dimensions de la « maladie » qu'elle que soit la définition qu'on lui donne et qu'elle que soit la définition que lui donne le futur patient. Ce rôle « minimum » et très ouvert d'un point de vue technique se révèle à contrario être la force d'une médecine qui tient un rôle « maximum » dans la politique de soin générale. Ainsi par les liens discontinus, imparfaits et hétérogènes qu'elle entretient, cette médecine se révèle comme le maillon fort d'une politique, malgré sa faiblesse technique au regard des autres spécialités. En somme dirions nous, c'est dans sa faiblesse technique que la médecine générale tire sa force et sa raison d'être, décalée des critères normatifs médicaux traditionnels.

Mais cette perspective consistant à puiser dans une apparente contradiction n'est pas nouvelle. Autrement dit, il nous reste à trouver un modèle qui puisse nous expliquer le rouage. Le passage du « dispositif spécialisé » à la « politique de réduction des risques » ne suppose pas pour nous une rupture franche, nous le verrons, mais plutôt pour une recombinaison complexe entraînant la mise en place d'une architecture mouvante, dynamique dans laquelle les individus sont inégalement investis dans des actions inégalement exigeantes. Les usagers de drogues sont invités à participer aux actions mises en place mais doivent en contre partie collaborer en acceptant la contrainte nécessaire au maintien du dispositif. Les contraintes

peuvent être très faibles comme dans le cas de l'échange des seringues ou la simple présence dans un lieu d'accueil ou très fortes lorsque l'utilisateur demande un remplacement de sa consommation d'héroïne par la méthadone. C'est sur ces contrastes que s'est bâtie la « réduction des risques », dans un premier temps admettre que l'on puisse avoir des liens à géométrie variable avec les usagers. En d'autres termes cette politique soutenait qu'il fallait absolument sortir d'une action institutionnelle déterminée, tout le temps forte, et sensiblement cloisonnée, pour créer des espaces dans lesquels les usagers de drogues puissent s'exprimer en fonction de ce qu'ils avaient envie de dire. Ces espaces que l'on tente de stabiliser prennent la forme de ce que l'on appelle couramment les dispositifs, regroupés dans une même politique, dont la particularité réside justement dans l'engagement relatif des participants. On peut cependant considérer que cette politique, et la majorité des dispositifs qui la constituent, tendent à assouplir les liens entretenus avec les usagers de drogues jusqu'à son summum, l'intervention de la médecine générale. C'est en définitive une exigence particulière que demande le dispositif, une injonction presque paradoxale qui établit que les individus puissent le pratiquer de manière faible, voire quasi inexistante, ce qui en fait à contrario la force et permet de le faire exister, autrement dit un dispositif basé sur « la force des liens faibles »<sup>23</sup>. Alors quelle est la relation avec l'hypothèse que nous allons introduire ? Simplement que la médecine générale, au sein de la nébuleuse des segments de la « profession » médicale, est un dispositif de même nature. Ainsi le rôle de la médecine générale, contrairement aux « spécialités », est toujours en construction parce que sa raison d'être relève moins d'une intervention purement technique, forte, que d'une mission globalement identifiée mais indéfinissable, toujours en débat au sein de la « société », faible. Mais c'est justement ce flou, ce manque de définition précise, cette faiblesse, qui permet à ces dispositifs d'exister parce que justement taillés pour satisfaire à toutes les demandes, toutes les exigences et d'en faire la force. Si les pouvoirs publics ont été contraints de confier aux médecins généralistes la prise en charge des usagers de drogues, en instituant une relation minimale et ouverte par le biais des traitements de substitution, c'est bien parce que la force de la médecine générale, dans sa faiblesse, pouvait absorber ce nouveau mode d'intervention qui se constituait sur les mêmes principes.

---

<sup>23</sup> Trépos J-Y., «La force des dispositifs faibles : la politique de réduction des risques en matière de drogues », *Cahiers internationaux de sociologie*, 2003, vol 114, p.93-108.



## **Les médecins généralistes et les traitements de substitution. Une médiation.**

Il s'agit maintenant de comprendre comment les médecins généralistes absorbent ce nouvel appendice de leur activité médicale. Loin des discours nous essayons de comprendre ce que ces médecins engagent dans leurs prescriptions, et finalement au-delà des pratiques, la manière dont cette nouvelle activité est digérée par chaque médecin. Nul doute que la « substitution » donne à l'intervention médicale une coloration particulière de par sa singularité et son absence totale de références médicales classiques. A ce titre la « substitution » représente probablement un objet intéressant pour questionner la configuration particulière de cette médecine à plus d'un titre. L'expérience des traitements de substitution et les effets qu'ils provoquent chez les patients, auxquels tout un chapitre sera consacré, sont difficilement communicables aux médecins justement à cause de cette dimension particulière qui fait de ces patients en même temps des usagers de drogues victimes de représentations spécifiques. Alors et peut-être plus encore que les autres dimensions de la médecine générale, les traitements de substitution décalent encore plus l'activité médicale pour la projeter dans un espace relativement inédit dans lequel les normes médicales n'ont pour ainsi dit pas ou plus du tout cours. Ainsi, parce que la « substitution » représente par bien des côtés un caractère étrange, et parce que cette médecine se révèle d'abord par rapport à sa composition hétérogène et incertaine, il semble impossible de stabiliser une définition unique de l'intervention à laquelle viendrait s'adosser une posture et une pratique professionnelle qui réglerait les interactions entre professionnels et patients, ce qui au fond semble bien être le lot de cette médecine comme nous avons tenté de l'expliquer. Au contraire, il semble bien que la fragilité de la « substitution » peut-être plus que n'importe quel autre traitement, à laquelle un chapitre entier sera également consacré, et plus largement celle de « toxicomanie », pèsent différemment sur chaque médecin et diversifie notablement le travail de déchiffrement auquel se livre chacun d'eux pour composer sa propre « médecine ».

Autant dire que ce travail entre médecins et patients en traitement de substitution ne va pas de soi, concentre en lui plusieurs contradictions que nous tenterons d'éclairer. Nous avons dit précédemment que le dernier palier franchi par la « politique de réduction des risques » se concrétise avec la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage en février 1996 et prescrite ordinairement dans les cabinets des médecins généralistes. Voici donc ces derniers en charge d'une clientèle peu connue pour la plupart d'entre eux, si ce n'est de réputation, et

avec laquelle ils vont devoir composer. La tâche n'est pas toujours aisée comme nous le verrons. Le dispositif de délivrance de la buprénorphine haut dosage et plus largement l'ensemble de la politique de « réduction des risques », comme bien d'autres dispositifs est censé, en principe, favoriser la participation active et la responsabilité des usagers. Ceci se traduit par le fait par exemple qu'on ait classé les toxicomanes, en tant qu'usagers ordinaires, dans la rubrique des patients également ordinaires lors des consultations, ce que beaucoup de médecins mettent en avant d'ailleurs dans leurs premières déclarations : le toxicomane est un « patient comme un autre ». Mais ceci ne règle pas tout. Nous verrons que le cadre de contraintes imposé par les médecins, et plus largement par les professionnels du champ, réside lui plutôt dans une vision plus classique du soin notamment à travers les changements de comportement demandés, voire exigés, et auxquels les patients ne peuvent répondre instantanément, du moins au début et très rarement complètement même après plusieurs années. En dehors des conflits et des malentendus réguliers qu'elles entraînent inmanquablement, ces situations ne peuvent se réduire aux simples difficultés et entorses liées à l'observance d'un traitement ni aux désaccords qui en résultent bien que ces derniers conditionnent largement le processus de collaboration. L'analyse doit être étendue.

Médecins et usagers de drogues semblent agités, plus ou moins débordés par des entités qui les dépassent mais tentent malgré cela de construire et de tenir un cadre acceptable pour les deux parties. Mais comment rendre compte de ce travail, comment décrire cette pratique médicale sans faire référence à un quelconque modèle théorique classique ? Comment restituer ce que font les médecins, (ou plutôt ce qu'ils disent de ce qu'ils font) sans tomber dans les travers de l'explication et de l'interprétation ? Cette question concerne ici notre approche concrète des médecins dont nous livrerons le cadre général plus tard mais intéressons nous dans l'immédiat à la posture que nous assignons à notre médecin. Cependant ces premières prémisses constituent déjà des appuis pour notre problématique à venir.

Comprendre la médecine générale nécessite de faire un choix. Nous avons précédemment décrit cette activité médicale pour cette raison également. Sa configuration particulière lui donne une substance qui résiste sensiblement à toute analyse traditionnelle et nous recommandons d'opter pour une perspective différente. Il nous faudra dans ce sens faire l'effort de mettre en arrière plan toutes les théories explicatives conventionnelles et ceci pour deux raisons, au moins. La première, qui concerne une approche épistémologique, consistera à préciser en quoi ces perspectives sont relativement limitées pour cerner un objet qui s'avérera

particulièrement complexe. La seconde est que ce premier débroussaillage nous permettra de mieux comprendre, nous l'espérons, le chemin peut-être un peu plus tortueux pour lequel nous opterons. Une précision néanmoins. Il ne s'agit évidemment pas dans un autre extrême d'effectuer une rupture radicale et définitive par rapport aux éclairages existants ni même de trancher des questions toujours en débat sur le rôle de la médecine et son implication « officielle » dans le champ de la « toxicomanie ». On l'aura peut-être compris, le choix opéré ici nous impose simplement de relativiser quelque peu toutes les théories globales qui invoquent généralement des raisons structurelles ou des déterminations quels que soient leurs degrés et niveaux d'expression, nous y reviendrons très vite. Mais évidemment tout cela devra faire l'objet d'une clarification épistémologique notamment dans le chapitre spécifiquement consacré aux médecins généralistes. Mais il nous semble néanmoins important de souligner dès à présent que cet a priori, qui guide finalement l'ensemble de cette recherche, s'est forgé au fur et à mesure des rencontres avec les différents professionnels et plus particulièrement les médecins.

Je l'ai dit en substance le problème n'est probablement pas liée à l'utilisation d'une perspective particulière à un moment donné, mais à la diversité et l'hétérogénéité de ce qui semble faire l'ensemble des témoignages recueillis. Si l'objectif ici n'est pas d'« épingler » les médecins au mur d'une théorie particulière ni de sombrer dans une catégorisation excessive de profils en donnant exagérément à cette analyse une « structure protocolaire de cas clinique précédés d'un diagnostic classificatoire »<sup>24</sup>, il est d'un autre ordre. Il nous impose de répondre à une première question : que sont les médecins dans le cas qui nous préoccupe ? Des professionnels de la santé dominant dans l'échelle alimentaire, les dignes représentants d'une « profession », les rouages d'une fonction sociale, un groupe de pression parmi d'autres ? Ce sont là quelques une des définitions, non exhaustives évidemment, que l'on pourrait soutirer des théories classiques. Mais notre point de vue est différent bien qu'il ne perd jamais de vue ces différents horizons. Il s'inscrit dans le cadre de collectifs et de dispositifs dont nous tenterons de cerner les contours et la substance dans le premier chapitre car nous estimons que ce sont d'eux que nos acteurs tiennent avant tout leurs propriétés. Que serait le médecin généraliste sans le dispositif de médecine générale ? Ce que nous nous aimerions suggérer ici c'est que c'est le dispositif qui révèle l'acteur, le médecin généraliste, et ce qu'il y engage et la définition et le rôle qui lui est attribué (et qu'il s'attribue), et non

---

<sup>24</sup> Bourdieu P., *La misère du monde*, Seuil, 1993 ;

l'inverse. En d'autres termes sommes nous préoccupés à comprendre le médecin *par nature* (sa définition technique) ou le professionnel d'un monde engagé dans une pratique particulière qu'il tente de nous restituer. La position ne change pas, c'est le dispositif, la situation qui prime<sup>25</sup>.

Je conviens aisément que cette posture peut sembler amener avec elle beaucoup d'incertitudes et d'inconfort mais je plaiderai que c'est un peu le lot de ces professionnels, toutes catégories confondues. Voir et entendre des médecins tour à tour expliquer ce qu'ils font, pourquoi ils le font et justifier tout le registre des difficultés relatives auxquelles ils sont confrontés nous saisit dans le contraste relatif des discours produits. Voir et entendre chaque médecin exposer et expliquer ses points de vue sur la « toxicomanie » et les produits de « substitution » nous fait mesurer la difficulté de trouver une explication magistrale qui expliquerait tout en une seule fois. Cet aspect est souvent souligné par les médecins eux-mêmes lorsqu'ils tentent de définir leur profession, exercice que l'on pourrait considérer impossible lorsqu'on les écoute, et admirablement restitué par l'un d'entre eux : « Il n'y a pas de médecine générale, il n'y a que des médecins généralistes », une médecine sans véritable objet et un monde de médecins construisant chacun une pratique et une expérience singulière dont les différents aspects nous serons également éclairés par notre objet.

### **Et les patients en traitement de substitution.**

Leur participation est vitale pour comprendre ce dont il s'agit ici. Il est certain que les médecins généralistes constituent depuis plus de dix ans la ressource principale pour les usagers de drogues souhaitant mettre un terme à leur consommation d'héroïne. Je m'interroge dans cet écrit sur la manière dont ces médecins répondent à cette nouvelle demande mais en aucun cas pour évaluer une quelconque efficacité de l'activité médicale, j'y reviendrai largement dans le chapitre consacré à la « substitution » et la place que lui donnent justement les évaluations dont elle est l'objet. Mais privilégier le point de vue des médecins généralistes sans mettre en lumière auparavant les logiques déployées par les patients en traitement de

---

<sup>25</sup> Ceci est très révélateur lorsque nous rencontrons des médecins généralistes avec une première expérience hospitalière et qui reprennent des cabinets. Ce sont eux qui sont les mieux à même d'expliquer combien la médecine générale est particulière, combien chacun se constitue différemment à son contact même s'il existe des constantes, nous y reviendrons.

substitution fausserait complètement le modèle que nous proposons et que nous allons expliciter. D'une manière générale les usagers de drogues n'ont jamais eu qu'une influence très limitée, voire inexistante, dans les politiques de soins qui les concernent, la médecine générale ne fait pas vraiment exception, nous y reviendrons largement. Mais alors comment considérer ce patient en traitement de substitution, quelle place et quel rôle doit-on lui assigner ici ? Un rapide tour d'horizon n'est pas inopportun pour cet éclairage. La place réservée aux malades dans le cadre de la sociologie médicale est complexe pour le moins. Schématiquement on peut considérer que les deux premières orientations, celles de Talcott Parsons et d'Eliot Freidson, se sont respectivement intéressées à la médecine comme fonction d'un système social et celle d'une organisation professionnelle. Les malades sont alors soit désignés comme détenteurs d'un rôle dans ce système social en fonction de celui attribué au médecin dans un « idéal type » de la relation thérapeutique, soit comme détenteurs d'une culture profane de la maladie et du soin. Cette dernière orientation a le mérite, non seulement de rompre avec une certaine idéalisation de la profession médicale, mais surtout de redonner à la relation médecins-patients une certaine symétrie mais dans le cadre restreint des interactions entre les deux protagonistes. Ces deux approches restent néanmoins centrées sur l'univers médical en accordant à la profession un droit d'entrée prioritaire auquel sera soumis en réaction celui des patients.

C'est en rupture avec le privilège accordé à la médecine qu'un autre courant verra le jour et se développera en accordant à l'expérience des malades toute la place qui lui convient. C'est dans les cas extrêmes, les maladies incurables en tous cas persistantes, dites chroniques, que les malades reprendront progressivement une place symétrique à celle de leurs médecins. Cet événement que représente la maladie au long cours affecte considérablement l'individu dans l'expérience qu'il se forge au regard de lui-même et de son entourage, ce dernier étant lui-même profondément affecté par cet événement. Ces conditions extrêmes confèrent progressivement au malade un rôle presque équivalent à celui du médecin ou la relation thérapeutique classique tourne doucement vers un mode de gestion équilibré de la maladie entre le médecin et son patient. Ces recherches ont vu le jour dans le début des années soixante dix et ont probablement constituées un apport plus que fondamental dans l'élargissement de la problématique de l'activité médicale<sup>26</sup>. Nous serions tentés de considérer les traitements de substitution comme un processus semblable tant la question de la gestion

---

<sup>26</sup> Baszanger I., « Les chantiers d'un interactionnisme américain », in Strauss, A., *La Trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992, p. 11-63.

est présente, tant l'expérience des patients est douloureuse, longue et très pénible, tant la personne se trouve questionnée dans toutes les facettes de son identité, tant les récits sont extrêmement riches d'enseignements pour forger notre propre perception du problème. Pour ma part ce n'est pas l'orientation qui sous tend ce travail. Evidemment nous trouverons dans le chapitre consacré aux usagers de drogues les échos des conséquences liés à leurs traitements, leurs propres traductions des difficultés par rapport à leur entourage, leurs activités professionnelles ou leurs déboires sur un plan plus personnel, Mais mon objectif n'est pas de les traduire en tant que tel. Ils ont certes leur importance mais elle ne vaut rien si on ne les connecte pas à la médecine générale. C'est dans le cadre de cette dernière que l'expression des patients qui expérimentent les produits de substitution prend sens si nous voulons comprendre en retour le médecin.

Beaucoup de travaux de types interactionnistes se sont penchés très tôt sur les stratégies déployées par les malades dans le cadre de la relation médecin-patient, ou d'autres travaux, à vocation plus ethnographique et dans un autre registre d'exploration, qui proposent un cadre de restitution pragmatique des prises de décision et du jugement médical<sup>27</sup>. Certains appuis proposés par ces dernières recherches nous inspireront sur quelques points pour décoder certains traits des postures affectés par les médecins généralistes. Cependant et bien que vitales pour aborder les pratiques médicales à partir des « formats de pratiques » ou des « mondes d'action » proposés et adoptés par les médecins, ces perspectives tendent à laisser de côté le travail effectué par les patients dans ces différents cadrages. Or cette composante est absolument essentielle, de notre point de vue, si nous souhaitons réellement comprendre l'univers complet des traitements de substitution dans le cadre de la médecine générale, et pour cela ne pas faire l'erreur de le restreindre à la seule approche des médecins généralistes. Autrement dit c'est en miroir des pratiques élaborées par les patients, que ces derniers développent justement en réaction à ces nouveaux traitements, que nous restitueront les manières dont les médecins déchiffrent la nouvelle question qui leur est posée. C'est dans cette tentative de mise en adéquation indirecte entre les deux parties que nous pourrons envisager les fondements des désaccords qui les nourrissent, ce que devient en définitive cette nouvelle politique du contrôle de l'usage des drogues, adossée principalement à la médecine générale.

---

<sup>27</sup> Dodier N., *Jugements médicaux, entreprises et protocoles de codage. La contribution des médecins du travail à l'enquête Sumer sur les risques professionnels*, rapport au ministère du Travail, Paris, La Documentation française, 1990.

Les médecins sont confrontés à des patients que l'on qualifie la plupart du temps au mieux d'usagers de drogues et au pire de « toxicomanes ». Cependant ces « toxicomanes », usagers de drogues, et devenus patients dans le cabinet du médecin vont devoir gérer un traitement dont les effets dépassent largement ce qui est attendu de part et d'autre. Les patients en traitement de substitution souffrent généralement de ce remplacement de leur consommation d'opiacés par un médicament de synthèse prescrit par le médecin. Ces souffrances sont nombreuses parce qu'elles représentent généralement des changements gigantesques dans le mode de vie des usagers de drogues, souvent plus qu'ils ne peuvent les assumer, plus qu'ils ne peuvent les décrire ou même en parler. La situation est relativement complexe et c'est pour cette raison qu'elle nous occupera un chapitre très important où il sera question justement des relations qu'entretiennent les usagers de drogues avec le traitement qui leur est proposé et d'une manière générale des difficultés à « sortir de la toxicomanie ». Cependant et malgré toutes les incertitudes et la complexité du problème, nous tenterons de garder une hypothèse en mémoire. Les patients en traitement de substitution, quelles que soient les relations qu'ils entretiennent avec leur médecin (et autres professionnels) et les incohérences et les aberrations de leurs conduites, entreprennent, justement parce que cette relation le permet, une amélioration de leur état, nous y reviendrons largement dans cette même introduction. Cependant cette assertion, et parce qu'elle prend à revers la plupart des théories sur les motivations des « toxicomanes », et les causes de leurs pratiques, nécessitera quelques précisions dont nous pouvons donner un très léger aperçu dès à présent. Au fond comment donner au désordre apparent proposé par les patients un cadre de compréhension qui puisse lui donner un minimum de sens ? Beaucoup de ces patients ne suivent pas le minimum requis par le médecin : ils sont souvent en avance sur leurs prescriptions, continuent à consommer d'autres médicaments, disparaissent et réapparaissent, et se livrent globalement relativement peu à leur médecin ce qui laisse généralement présupposer beaucoup de choses. Incidemment la première évidence tient à la nature même du « toxicomane » qui engendre ce désordre de par les perturbations qui l'agitent, dont il est victime et qu'il ne peut contrôler, le tout généralement enrobé d'une perception subjective sur les motivations morales d'un être particulier qui nous est étranger. Mais nous devons faire autrement. Il nous faut ici restituer un premier niveau de symétrie en introduisant notre usager comme un interlocuteur valable et légitime, principe sur lequel s'est d'ailleurs fondée la « politique de réduction des risques », autrement dit le patient ordinaire dans le cabinet du médecin généraliste. Cependant comment concevoir ce patient que l'on voudrait assigner à un rôle commun mais qui résiste, détourne, échappe, s'efface, coopère mais qui toujours interroge ? Comment traduire ici les différentes

formes que prennent les usagers de drogues face au traitement qu'on leur propose ? Ces questions seront restituées dans le chapitre qui leur est spécifiquement consacré mais il nous semble important d'en donner déjà certaines prémisses.

Nous engagerons d'autres principes épistémologiques que nous regrouperons plus tard dans cette introduction mais dont l'un d'entre eux consiste maintenant à n'accorder aucune dotation a priori à nos différents participants, quel que soit leur nature, dans le respect d'un principe de symétrie qu'il faudra nous imposer tout le notre cheminement. Notre attention ne portera donc pas tant ici sur les usagers, et leur définition à priori, mais plutôt sur ce qu'ils *engagent* dans les processus des traitements de substitution. Comme pour les médecins généralistes, nous pouvons considérer que les patients en traitement de substitution se révèlent au contact du traitement qui les fait être dans une nouvelle configuration de leur trajectoire comme consommateurs d'opiacés en prise avec le médecin, le dispositif. Nous ne devons pas avoir auparavant une conception de l'individu au travers d'une théorie particulière mais rendre compte de l'individu au travers de la situation qui le révèle. C'est ici que l'histoire des dispositifs qui a révélé nos deux acteurs, à laquelle un chapitre sera entièrement consacré, prend sa place parce qu'elle nous restitue l'émergence de nos protagonistes et leur constitution, leur nouvelle configuration dans le cadre d'une nouvelle politique. Les médecins généralistes comme les usagers de drogues s'en accommodent bien que cette nouvelle donnée constitue un événement que les deux parties s'astreignent à gérer comme ils peuvent. Mais dans l'instant intéressons nous à la production de nos patients en traitement de substitution. Comment se révèlent-ils dans le cadre de ce dispositif, de ces traitements ? Pour cela, nous l'avons dit, il nous faudra pleinement prendre en compte, et de manière symétrique à celle des professionnels, l'heuristique des usagers de drogues (entendu comme leur propre programme de recherche) dans le cadre du dispositif auquel ils participent. Notre expérience et nos recherches auprès des usagers de drogues et plus tard auprès des patients en traitement de substitution nous ont conduit progressivement à une intime conviction. Les motivations des usagers de drogues, quelles que soient leurs situations et leurs conduites, qui souhaitent changer leur mode de vie, doivent être comprises rationnellement à partir de leur univers et pas en fonction du nôtre. C'est dans ce sens que nous ferons l'hypothèse qu'au bout du compte, toutes ces conduites pourraient être regroupées dans ce qu'il n'est pas déraisonnable de qualifier, de manière très large, de *stratégies d'automédication*. Nous entendons par là toutes les stratégies qui consistent à apporter un « mieux-être » aux usagers en prises avec ces



traitements, autrement dit toutes les manipulations leur permettant de faire face aux effets secondaires engendrés par le traitement. Ce sera l'objet de la troisième partie de ce texte.

Mais une question se pose inévitablement. Au fond de quelles stratégies s'agit-il et sur quoi reposent-elles ? Quels sont les artifices généralement utilisés par les usagers pour palier les difficultés qu'ils rencontrent ? Il nous faudra également faire un effort de clarification et revoir quelque peu cette notion de « stratégie ». Nous savons qu'elle est communément associée et représente généralement le pendant de la notion « d'acteur » lorsque nous l'entendons comme la recherche consciente des intérêts d'arrière plan comme seul but légitime des individus dans le cadre d'une théorie particulière dont nous parlerons plus tard. L'objet dont il est question ici, en l'occurrence notre usager, n'est pas à proprement parler l'individu, quelque que soient les déclinaisons possibles sur l'origine de son action supposée déterminée ou à l'inverse rationnelle, ou l'interface conciliatrice de ces deux oppositions, autrement dit cette notion « d'acteur » quelque soit sa conceptualisation. Nous devons ici définitivement abandonner ce débat et ne conférer à notre individu aucune substance préalable, qu'elle que soit sa consistance car ce serait fausser le modèle que nous proposons.

Encore une fois si cette approche n'est pas à écarter, comme toutes les autres bien évidemment, et parce que les individus s'engagent également dans des projections et des plans de manière on ne plus consciente, il ne serait pas réaliste de réduire notre analyse à ce seul niveau conscient et calculateur de l'action. A l'opposé nous aurions le même problème si nous en faisons l'objet des uniques dispositions intériorisées par lesquelles l'individu s'exprime plus ou moins inconsciemment. De même encore si nous considérons les « toxicomanes » comme une population culturellement homogène dont les caractéristiques pourraient nous expliquer globalement les processus en question. Nous n'excluons à l'origine aucune de ces trois approches ne serait-ce que parce qu'elles sont régulièrement traduites par les usagers eux-mêmes. Et c'est bien cette traduction qui nous permettra de comprendre l'hétérogénéité même des appuis et des ressources mobilisées par les usagers dans leurs opérations respectives que nous préciserons dans le troisième chapitre.

## L'écheveau de la « substitution ».

Cette affaire ne peut pas s'arrêter la car il nous manque un élément d'importance sans lequel notre traduction n'aurait qu'un sens relativement partiel et décousu. En prenant le parti d'étudier les pratiques de substitution en médecine générale, nous abordons quelque peu une innovation dans l'histoire de la prise en charge des usagers de drogues, la médecine représentant le palier ultime de cette nouvelle politique de par les liens qu'elle propose. En fait nous n'étudions pas des interactions directes entre médecins et patients, mais des points de vues, des postures, des pratiques restituées s'agissant d'un traitement que les uns délivrent et que les autres subissent, gèrent, contrôlent. Certes les médecins comme les usagers rencontrés nous parlent également de leurs perceptions et de leurs difficultés relatives face à leur prescripteur ou patient. Mais ces restitutions, que l'on pourrait considérer comme des jugements, ne sont que des traductions à chaque fois personnelles de ce que les uns et les autres mobilisent dans ce traitement. C'est pour cette raison que nous formulerons l'hypothèse que c'est dans ce traitement que se cristallise l'essentiel de notre problème. Au fond la question serait de se demander : mais que fait-il faire à ceux qui le consomment et en retour à ceux qui le prescrivent ? Alors le traitement n'est pas neutre, il agit et fait agir nos protagonistes non seulement au niveau de la relation médicale mais il importe avec lui des questionnements sur la médecine générale, son rôle, son statut, sa fonction, autant de dimensions que nous restitueront les médecins. Il importe avec lui également des questionnements importants sur les usagers de drogues qui le consomment. Il interroge leurs choix, leurs motivations, leurs faiblesses, leurs contradictions, il devient ainsi un interlocuteur à part entière entre l'utilisateur et son mode de vie, tour à tour une bénédiction et une malédiction, tour à tour béni et maudit mais toujours un **appui** au centre de la tourmente.

C'est pour cette raison qu'il nous faut donner à ce « traitement » un rôle central au même titre que nos précédents interlocuteurs. Alors il nous faut considérer la molécule elle-même, ce produit de substitution que l'on prescrit aux usagers de drogues pour remplacer l'héroïne qu'ils consomment habituellement. Il y a actuellement deux produits de substitution disponibles, la méthadone et la buprénorphine haut dosage dont les principales caractéristiques pharmacologiques seront dévoilées plus tard ainsi que les objectifs du dispositif technique qui les porte, ce qui a une importance certaine comme nous avons déjà pu le voir. Pour préciser provisoirement ce point nous aimerions préciser que cette recherche,

s'agissant de la partie consacrée aux médecins généralistes porte essentiellement sur la prescription de la buprénorphine haut dosage. Par contre notre étude sur les usagers de drogues porte quant à elle sur la prescription des deux substitutifs en centre de soins.

Pour nous il s'agira avant tout d'abord d'ouvrir quelque peu cette « boîte noire » qu'est la « substitution », si nous souhaitons comprendre l'engagement des patients en traitement de substitution et en retour celui des médecins. On peut dire que cette dernière s'est progressivement, et au fil du temps, naturalisée dans le répertoire des professionnels (peut-être un peu moins dans celui des médecins) comme le seul moyen d'intervenir en toxicomanie, comme a pu l'être en son temps l'intervention sur le « sujet ». Mais nous pouvons raisonnablement admettre l'hypothèse que donner un produit de substitution à l'héroïne, en attendant symétriquement que le toxicomane effectue son (ré) insertion dans la société ne va pas de soi et pose quelques problèmes. En règle générale les médecins tendent à négliger les *effets réels* produits par les traitements de substitutions, ou en tous cas minimiser leur importance dans le *désordre* qu'ils installent dans le fil quotidien des usagers de drogues. Cette première constatation nous permet d'introduire l'hypothèse selon laquelle l'offre de soin ne règle pas tous les problèmes consécutifs au traitement, obligeant ainsi les usagers à produire des pratiques de *soulagement* non reconnues par l'institution. Mais entre l'offre de soin et son appropriation par les usagers il existe quelques difficultés. Ce sont ces difficultés qui nous intéressent ici. Mais nous ne pouvons simplement circonscrire ces difficultés aux malentendus entre médecins et patients sauf à réduire notre analyse au point de vue médical avec tous les présupposés que cela implique. L'interaction entre médecins et patients est importante soit, mais certainement pas suffisante si nous ne comprenons pas ce qui motive réellement nos protagonistes, en commençant par les patients. Or cette motivation invisible dans l'interaction est générée par le traitement dont les acteurs ont une interprétation souvent différente, les malentendus récurrents. D'une manière générale c'est bien le traitement qui cadre l'interaction entre le médecin et son patient de par ce qu'il fait faire aux uns et aux autres. La question que nous pourrions nous poser ici est : quelle est la source de ces malentendus ? La réponse serait : faisons donc parler le traitement par rapport à chacun des protagonistes et tentons ensuite de voir par transposition ce qui fait l'objet de ce malentendu. C'est finalement, entre ce qui est plus ou moins imposé par le dispositif, le médecin, et ce qui déployé par le patient en traitement de substitution que se joue notre compréhension du problème. C'est dans cet agencement continu, dont nous tenterons de traduire les principales

formes, qu'il nous faut rendre compte et comprendre ce que représente ici l'impact des produits de substitution en médecine générale.

Alors évidemment, et si nos acteurs habituels, professionnels, médecins et patients, ont leur rôle à jouer et pas des moindres, il en est un autre dont l'action ne doit certainement pas être sous estimée dans cet agencement, bien au contraire. Il s'agit ici de la molécule elle-même, de ce médicament, ce produit de substitution dont on pense qu'il n'a qu'un rôle passif largement subordonné à la suprématie des acteurs humains. Mais nous verrons que ce qui est relégué au rang d'objet n'est certainement pas totalement sans influence sur l'action des acteurs humains. Mais il nous faudra revoir notre propre perception vis-à-vis de ce que l'on considère habituellement comme des objets instrumentaux, inertes et totalement soumis à la volonté humaine. Ce n'est pas la place que nous leur réservons ici. Mais si l'objet, la molécule, n'est pas inerte, s'il contribue quelque part au déroulement de nos processus, comment pouvons nous déterminer ou au moins repérer les ressorts susceptibles de traduire son action ? D'une part l'objet retrace toute l'histoire du collectif qui a donné lieu à sa naissance. Les produits de substitution ne sont que la traduction du développement progressif des réseaux, assemblées et dispositifs qui se sont constitués pour défendre une autre vision du mode de la « toxicomanie ». En tant qu'acteurs, ils portent et parlent de cette histoire. D'autre part les caractéristiques propres de l'objet destinées à transformer une certaine vision du monde ne concernent pas ici uniquement la posologie et le mode d'emploi du produit. Ces caractéristiques dépassent largement les compétences pharmaceutiques inhérentes au produit puisqu'elles cristallisent l'ensemble des objectifs déployés et des résultats attendus ainsi que l'ensemble des acteurs humains concernés. Elles sont finalement décrites dans le dispositif qui entoure l'objet et que ce dernier représente. En d'autres termes la prescription donnée dans le cabinet du médecin généraliste correspond en principe à un nouveau dispositif lui-même inscrit dans une nouvelle politique de prise en charge des usagers de drogues<sup>28</sup>.

On fait ainsi l'hypothèse que dans cet investissement il est attendu un changement du monde dans lequel cet objet est destiné à s'insérer. Cette prévision, qui concerne ici le monde de la « toxicomanie », est finalement inscrite dans les contenus techniques de l'objet et du dispositif

---

<sup>28</sup> Toute cette histoire, l'avènement des nouveaux « dispositifs » et la problématique qui les entourent seront décrits dans le premier chapitre.

ainsi que l'innovation qu'ils sont censés introduire<sup>29</sup>. Ainsi l'introduction des produits de substitution en médecine générale est censée, en dernier ressort, changer le monde du contrôle de l'usage des drogues par un investissement radicalement différent. Voilà pourquoi la médecine générale est sollicitée, parce qu'elle est la seule susceptible de répondre au changement souhaité de par les liens qui la constituent et qui répondent dans le même temps aux nouveaux objectifs de cette nouvelle politique.

Etudier mécaniquement le dispositif technique avant toute chose, ainsi que la place des objets qui le font exister n'est certainement pas une perte de temps. Cette étude nous renseigne déjà, à priori, sur ce que doivent engager, en principe, les acteurs dans l'espace que leur ouvre le dispositif et les liens qu'ils vont entretenir avec ce dernier. C'est un guide pour l'action, un cadre, des repères à partir desquels les acteurs s'expriment et qu'ils expriment. Cette mise en forme globale, le réglage à priori des relations nécessaires entre l'objet, le dispositif et les acteurs destinés à s'en saisir constitue déjà au préalable une « prédétermination des mises en scènes entre les utilisateurs »<sup>30</sup>. Ainsi le dispositif est censé régler les relations entre médecins généralistes et patients en traitement de substitution. Mais chaque protagoniste sera tenté d'investir l'objet proposé en fonction de sa propre particularité, de sa propre expérience, des propres effets qu'il a sur lui, et la rencontre des deux donnera à chaque fois une configuration différente. Nous pouvons donc raisonnablement nous douter qu'entre ce qui est préconisé par le dispositif et la réalité, autrement dit entre « le monde inscrit dans l'objet et le monde décrit par son déplacement »<sup>31</sup> il existe tout un continuum dont il nous faut rendre compte, en tous cas tracer les grandes lignes. Mais nous pouvons sensiblement faire l'hypothèse ici que ces différents niveaux de déplacement renvoient aux différentes modalités *d'expression* des pratiques des usagers de drogues, face au dispositif dans lesquelles l'utilisation de l'objet, du produit de substitution en l'occurrence, joue un rôle central en tant que *médiateur*, j'y reviendrai largement.

En retour les médecins sont également affectés par ces déplacements et tentent par tous les moyens de les réduire en tentant en tout premier lieu de « normaliser », en tous cas rendre acceptable à leur yeux les conduites des patients et leur observance relative au traitement avec les maigres ressources dont ils disposent. Entre le monde inscrit dans l'objet, et porté par un

---

<sup>29</sup> Akrich M., « Les objets techniques et leurs utilisateurs, de la conception à l'action », in *Les Objets dans l'action*, Conein B, Dodier N, Thévenot L (dir), Paris, Editions de l'EHESS, p.35-57 ;

<sup>30</sup> *Ibid.*

<sup>31</sup> *Ibid.*

dispositif, un idéal de transformation, et le monde réellement affecté par ce dernier il existe encore une fois tout un continuum qui nous permettrait de rendre compte des déplacements réels. Mais pour les comprendre il ne nous est pas possible d'opter pour un regard. Il ne nous donc pas possible de privilégier les seules logiques des usagers de drogues pas plus que celles des médecins parce que notre problème se situe à l'*interface* de l'action de ces deux protagonistes, interface que l'on pourrait nommer *substitution*. Les problèmes relationnels évoqués par les médecins ne peuvent se comprendre que si on se saisit de ce que chacun d'eux transfère et investit dans le traitement, c'est en tous cas cette voie que nous choisirons d'explorer. On peut maintenant comprendre l'importance de cette technologie non dans sa conception ontologique mais dans sa fonction *médiatrice*. En d'autres termes la « substitution » représente au bout du compte un « point nodal, un jeu de bascule »<sup>32</sup> entre professionnels, médecins et usagers de drogues où seuls les rapports à cette interface nous intéressent. C'est ensuite en rendant à ces rapports une forme de symétrie que nous pourrions comprendre ce que cristallise réellement notre médiateur, l'utilité de ce jeu de bascule entre médecins et patients.

### **Une autre perspective sociologique.**

Jusqu'ici notre proposition pourrait à quelques égards sembler quelque peu décousue tant l'objet que nous tentons de construire semble échapper par certains côtés à sa construction. Mais c'est un peu le lot de tous nos protagonistes. Nous l'avons ouvert avec la médecine générale qui résiste visiblement à toute définition classique. Cette composante médicale semble échapper constamment, et depuis sa création involontaire, à toute tentative de définition strictement médicale. Mais nous avons postulé que c'est bien ce manque de définition qui à contrario la définit. Les incertitudes et les contradictions que semblent recéler cette médecine ainsi que la difficulté de la construire comme objet seront précisément explicitées en introduction dans le chapitre qui lui est spécifiquement consacré. Evidemment ce travail ne se termine pas avec la médecine générale. Il représente pour nous une voie pour comprendre sa connexion avec la nouvelle charge qu'on lui a imposé, les traitements de substitution et les patients qui vont avec. Nous avons ensuite introduit les usagers de drogues,

---

<sup>32</sup> *Ibid.*

devenus patients en traitement de substitution dans le cabinet du médecin. Ces derniers sont soumis aux mêmes obligations que n'importe quel autre patient, respecter un traitement, mais il semble bien que cette observance pose problème dans la mesure où elle est très relative, même si les entorses aux protocoles ne sont pas très importantes la plupart du temps. Enfin il nous reste le traitement, que nous proposons comme troisième interlocuteur, qui loin d'être inerte se caractérise aussi par une action, celle qu'il génère sur les patients et donc sur les médecins.

Il nous faut donc trouver une articulation suffisamment souple et cohérente qui soit susceptible de proposer un cadre problématique général qui puisse soutenir globalement l'approche que nous proposons sans toutefois rejeter les théories classiques dont les principes sont toujours à l'œuvre. Comment regrouper toutes ces dimensions et leur donner une compréhension suffisante susceptible de satisfaire toutes, ou en tous cas une grande partie de nos interrogations ?

C'est à vrai dire le cadre général et très ouvert de restitution offert par ce qu'il est convenu d'appeler la « sociologie de l'acteur-réseau »<sup>33</sup> qui me semblait à même de représenter le réceptacle global d'une telle entreprise, en tous cas apporter de nouvelles prémises, de nouvelles orientations, à un problème qui ne trouvait pas de résolutions suffisamment satisfaisantes eu égard à notre propre et relative longue expérience de terrain. Cette perspective a simplement rencontré, à un moment donné, l'intime conviction que pour comprendre ce que l'on appelle les « toxicomanes » il fallait mettre en œuvre au moins deux opérations. D'une part introduire une symétrie pour aplanir le paysage et les rendre visible en tant que singularité. Ensuite accepter toutes les entités qu'ils mobilisent pour percevoir pleinement le sens des pratiques qu'ils mettent en œuvre pour palier les difficultés qu'entraînent leurs tentatives de « sortir de la toxicomanie ». En d'autres termes, et sur un autre plan, leur restituer une certaine rationalité que l'institution tend quelques fois à leur dérober pour en faire l'objet d'un traitement particulier. L'intime conviction également que pour comprendre les médecins généralistes qui acceptent de prescrire, loin de les réduire à des

---

<sup>33</sup> Cette manière de qualifier cette sociologie est souvent réfutée par ses promoteurs. Elle induit, selon eux, une conception ontologique de « l'acteur » et de son rapport avec un « réseau » dont il faut justement se défaire parce qu'elle ne fait justement aucun partage entre les humains et les non-humains. On peut rencontrer une autre manière de la qualifier qui reviendrait à parler de « sociologie des sciences et des techniques ». Pour une rétrospective sur la question ces quinze dernières années on peut consulter Pestre D., « Pour une histoire sociale et culturelle des sciences. Nouvelles définitions, nouveaux objets, nouvelles pratiques », *Anales HSS*, n°3, p. 487-522. Pour une présentation des principes fondamentaux de cette sociologie, on peut voir : Latour B., *Changer de société, refaire de la sociologie*, La Découverte, 2006.

stéréotypes ou des modèles dans lesquels on tend à les enfermer quelques fois, accepter simplement le fait qu'ils tentent de stabiliser des rencontres avec les moyens et les ressources dont ils disposent. Accepter enfin de rendre au traitement une action qui lui redonne, par les effets qu'elle provoque, une place essentielle pour comprendre le rôle qu'il joue comme interface et médiateur entre nos interlocuteurs et dans les processus même de gestion des patients lorsqu'il est question des « sorties de la toxicomanie », il en sera longuement question dans la troisième partie.

Mais ce n'est pas tant d'une sociologie unique et homogène dont il s'agit ici que de certains des principes fondamentaux qu'elle propose et à partir desquels nous prendrons l'initiative de faire parler d'autres perspectives dont il me semble qu'elle partagent les mêmes perceptions, en tous cas une sensibilité similaire quand aux statuts et à la définition des individus, la nature de leurs engagements, la place et le rôle des dispositifs et des institutions concernés. Ces principes nous engagent préalablement à changer le regard que nous portons généralement sur ce que nous appelons communément la « société » en mettant en arrière plan les données déjà stabilisées dont on se sert généralement en les invoquant comme autant d'« explications sociales » censées rendre compte des phénomènes que nous observons. Bien sur ce n'est pas tant les termes « social » ou « société » qui sont dérangeants ici car nous sommes entourés de nombreuses entités qui les composent et peuvent les décrire, mais les caractéristiques que nous leur assignons généralement et qui leur confèrent une véritable substance matérielle et définitive<sup>34</sup>. Ce premier mouvement nous en imposera par conséquent certains autres. En sortant des oppositions classiques et ainsi des partages et des catégorisations effectuées par la sociologie classique, nous redonnons aux humains les rôles et les propriétés que leur confèrent les dispositifs et les collectifs qui les portent. Mais ces dernières entités ne sont pas des construits préalables dont nous extirperons des lois mais des productions humaines cadrées et stabilisées par des objets dont nous avons déjà souligné l'importance. Les deux premiers chapitres consacrés à l'analyse de l'évolution de la politique de contrôle de l'usage des drogues convaincront, nous l'espérons, de l'utilité d'un tel éclairage.

Si cet historique est nécessaire, il ne sera certainement pas suffisant si nous voulons réellement comprendre ce qui fait la particularité de cette nouvelle politique aujourd'hui. Il

---

<sup>34</sup> Latour B., *L'espoir de pandore. Pour une version réaliste de l'activité scientifique*. La découverte, Paris, 2001.



nous aura cependant permis d'introduire une perspective d'analyse décalée des constructions traditionnelles que nous serions tentés d'utiliser pour un tel sujet. Nous l'avons souligné, il n'y a pas à proprement parler pour nous de « médecine générale » comme ils n'existe pas de « toxicomanes » ou tout autre catégories génératrices de propriétés particulières et stables dans le temps, mais des ensembles d'individus rassemblés par des objectifs plus ou moins communs, au moyen de « réseaux », dans le but de former des « collectifs » et dont nous donnerons les définitions plus tard. Ce point est capital par ce qu'il évite de mettre en opposition virtuelle des catégories particulières, issues de « l'explication sociale », par l'entremise d'un « traitement » dont nous supposerions une action mécanique, le tout coincé dans une approche dominée par les modèles et les critères d'évaluation médicaux traditionnels. Il n'en est rien, et ce sera bien l'objet du second chapitre que de défaire cette notion de « substitution » qui en définitive n'existe pas puisque produite elle-même par d'autres catégories. Il existe par contre un objet, un médiateur, le « traitement » avec lequel chacune des parties est en prise de bien des manières, et c'est bien les plis de ces différentes configurations qu'il nous faudra restituer dans les deux derniers chapitres pour tenter, en conclusion, une interprétation de la dissolution de la « toxicomanie » par l'entremise de l'équipement offert par la « médecine générale ».

Nous espérons qu'on aura compris, à lire cette introduction, que nous cherchons à travailler en dehors des visées traditionnelles explicatives formelles en privilégiant une approche dont nous pensons que nous aurons tout à gagner à explorer la fécondité. Si nous avons privilégié ce cadre général représenté par la sociologie de l'acteur-réseau, et dans lequel nous incorporerons pour le compléter d'autres perspectives similaires sur des points bien plus précis, concrets et combien importants, c'est que notre propre expérience nous a fait mesurer l'avantage heuristique certain qu'il pouvait représenter pour traduire les phénomènes passés et présents de notre objet de recherche. Cette approche, si elle éclaire autrement l'absorption des traitements de substitution aux opiacés par la « médecine générale » aujourd'hui, ne peut pas nous laisser ignorant de son histoire. Cette dernière est indispensable pour comprendre finalement que les dispositifs d'aujourd'hui ne sont que l'héritage plus ou moins partiel des formes héritées du passé. Autrement dit comprendre les pratiques de « substitution » aujourd'hui, des deux côtés, et ce qui fait leurs désaccords, n'aurait pas grand sens si on ne les replaçait pas dans une perspective destinée à nous éclairer en arrière plan sur l'évolution générale de la question s'agissant des moyens que se donne la « société » pour gérer le problème de l'usage des drogues comme tout autre problème qui se pose à elle. C'est ainsi

que nous souhaiterions finalement développer la manière dont notre objet se construit progressivement, éclairé par cette perspective, ce regard sociologique un peu différent. En nous intéressant à cette nouvelle façon de gérer la question de la dépendance aux opiacés confiée à la médecine générale, nous tentons en même temps d'en comprendre, et dans le même mouvement théorique, les origines, c'est-à-dire les événements successifs qui ont conduit cette médecine à devenir le lien principal, fort et faible, susceptible de convenir à l'évolution de la place accordée aux usagers de drogues. Mais l'affaire ne se termine certainement pas ici. Il nous faut ensuite comprendre ce qui arrive dans la pratique médicale, comment cette dernière intègre cette nouvelle innovation du contrôle de l'usage des drogues que l'on nomme « substitution ». Mais cette dernière phase ne sera pas complète si nous n'avons pas décrypté auparavant les résistances déployées par les patients face à cette même innovation. C'est bien cette approche contradictoire qui nous intéresse ici dans laquelle le « traitement » nous servira d'intermédiaire.

Un dernier mot cependant pour définitivement clarifier cette perspective. Si dans cette introduction nous avons accordé l'entrée principale à la médecine générale, ce n'est pas sans raison. Nous comprenons maintenant que ce travail ne porte pas sur sa constitution propre mais sur le fait que cette constitution représente maintenant la meilleure configuration pour accueillir cette nouvelle orientation dans le contrôle de la consommation d'opiacés. Mais fidèle à notre approche nous ne souhaitons pas donner aux questions liées aux drogues, et à la « substitution », un intérêt plus qu'il ne le mérite, tant cet intérêt est déjà considérablement et subjectivement investi et parce que ce travail ne porte pas non plus sur la question spécifique des drogues. Au contraire il ne s'agit pas ici de traiter un « phénomène » nouveau, la « substitution », comme il en existe bien d'autres, enfermé dans une caisse de résonance d'où l'on ne sort pas, mais de comprendre finalement ce qui sous-tend simplement, sur le terrain et au plus près des utilisateurs, l'impact général apporté par une telle innovation une fois que nous aurons compris son histoire et les effets réels, selon nous, de son action.

**CHAPITRE I.**

**NAISSANCE D'UN COLLECTIF.**

**LES RESSORTS DE CETTE RECOMPOSITION.**

## I. INTRODUCTION

S'il est vrai que nous sommes plus ou moins particulièrement sensibles à la notion de « toxicomanie » comme catégorie propre et même si cette dernière est loin d'obtenir l'aval d'une définition et de références uniques comme nous le verrons largement, on oublie trop souvent que ce que l'on appelle communément « l'usage de drogue » est bien loin d'être un phénomène nouveau. On pourrait même dire que cet usage n'est que l'une des constantes de bon nombre de sociétés tel que nous les connaissons depuis au moins deux siècles. Plus localement il n'est pas déraisonnable de penser que ces usages ne posent pas véritablement de problèmes dans notre société jusqu'au dix-neuvième siècle tant qu'ils restent confinés dans des contextes privés et fortement ritualisés et régulés. C'est lorsque les consommations commencent à échapper à ces contextes et à devenir de plus en plus visibles et imprévisibles, c'est-à-dire d'une certaine manière dérégulées, que la toxicomanie commence à s'imposer comme problème social<sup>35</sup>.

Au fil du vingtième siècle la toxicomanie se construit progressivement comme un problème de société, un véritable « fléau social » contre lequel doit être mobilisée une véritable politique volontariste. L'intoxication par la drogue représente pour bon nombre l'intoxication progressive de la société. Il faut extirper cette drogue des corps physiques pour pouvoir l'extirper du corps social. La prise en charge de ce problème se dessinera conjointement entre les deux institutions de justice et de santé dans l'élaboration de la loi du 31 décembre 1970 en France. Il reste néanmoins que dans le cadre de cette loi le toxicomane est avant tout désigné comme un délinquant, même si l'on introduit une subtilité, l'injonction thérapeutique autrement dit l'obligation de se soigner, et qui représente une alternative à l'incarcération. Mais le domaine du « soin de la toxicomanie » doit encore se construire et se confronter à un problème dont on ne sait finalement pas grand-chose.

On pourrait grossièrement dire qu'après les années soixante-dix, marquées essentiellement par des expérimentations disparates et pour le moins hétérogènes, le dispositif trouve à partir des années quatre-vingt une stabilité et une cohérence relativement fortes. Durant cette seconde période et après les émois et les échecs des dix premières années le domaine du « soin des

---

<sup>35</sup> Pour un tour d'horizon intéressant de cette histoire, on peut voir Bachmann C, Coppel A., *Le Dragon Domestique*, Albin Michel, 1989.

toxicomanes » va doucement trouver ses repères pour constituer une base d'intervention collective relativement stable et homogène. Il est certain que les références et l'éthique empruntées à la psychanalyse ont jouées un rôle plus que déterminant dans la construction de ce dispositif. C'est que, et d'une certaine manière, la définition même de la toxicomanie repose a priori sur la perception de l'individu comme un être perturbé ou diminué psychiquement dont la consommation de drogues ne représente au bout du compte que le symptôme. Il faut donc faire abstraction de la dépendance aux opiacés, qui doit se régler méthodiquement par un sevrage physique, pour s'attaquer ensuite au véritable problème enfoui dans l'inconscient du sujet. De là l'élaboration d'une chaîne thérapeutique qui servira plus ou moins de référence générale à l'intervention des professionnels.

Mais ce monde professionnel et le dispositif qu'il a si bien construit commencent à être marqués progressivement par un certain nombre de changements notables dont on peut raisonnablement fixer les prémisses les plus visibles au tout début des années quatre-vingt dix. La cause de ces changements en est directement imputable à l'arrivée du virus du SIDA dont les toxicomanes semblent constituer un vecteur de propagation important. Si le dispositif de soins refuse de prendre en compte ce nouvel élément et continue à défendre la prise en charge classique comme seule alternative possible, un nouveau collectif se forme progressivement et prône un changement radical de cap<sup>36</sup>. Mais ceci n'est possible que si l'on consent à mettre en arrière-plan la question de l'abstinence et corrélativement de la psychothérapie qui s'en suit, pour s'orienter résolument et dans l'urgence dans l'élaboration de moyens concrets destinés à enrayer la propagation de la maladie. Il faut également innover et créer un maximum de supports les moins exigeants possibles pour accrocher les toxicomanes : distribution de seringues, boutiques d'accueil destinées aux premiers soins et aux premières nécessités... Parallèlement de nouveaux réseaux de professionnels se forment, de nouvelles coordinations voient le jour appelant des professionnels d'horizons différents, des militants à joindre leurs efforts. Il s'agit avant tout d'abandonner les préceptes du dispositif traditionnel, décloisonner les pratiques professionnelles et surtout faire preuve de « pragmatisme » car l'urgence le commande. C'est la naissance de la « politique de réduction des risques ». Le palier ultime franchi par cette politique semble bien être la mise sur le marché de la buprénorphine haut

---

<sup>36</sup> Une première forme stable de ce collectif peut-être repérée dans la création de « limiter la casse » créé au mois d'avril 1993. Ce dernier regroupe, entre autres, l'association AIDES créée en 1984, des associations d'usagers, de militants, des réseaux de médecins généralistes, hospitaliers, et des intervenants spécialisés convertis. Nous reviendrons dans le prochain chapitre brièvement sur sa place dans l'histoire de la constitution de l'acteur « réduction des risques ».

dosage (commercialisée sous le nom de subutex®) et pouvant être prescrite dans les cabinets des médecins généralistes comme un médicament ordinaire, en *substitution* à l'usage de drogues, pour les toxicomanes souhaitant arrêter leur consommation.

Les premières interprétations de ces changements, largement reprises par les professionnels du champ, ont plaidés pour une rupture franche des modes d'intervention et de la philosophie de l'usager qui lui est sous tendue, en d'autres termes un « changement de paradigme »<sup>37</sup>. Au nom de la lutte contre le SIDA il s'agit désormais de considérer une approche plus citoyenne de la toxicomanie, autrement dit accepter simplement le toxicomane en tant qu'usager de drogues en l'associant dans la mesure du possible à la prise en charge qu'on lui propose dans le respect de ses propres perceptions du problème.

Il est vrai qu'en apparence rien de plus visible si ce n'est de plus spectaculaire que ces changements. Depuis le tout début des années quatre-vingt dix l'émoi provoqué dans le milieu par une certaine catégorie de professionnels pour un changement de politique a probablement été à la hauteur des déclarations présentant le problème sous l'angle de l'urgence absolue et de la catastrophe sanitaire.

Que l'on attribue généralement au SIDA l'origine et la pleine responsabilité des déplacements intervenus dans la gestion de la toxicomanie est en partie vrai. Durant cette période les toxicomanes font certainement partie des individus les plus touchés par la propagation de la maladie. Néanmoins devant une relative indifférence de l'opinion publique, les débats quelques fois médiatisés, et les interprétations sont toujours restés plus ou moins monopolisés par les professionnels, anciens et nouveaux. Peut-être délaissé par d'autres disciplines, dont la sociologie, ce problème a souvent été traité de manière quelque peu manichéenne (on est pour ou contre les produits de substitution) dans un milieu où seuls les professionnels des deux bords semblaient habilités à poser les questions légitimes. L'influence de la maladie est certes décisive mais sous les événements et les déclarations spectaculaires il est surtout nécessaire de poser d'autres hypothèses pour tenter de dégager les lignes de forces qui ont progressivement travaillé le champ de la toxicomanie pour changer doucement sa configuration.

---

<sup>37</sup> Bergeron H., *L'Etat et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, Paris, PUF, 1999.

C'est aussi de ces transformations que ce travail se propose de rendre compte parce que sans être notre objet elles ont une importance pour la compréhension de l'ensemble. Mais ce n'est pas une analyse socio-historique telle qu'on pourrait l'entendre classiquement qu'il s'agira de traiter pas plus qu'une analyse de la mutation et de la création des différents dispositifs institutionnels ou des différentes politiques publiques. Il s'agira plutôt, à partir d'un autre contexte d'interprétation, de fournir une explication alternative de ces mouvements et de ces déplacements, de saisir l'émergence de deux acteurs, les médecins généralistes et les usagers de drogues dans le cadre des traitements de substitution.

## II. LES TRANSFORMATIONS EN QUESTION.

Ce qui vient d'être dit nous permet maintenant d'effectuer un léger préalable avant d'exposer plus finement notre objet de recherche. Il n'est pas question de dire quelque chose de positif sur ces événements ni de porter un quelconque jugement sur les institutions de traitement de la toxicomanie anciennes ou nouvelles. Chaque société, parce que sa stabilité repose sur un consensus plus ou moins organisé, se doit de prendre en compte les risques dont elle estime qu'ils sont une menace pour cet ordre et les valeurs qu'il représente. L'intervention en toxicomanie, en ce cas, ne relève sensiblement pas d'une logique différente que celle destinée aux maladies sexuellement transmissibles ou à la lutte contre la délinquance par exemple.

Nous voudrions souligner par là que cette politique de « réduction des risques » (qui est nous le rappelons une mauvaise traduction de l'acception anglaise) fait quelques fois l'objet d'une interprétation générale qui tend à promouvoir la notion de « risque » au rang de nouveau concept comme étant à même d'expliquer un nouveau modèle de société dans lequel nous entrerions progressivement et donnant de fait une nouvelle prérogative à la collectivité qui serait celle de la gestion de ces « risques ». Cette nouvelle conception de la société trouve, semble-t-il, son expression la plus radicale chez Ulrich Beck où le risque, inhérent à la marche vers plus de « modernité », devient en substance une composante intériorisée de cette vie en société<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> Beck U., *La société du risque*, Paris, Aubier, 2001.

Il est certain que nous assistons à une inflation de cette notion comme lieu commun ces dernières années ce qui tendrait sensiblement et en apparence à accréditer cette thèse. Mais de quoi parlons nous exactement ? Si l'on considère que notre société s'est bâtie progressivement sur un modèle privilégiant l'emploi et le salariat, ce dernier a parallèlement et progressivement intégré les risques qui pouvaient leur être liés, de la maladie à l'accident du travail en passant par la perte de l'emploi. Ces risques sont prévisibles, mutualisables et donc indemnisables dans un dispositif où les coûts sont équitablement répartis entre les différentes catégories de salariés, c'est ce que l'on appelle la protection sociale<sup>39</sup>.

On le voit, cette conception du risque, inhérente à l'activité salariée, peut faire l'objet d'une anticipation dans le cadre d'un dispositif solidaire où chacun est protégé, assuré contre les aléas de la vie. Mais le « risque » dont nous parlons est d'une autre nature car il ne peut être ni anticipé ni mutualisé et en ce sens il représente plus « une éventualité néfaste ou une menace » caractérisé par son « imprévisibilité » ce qui tend à entretenir continuellement la confusion entre « risque et danger »<sup>40</sup>. Mais d'une manière générale, selon Robert Castel, le risque générateur d'insécurité ne peut être abordé comme une notion substantielle, je rajouterai un concept explicatif d'une mutation de la « société ». Il exprimerait d'abord un rapport compliqué aux protections dont certaines, existantes, se fragilisent de plus en plus, et d'autres absentes face aux nouveaux dangers se voient remplacées par le « principe de précaution ».

Maintenant que nous avons quelque peu pris nos distances avec la notion, reste à régler la question de la « gestion » de ces risques et plus particulièrement s'agissant de l'objet qui nous préoccupe. Nous serons relativement sommaires sur ce point que nous souhaiterions néanmoins clarifier pour deux raisons au moins. D'une part il nous semble que cette clarification est nécessaire ici toujours en relation avec le choix que nous avons fait de ne pas nous contenter indiscutablement de notions déjà prêtes à l'emploi. D'autre part cette mise au point rendra ensuite, nous l'espérons, notre choix plus compréhensible. Il est toujours tentant pour certains de présenter la « réduction des risques » en matière de toxicomanie comme une nouvelle forme de gestion, de contrôle des toxicomanes et fatalement des risques inhérents à leurs pratiques. L'introduction de nouvelles technologies, le changement des pratiques,

---

<sup>39</sup> Pour un point de vue problématique sur la spécificité de « l'emploi à la Française » (et les dangers qui le menace) on peut voir l'ouvrage collectif dirigé par Bernard Friot et José Rose, *la construction sociale de l'emploi en France*, L'Harmattan, 1996.

<sup>40</sup> Castel R. ; *L'insécurité sociale. Qu'est ce qu'être protégé ?* Le Seuil, 2003



l'avènement de nouvelles disciplines et l'aménagement d'innovations n'auraient ainsi d'autres buts que de continuer à tenir captif et contrôler certaines catégories de populations « à risques » mais d'une autre manière. On passerait ainsi d'un registre disciplinaire basé sur la contrainte et l'aménagement des corps à un registre plus englobant, ramifié et techniciste autrement dit et pour reprendre Pierre Bourdieu et Jean-Claude Passeron, substituer la « manière forte » à la « manière douce »<sup>41</sup>. C'est dans ce sens que la référence est quelques fois faite à Robert Castel dans ce qu'il décrit, à partir de la fin des années soixante dix, comme la promotion de nouvelles technologies de gestion des « populations à problèmes », en tous cas celles qui posent problème aux garants de « l'ordre social et idéologique », et le retour à « l'objectivisme médical »<sup>42</sup>. Evidemment, à l'instar de Pierre Bourdieu voire de Michel Foucault sur lequel nous reviendrons plus tard, il est tentant d'en avoir une interprétation essentiellement dénonciatrice a priori, voire pessimiste. Robert Castel l'admet quelque peu lui-même dans sa conclusion mais prévient néanmoins que le « pessimisme » de ses analyses, qui donnerait sensiblement à voir des « stratégies toutes puissantes » qui nous entourent de toutes part, doit pouvoir en définitive nous éclairer sur les mécanismes à l'œuvre, principalement inspirés de la « logique marchande et du souci de rentabilité », dans le but de les dénoncer et de les « combattre ».

Cette posture du sociologue n'a pas à être discutée dans la mesure où elle signifie son engagement, en conclusion, une fois qu'il nous a donné tous les éléments nous permettant de la comprendre. Ce qui va moins bien, c'est d'en faire une clé d'interprétation unique, orientée a priori, chaque fois que cette notion de « risque » est à l'œuvre, influencé en cela par sa position de sociologue et par la surenchère de l'utilisation de la notion. Mais il ne faut pas confondre l'analyse avec l'engagement. Si nous respectons Robert Castel dans sa prise de position finale, il nous faut néanmoins comprendre les mécanismes qu'il met finement à jour pour mettre en lumière les transformations dont il est question, nous y reviendrons par la suite.

---

<sup>41</sup> Bourdieu P, Passeron J-C., *La reproduction. Eléments pour une théorie du système d'enseignement*, Minuit, Paris, 1970. Cette transition est en fait ce qui caractérise la séparation entre la délinquance juvénile et adulte avec la parution de l'ordonnance du 2 février 1945. Il y a une extension du champ d'application des institutions qui prennent en charge non seulement la « délinquance » des mineurs mais également toutes les situations pouvant y conduire et où la « rééducation » remplace de plus en plus la simple sanction. L'ordonnance du 23 décembre 1958 étend à son tour très largement la définition des cas qui autorisent l'intervention de la justice à des fins préventives. Cet ensemble fait également la part belle aux « savoirs experts », psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux...

<sup>42</sup> Castel R., *La gestion des risques. De l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse*, les éditions de Minuits, Paris, 1981.

Ceci étant dit, quel regard nous proposons nous de porter sur ces changements progressifs. La sociologie classique nous a longtemps habitué à entrevoir au préalable l'analyse sous le couvert de perspectives, de notions ou de théories déjà unifiée et prêtes à l'emploi. En ce sens, et certainement parce que les préoccupations le commandaient aussi, la majeure partie des analyses portées sur la toxicomanie ont été essentiellement développées et interprétées sous l'angle des dispositifs et des institutions privilégiant ce que d'aucun nomment les « hétéro-contrôles »<sup>43</sup>. Ceci suppose une entrée par le biais des institutions, qu'elle que soient leurs formes et leurs contenus, que l'on parle de psychanalyse, de réduction ou de gestion des risques, pour comprendre ce qu'est la « toxicomanie » et donc le traitement qui lui est réservé. Mais ceci pose au moins deux problèmes.

D'une part, cette vision tend à réduire préalablement l'usager à la définition que lui donne à priori l'institution. Cette définition n'est jamais neutre ni stable dans le temps comme en témoigne la transformation du toxicomane en usager de drogues. Dans un cas comme dans l'autre nous supposons à priori un individu pourvu de caractéristiques particulières qui sont à l'origine de la conception même de l'intervention. Le vieil adage « c'est le toxicomane qui fait la drogue » pourrait être précédé par « c'est l'institution qui fait le toxicomane ».

De plus cette perspective s'inscrit traditionnellement, en tout cas en France, dans un cadre problématique plus large d'une sociologie critique visant la dénonciation des rapports de domination entre classes qui reconduisent naturellement les conditions de l'exploitation des classes dominées. Ainsi les institutions de « contrôle social » ne seraient en définitive que les instruments des classes dominantes dont le but est d'assurer le maintien de ces rapports de domination. Finalement et en dehors des mécanismes assurant ce contrôle, il s'agit de rendre compte des différents types de populations, construits au préalable, pris en charge par les appareils et les dispositifs qui réalisent ce contrôle<sup>44</sup>.

D'autre part, et ceci est probablement plus significatif pour notre propos, les institutions sont loin de couvrir l'intégralité des phénomènes qu'elles sont censées prendre en charge et en ont de ce fait une vue relativement partielle. A l'extérieur du centre de soins ou du cabinet du médecin généraliste, les usagers de drogues continuent de vivre, de se conduire tout en

---

<sup>43</sup> Castel R. Coppel A., « Les contrôles de la toxicomanie » in : Ehrenberg, A (*dir*), *Individus sous influence*, Le Seuil, Paris, 1991.

<sup>44</sup> Par exemple : Donzelot J., *La Police des familles*, Paris, éd. De Minuit, 1997. Castel R., *Le Psychanalisme*, Paris, Paris, Maspero, 1973. On peut considérer que ces deux auteurs, à la suite de Michel Foucault, soutiennent une même hypothèse : la déviance n'est qu'une construction opérée par les différentes institutions de contrôle social.

s'évertuant à faire face au problème qui les amène à consulter. Comme nous le verrons largement, l'arrêt de la consommation de drogue provoque des effets divers et complexes que l'offre de soins, qu'elle que soit son importance, ne peut prendre totalement en charge et que l'utilisateur tente de gérer.

Ces deux points nous amèneraient finalement à effectuer le constat critique suivant. Non seulement les institutions construisent les usagers auxquels leurs actions se destinent mais de plus cette construction est partielle dans la mesure où elle se passe à des moments et des lieux bien déterminés.

Comment lever ces difficultés ? L'idée d'un changement de paradigme s'agissant de l'intervention dans le champ de la consommation de drogues est une explication qui n'épuise pas toutes les questions malgré une transformation notable (mais pas totale) de la figure du toxicomane et des pratiques professionnelles. Passer d'un paradigme à un autre suppose que l'on puisse dans le même temps abandonner certains présupposés pour d'autres, un cadre d'interprétation pour un autre. Nous abandonnerions ainsi d'un coup tout un ensemble idéologique de croyances pour en adopter un autre diamétralement opposé ce qui supposerait dans le même temps admettre une conversion totale des pratiques professionnelles et l'adhésion à une nouvelle philosophie de l'utilisateur reposant sur ses capacités autonomes à gérer son traitement . Une véritable « révolution scientifique » en exagérant quelque peu l'interprétation épistémologique laissée par Thomas Kuhn<sup>45</sup>.

Mais ceci ne règle pas tout. Ce que nous souhaiterions supposer ici c'est que l'autonomie laissée aux usagers de drogues dans le cadre de la « réduction des risques » et plus particulièrement dans celui des traitements de substitution, puisque nous les considérons a priori comme des usagers ou des patients ordinaires, entre souvent en contradiction avec les principes normatifs inhérents aux dispositifs et aux institutions engagées. Comme nous le verrons largement cette contradiction trouve largement à s'exprimer dans l'espace d'interactions qu'entretiennent les usagers avec les professionnels du dispositif, interactions régulièrement parsemées de conflits et de malentendus. C'est finalement dans cet espace décalé, entre les attendus de l'institution et ce qui est réellement déployé par les usagers, dans cette zone hybride où se croisent, s'enchevêtre, se ratent ou s'ignorent les deux protagonistes

---

<sup>45</sup> Kuhn T., *La structure des révolutions scientifiques*, 1962, trad.fr.1983, Flammarion, 1992.

qu'il nous est finalement possible de restituer ce que produisent réellement ces transformations. C'est dans cet entre-deux, entre la « normalisation » induite par les dispositifs et la réaction des usagers à cette dernière, qu'il nous est possible de mesurer l'impact réel de ces innovations.

Le regard de l'institution ne tient pas réellement compte des « effets réels » produits par l'offre de soins et que les usagers subissent et gèrent au quotidien, ou en tout cas les interprète et les digère selon sa propre logique. Cette situation amène la plupart du temps avec elle beaucoup de malentendus et de désaccords dans la mesure où la voie des usagers reste relativement inaudible face aux professionnels puisque traitée comme déviante à la norme médicale, ce qui est au fond, comme nous l'avons vu, le propre des « hétéro-contrôles ». Le mécanisme de ces derniers ne nous intéresse pas réellement ici en soi car il n'est pas dans notre intention de dévoiler des processus généraux, normatifs et arbitraires. Ils ont certes leur importance mais il nous semble nécessaire non pas de les épinglez a priori, mais tenter de les restituer à l'épreuve. En d'autres termes il nous faut réintégrer pleinement, et de même droit et légitimité, les « auto-contrôles » des usagers de drogues sinon nous laisserions dans l'ombre, et au bénéfice de la seule logique institutionnelle, une large part de ce qui se joue dans l'action de ces traitements de substitution. Cependant nous ne serions pas tout a fait cohérents avec notre proposition si nous laissions supposer une opposition entre « hétéro-contrôles » et « auto-contrôle », une forme d'aliénation opérée par l'institution où la complète autonomie des usagers de drogues voire une relation purement conflictuelle entre les deux lorsque nous les mettons en présence. Nous serions plutôt amenés à penser que ces équilibres gagnent à être traduits dans des formes intermédiaires, des liens d'interdépendances prenant forme dans des configurations particulières<sup>46</sup>. Si nous parlons d'autonomie dans le cadre des traitements de substitution en médecine générale comme nouvelle configuration du contrôle de l'usage de drogues, cette dernière n'est qu'un mot car elle ne prend forme et n'existe en définitive que parce qu'elles se constitue dans des liens d'interdépendance avec les médecins, ce qui au fond caractérise bien la généralisation des dispositifs censées favoriser l'autonomie des bénéficiaires<sup>47</sup>.

---

<sup>46</sup> Elias N., *Qu'est ce que la sociologie*, La Tour d'Aigues, Editions de l'Aube, 1991. Ce point de vue développé par Norbert Elias propose de dépasser l'antagonisme entre individu et société.

<sup>47</sup> Trépos J-Y., « Autocontrôle et proto-professionnalisation chez des usagers de drogues », *Psychotropes*, Vol.9, 2003/1, p.27-59.

Nous nous rendons compte alors que les bénéficiaires de ces dispositifs subissent, résistent, contournent les contraintes qui leurs sont plus ou moins imposées à leurs propre profit et à partir de leur propre monde. Mais comment rendre compte de toute cette action, comment restituer toute cette *agitation*, comme dirait Michel Foucault, laissée généralement en plan par la modélisation classique et qui se déroule dans le champ de la *partie aveugle* des institutions et réduite la plupart du temps à sa caricature par le biais de la théorie véhiculée par l'institution ? Comment réintégrer les usagers de drogues non comme les destinataires passifs d'un traitement et dont les conduites sont soumises à l'appréciation partielle et souvent orientée des institutions mais comme des participants qui *agissent ordinairement* ? Comment traduire en retour ce que font les professionnels et notamment les médecins généralistes comme intervenants premiers dans le cadre de cette nouvelle configuration sans les réduire et les agglomérer ensuite dans une interprétation institutionnelle, fonctionnelle ou purement médicale ?

Toutes les questions soulevées ne seront pas appréhendées sous un angle particulier ce qui, comme nous l'avons déjà supposé, tendrait à privilégier un point de vue dominant mais relativement limité de ces processus et de leurs conséquences. Il s'agira en l'occurrence, à travers la mise en scène d'une confrontation indirecte entre médecins généralistes et usagers de drogues, de saisir le regard que portent les uns et les autres sur ces traitements ainsi que les interprétations mises en œuvre pour expliquer les difficultés rencontrées et les solutions apportées. Un dernier mot néanmoins.

Nous ne souhaitons pas dire ici que la perspective offerte par les « hétéro-contrôles » n'est pas pertinente car elle met certainement en lumière une réalité dont notre propre expérience ne pourrait que témoigner. Nous voulons simplement souligner qu'elle n'est généralement pas *suffisante* et surtout qu'elle est un peu trop *réductrice* dans la mesure où elle s'attache essentiellement à décrire des mécanismes et des processus généraux.

On le voit les questions sont nombreuses et relativement complexes et ne peuvent se satisfaire d'une perspective unique ou même d'un agencement de perspectives que nous combinerions pour augmenter les possibilités d'éclairage de l'objet. Nous allons devoir d'une part élargir la question et d'autre part, et surtout, proposer une voie totalement différente, une autre manière de l'aborder.

### **III. UN COLLECTIF EN CONSTITUTION.**

#### **1. Dissocier pour assembler autrement.**

Accepter l'idée que la sociologie de l'acteur-réseau puisse nous fournir un cadre de restitution pertinent, c'est au préalable soumettre notre démarche à quelques principes de base. Commençons par adopter d'emblée un premier principe de symétrie et efforçons nous de considérer, dans un premier temps en tous cas, le monde comme un assemblage plat de collectifs et de réseaux, de groupement d'individus qui travaillent et motivés plus ou moins par les mêmes objectifs. Ces réseaux transportent l'action, la stabilisent et la globalisent plus ou moins dans des collectifs et des équipements avant d'être envahis par d'autres réseaux et d'autres collectifs qui les supplanteront ou tenterons de le faire. Nous reviendrons pour définir précisément cette notion d'action comme celle de l'acteur retenus dans cette perspective. Considérons enfin qu'il n'est plus nécessaire d'interpréter ces mouvements par le biais d'explications sociales mais de prendre en compte des processus de traduction autrement dit la manière dont ces collectifs se créent tout en argumentant la nécessité de leur propre création. Cette approche que défend ce qu'il est donc convenu d'appeler la sociologie de l'acteur réseau, et qui sous-tend finalement l'orientation générale donnée à cette recherche, est intéressante à plusieurs égards.

En nous dédouanant de la nécessité de l'explication sociale elle nous oblige à prendre en compte pleinement et de manière égale toutes les entités qui participent à l'assemblage de ces réseaux. Nous considérons alors qu'il n'est plus nécessaire de faire le partage entre les participants humains et non humains, à prendre au sérieux le concours des objets dans la mesure où ces derniers participent non seulement à cadrer les interactions entre les individus mais de plus influencent le cours des actions.

En ce sens nous verrons que les produits de substitution, entre autres, ont un véritable rôle à jouer et peuvent être considérés de ce point de vue comme des acteurs à part entière justement parce qu'ils dérogent au sens conventionnel et restreint qui leur est généralement assigné.

Ensuite les cadres d'intervention et leurs spécificités ne sont pas donnés avec les explications qui les font exister mais se construisent et se modifient, portés par des individus et des objets,

sous l'action d'influences extérieures non entendues alors comme « forces sociales » mais comme d'autres acteurs entrant en scène. Ainsi l'entité SIDA peut-être être appréhendée non comme la cause d'un changement de « paradigme » mais la naissance d'un nouvel acteur obligeant les autres à agir, créer d'autres réseaux, développer des controverses et finalement engager d'autres processus qui à leur tour vont faire naître d'autres collectifs. Si tous ces acteurs se définissent de manière équivalente dans le rôle qu'ils sont amenés à jouer, ils deviennent, ainsi que les définit Bruno Latour, des « actants »<sup>48</sup> caractérisés d'abord par l'action qu'ils transportent et l'influence que cette dernière imprime sur le cours des événements. Ainsi appréhendés, certains objets sont dégagés du rôle secondaire et instrumental que la sociologie classique leur assigne traditionnellement pour devenir des vecteurs de l'action, *des médiateurs*<sup>49</sup>.

Ce renversement de perspective suggère ainsi qu'aucun cadre ne peut expliquer ce qui se passe a priori puisque c'est de leur construction qu'il s'agit de rendre compte avec tous les actants qui y participent. Dans ce sens nous pouvons considérer par exemple que l'Etat n'est pas cet hydre froid, calculateur et tout puissant imposant de manière unilatérale un pouvoir venu d'en haut mais finalement un actant comme les autres qui investit et propage l'action qu'il a reçu en amont et participe ainsi à l'assemblage et à la stabilisation finale de l'ensemble. Mais pour nous en convaincre nous emprunterons très brièvement à l'histoire récente la perspective temporelle qu'elle nous offre pour lire les événements d'une manière un peu différente. Autrement dit nous ne décrivons pas des événements statiques qui se succèdent de façon linéaire, mais considérons plutôt le travail effectué par des individus d'abord relativement isolés, mais qui entraînent progressivement dans leur sillage des confrères, des professionnels et des militants qui partagent la même éthique, les mêmes objectifs dans le but de faire évoluer le statut de « l'usage de drogues ». Toutes ces personnes, d'abord disséminées dans des réseaux qui se construisent et se tissent, vont s'évertuer à définir de nouvelles entités, humaines et non-humaines, les mettre en lien pour construire doucement une nouvelle charpente, un nouveau collectif. Mais ce faisant ces personnes vont revendiquer une approche différente, spécifique, qui va se construire progressivement en une nouvelle « spécialisation » porté par de nouvelles pratiques et une nouvelle éthique. Il s'agit, d'une manière générale, de

---

<sup>48</sup> Latour, Bruno., *La science en action*, Paris, La découverte, 1989.

<sup>49</sup> Dans le cadre de la sociologie de l'acteur-réseau les objets sont soit des intermédiaires soit des médiateurs. Les premiers transportent fidèlement une information sans rien changer, ce qui sort est toujours prévisible par rapport à ce qui entre, c'est la « boîte noire ». Les seconds génèrent de l'action, en transformant leur environnement. Ce qui sort n'est jamais complètement prévisible par rapport à ce qui entre et prend toujours le caractère d'un événement.

saisir un mouvement d'ensemble de constitution d'un nouveau collectif et son travail pour élaborer et stabiliser de nouveaux équipements, de nouveaux dispositifs, une nouvelle rhétorique. Mais un tel éclairage, pour être saisi pleinement, doit nécessiter au préalable la désagrégation des entités qui peuplent habituellement nos représentations en nous donnant à voir des liens de causalité, des évidences.

Cette désagrégation des ensembles préconstitués de catégories de pensées traditionnellement utilisés pour effectuer des partages est importante sur deux points au moins. D'une part elle défait les cloisonnements naturalisés par l'épistémologie classique et basés à priori sur des échelles de valeur accordés à notre rapport au monde en nous imposant d'emblée un principe d'asymétrie<sup>50</sup>. D'autre part et en nous obligeant à faire cette mise à plat elle suppose finalement que tout ce que la sociologie tend à qualifier « d'objet » et nécessitant une déconstruction préalable puisque déjà donné comme construits ne sont en fait que des associations de réseaux globalisés ensuite par les humains. Aucune dotation, aucun partage n'est possible a priori puisque tous ces assemblages reposent fondamentalement sur un même principe de symétrie. Ce que l'on appelle communément le « social » est rempli de tels objets que l'on pourrait qualifier, dans le même registre d'exploration, de « boîtes noires »<sup>51</sup>, agrégats d'évidences, définitivement fermés et que l'on interroge plus. Considérer une telle approche conserve un intérêt certain pour éviter ce qui pourrait sembler être un paradoxe en sociologie, celui de se servir de notions et de théories déjà construites pour effectuer la déconstruction<sup>52</sup>.

---

<sup>50</sup> C'est par exemple la critique que fait Bruno Latour à l'anthropologie classique lorsqu'elle accepte d'emblée, dans un principe asymétrique, la séparation entre « croyance » et « raison » ou entre « nature » et « culture ». Latour B., « Note sur certains objets chevelus », *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, 19, n°27, p.21-36. A noter que c'est également un système de « croyances collectives », selon Henri Bergeron, qui est à l'origine de la constitution du « paradigme psychanalytique » qui a servi de référentiel pendant plus de vingt ans à l'intervention en toxicomanie, avant d'être supplanté par un autre « paradigme », celui de la « réduction des risques ».

<sup>51</sup> Latour B., *op.cit.*, 1989.

<sup>52</sup> C'est tout l'intérêt de la démonstration de Colette Pétonnet lorsqu'elle tente de définir ce que devrait être l'ethnologie urbaine en introduisant ce qu'elle appelle « l'observation flottante ». Le « concept » même de cette discipline (qui s'est imposé d'évidence) se révèle insuffisant dans la mesure où il suggère une « une dichotomie rigide à l'intérieur d'une même société ». Selon elle, parler de l'ethnologie urbaine c'est déjà réduire un objet à une dimension particulière alors que sa réalité est beaucoup plus vaste. La « ville » est un lieu protéiforme ou se concentre, depuis ses origines, toutes les autorités (civiles, militaires, religieuses), le commerce et l'industrie. Par exemple cette diversité est symbolisée par des « objets » hybrides tels que les supermarchés qui drainent à la fois les chalands citadins et paysans. Doit-on les considérer uniquement sous la perspective du « monde industriel » ou sont-ils exclusivement « urbains » ? La question qu'elle pose est « comment l'aborder ? ». La réponse proposée est déjà significative. Ne pas aborder la « ville » comme une « unité sociale » pas plus que le « quartier » comme une « partie séparable de cette unité ». Les villes sont en connexion les une aux autres et avec le monde rural. Si on prend une entrée par l'activité du commerce on verra bien les interconnexions entre ces différentes parties quitte à se voir « immédiatement projeté hors des frontières nationales ». Mais pour



Nous verrons plus tard que cette perspective globale de désagrégation et de désubstantialisation s'applique aussi bien à l'évolution et la transformation des collectifs et dispositifs qu'à rendre l'action humaine beaucoup moins déterminée par des structures profondes qu'elle soit internes ou externes.

Nous venons donc d'interroger quelque peu les édifices conceptuels et théoriques qui nous obligeaient à orienter notre regard et à voir déjà entités déjà constituées, des sources de l'action déjà existantes. On peut déjà conclure sur ce point en soutenant que la perspective qui consiste à fixer ces transformations par l'explication définitive du changement de paradigme n'est pas totalement satisfaisante. Nous préférons dire qu'il s'agit bien de l'émergence d'un nouveau collectif, produit d'un tissage progressif de réseaux, qui a progressivement supplanté l'ancien à travers tout un travail d'argumentation et de traduction pour se construire lui et défaire dans le même temps son adversaire<sup>53</sup>.

Que l'on ne s'y méprenne pas. Loin de nous évidemment la volonté de mésestimer l'influence décisive du virus dans toutes ces transformations, bien au contraire, mais il n'est au bout du compte qu'un actant parmi d'autres qui déploie comme les acteurs humains ses propres arguments.<sup>54</sup>

Mais nous n'avons pas encore tout réglé. Considérer le virus comme un actant parmi d'autres participant simplement à la constitution de l'ensemble peut nous donner à voir, et c'est l'une des critiques généralement formulée à cette sociologie, un monde froid, mécanique, insensible, dénué de toute émotion et de toute profondeur. Ainsi l'action humaine peut sembler instrumentalisée puisque reléguée au même rang que celle des objets dans une construction commune où les différences de nature, lorsque l'on envisage la maîtrise de l'action, n'existent plus. Nous concédons que cette perspective a un avantage heuristique certain lorsqu'elle se propose de rendre compte de l'action des individus dégagés des a priori déterministes qui les

---

effectuer un tel travail « il faut se garder de l'influence de certains penseurs contemporains » et des évidences en vogue qui dénoncent « les citadins séparés et indifférents », la « ville-ghetto », la « désocialisation des individus », la « socialité urbaine abstraite »... Pétonnet C., « L'observation flottante. L'exemple d'un cimetière parisien », *L'homme*, oct-déc. 1982, XXII (4), p. 37-47.

<sup>53</sup> En fait, comme nous le verrons encore, le travail d'un collectif ne fait que dissocier progressivement ce qu'un autre a mis des années à associer. Il ouvre progressivement les « boîtes noires » soigneusement fermées et empilées les unes sur les autres. Pour l'explication d'une telle entreprise on peut voir Callon M. Latour B. ; « le grand Léviathan s'appriivoise-t-il ? » in Akrich M, Callon M, Latour B., *Sociologie de la traduction*, Mines Paris, les Presses, 2006.

<sup>54</sup> On peut consulter à ce sujet le recueil dirigé par Jean-Claude Rouchy, *La double rencontre Toxicomanie et Sida*, Erès, 1996. Le virus est bien venu questionner, et violemment, le bel édifice institué jusqu'alors.

définissent quelques fois tout en restituant aux objets la place et la responsabilité qui leur revient. Ce point est d'importance. La désagrégation des ensembles préconstitués dont nous parlions tout à l'heure concerne ici également les acteurs collectifs, point de « toxicomanes » ni de « profession médicale ». Il est important de séparer les personnes des différents mondes auxquels elles appartiennent et où elles interviennent si nous voulons saisir ce qui fait la spécificité de chaque action, de chaque explication en écoutant des personnes singulières dans la restitution de leurs agissements. Cette opération est importante si nous voulons montrer l'hétérogénéité des diverses situations que nous ne pourrions voir si nous faisons parler des acteurs préalablement unifiées par les catégories dans lesquelles la sociologie classique tend à les ranger.

Il n'y a évidemment dans ce que nous prétendons ici aucune intention de mettre en opposition les acteurs individuels avec ce qui est traditionnellement utilisé pour les représenter, professions, classes sociales ou groupes divers, ces oppositions ne se révèlent pas pertinentes pour nous, comme une bonne partie des oppositions classique, nous l'avons déjà souligné. Cette déclaration vaut pour le reste également. Nous estimons simplement que nous pourrions difficilement saisir ce qui fait la complexité des agencements effectués par les professionnels, les médecins généralistes et les usagers de drogues sous traitement de substitution. Nous entendons simplement laisser les individus opérer eux-mêmes leurs propres opérations, les écouter se définir en tant que personnes singulières, entendre comment ils argumentent eux même le rapport à ce qu'ils sont et ce qu'ils font, quelles que soient les modélisations empruntées. Autrement dit le premier pas serait de prendre au sérieux ce que l'utilisateur, le professionnel, le médecin nous dit avec conviction. Le statut et la place du matériau transmis au sociologue sera discuté plus tard mais pour l'instant il nous suffit d'accepter ce que les individus nous restituent avec les ressources personnelles qui les caractérisent.

D'un autre côté il faut dire ici que cette insistance sur la singularité de chaque cas (entendu pour l'instant comme posture individuelle) ne doit pas non plus donner l'impression d'une dispersion et d'un atomisme à outrance vidés de toute substance sociologique. Nous soutenons simplement que cette approche est nécessaire si nous voulons saisir, dans un deuxième mouvement, les appuis communs sur lesquels les usagers, les professionnels et les médecins se reposent pour traduire leurs interventions, décisions et pratiques. Cette seconde étape nous servira alors à effectuer nos montées en généralité, pour reprendre les termes de

Boltanski et Thévenot, agréger les singularités à partir de références communes pour confronter ensuite l'ensemble à la critique des théories disponibles.

## **2. Rôle et propriétés des réseaux et des dispositifs.**

### **- La dimension morale et émotionnelle.**

Mais il nous semble néanmoins que la critique des rôles respectifs des humains et des objets n'est pas entièrement déplacée. L'individu est-il à mettre sur un pied d'égalité complet avec les objets qu'il manipule (et qui le manipulent) ? N'y a-t-il de pertinent que la constitution des réseaux, le transport de l'action dans leurs ramifications et leurs globalisations qui importe ? La question reste ouverte mais nous pouvons modestement tenter d'y apporter une première réponse. Cette perspective sociologique a déjà fait l'objet de nombreuses critiques notamment sur le cadre réducteur qu'elle propose lorsqu'il s'agit d'appréhender les liens sociaux essentiellement au moyen d'une construction instrumentale des ressources emmagasinées par les réseaux<sup>55</sup>. D'une manière générale l'indistinction entre humains et non-humains a souvent été pointée comme le principal défaut de cette vision du monde<sup>56</sup>. Mais au-delà de la simple critique il nous semble plus pertinent d'opter pour des travaux qui ont tenté de remédier à cette faiblesse de la théorie. Il en est ainsi des recherches de Nicolas Dodier qui se proposent justement de rajouter aux individus mais également aux collectifs une dimension morale et émotionnelle sans laquelle nous ressemblerions effectivement et complètement, pour reprendre la métaphore de Bruno Latour, à des termites aveugles creusant mécaniquement des galeries sans fin. Si l'un des points important est que les humains ne sont pas les seuls en lice dans la constitution de ces collectifs, il nous faut maintenant aborder la dimension morale qui se trouve au cœur de leur constitution et porté par les individus qui les composent et les rassemblent. Nous pourrions nous en tenir à l'explication de ces collectifs comme le travail incessant des actants à tracer des réseaux pour les globaliser ensuite dans un mouvement sans fin. Mais ceci pose ici au moins deux problèmes.

D'une part il n'est pas dans notre intention de décrire simplement ces entités mais de les comprendre car c'est de leur constitution que nous tirerons le cadre de compréhension,

---

<sup>55</sup> Chateauraynaud F., « *Forces et faiblesse de la nouvelle anthropologie des sciences* », Critique, n°529-530, juin-juil. 1991, p. 465-466.

<sup>56</sup> Friedberg E., *Le Pouvoir et la Règle*, Paris, Seuil, 1993.

détaillé dans le prochain point, destiné à éclairer la rencontre entre le médecin généraliste et l'usager de drogue et le rôle, mésestimé, joué par les traitements de substitution, l'objectif n'étant pas ici, nous le rappelons de nous consacrer à la description de ces changements mais de nous en servir comme base de compréhension destinée à introduire nos actants. Ensuite comment pourrions nous réellement comprendre les disputes, dénonciations et autres controverses qui ont marquées le début des années quatre-vingt dix sans considérer cette dimension morale souvent au cœur de l'action des partisans de la « réduction des risques » et axée principalement sur le droit de vivre des usagers de drogues face à une maladie transmissible et incurable?

Pour cela il nous faut préalablement doter ce collectif d'une « conscience », aspect malheureusement quelque peu négligé par la sociologie de l'acteur réseau<sup>57</sup>.

Dans cette perspective si l'on considère que la société n'est pas cette émanation *sui generis*, ce tout symbolisant la totalité explicative de nos conduites, en revanche elle n'est pas absente à travers ses multiples déclinaisons, dans le sentiment d'appartenance qu'elle peut générer, chez tout un chacun, à un ensemble et comment en retour ce sentiment tend à orienter les conduites. Si une conception a priori de la société n'est pas pertinente ici c'est bien parce qu'elle constitue une recherche permanente des individus à l'instar de nos collectifs. Ainsi « les personnes manifestent le souci de l'entité collective à laquelle elles appartiennent, à la fois pour la faire exister et pour la respecter via les impératifs qui sont liés à cette appartenance ». On peut considérer que c'est globalement le même sentiment d'appartenance qui a progressivement rapproché les partisans de la « réduction des risques » de tous bords au nom d'une société qui ne pouvait pas laisser mourir les toxicomanes sans réagir face aux ravages provoqué par l'épidémie du SIDA et que les institutions classiques du soin refusaient de prendre en compte au nom d'une croyance arbitraire. Le rapprochement de ces individus porteurs de la même dimension morale à l'égard de leur action s'est fait de proche en proche dans le cadre « d'assemblées » de plus en plus importantes. Les « assemblées » présupposent la rencontre d'individus partageant le même rapport à un ensemble, la « conscience d'un

---

<sup>57</sup> Je m'inspire ici essentiellement de l'apport effectué par Nicolas Dodier à la sociologie de l'acteur-réseau et de sa divergence par rapport à l'existence et au rôle joué par la « société ». Pour ce dernier il existe chez tout être humain, quelque soit le degré, une orientation à la vie commune dont on peut penser qu'elle constitue une « compétence sociale » qui peut s'exprimer de manières diverses. Ceci laisse bien penser qu'il existe une « conscience du collectif » inscrite dans chaque individu et qui tend vers la conscience de vivre en « société ». Dodier N., « Remarques sur la conscience du collectif dans les réseaux sociotechniques », *Sociologie du travail*, N°2/97, p. 131-148

même tout » qui serviront de base fondamentale aux interactions entre les individus. Elles ne mettent évidemment pas en question l'existence des réseaux qui les parcourent. Elles ne symbolisent en fait que l'émanation de cette conscience du collectif auxquels elles appartiennent tout en lui donnant une direction particulière en termes d'action. Nous aurions ainsi d'un côté les réseaux qui transportent le travail effectué par les individus et de l'autre côté les « assemblées » qui cristallisent la dimension morale de ce travail tout en influant ensuite sur la constitution et la direction des réseaux.

Qui veut donc étudier l'agencement progressif d'un collectif devrait également le faire par le biais de la constitution de ces « assemblées » s'il veut pleinement saisir la dimension morale du travail des individus à l'origine de la conscience du collectif en question. Mais comment appréhender cette constitution ? Il nous faut l'envisager en termes de processus graduel, de degré de stabilité et de pérennité de plus en plus durci, autrement dit les « assemblées » ont une fonction à chaque fois différente dans la constitution du collectif. Ainsi leur rôle et leur consistance peuvent être relativement faibles. Dans ce cas et comme nous le rappelle Nicolas Dodier, ces « assemblées » ne sont rien de plus que des rencontres plus ou moins éphémères mais dont chacun gardera la mémoire qui entretient néanmoins l'existence de la « conscience » du collectif. Les rituels que sont les fêtes d'anniversaire ou les repas de famille par exemple, participent à entretenir cette conscience chez chaque individu de faire partie d'un groupe, d'un collectif, la famille. A d'autres niveaux, ce sont d'autres rituels pour d'autres collectifs qui se constituent. Au fur et à mesure du développement du collectif, lorsque ce dernier gagne en importance, et multiplie les réseaux qui le traversent de part en part, les « assemblées » se nourrissent, toujours alimentées par le travail des réseaux. Leurs formes et leurs contenus sont divers, hétérogènes mais elles représentent autant de points de fixation, de nœuds par lesquels l'action converge à partir des réseaux pour repartir aussitôt amplifiée.

Mais pour continuer à exister et trouver une forme pérenne, tout ce travail doit trouver à être stabilisé sous peine de continuer sa vie éphémère uniquement entretenue dans la mémoire des personnes, simplement réactivé ici et là par des photos, des films ou des compte rendus également éphémères. On connaît la critique qui est souvent portée, par les membres de la famille, à ce manque de conscience de la famille, l'esprit de la famille, parce ce qu'il existe peu d'objets censés l'entretenir et peu d'assemblées où ces objets pourraient jouer leur rôle. Tout les collectifs rencontrent ce problème, quel que soit leur importance. Autrement dit

toutes les assemblées s'évertuent à produire, pour continuer à exister et se développer, des formes stables et réglées pour entretenir la conscience du collectif auxquels elles appartiennent. Notre collectif suit les mêmes règles mais à un niveau supérieur, pas forcément différent. Nos « assemblées » tentent également de stabiliser leurs orientations et leurs actions. Mais là où les partenaires sont trop nombreux pour qu'ils puissent tous s'exprimer il faut des mécanismes sélectifs, là où les informations et les données des situations dont il s'agit sont trop abondantes, hétérogènes, enchevêtrées il faut un traitement. Ces « assemblées » laissent des traces à la fois sur le travail des réseaux et l'implication morale des participants. Mais toute cette diversité et cette hétérogénéité bien que progressivement réduite et formalisée et bien qu'elle s'appuie sur un même rapport au monde, et si j'ose dire au monde de la « toxicomanie », doit enfin trouver les instruments et une stabilité définitive pour son expression « politique ».

Le dernier palier, qui est comme nous le supposons ici le palier « politique » de tout ce travail de stabilisation, se retrouve dans ce que l'on pourrait considérer comme la « production de formes extériorisées de la conscience collective »<sup>58</sup> ayant comme support des entités stabilisées, en l'occurrence des objets et des dispositifs techniques auxquels seront délégués une « partie du travail normatif lié à l'existence du collectif »<sup>59</sup>. Les dispositifs ont ainsi un double rôle. D'une part ils représentent donc cette forme « extériorisée de la conscience collective » qui vise une totalité. D'autre part ils vont opérer des « coupes dans les réseaux sociotechniques » en délimitant à l'intérieur même des réseaux des entités visibles qui vont donner aux collectifs une réalité. Ce sont par exemple ici tous les dispositifs que l'on pourrait regrouper dans la « politique de réduction des risques ». Comme nous pouvons le constater la relation entre réseaux, dispositifs techniques, ainsi que les différents aspects liés à la conscience et la dimension morale d'une telle construction restent particulièrement complexe et difficile à agencer<sup>60</sup>.

---

<sup>58</sup> *Ibid.*

<sup>59</sup> *Ibid.*

<sup>60</sup> Pour un éclairage très fouillé d'une telle entreprise on peut voir Trépos J-Y., *Ethique et technique dans les réseaux « toxicomanie-sida »*. Les groupes régionaux toxicomanie-sida à l'épreuve du temps. Rapport de recherche, ANRS, 1992.

- **Les dispositifs comme investissement de forme.**

Mais nous devons considérer ici une forme particulière. Ce sont en l'occurrence, les produits de substitution et les dispositifs techniques qui les entourent. Mais si nous avons jusqu'à présent décrit les rôles et les objectifs de ces dispositifs il nous faut maintenant pour avancer entreprendre de les analyser dans leur fonction. C'est au bout du compte en les envisageant comme des « investissements de formes »<sup>61</sup> que nous pourrions mieux les décrire. Arrêtons-nous donc quelques instants sur cette notion élargie et développée par Laurent Thévenot à partir de la définition restreinte que lui en donne les sciences économiques car elle est intéressante à plus d'un titre pour clarifier les processus et les constructions dont il est question ici.

De même que le principe premier de l'investissement repose sur le « sacrifice d'une satisfaction immédiate » nous pourrions soutenir l'hypothèse que la « politique de réduction des risques » repose bien dans ses fondements sur un sacrifice de même nature, à savoir le renoncement, même relatif, à l'abstinence comme seule modalité possible de la sortie de la toxicomanie. Le rapprochement, même s'il peut sembler un peu facile, n'est pas si hasardeux. Dans tous les cas, en dehors des bénéfices attendus en retour, ici les préoccupations liées à la santé des populations, les formes dont il est question reposent bien sur un « accroissement de stabilité et de généralité » destiné ici à les rassembler au cœur d'une même politique.

Mais ceci ne suffit pas. Il nous faut considérer une troisième dimension de l'investissement de forme essentielle et concrète à savoir ses modalités de constitution et « les degrés auxquels la forme est objectivée ou équipée ». Plusieurs degrés d'objectivation ou d'équipement sont à envisager dans le cadre de la « politique de réduction des risques » que l'on pourrait traduire en termes de « seuil d'exigence », j'y reviendrai plus loin. Pour l'instant, et pour finir sur ce point, soulignons que l'équipement est réalisé à partir d'un « outillage anonyme » quelle que soit sa nature lui assurant un « caractère contraignant » qui a pour effet en retour de renforcer la forme et lui assurer une pérennité dans le temps.

Ne restons pas à ce niveau de généralité, descendons plus bas et considérons une forme particulière et concrète avec ses équipements spécifiques. Elle concerne précisément ce que

---

<sup>61</sup> Thévenot L., « Les investissements de forme », in Thévenot, L. (ed.) *Conventions économiques*, Paris, Presses Universitaires de France (Cahiers de Centre d'Etude de l'Emploi), 1986, p. 21-71.

l'on appelle le dispositif des produits de substitution et plus précisément celui de la buprénorphine haut dosage délivrés dans les cabinets des médecins généralistes. L'outillage ici est résolument scientifique, puisque représenté par une fraction du corps médical et un traitement pharmaceutique dont les caractéristiques sont assimilables à un médicament ordinaire. Comme tous médicaments la contrainte est inscrite dans le protocole qui lui est associé et dont le médecin est le garant. Cette forme particulière, avec ses caractéristiques est assimilable, en tous cas et c'est dans ce sens que nous tentons de la caractériser, à ce que l'on nomme couramment les dispositifs. Cette orientation nous donne à penser que les dispositifs pourraient être appréhendés comme des formes *supplémentaires*<sup>62</sup> stabilisées, généralisées de la construction des individus à bâtir ce « tout » que l'on appelle « société »<sup>63</sup> autrement dit la volonté de coordonner des objectifs communs et de nature diverse parce que reposant sur une vision du monde commune.

#### **IV. DISPOSITIFS ET POLITISATION.**

Nous avons éclairé au moins partiellement, la question des dispositifs. D'une part, en tant que « formes extériorisées de la conscience collective », ils participent à donner aux collectifs dont ils sont issus une réalité. Ils ont donc une vocation à construire la « société » puisque cette dernière n'est que la résultante de ce travail sans fin. D'autre part les dispositifs soutiennent forcément un objectif économique mais dans une acception beaucoup plus large. Nous pourrions dire qu'ils font un pari. Moins il y aura de contraintes pour les usagers, autrement dit favoriser l'autonomie, et moins sera coûteux l'investissement de l'institution. Mais ce parti pris suppose un investissement préalable, le sacrifice de l'abstinence, pour récupérer en retour les bénéfices liés à la santé publique. Mais nous devons maintenant descendre d'un étage pour nous demander concrètement ce que ces dispositifs produisent sur nos acteurs humains, car c'est au fond ce qui nous intéresse. Commençons par les usagers de drogues. Nous les avons préalablement nettoyés de toutes les perceptions subjectives susceptibles de les fondre dans cette catégorie de « toxicomanes ». Nous nous proposons donc

---

<sup>62</sup> En plus des « assemblées » qui réactualisent régulièrement l'impératif moral, elles même traversées par les réseaux qu'elles influencent en retour.

<sup>63</sup> La notion de « société » échappe à mon avis à toute formalisation sociologique absolue et ne prend sens que dans l'épistémologie qui lui donne sa substance. Dans cette perspective on peut lire l'article de Laurent Thévenot qui éclaire admirablement cette question : Thévenot L., « Une science de la vie ensemble dans le monde », *Revue du Mauss*, 2004 /2, n°24, p. 115-126.



de concevoir des personnes, certes dépendantes à l'héroïne, face à une innovation qui leur propose une substitution à leur consommation d'opiacés. Nous proposons également de voir comment ces personnes vont réagir face à cette innovation et s'il existe des conduites communes nous permettant de les agréger. Qu'est ce que faire une agrégation ? La première proposition est très simple. C'est déjà trouver des constantes dans la restitution de nos acteurs. Ce travail précis, que nous avons par ailleurs utilisé, suppose une méthode que l'épistémologie définit comme la construction de la théorie par le principe de l'induction. Par exemple la très grande majorité des patients en traitement de substitution (pour ne pas dire la totalité) nous disent qu'ils continuent plus ou moins occasionnellement à consommer des produits illicites. Ceci représente pour nous une constante, tous les patients en traitement de substitution continuent de consommer des produits stupéfiants. Cela veut dire également que la prescription de la buprénorphine haut dosage ne règle pas tout puisque les patients continuent de consommer de la drogue et d'autres produits. Cette agrégation des conduites des patients en traitement de substitution, et ses interprétations, feront l'objet d'une critique dans le troisième chapitre. Nous pourrions également faire de même avec les médecins, et nous le ferons dans le chapitre qui leur est consacré bien que l'exercice posera de redoutables problèmes. Cependant nous ne souhaitons pas décrire isolément la perception des usagers de drogues ou celle des médecins généralistes face aux traitements de substitution, nous l'avons déjà expliqué. Si leurs présences respectives nous intéressent c'est en prise avec un dispositif, un traitement. Non pas que l'usager de drogues devenu patient ou le médecin généraliste disparaissent complètement, bien au contraire puisque nous tenterons de les décrire au repos, mais c'est bien dans cette *interface* que nos protagonistes révèlent ce qu'ils sont, en tous cas ce qu'ils en disent au sociologue. Cette interface, même si elle est réduite à notre objet médical (la buprénorphine), est portée par un dispositif technique qui conditionne l'action de cet objet. Alors et avant tout il nous faut décrire précisément les objectifs concrets de ce dispositif, l'action qu'il produit sur les individus, pour que nous comprenions en retour les conduites des usagers censés y adhérer. Cependant nous n'allons pas faire une description instrumentale de ce dispositif, elle viendra plus loin, mais proposer un regard différent, compatible avec notre point de vue. Donc et pour l'instant il nous faut une explication qui suppose un mouvement d'ensemble susceptible de nous fournir un modèle, une théorie capable de nous restituer sur un plan plus général la compréhension des interactions entre les usagers et le dispositif. C'est cette dernière que nous souhaiterions expliciter maintenant.

On peut raisonnablement admettre d'emblée que la très grande majorité des dispositifs, quelques soient leurs objectifs, lorsqu'ils s'adressent à un public suscitent de leur part une réaction. Dans leur grande majorité on peut supposer que ces dispositifs ont comme objectif central un alignement et une normalisation des conduites que l'on trouvait particulièrement désordonnées. Ces dispositifs jalonnent notre vie quotidienne, souvent sans qu'on leur prête attention, nous obligent à changer nos conduites ce qui ne nous laisse pas indifférent la plupart du temps. On peut également supposer que face à cette nouvelle proposition de nouvelles conduites imposées par ces dispositifs vont émerger de la part des usagers d'autres conduites dont le but est de s'adapter à cette nouvelle proposition qui ne leur convient pas toujours. Chacun d'entre nous a certainement vécu ce genre de situation à un moment ou un autre. Dans notre cas ce sont simplement les usagers de drogues à qui l'on propose une nouvelle médiation par le biais des médecins généralistes, un nouveau dispositif censé régler leur problème de dépendance vis-à-vis de la drogue et des conséquences néfastes que cette consommation produit. Ils vont certes y adhérer mais vont dans le même temps se redéfinir dans leur propre trajectoire comme usagers de drogues. Cette redéfinition ne va pas de soi et entraîne quelques problèmes dont nous parlerons dans le troisième chapitre. Mais avant d'entrer dans le détail et pour tenter de caractériser d'une manière générale ces réactions s'agissant des usagers de drogues il nous faut préalablement, pour comprendre ce qui se passe, aborder les dispositifs dont nous parlons comme autant de processus de « politisation »<sup>64</sup> ce qui est le propre de tout dispositif. Nous pourrions ainsi les entendre comme le moyen de créer des investissements supplémentaires, innovants ou à partir des institutions classiques, mais dans un mouvement fluide, cohérent, englobant et destinés au bout du compte à « discipliner » (au sens de Michel Foucault mais nous y reviendrons) dans un même but des pratiques et des passions hétérogènes. Dans cette perspective nous serions amenés à définir l'usage de drogue comme étant le fruit d'une passion comme bien d'autres, ce qui de ce point de vue change considérablement la donne. Si comme nous l'avons suggéré plus haut ces dispositifs sont censés faire le sacrifice de l'abstinence, en dehors des bénéfices à plus ou moins long terme que nous avons évoqué, c'est également considérer, comme moyen, que l'on ne puisse faire disparaître cette passion par une quelconque manipulation sur le psychisme des individus, mais que l'on puisse progressivement « dépassionner » les attachements à la drogue en proposant des solutions de remplacement<sup>65</sup>.

---

<sup>64</sup> Trépos J-Y., « L'équipement politique des passions », *Le portique*, 2005, n°13-14, p. 43-58.

<sup>65</sup> On peut considérer la « passion » comme à l'origine d'une nouvelle vision de l'action humaine développée par la philosophie de David Hume au 18<sup>ème</sup> siècle. Ainsi toutes nos sensations et toutes nos réactions découleraient

Mais comme nous l'avons déjà souligné, les publics auxquels se destine l'action de ces dispositifs sont loin d'être inertes. Autrement dit, et c'est le pendant de la « politisation », les pratiques que tentent de discipliner ces dispositifs, portées et progressivement transformées par les usagers (en fonction de leurs propres contingences et des contraintes du dispositif), se manifestent et se fixent alors activement dans d'autres mouvements inverses que l'on peut interpréter en terme de « cristallisation »<sup>66</sup>.

Ces pratiques « cristallisées » sont variables et ne peuvent, à mon sens se réduire à un modèle de comportement unique comme nous le verrons. C'est ici que nous souhaiterions réitérer une hypothèse forte qui consiste à penser qu'à partir du moment où l'utilisateur de drogues soutient une relation plus ou moins régulière avec le dispositif, et qu'elles que soient les aberrations de ses conduites, qu'il entreprend progressivement, difficilement (et parce que cette relation le lui permet), *une amélioration de son état*.

---

de ce qui est « bien » ou « mal » pour nous, agréable ou désagréable. En ce sens « la raison est et ne doit être que l'esclave des passions ». La raison ne décide en rien des fins, seules les passions peuvent viser une fin. La raison ne fait que calculer les moyens de parvenir à satisfaire la passion. Cette vision du monde sera reprise par Adam Smith pour bâtir le modèle économique « libéral ». Ainsi l'accession au « bien-être » des humains, besoin fondamental, ne pouvant s'opérer que par l'entremise de l'accroissement de leurs richesses matérielles, la recherche perpétuelle de ces dernières devient une passion qui se doit d'être disciplinée. En ce sens cette passion, outre qu'elle doit engager le sens moral des individus en les appelant à faire preuve d'une certaine tempérance, ne peut se réaliser que dans une forme qui assure une contrainte et un équilibre minimal justement pour que les individus ne se laissent pas déborder par leurs passions. Le marché est censé jouer ce rôle. Hirschmann, A.O., *Les passions et les intérêts*, Paris, PUF, 1980.

<sup>66</sup> Trépos J-Y., *Ibid.*

**PREMIERE PARTIE.**

**RECOMPOSITION DU PAYSAGE DU CONTROLE DE  
L'USAGE DE DROGUES**

## **CHAPITRE II.**

### **EVOLUTION ET STABILITE DANS LE DISPOSITIF DE SOINS DES TOXICOMANES.**

#### **I. DU TOXICOMANE A L'USAGER DE DROGUES.**

Il y a maintenant plus d'une quinzaine d'année, le paysage du contrôle et de la prise en charge de la consommation de drogues a commencé à faire l'objet d'une controverse générale sur l'inadéquation du dispositif traditionnel, dit « spécialisé », à faire face aux nouveaux défis posés par l'irruption et la propagation du virus du SIDA parmi la population des usagers de drogues. A travers cet acteur c'est sensiblement toute la politique française s'agissant de la question des drogues qui est mise en question. Plus spécifiquement sur l'évolution de sa prise en charge l'unanimité semble bien s'être installée pour qualifier les changements dont elle fait l'objet comme étant la substitution d'un modèle d'intervention par un autre plus apte à travailler la question centrale de la maladie en s'adjoignant principalement le concours des usagers de drogues comme acteurs à part entière. Cependant et sur la question des « risques » le modèle français laisse quelque peu planer une ambiguïté par rapport à ces homologues européens en introduisant un doute sur les finalités réelles de cette politique. En ce sens « la réduction des risques » en matière de drogues à la française ne serait qu'un élément d'une « mutation » généralisée de la société qui basculerait vers un modèle global, celui de la « gestion des risques »<sup>67</sup>. En apparence tout nous donnerait à penser une telle évolution tant cette dimension semble bien se constituer comme un objectif politique à l'échelle mondiale, une ramification qui s'insinue naturellement dans toutes les sphères de la vie sociale et privée des individus<sup>68</sup>.

---

<sup>67</sup> C'est par exemple l'hypothèse défendue par Nathalie Gourmelon dans sa thèse : *Nouvelles populations limites et changements de population : histoire d'une mutation*, Université de Metz, 2001.

<sup>68</sup> Il existe une « sous direction de la gestion des risques » au ministère de l'intérieur dont les différents objectifs sont explicités en fonction des domaines : vie courante, sécurité civile, école... le détail est accessible sur le site du ministère.

Les toutes premières actions menées dans le début des années quatre-vingt dix mobilisent essentiellement des militants fermement convaincus que pour enrayer la propagation du SIDA il fallait, par des actions significatives, non seulement « chercher » les toxicomanes le plus loin possible en s'infiltrant dans leur propres réseaux mais de plus créer des pôles d'attraction les moins exigeants et les moins contraignants possibles. C'est finalement les premiers dispositifs ayant cette vocation de « politisation » qui se mettent en place. Cette double action voit ainsi naître la constitution des premières équipes mobiles, la création des premières « boutiques » où les usagers de drogues sont accueillis pour des actions de première nécessité (repas, café, douche...) sans aucune contrepartie et sans ingérence des professionnels, les actions destinées à échanger les seringues usagées contre du matériel neuf. Au bout du compte vont naître graduellement toutes les initiatives destinées à proposer un autre mode d'interaction avec l'institution basées sur la libre adhésion des individus qui en font la demande. Seulement la plupart de ces initiatives, menées essentiellement par des professionnels et des bénévoles militants, ont d'abord été menées, au tout début des années quatre-vingt dix, dans la plus grande clandestinité<sup>69</sup>.

On peut considérer qu'à l'exception des Pays-Bas, les changements européens s'agissant de la politique des drogues se sont globalement manifestés dès le milieu des années quatre-vingt. L'idée centrale à l'origine de ces changements reposait essentiellement sur l'intime conviction qu'il était illusoire de voir les usagers de drogues renoncer spontanément à leurs consommations et que les différents modèles d'intervention existants, et principalement le cloisonnement du « dispositif spécialisé » s'agissant plus spécifiquement de la France, encourageaient plutôt une alliance du virus avec les usagers de drogues susceptibles de le transporter en dehors de leurs propres réseaux, représentant ainsi une menace de contamination constante et sérieuse pour le reste de la population. Le virus quant à lui joue pleinement son rôle de médiateur en créant l'événement et en révélant une « population » invisible dont l'institution pensait avoir la pleine maîtrise de la prise en charge jusqu'alors. La seule manière d'empêcher le virus d'emprunter les innombrables réseaux qui lui sont offerts, infinis et qui ne connaissent ni groupes ni classes et encore moins de catégories, c'est de lui faire barrage au niveau des corps physiques parmi les usagers de drogues. Mais cette nouvelle orientation nécessite un préalable, celui de mettre en arrière plan la consommation de drogues, mieux, la reconnaître pour pouvoir réduire les dommages qui lui sont attachés et donc freiner

---

<sup>69</sup> Coppel A., *De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, La Découverte, Paris, 2002.

la propagation du virus par la mise en place de mesures préventives adaptées. Cette condition essentielle, ce renversement de perspective, accepter au préalable que les « toxicomanes » puissent continuer à consommer de la drogue, introduit une modification sensible dans le paysage du contrôle de l'usage de drogues puisqu'elle commande assez rapidement de réformer les institutions existantes et l'invention de nouveaux équipements et dispositifs les plus accessibles possible pour les usagers. C'est finalement au Royaume-Uni que cette nouvelle politique semble trouver sa conceptualisation la plus aboutie. Dès l'année 1987 cette nouvelle orientation baptisée *reduction of drug related harm* est inscrite au code de la santé publique en mentionnant explicitement l'acceptation de l'usage de drogue comme préalable<sup>70</sup>. Ainsi l'opposition dépendance-abstinence se fissure pour laisser place à des intermédiaires jugés plus réalistes selon la trajectoire de chacun. Dans l'idéal il vaut mieux ne pas consommer de drogues bien sûr mais si c'est le cas il vaut mieux le faire dans les meilleures conditions possibles pour ne pas nuire à sa santé et à celle des autres. Enfin, pour ceux qui souhaitent arrêter leurs consommations et prendre leurs distances avec le milieu, il est possible de leur mettre à disposition des produits de substitution contrôlés destinés à supprimer l'envie d'héroïne. Ce sont finalement les contraintes, les exigences qui sont assorties à cette même politique (par exemple la question du sevrage), qui vont faire concrètement la différence dans la mise en œuvre de cette politique d'un pays à l'autre<sup>71</sup>. Mais toutes restent adossées théoriquement au même principe fondamental qui consiste à susciter la coopération et la responsabilité de l'usager de drogues dans la voie qu'il aura choisie et dans le respect de sa dépendance. En France, comme nous l'avons déjà souligné, une ambiguïté subsiste dans la mesure où la question du sevrage et de l'abstinence reste officiellement le but à atteindre, position souvent réfutée, en tout cas mise en question par les intervenants du terrain.

---

<sup>70</sup> En France la situation est quelque peu différente. Cette politique reste perpétuellement en tension avec la loi du 31 décembre 1970. On considère généralement par ailleurs que la « réduction des risques » n'est qu'une mauvaise traduction de l'acception anglaise qui signifie « réduction des dommages ». Cela peut paraître une subtilité sans grande importance mais il me semble qu'elles traduisent des postures différentes. La « réduction des risques » laisse supposer une action en amont toujours dans l'optique d'agir sur les comportements avec l'objectif ultime du sevrage. L'abstinence reste néanmoins en arrière plan le but à atteindre. La réduction des dommages suppose elle que l'on accepte la consommation de drogues en essayant de mettre à disposition des usagers les moyens pour le faire avec le moins de risques possible. Les présupposés quand à la perception de l'acteur concerné sont sensiblement différents.

<sup>71</sup> Par exemple la Suisse lors de la mise en œuvre de cette politique en 1990 pousse sa logique jusqu'à proposer un dispositif permettant l'injection contrôlée d'héroïne pour les usagers ne souhaitant pas renoncer à cette consommation.

Que ce soit à l'échelle des drogues ou d'un point de vue sociétal tout nous pousserait donc à envisager le problème comme le passage d'un extrême à un autre, d'un paradigme à un autre quelles que soient au fond les subtilités d'interprétation pour les qualifier, ce n'est pas vraiment ce qui compte. S'agissant de l'usage des drogues, il s'agirait ici de marquer une rupture avec une redéfinition complète et radicale du problème afin de lui trouver de nouveaux ressorts et une nouvelle rhétorique pour le faire exister. La perspective se veut désormais plus « pragmatique » autrement dit s'astreindre à tenir compte des contingences réelles des usagers de drogues au plus près de leurs besoins et de leur bien être et en tout premier lieu leur santé. Ainsi la priorité absolue accordée à la lutte contre la maladie oblige désormais à adopter une autre approche de la toxicomanie et des toxicomanes en restituant dans la mesure du possible à ces derniers une responsabilité qui a leur a toujours été déniée dans leur ancien statut. Autrement dit, il s'agit ici de transformer le « toxicomane » en « usager de drogue », dans le sens ordinaire que l'on attribuerait à tout usager, à savoir un individu responsable et en mesure de participer à la prise en charge thérapeutique qu'on lui propose dans le respect de son propre point de vue, de sa propre conception du problème qui le concerne et en principe avec toutes les incertitudes inhérentes à la démarche.

## **II. TOXICOMANES, USAGER DE DROGUES, PATIENTS : UNE FIGURATION COMPOSITE.**

Nous avons déjà évoqué sommairement, les produits de substitution, (la méthadone et surtout la buprénorphine haut dosage) comme représentant le palier ultime de ce processus et qui au bout du compte semble donner tout son sens à cette nouvelle politique en poussant au plus loin les ramifications des réseaux par l'entremise des médecins généralistes. On saurait difficilement aller plus loin, ici en tous cas. Mais encore une fois cette mise à disposition de la buprénorphine en médecine générale ne s'est pas faite d'un coup comme on serait tenté de le croire dans la mesure où son avènement est le produit d'une histoire mouvementée. Dans cette perspective elle doit être considérée comme la résultante d'un mouvement au départ désordonné, chaotique et trouvant une stabilité graduelle comme nous le verrons, avec certains médecins comme acteurs apparents et significatifs mais « agités » encore en amont par les usagers de drogues dans un rôle non moins fondamental. Pour préciser un peu nous pourrions globalement soumettre la proposition qu'après plus d'une dizaine d'années de



consommation d'héroïne dans des conditions de plus en plus précaires une bonne partie des héroïnomanes en est venue à opter, naturellement ou par besoins, pour une solution alternative. En tant qu'acteurs principaux (même invisibles) ils ont réussi quelque part à convaincre des médecins de plus en plus nombreux qu'une telle prise en charge n'était pas hors de propos et par la suite imposer la nécessité de la prescription officielle des produits de substitution que certains médecins prescrivaient déjà de manière tout à fait confidentielle. Le réseau des usagers de drogues aura ainsi réussi à générer par sa médiation de plus en plus présente et pressente la formation d'un autre réseau, médical celui là (constitué des médecins les plus engagés au départ) et à en faire son porte parole, nous le verrons un peu plus tard. Toute cette évolution n'a pas été automatique bien sûr, elle aura prise quelques années, parsemées de conflits, d'échecs en tous genre et de malentendus récurrents. Cependant toute cette histoire n'aura pas été vaine car elle aura permis, au fil des contraintes, des urgences et des besoins, d'associer deux de nos principaux acteurs. Ainsi et si l'on accepte de remonter un peu le fil de l'histoire comme nous le ferons, nous constaterons que les usagers de drogues et les médecins n'auront finalement été que deux « actants » parmi d'autres, comme nous le verrons, dans la constitution de ce que nous appelons ici la « réduction des risques », ce collectif final, ce « macro-acteur » comme le définit Bruno Latour.

Alors il nous faut abandonner ici cette explication faisant intervenir une rupture et son explication par une succession de paradigmes pour proposer un autre mode de constitution de l'assemblage final, la destitution d'un collectif par un autre et finalement opter pour une seconde lecture de ces changements. Tout nous porte alors à les interpréter autrement, non pas dans la perspective d'une rupture mais dans un mouvement beaucoup plus hétérogène, plus continu où la rupture cède la place à la recomposition. Nous abandonnons alors ce passage brutal d'un extrême à l'autre qui ne donne de la réalité que des images instantanées avec des lectures totales et prêtes à l'emploi et optons plutôt pour cette recomposition des cadres institutionnels et de l'intervention professionnelle avec la naissance et l'adjonction de nouveaux dispositifs destinés à l'intervention auprès des usagers de drogues. Nous avons alors affaire à des institutions qui ne disparaissent pas complètement mais qui se transforment, s'adaptent à ce nouveau mode d'intervention (tout en gardant certaines de leurs dispositions primaires), de nouveaux dispositifs qui se créent de manière hétérogène et au bout du compte l'agencement et le développement d'un ensemble hétéroclite qui s'ordonne non pas de manière antagoniste ou sauvage mais plutôt dans un schéma somme toute cohérent en

fonction des différentes urgences du moment et avec une base morale et éthique commune. La naissance d'un collectif.

Comment explorer et interpréter cette nouvelle orientation du contrôle de l'usage des drogues et expliquer au bout du compte l'avènement final de la médecine générale dans la prise en charge des usagers de drogues ? Les opposants à cette politique ont quelque fois mobilisé Michel Foucault et son concept de « bio-politique » pour dénoncer l'asservissement des toxicomanes et leur assujettissement par un dispositif disciplinaire, la « médicalisation » des toxicomanes, voire leur aliénation, opposée à la libération du sujet prônée par le « dispositif spécialisé », toujours un extrême jouant contre l'autre. Cependant si la perspective laissée par Foucault, sur laquelle nous reviendrons plus tard, peut s'avérer pertinente pour éclairer et interpréter certaines évolutions elle n'a pas toujours été utilisée pour les bonnes raisons et avec la bonne interprétation, de notre point de vue en tous cas. Certes, cette option est intéressante pour nous donner quelques premières indications dans le but d'exprimer les changements dont il est question ici. La notion de « bio-politique », réintégré dans son contexte socio-historique nous servira d'ailleurs à éclairer de manière intéressante ces changements à partir d'un point de vu destiné leur donner une cohérence macro-sociale<sup>72</sup>. Dans le même temps, et parce qu'elle est omniprésente qu'elle que soit l'entrée, nous reviendrons également sur cette notion de « pouvoir » qui transparait à chaque instant à travers l'œuvre de Foucault pour nous en servir et la neutraliser dans le même temps.

Mais dans l'immédiat comment pourrions nous formaliser tout ces mouvements, comment leur donner une explication qui puisse tenir compte de l'ancien et du nouveau, de la rigidité et de la fluidité qui les caractérisent, cet « entre-deux » toujours en mouvement nous oblige à nous défaire de l'idée qu'il existe des postulats, des blocs, des théories unifiées et indissociables que nous devons obligatoirement choisir selon les cas. Un recours possible, déjà utilisé, consiste à nous atteler à adopter une autre perspective qui consiste à interpréter plus finement ces transformations en terme de « politisation »<sup>73</sup>. Cette approche présente, selon moi, l'avantage de décrypter ces évolutions non pas dans le cadre d'explications unifiées trouvant leur raison d'exister dans des rouages incrustés dans un invisible fondamental, permanent et surtout déterminant, mais dans une perspective qui redonne au

---

<sup>72</sup> C'est évidemment un parti pris, pour le moment. La sociologie que l'on peut tirer de Foucault, difficilement classable, nous offre précisément un choix épistémologique diversifié.

<sup>73</sup> Trépos J-Y., *ibid.*

travail des humains sa raison d'être dans la composition du monde en neutralisant le caractère déterminés de ces changements lorsqu'il est souvent question de l'éclairage apporté par certaines analyses traditionnelles. Alors nous envisagerons tous ces mouvements, toute cette agitation selon des seuils successifs, des degrés de stabilité, en un mot saisir ces « mutations » en terme de processus complexes dont nous conserverons d'ailleurs l'idée pour analyser les pratiques des toxicomanes.

Enfin, que l'on considère la transition de « l'anatomo-politique » à la « bio-politique », c'est-à-dire chez Michel Foucault la transformation de la politique disciplinaire à une autre forme d'intervention plus diffuse et globale, ou les processus de « politisation », il s'agit de considérer en retour, en tous cas dans la perspective proposée ici, une population qui n'est jamais totalement inerte, qui ne se conforme jamais tout à fait à la discipline instaurée par les nouveaux dispositifs. Une population qui va forcément inventer en miroir ses propres pratiques engageant par là les professionnels du soin dans de nouvelles interactions. Ceci nous amène à évoquer inévitablement une dernière question d'importance.

Au bout du compte qu'en est-il de ces usagers de drogues, de ces toxicomanes ? Comment vont évoluer les individus concernés par la succession et la transformation de ces dispositifs ? A l'évidence ils n'ont jamais été aussi visibles, invisibles, résistants ou inertes. Nous pourrions dire qu'aux stratégies normatives développées par ces dispositifs d'autres stratégies symétriques et invisibles la plupart du temps leur font face. Nous reviendrons ultérieurement sur cette notion de « stratégie » pour lui donner le sens pratique qui lui convient pour notre propos mais il nous suffit de rappeler pour l'instant que le résultat de ces processus de « politisation » réside en outre dans le développement d'un autre processus contraire, la « cristallisation »<sup>74</sup> dont les consommations, évidemment proscrites, de stupéfiants et de benzodiazépines ou certains détournements du traitement par les patients lors des protocoles de soins représentent l'un des points saillants. A l'échelle des individus, quelque soit le choix épistémologique, nous retiendrons principalement l'idée, pour le besoin de cet exposé, que ces questions amènent invariablement à évoquer la tension entre institutions, professionnels d'une part, et patients, usagers d'autre part en terme de décalage sur ce qui est investi de part et d'autre dans le traitement. C'est dans cette tension que nous avons voulu comprendre les stratégies déployées par les patients en traitement de substitution pour tenter de leur donner

---

<sup>74</sup> *Ibid.*

une signification et les réponses apportées par les médecins (et professionnels du soin) d'autre part sans oublier que dans ces traductions intervient également le traitement en tant que troisième interlocuteur, interface qui nous donnera accès aux recompositions en cours.

Nous l'avons dit, la « politique de réduction des risques » est censée engager avec elle des transformations radicales et franches supposées changer également les pratiques et les perceptions des individus chargé de la mettre en œuvre. En gros la question simple que l'on pourrait poser ici est : les principes de la « réduction des risques » sont-ils réellement intériorisés par les individus qui portent et défendent ces dispositifs, anciens comme nouveaux? Nous serions tentés de dire : « mais oui c'est évident » puisque beaucoup se sont battus et convertis pour l'avènement de cette politique, la plupart du temps pour des raisons morales. Parmi eux il y a les médecins généralistes qui se retrouvent comme premiers intervenants et porteurs principaux de ce dispositif. Ils ne sont pas vraiment anciens, mais se retrouvent aujourd'hui en première ligne. Mais nous verrons que les médecins, premiers intervenants mais derniers concernés (ce n'est pas péjoratif), en tous cas non « spécialisés », ne se distinguent pas particulièrement du commun des intervenants « spécialisés » de ce nouveau mode d'intervention.

Pourtant nous le savons maintenant, l'un des derniers paliers franchis par la « réduction des risques », à savoir la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage, semble avoir classé, du moins en théorie les toxicomanes dans la catégories des patients ordinaires. Cependant cela ne règle pas tout. Comme dans bien d'autres secteurs et bien d'autres dispositifs, si la politique de réduction des risques repose sur la prétention à l'autonomie des toxicomanes, autrement dit une politique « autonomiste » elle n'en continue pas moins de vivre avec une vision « compensatoire »<sup>75</sup> du « soin » présente même chez les plus fervents partisans de cette politique. Nous l'avons déjà mentionné, cette tension semble bien se résumer dans l'appellation même de « réduction des risques » qui combine à la fois la nécessaire coopération autonome des usagers tout en suggérant une action sur les comportement en amont. Cette hétérogénéité, Cette double injonction, à savoir l'autonomie que l'on voudrait laisser au « toxicomane » principalement au nom de l'éthique, reste toujours en tension avec les présupposés classiques, à savoir l'étiologie traditionnelle de la « toxicomanie » toujours présente et diffuse dans les jugements opérés. Ce point alimente plus que souvent les débats

---

<sup>75</sup>Trépos J-Y., *op. cit.*, 2003.

dans les équipes « pluridisciplinaires » où le patient semble bien appréhendé selon les situations, en fonction de cette figure composite que nous évoquions plus haut. Ce point n'est pas sans importance car comme nous allons le voir très rapidement il conditionne également les pratiques mêmes des professionnels en situation toujours (relativement) tendues entre des extrêmes.

En gros nous pourrions dire la chose suivante. Si les déclarations qui motivent la plupart des partisans de la « réductions des risques » portent résolument sur l'autonomie et la responsabilité des patients en traitement de substitution, nous allons voir que ces dernières ne peuvent se débarrasser d'un cadre de contraintes important, qu'il soit institutionnel ou représentatif, les deux étant d'ailleurs intimement liés mais à des niveaux différents, et qui subordonne sévèrement cette autonomie à ces contraintes. C'est dans cette optique que nous suggérons que malgré le changement de politique nous arrivons aujourd'hui à une composition très hétérogène de l'intervention que l'on pourrait résumer comme suit. Quelque que soit la faiblesse du dispositif la subordination morale des patients sous traitement à l'institution est loin d'avoir disparue malgré toutes les déclarations faisant de « l'autonomie », de la responsabilité de ces dernier la condition essentielle du « pragmatisme » de cette intervention. Aujourd'hui les usagers de drogues qui souhaitent un traitement de substitution sont face à des professionnels dans des centres de soins, face à des médecins généralistes censés les traiter comme des usagers responsables, des patients ordinaires. Mais ceci ne règle pas tout. Un profond désaccord subsiste quand aux effets réels provoqués par l'arrêt de la consommation d'opiacés et à la prise en compte de l'expérience des patients. Les pratiques et les interactions aujourd'hui ne sont pas totalement différentes de celle d'hier malgré la nouvelle éthique affichée et toutes les déclarations d'intention qui l'accompagnent. Le « toxicomane » s'est-t-il bien transformé en « usager de drogue », a-t-il vraiment cédé la place au patient dans le cabinet médical ou a-t-il généré une figure plutôt composite et mouvante en fonction des situations et de ses écarts de conduite au protocole ? Mais pour nous en convaincre, retournons un peu en arrière, ce bref éclairage sera indispensable pour la suite de notre propos.

## CHAPITRE III.

### DES PRATIQUES TOUJOURS HYBRIDES ET TENDUES.

L'hypothèse qui nous anime ici considère que la plupart des pratiques développées par les patients en traitement de substitution, en dehors des protocoles médicaux, peut être considérée d'une certaine manière comme des stratégies prenant sens dans des tentatives d'automédication qu'il nous restera encore à élucider précisément. Donc si ce nouveau cadrage de l'intervention a certainement rendu plus visible une pratique sociale que l'on a décidé de nommer provisoirement « stratégie de soins », on aurait tort de penser qu'elle est l'oeuvre complète de cette recomposition et finalement la conséquence de l'autonomie laissée aux usagers de drogues en traitement. Nous formulerons au contraire l'hypothèse que malgré le cadrage exclusivement disciplinaire du dispositif antérieur, il existe une certaine constance dans ces stratégies et les interprétations qui leur sont liées d'un modèle à l'autre. Pour ce faire il nous semble intéressant de donner ici quelques éléments de compréhension en grande partie tirés des observations menées dans un centre de soins pour toxicomanes avec hébergement (postcure) et dans un centre travaillant en ambulatoire pendant plusieurs mois.

Jusque dans le milieu des années quatre-vingt dix le dispositif traditionnel tendait à orienter l'intervention exclusivement vers le toxicomane (dans une relation dissymétrique) avec un outillage théorique et conceptuel bricolé à partir de la psychanalyse. Dans cette perspective, la toxicomanie n'est par définition qu'un symptôme qui trouve sa raison d'être dans la perturbation de l'équilibre psychique du sujet que vient résorber la consommation de drogue<sup>76</sup>. L'arrêt de toute consommation de produits psychotropes (licites et illicites) est ainsi la condition essentielle de toute thérapie après le sevrage et idéalement lors du passage en posture dans la chaîne thérapeutique. Malgré cette condition officialisée dans un règlement intérieur (que le toxicomane signe en arrivant) ces établissements sont continuellement

---

<sup>76</sup>Magoudi A., « Revue critique de la littérature psychanalytique sur les toxicomanes et les toxicomanie », *Bulletin liaison CNDT*, n°15, 1989, p. 91-104.

confrontés à des consommations, majoritairement de l'alcool, du cannabis et toutes formes de médicaments non prescrits par l'établissement.

Cet événement récurrent que représente la consommation de produits interdits par le règlement est géré la plupart du temps de manière passionnelle et dans l'urgence occasionnant quelques fois de « véritables révolutions de palais »<sup>77</sup>. Les raisons peuvent être nombreuses mais dans la plupart des cas la responsabilité en est directement imputée aux toxicomanes selon un schéma qui pourrait paraître violemment dichotomique et relativement déterministe mais la seule prétention ici est de tenter de donner un cadre très général d'interprétation qui nous servira pour la suite du raisonnement. Nous pourrions dire que le professionnel confronté aux consommations des toxicomanes qui sont autant de « ruptures du cadre » (terme très utilisé dans la profession) impute directement au toxicomane une stratégie visant des intérêts d'arrière plan. Ce dernier rentre ainsi dans le cadre d'une « approche dualiste de l'expertise » professionnelle qui se double d'une « vigilance morale » qui consiste à effectuer un partage<sup>78</sup> concernant les raisons susceptibles d'expliquer cette consommation et surtout en arrière plan déterminer les motivations conscientes ou inconscientes du toxicomane. Dit autrement il s'agit de puiser dans un arrière plan explicatif la raison des consommations interdites par le règlement.

De cela nous tirons l'hypothèse suivante. Le professionnel a alors généralement le choix entre deux interprétations possibles et disponibles : la stratégie consciente ou inconsciente. Soit le toxicomane continue malgré tous ces efforts à être la victime involontaire de ses anciennes dispositions, son « habitus » de toxicomane, pourrait-on dire, et qui ne représenterait en fait qu'une souffrance psychique toujours présente qu'il faut soigner. Soit la stratégie est purement voulue et consciente, la recherche d'un intérêt particulier d'arrière-plan (celui qui consiste à se « défoncer » impunément) et dans ce cas ressurgira toute la perversité du toxicomane, cet être sans foi ni loi qui refuse d'adhérer au soin qu'on lui propose. Pour être complet sur ce point il faut néanmoins souligner que cette dualité de l'expertise reste dans la plupart cas réservée au toxicomane par le professionnel. Ce dernier adopte résolument la position de l'expert en faisant jouer les lignes de partage propre à toute expertise théorique. Cependant et comme pour tout le reste ces lignes de partage opposent et font jouer entre elles des théories explicatives unifiées qui peuvent difficilement rendre compte de l'agissement

---

<sup>77</sup> Wieworka S., *Les toxicomanes*, Paris, Gallimard, 1975.

<sup>78</sup> Dodier N., *L'expertise médicale*, Paris, Maitailié, 1993.

humain (sans oublier les objets). Le sociologue doit, pour comprendre les mécanismes à l'œuvre, opter pour une autre posture infiniment plus souple et hétérogène. D'ailleurs Nicolas Dodier met justement en garde l'observateur sur la tentation de se laisser séduire par cette dualité de l'expertise qui ne rend pas compte selon lui de l'hétérogénéité des régimes d'action que mobilise l'expert pour construire son jugement. Seulement la confection d'un jugement autonome est en principe dénié au toxicomane puisque pour guérir il doit s'en remettre obligatoirement à celui du professionnel et en accepter les verdicts. Au final le professionnel expert opère ses propres jugements en fonction des lignes de partage classiques à savoir ici un arrière plan normatif à l'aune duquel il produira son interprétation. Dans ce sens il apparaît évident par exemple que la confection d'un jugement prend en compte bien d'autres aspects que celui de la stricte consommation (en réalité bien secondaire). Ainsi la trajectoire du toxicomane au sein de l'établissement, ses relations avec les professionnels et certains déterminants institutionnels pèsent-ils lourdement. Ce qui laisserait supposer, comme nous le verrons, qu'il s'agit avant tout de juger un comportement et non un événement susceptible d'être partagé<sup>79</sup>.

Pour que l'interaction d'un point de vue institutionnel (dans laquelle le toxicomane est en réalité absent) puisse se poursuivre il faut obligatoirement qu'un choix puisse s'opérer. Les arguments déployés par les toxicomanes se trouvent ainsi mystérieusement réinterprétés en fonction d'une grille les ramenant presque toujours à leur « toxicomanie » ce qui de ce point de vue semble bien être une constante institutionnelle largement décrite par Erwin Goffman<sup>80</sup>. Ainsi cette contradiction et la tension qu'elle fait naître entre les propos tenus par les toxicomanes souvent rationnels et distanciés sur leurs personnes et leurs actes sous la pression des effets secondaires liés à l'arrêt du produit (effets que les toxicomanes devrait travailler à l'aide d'un suivi psychologique au lieu de consommer disent les professionnels) paraissent indépassables et irréductibles. Tout se passe comme si l'algorithme déployé par le professionnel reposait sur un mécanisme à siège éjectable. Seulement nous émettons l'hypothèse ici, sur laquelle nous reviendrons dans le troisième chapitre, que ce que l'on

---

<sup>79</sup> C'est globalement la critique que fait Tobie Nathan à la « cure ». Pour lui la cure est avant tout une « aventure intellectuelle » qui ne doit pas reposer sur un contrat (de dupe) mais une invitation à partager un « devenir ». Mais pour ce faire, l'hypothèse qu'il propose est que l'institution puisse s'extraire de ses cadres de contraintes habituels pour « remettre au patient, à son entourage, à d'éventuels groupes de représentants, une part de l'expertise mise en jeu dans les cures qui, pour l'heure, ne revient qu'aux professionnels ». Il s'agit en fait de permettre au patient d'endosser un autre rôle que celui qui lui est généralement assigné en l'invitant à partager « le caractère à la fois risqué et spéculatif de l'entreprise thérapeutique ». Pour lui le problème abordé sous cet angle touche une « question politique urgente ». Nathan T., « psychothérapie et politique. Les enjeux théoriques, institutionnels et politiques de l'éthnopsychiatrie », *Genèses*, n° 38, 2000.

<sup>80</sup> Goffman E. *Asiles, études sur la condition des malades mentaux*, Paris, minuit, 1973.



nomme souvent « contradictions » est souvent mobilisé pour expliquer l'insuffisance du patient à adhérer au bloc normatif qu'on lui propose, en l'occurrence l'abstinence, et non comme un événement susceptible d'éclairer les appuis et les stratégies déployées par les patients.

Alors on peut raisonnablement supposer que cette tension, vécue d'une manière insupportable par les institutions, loin de pouvoir se résorber par le simple exercice d'une classification, doit au contraire être placée au cœur de l'interaction entre professionnels et toxicomanes en prenant en compte ce que ces derniers « importent » avec eux dans la relation à l'instar de l'analyse que fait Albert Ogien des travaux d'Erwin Goffman sur « l'ordre de l'interaction »<sup>81</sup>. Ainsi on pourrait tout aussi bien considérer que les consommations qui sont en général une réponse à des états particuliers et divers générés par la démarche de soins elle-même et gérés la plupart du temps dans l'urgence doivent être resituées dans une nouvelle « carrière »<sup>82</sup> qui ne se construit pas sans mal. Cette dialectique consisterait ainsi à interpréter les consommations dans les situations où elles se produisent et générées par un cadre de contraintes qui seul peut les rendre intelligible. Ce que tente souvent d'expliquer les patients. Mais les explications données par ces derniers sont souvent reçues et interprétées comme des « plaintes » peu crédibles parce qu'émanant justement d'un individu « paradoxal », « ambivalent » ou « manipulateur », en tous cas régulièrement dépassé par des forces intérieures. En tant qu'expert de la question, le professionnel s'estimera autorisé (souvent avec l'appui du psychiatre ou du psychologue qui partagent généralement la même perspective) à interpréter cette plainte pour la resituer en bonne place dans le profil clinique de l'individu. Cette dernière est à son tour traitée dans le cadre de « l'expertise dualiste » à savoir d'une importance mineure, voire insignifiante au regard des raisons véritables expliquant la consommation mais qui sera néanmoins soumise à une sanction. Bien souvent d'ailleurs la sanction ne débouche sur rien de particulier si ce n'est celui d'un rappel à l'ordre avec des interdictions de sorties la plupart du temps, une exclusion temporaire... Beaucoup de postures dans le cadre du « dispositif spécialisé » poussaient cette logique jusqu'à exclure définitivement les résidents qui en arrivaient à recourir à des produits interdits par le règlement, même une seule fois. De ce point de vue la ligne de partage est claire. La consommation est le

---

<sup>81</sup> Ogien, A., Le remède de Goffman ou comment se débarrasser de la notion de self, *Séminaire Césames, le mental, le vivant, le social*, 20 janvier 2005.

<sup>82</sup> L'analogie fait clairement référence à Howard S. Becker comme il en sera question dans la seconde partie.

révélateur d'une toxicomanie toujours présente et donc l'expression du refus du patient de s'engager dans la démarche de « soins ».

Une autre option possible consisterait à renverser la perspective, autrement dit au lieu de considérer la plainte comme l'expression d'un « symptôme » clinique rattaché à une quelconque hypothèse psychanalytique ou à la persistance de la toxicomanie, en faire au contraire le point de départ d'une démarche thérapeutique en lui accordant toute son importance, toute sa légitimité comme événement d'importance cristallisant toutes les ambiguïtés, les paradoxes, les contradictions et les incohérences d'une recomposition en court. Travailler avec le résident, le patient sur cette recomposition par le truchement de « l'objet » (ici l'institution)<sup>83</sup> suppose encore une fois de sortir de ces extrêmes, de ces oppositions que l'on retrouve à tous les niveaux de l'intervention, théorique et pratique, chaque extrême alimentant et renforçant mutuellement son vis-à-vis<sup>84</sup>.

En définitive à quoi sommes nous confrontés ? Des individus qui après plusieurs années de consommation de drogues sont incapables de soutenir l'arrêt complet de cet usage après le sevrage. Même dans une institution particulièrement cernée par un règlement strict et équipée pour gérer spécifiquement cette prise en charge en continu, les résidents persistent à avoir régulièrement recours à des pratiques prohibées ce qui met non moins régulièrement l'institution en grand émoi. Certes les postures ancien modèle sont aujourd'hui en voie de

---

<sup>83</sup>Tel est à mon avis tout l'intérêt du travail effectué par Tobie Nathan. Il considère avant tout la thérapie, le « soin » comme un « déplacement », un « devenir » pour le patient. Ce parcours est avant tout une « aventure intellectuelle, un pari ». Le processus quand à lui implique pour le thérapeute un engagement à mobiliser la « chose » au profit du patient. La « chose » étant dans notre cas la capacité du patient à se redéfinir à travers le médicament, ce dernier n'étant que « l'objet », le médiateur de cette redéfinition entre le guérisseur et son patient. Nathan T., « Fonctions de L'objet dans les dispositifs thérapeutiques », *Ethnopsy, les mondes contemporains de la guérison*, Le Seuil, 2001, p. 5-43.

<sup>84</sup> J'ai le souvenir dans les années où j'étais « intervenant en toxicomanie » avoir régulièrement soulevé le problème. D'un côté un règlement intérieur et un contrat qui interdisent toutes consommations de drogues, d'alcool et de médicaments non prescrits et de l'autre des résidents qui ne peuvent pas ne pas consommer, qui le font plus ou moins régulièrement et qui généralement peinent à s'expliquer lorsqu'ils sont pris. En tous cas en plusieurs années de métier je n'ai jamais eu l'occasion d'observer un résident « abstinent » sur la totalité de son séjour. Comment faire ? Ballottées d'un extrême à l'autre les solutions avancées ne semblaient jamais toucher réellement du doigt la complexité du problème. L'une des toutes premières voies réalistes a justement été avancée par Sylvie Wieworka, psychiatre et directrice du centre Saint-Nicolas à Paris dans son livre « les toxicomanes ». J'ai eu l'occasion de m'entretenir avec elle sur ce point qui ne faisait pas vraiment l'unanimité parmi les professionnels qui y voyaient plutôt un coup de griffe dans leur bel édifice conceptuel et éthique. Elle suggérait de sortir de ce « couple infernal » dépendance-abstinence complètement improductif et de trouver des « solutions intermédiaires ». En fait sa devise était très simple : abandonner l'objectif d'abstinence et « faire en sorte que le toxicomane sorte avec moins de drogue qu'il est entré ». On se doute que cette nouvelle perspective pouvait être particulièrement déstabilisante pour bon nombre d'intervenants et de responsables d'établissements. Aujourd'hui cette proposition dont j'avais déjà l'intime conviction de la pertinence me semble bien traduire cette « voie moyenne », sur laquelle je reviendrai longuement, qui transcende les extrêmes en proposant un travail sur les attachements. Voir son livre déjà cité.

disparition et celles qui restent ont quant à elles largement introduit les produits de substitution dans leurs programmes de soin. La question s'est de toute évidence déplacée mais comme nous venons de le voir, elle n'a certainement pas réglé tous les problèmes en les redéfinissant intégralement par l'abandon de certains absolus mais pour en recouvrir d'autres. Ce sont ces oppositions qui ont nourri le « dispositif spécialisé » puisqu'il s'agissait comme moyen de faire jouer l'abstinence contre la dépendance sans autre forme de procès. Cependant il apparaît que l'analyse de l'évolution de l'action humaine ne peut se contenter de cet algorithme. On pourrait faire notre la thèse générale de Norbert Elias selon laquelle toute cette évolution et les équipements qui en résultent ne sont finalement que des procédés destinés à civiliser les mœurs, le résultat d'un processus de domestication des pulsions basé sur la création de « structures de contrôle des hommes » par l'avènement de l'Etat<sup>85</sup>. De manière symétrique il apparaît, dans cette perspective, que cette domestication ne peut s'opérer que si les individus parviennent à intérioriser les contraintes sociales. C'est finalement sur les moyens que l'on se donne pour arriver à ces fins que les différentes politiques se distinguent. Les « dispositifs autonomistes » ne sont pas censés créer de l'« autonomie » (lieu commun) mais pour en revenir à Elias, de nouveaux liens d'interdépendance où la question de la dépendance se trouve redéfinie dans cette nouvelle configuration. C'est également le cas des dispositifs de politisation, hybrides d'une vision du monde « compensatoire » et en même temps « autonomiste » d'où émerge cette nouvelle créature paradoxale pour tout le monde, cette nouvelle entité qui tire sa force de ses propres faiblesses, ce nouveau dispositif dont la force est justement de travailler faiblement. Mais ce genre de dispositifs, quel que soit son domaine d'application par ailleurs, est régulièrement soumis à la critique par les acteurs qui le composent et le font fonctionner<sup>86</sup>. Les paradoxes qu'ils semblent distiller, et auxquels il est difficile de s'accommoder, puisque nous sommes habitués à conceptualiser à partir d'extrêmes, nous empêchent de concevoir une nouvelle configuration qui sous-tend obligatoirement une nouvelle conceptualisation de l'action sous peine de voir ces dispositifs se miner et s'éteindre de l'intérieur<sup>87</sup>. Un élément reste régulièrement absent pour entreprendre cette transformation : l'utilisateur. La « substitution » n'a pas introduit un nouveau

---

<sup>85</sup> Elias N., *La civilisation des mœurs*, Paris, Calmann-Lévy, 1973.

<sup>86</sup> Ces critiques, comme le rappelle Jean-Yves Trépos, s'adressent toujours à autre que soi. Dans notre cas ce sont les médecins généralistes qui tendent à essayer les critiques sur la politique de substitution lorsque cette dernière est mise à mal.

<sup>87</sup> C'est un peu ce qui arrive, à mon sens, à ce que l'on appelle la « politique de la ville », en tous comme elle a été pensée dans le début des années quatre-vingt. Le problème semble aujourd'hui se réduire aux « banlieues » et aux moyens financiers à y injecter, encore que. Au-delà, cette réduction semble bien représenter l'incapacité à penser une nouvelle configuration de l'action avec les habitants, l'incapacité de partager l'expertise, ce qui conduit vraisemblablement à ses échecs répétés.

traitement de « guérison » de la toxicomanie, l'éradication de la dépendance aux opiacés avec un arsenal nouveau mais une nouvelle configuration de l'intervention où il y a lieu de soutenir et d'accepter les différentes formes que prend l'usager de drogues, cette figure composite, présente souvent et simultanément chez chacun d'eux lorsqu'ils s'engagent dans les protocoles de soins.

C'est pour cette raison que nous insistons d'abord pour la voie qui consiste à considérer l'adhésion des consommateurs aux dispositifs, inventorier d'abord les différentes formes de « cristallisation », selon Jean-Yves Trépos, autrement dit la manière dont chaque utilisateur travaille les normes du dispositif pour les faire fusionner avec les siennes<sup>88</sup>. Mais pour nous, dans notre cas particulier, le travail ne s'arrête pas là. Il consiste ensuite à comprendre ces différentes formes de fusion pour les confronter non pas aux concepteurs (qui ne s'en soucient pas vraiment) mais aux personnes censées mettre en œuvre cette conception, les médecins généralistes dans notre cas. Comprendre la « cristallisation » qui s'opère chez les usagers de ces dispositifs nous fait mesurer le décalage qu'il peut y avoir entre les principes normatifs unilatéraux portés par ces mêmes dispositifs et leur réception chez ces mêmes usagers.

Nous avons pour notre part formulé une hypothèse s'agissant de cette nouvelle configuration, hypothèse qui n'est pas si nouvelle que ça, nous venons de le démontrer, ce qui de notre point de vue ne fait que la renforcer. Elle nous propose d'appréhender les pratiques parallèles aux parcours de soins comme des stratégies déployées par les usagers de drogues ayant toujours existé mais qui s'expriment différemment en fonction de la place qu'on leur accorde, principalement en prise avec les moyens dont se dote l'institution pour diffuser le contrôle social. On sait maintenant que les buts de ces stratégies, en grande majorité, sont un moyen pragmatique, quelques fois irréprouvable, qui soutient une démarche sur laquelle nous reviendrons précisément. L'expression de trajectoires individuelles fait souvent face à une institution, un médecin généraliste qui ne la comprend pas toujours parce qu'agissant dans cette *partie aveugle* qui ne peut accepter ou comprendre les contingences réelles auxquelles sont soumis les usagers. Alors il nous faut élargir le spectre, introduire une autre conception plus radicale dans le renversement qu'elle propose et destinée avant tout à respecter

---

<sup>88</sup> Madeleine Akrich distingue par exemple quatre formes d'intervention des utilisateurs sur les dispositifs techniques déjà constitués : le déplacement, l'adaptation, l'extension, le détournement. Ces interventions vont également et en retour influencer sur les concepteurs, ce qui lui fait dire que la division du travail entre ceux qui conçoivent et ceux qui utilisent n'est pas si nette que cela. Akrich M., « Les utilisateurs, acteurs de l'innovation », *Education permanente*, n°134, 1998, p. 78-89.

l'expertise de l'utilisateur comme étant d'égale valeur à celle du professionnel. Pour le comprendre certains principes doivent être soumis à la critique. D'une part nous considérons des usagers de drogues. Leur dépendance, bien qu'elle soit réelle, n'affecte en rien leurs jugements (nous le mettons volontairement au pluriel). Nous le disons ici parce que le « toxicomane » est régulièrement « épinglé » sur les « contradictions » qu'il exprime, qui au fond et sur une autre échelle de mesure n'ont rien à envier à ceux du commun. Cependant les « contradictions » ou les « ambivalences » manifestées par l'utilisateur constituent plus ou moins régulièrement les signes caractéristiques, le révélateur d'une « pathologie » dont on se sert généralement pour expliquer les comportements et légitimer en retour le contrôle. Sans nul doute que ces termes, mobilisés la plupart du temps comme des arguments « cliniques », font partie d'une rhétorique souvent insaisissable par ceux mêmes qui la prononcent. En d'autres termes, c'est bien un modèle « expert » qui s'applique ici, basé sur une ligne de partage faisant toujours intervenir les mêmes oppositions, dépendance et abstinence, dont nous verrons qu'elles restent malgré tout l'horizon des politiques de substitution en France.

## CHAPITRE IV.

### L'ACTIVATION DE LA MEDECINE GENERALE.

#### I. CRITIQUE DE LA « MEDICALISATION ».

L'arrivée des produits de substitution en médecine générale à l'usage des consommateurs d'opiacés n'a pas toujours été sans susciter certaines interrogations quand à la direction que prenait cette nouvelle modalité d'interaction avec les bénéficiaires. Cependant, et nous l'avons déjà suggéré, les interprétations quelques fois proposées ont souvent trouvé, dans une forme de dénonciation, leurs origines chez Michel Foucault et la notion de « biopouvoir » pour justifier une « rupture » et la neutralisation des usagers de drogues par le pouvoir médical à l'instar d'une prolifération générale de ce dernier<sup>89</sup>. Evidemment, ces points de vues demandent à être grandement relativisés s'agissant de la main mise croissante d'une dictature de la science au détriment du politique ces quarante dernières années. La question n'est pas impertinente, bien au contraire, mais comme le suggère Bruno Latour, à trop prôner la rupture d'un mode de gestion de la civilisation comme une évidence, un fait établi, on s'oblige systématiquement à orienter de manière quelque peu instrumentale l'analyse car « comme beaucoup d'expressions de Foucault, « biopouvoir » fait partie de ces termes qui éveillent l'esprit critique et le paralysent aussitôt. Il n'y a en effet pas grand sens, du point de vue de l'histoire ou de l'anthropologie, à parler d'une rupture radicale »<sup>90</sup>. Nous ne souhaitons évidemment pas entrer dans une discussion sur les aspects interprétatifs de l'héritage laissé par Michel Foucault, bien entendu. Nous souhaiterions simplement dire ici, à la condition d'une appréciation un peu plus neutre à la fin, combien la perspective critique qu'il nous propose est à même d'enrichir notre propre compréhension de l'avènement et du rôle de la médecine générale dans la diffusion des produits de substitution à grande échelle. Nous pourrions évidemment considérer que cette approche, parce qu'elle décrit de grands

---

<sup>89</sup> Debock C., Yvarel J.-J., « L'usage des psychotropes en France : les aspects contradictoires du biopouvoir », *Psychotropes*, vol 6, n°3, 1991, p. 31-38.

<sup>90</sup> Latour B., « Biopouvoir et vie publique », *Multitudes*, n°1, 2000, p. 94-98.

mouvements, nous engage à priori à adopter un point de vue « macro-social ». Cependant nous savons également que cette perspective est bien plus subtile et féconde par sa complexité et donc la latitude qu'elle nous autorise. Ainsi et au lieu de nous concentrer sur cette question du « biopouvoir » et de son avènement, il est plus opportun pour nous de considérer au contraire la fluidité des mouvements tendant à recomposer l'encadrement des individus. C'est ainsi qu'en suivant le fil de l'histoire, il nous sera plus facile de voir la construction de l'univers de la médecine comme ce « macro-acteur », au sens ou nous l'entendons, un collectif animé par une même conscience diffuse.

L'idée centrale qui nous guidera ici consiste à penser et à nous servir des « technologies de pouvoir » qui lui ont servi de concept et d'instrument pour analyser les transformations majeures de ces deux derniers siècles. Le but n'étant pas ici d'entreprendre le déploiement des multiples facettes du bagage théorique qu'il nous lègue mais de l'outil qu'il nous offre à un moment donné, extrait de ce bagage, pour éclairer ces changements. La célèbre mise au point qu'il effectua au collège de France nous servira ici d'amorce<sup>91</sup>. Selon lui, l'un des phénomènes majeurs marquant le passage du dix huitième au dix neuvième siècle réside principalement dans une transformation profonde des technologies de pouvoirs étatiques. Nous serions ainsi passés d'une intervention résolument centrée sur « l'homme corps », symbole de la gestion économique des individus, qu'elle soit productive, intellectuelle ou disciplinaire à une « technologie régularisatrice » plutôt orientée vers la « population », nouveau concept symbolisant cette transformation, masse anonyme, polymorphe, fini et infini, dont il faut décrypter les composantes par le biais des « premiers essais démographiques » mais également les « risques » qu'elle fait peser sur l'appareil de production (l'industrialisation naissante) par la mise en place des premiers dispositifs « assurantiels ». Il s'agit ici non plus d'agir sur le corps économique, individualisé à outrance mais sur un ensemble qu'il faut gérer de manière scientifique. Ainsi cette nouvelle politique « régularisatrice » rassemble un certain nombre de processus : la proportion des naissances et des décès, le taux de reproduction, la fécondité d'une population... Ces premières statistiques constituent à la fois les premiers objets du savoir et les objectifs en termes de contrôle de cette « population ». La maladie n'est plus seulement inscrite dans les corps physiques mais devient également un « concept » attachée à une population susceptible de faire l'objet d'une politique globale.

---

<sup>91</sup> Foucault M., *Il faut défendre la société, cours au Collège de France, 1976*. Seuil/Gallimard, Paris, 1997.

L'un des supports fondamentaux de cette nouvelle technologie est assurément l'expertise médicale qui va progressivement constituer son savoir et son champs d'intervention à la croisée du corps physiologique et de la population entendue comme masse potentiellement pathogène et qui aura en définitive à la fois des « effets disciplinaires et des effets régularisateurs ». On a dans ce sens deux technologies différentes mais s'imbriquant l'une dans l'autre comme les deux faces d'une pièce de monnaie, deux interventions agissant chacune sur un vecteur particulier mais se combinant parfaitement dans une seule ligne directrice. L'une est individualisante, le corps est défini dans son intégralité comme organisme autonome sur lequel on peut agir, l'autre replace ce même corps dans un « processus biologique d'ensemble », les deux interventions étant susceptibles de fournir une explication générale cohérente. Dans ce sens par exemple, la gestion de la « sexualité » au cours du dix neuvième siècle sera désignée par Foucault comme l'objet paradigmatique sur lequel ces doubles fonctions médicales, disciplinaires et régularisatrices, vont opérer parce qu'elle symbolise bien le carrefour de ces deux politiques qui s'alimentent entre elles pour fournir une politique cohérente. Ainsi cette interprétation consiste à penser qu'une sexualité débridée, désordonnée, produit deux effets différents mais complémentaires. D'une part sur les corps, une sexualité indisciplinée produira des maladies de toutes sortes, en l'occurrence avec la « masturbation », qui devient comme pratique anormale le symbole de cette déviance (encore aujourd'hui d'ailleurs), le point de fixation d'une perturbation, d'une maladie, en tous cas de quelque chose qui ne va pas chez l'individu. Ainsi qualifié le déviant ou le « débauché sexuel » aura probablement une descendance qui héritera de ses traits, censés se reproduire, et qui affaiblira la génération suivante : on aboutit ainsi à la théorie de la « dégénérescence », mal susceptible de contaminer l'ensemble de la population. La déviance attachée à une sexualité normale se définit à partir des corps physiques mais comme ces corps ne représentent finalement que les innombrables particules d'un assemblage plus vaste que l'on nomme « population », c'est cette dernière qui se trouvera de fait globalement contaminée. Ces problèmes étant plutôt dévolus à la médecine, cette dernière se trouvera qualifiée par Foucault comme un « savoir-pouvoir » qui porte à la fois sur les corps et la population dans un même mouvement, les corps n'étant que les multiples composants de la population. En définitive, nous dirions à sa suite que la population n'est ici représentative que d'un collectif de corps.

Il est bien sûr tentant de faire ici un parallèle avec la gestion et le contrôle de la toxicomanie. On sait que la spécificité de la loi de 1970 est d'être bâtie dans un entre-deux, entre justice et



soin. On a donc la naissance d'un dispositif, très réglementé juridiquement et dont la partie dédiée aux « soins » va se charpenter progressivement à partir d'une démarche individualisante, disciplinaire. On s'adresse aux toxicomanes dont on pourrait penser qu'ils constituent une « population » mais l'intervention concerne bien des individus, des corps qu'il faut trier et préparer dans un premier temps, désintoxiquer dans un second temps par un sevrage et discipliner enfin dans le cadre d'une cure pour rompre définitivement avec l'attrait du produit par le truchement de séjours plus ou moins longs et lointains dans des centres d'hébergement, les « postcures ». D'ailleurs cette intervention centrée prioritairement sur l'individu se retrouve explicitement dans certains principes éthiques empruntés à la psychanalyse faisant référence à la personne, au sujet et non au toxicomane ou à la toxicomanie qui au bout du compte n'existent pas. Ainsi le « dispositif spécialisé » s'est toujours concentré sur la guérison des corps psychiques excluant toute autre forme de considération de l'intervention comme si la toxicomanie devait essentiellement se réduire à cette dimension à partir d'une définition arbitraire et qui a circulé bien longtemps dans ce collectif sans qu'elle puisse être soumise à la critique. Seulement bien d'autres secteurs lui ont toujours disputé cette définition (et lui disputent encore), dont celui du droit par exemple, rendant cette dernière particulièrement inconsistante ce qui au bout du compte fait dire à certains auteurs que la « toxicomanie n'existe pas »<sup>92</sup>.

Changement partiel de décor. L'irruption d'un nouveau personnage, le virus du SIDA dans les années quatre-vingt va contraindre l'Etat à opérer une nouvelle technologie. A l'instar de la sexualité, la toxicomanie, désindividualisé, devient un risque majeur et urgent pour l'ensemble de la population pour les mêmes raisons. Une déviance individuelle devient par agrégation un risque pour l'ensemble de la « population » par l'entremise d'un virus encore inconnu. L'Etat dont la prérogative est le « maintien de la vie » doit opérer de toute urgence les régulations nécessaires pour que l'équilibre ne soit pas rompu (ou qu'il soit maintenu). C'est donc la naissance et la mise en œuvre progressive de la politique de « réduction des risques », politique qui va sensiblement changer quelques dispositions, en tous cas s'agissant du volet consacré au « soin ». En définitive c'est le virus qui se propose d'être l'intermédiaire. La politique de « soin » traditionnelle, incorporée jusqu'alors, est contrainte de quitter les assemblages physiques pour devenir la « réduction des risques », une science globale, indéfinie, avec l'imbrication de nouvelles initiatives qui évoluent à différents niveaux,

---

<sup>92</sup> Zafiroopoulos M, Delrieu A., *Le toxicomane n'existe pas*, Anthropos, Paris, 1996.

souvent regroupés dans des actions qualifiées de « bas seuil », c'est-à-dire pas très exigeantes, mais qui toutes et en même temps s'adressent définitivement à une « population ». Les activités corporelles du toxicomane (l'injection des drogues, les relations sexuelles...) ne doivent pas permettre la propagation du virus à l'ensemble de la population générale sachant que ce dernier voyage par beaucoup de moyens. Alors il faut inventer et mettre en place des actions préventives destinées non pas spécifiquement à des individus mais à une population identifiée dans le cadre d'une politique nommée, une population jugée à « risques ». Si on accepte la cohérence d'une telle démonstration, on peut considérer que l'arrivée des médecins généralistes dans la prise en charge de l'usage de drogues n'est que la finalité logique de cette politique. Le médecin agit sur les corps mais la médecine, représentée par l'un de ses segments, agit également sur une population par d'autres moyens dont la prévention représente souvent le fer de lance : « réduire les risques » en essayant d'influencer les comportements.

Alors cette notion de « risques » évoquée en introduction devient co-substantielle à la notion de « régularisation » développée par Michel Foucault, symbole d'une intervention à la fois globale et individuelle à priori, où la « norme » à l'intérieur de la société reste l'élément unificateur. Le risque comme élément inhérent au développement de la société, inévitable, inéluctable, suppose une conformité à des normes de plus en plus en plus prégnantes à la fois individuelles et collectives. Toutes les nouvelles infections fonctionnent plus ou moins sur le même principe. Elles sont naturalisées comme des risques supplémentaires, le risque se transformant, au gré du développement de la société comme élément naturel, indiscutable et mis progressivement en « boîte noire ». Mais s'agissant du problème qui nous préoccupe, nous pouvons penser que la « régularisation » confiée à la médecine représente une autre manière de gérer les conduites qui ne sont pas dans les normes. C'est d'une manière générale la thèse défendue par Foucault. La « régularisation » n'a d'autres buts que de maintenir le développement des corps dans une norme précise, norme légitimée par les sciences humaines dont le but est de produire une « réalité-référence » avec comme objectif une socialisation commune à partir de normes communes.

Comment y parvenir et surtout comment traiter les conduites ne satisfaisant pas à cette « réalité-référence » ? C'est probablement à cette question que certains sociologues français, à la suite de Foucault, ont tenté de répondre.

L'une des hypothèses suppose qu'il n'est pas déraisonnable de penser que la création des catégories déviantes n'a jamais eu d'autres buts que leur « pathologisation » et par là fonder et légitimer la norme sociale par la science, en l'occurrence médicale. On peut effectivement, en y regardant de près, se rendre compte que le modèle médical est souvent à l'œuvre dans le rapport de causalité qu'il impose, que ce soit pour démontrer l'étiologie des catégories déviantes dans le processus général de déviance<sup>93</sup> ou dans le traitement de certaines de ces catégories par l'institution, comme la délinquance, en substantialisant définitivement ce rapport dans les individus issus de ces catégories<sup>94</sup>. Ce rapport se retrouve également et à un autre niveau dans les études épidémiologiques, dont c'est la vocation, lorsqu'on applique ce principe par exemple à la consommation de cannabis chez les jeunes à l'échelle d'une « population »<sup>95</sup>. La consommation de cannabis est ainsi rapportée à une série de facteurs « hors normes » agissant simultanément et qui détiennent à eux seuls l'explication de cette déviance. Mais la norme n'est pas immuable, nous le savons, et l'histoire nous apprend, à travers l'évolution des mœurs comment et dans quels contextes ces opérations ont été possibles, de la sexualité largement évoquée par Foucault au siècle dernier à la prise en charge de l'échec scolaire par la pédopsychiatrie au sortir de la seconde guerre mondiale<sup>96</sup>. Ce n'est pas le but ici mais nous pourrions démultiplier les exemples pour dire quelque chose sur l'influence de la médecine depuis le siècle dernier et sa psychologisation progressive pour traiter les problèmes du vingtième siècle ainsi que son infiltration dans tous les secteurs de la vie quotidienne.

Que la médecine soit largement convoquée dans ces transformations n'est donc pas réellement une surprise, pourrait-on penser. L'un des paliers essentiels et ultime de la « politique de réduction des risques » réside visiblement dans la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage en 1996 et prescrite par les médecins généralistes comme un médicament ordinaire. La médecine joue à plein la fonction qui lui est assignée. Détaillons un peu ce que nous avons déjà suggéré plus haut. On peut dès lors considérer que les médecins ont cette double fonction décrite par Foucault. D'une part en tant que professionnels disséminés dans les cabinets médicaux ils accueillent non pas des toxicomanes mais des

---

<sup>93</sup> Becker H-S., *Outsider, Etudes de sociologie de la déviance*, Paris, Maitailié, 1985.

<sup>94</sup> Chamboredon J-C., « La délinquance juvénile, essai de construction d'objet », *Revue française de sociologie*, XII, 1971, p.335-377.

<sup>95</sup> Perreti-Wattel P., « comment devient-on fumeur de cannabis ? Une perspective quantitative », *Revue française de sociologie*, 2001, n°42-1, p. 3-30.

<sup>96</sup> Pinell P., Zafiroopoulos M., « La médicalisation de l'échec scolaire, de la pédopsychiatrie à la psychanalyse infantile ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1978, n°24, p. 23-49

patients ordinaires, anonymes. Ils participent donc à une gestion individuelle de la demande de buprénorphine et des corps qui en font la demande. L'aspect somatique des patients représente toujours une préoccupation, en tous cas dans les déclarations bien qu'il soit très peu présent. D'autre part en tant que profession experte ils sont sollicités pour participer collectivement à cette politique. C'est par exemple le but des réseaux « ville hôpital », sur lesquels nous reviendrons. Cependant tout ceci ne va pas de soi et ce point de vue ne doit évidemment pas être ramené à son extrême en nous donnant la représentation d'une profession unifiée au service de cette nouvelle politique, bien au contraire. Les positions politiques des médecins généralistes sont aussi complexes et contrastées que leurs pratiques face à cette prise en charge et cette politique, il en sera largement question dans le dernier chapitre.

## **II. LA MEDECINE COMME EQUIPEMENT HETEROGENE.**

Nous sortons ici d'une perspective « macro-sociologique » (qui n'en est pas vraiment une) qui nous a permis de comprendre le socle de ces mutations et l'émergence de la politique de « réduction des risques », une forme de « bio-politique » si nous considérons l'approche léguée par Michel Foucault. Mais tout n'est pas réglé, en s'en doute. Il nous manque quelque chose évidemment car notre propos n'est pas de décrire des mécanismes généraux seulement mais de proposer un modèle qui puisse dans le même temps introduire progressivement les frictions entre dispositifs et individus pour en venir finalement au sens visés par ces mêmes individus. Mais doit-on pour autant obligatoirement quitter le niveau « Macro » ? Il est vrai que la sociologie traditionnelle nous oblige généralement à opter pour des points de vue, nous recommande de ne pas mélanger les épistémologies parce qu'elles ne donnent pas accès à la même interprétation, à la même vision du monde. Mais je suppose que nous avons déjà réglé ce problème puisque ces partages ne sont pas réellement pertinents ici. Nous nous orienterons plutôt vers d'autres postures qui nous suggèrent qu'il n'est pas forcément incompatible d'articuler des points de vue différents dans le cadre d'une même problématique et dans le même mouvement parce que la réalité ne peut se résumer d'un seul regard. Mais poussons la logique un peu plus loin. Si nous avons trouvé dans la sociologie de l'acteur réseau un cadre de compréhension intéressant c'est justement parce qu'il ne contient pas ces oppositions classiques entre « micro » et « macro », parce qu'il ne met pas en conflit les interprétations

déterministes et les approches interactionnelles par exemple et parce qu'il ne considère pas que la réalité se résume à un compromis entre ces deux oppositions. Les individus alliés aux objets assemblent le monde, les individus interagissent entre eux mais par la médiation des objets. Ainsi ces assemblages donnent des collectifs qui se développent, se déplacent, croissent, rétrécissent, se cachent, se disputent avec d'autres collectifs pour vaincre, disparaître ou se fondre pour former des collectifs encore plus grands. Certains collectifs sont plus « institués », d'autres sont invisibles, les rapports de forces changent en fonction de leur grandeur. Un président de la république et son gouvernement ne sont que l'émanation d'un collectif politique qui est devenu plus grand que son adversaire à force de négociation et de transaction. Il est alors détenteur de la parole du « souverain » qui est seul maître de la mise en équivalence, de la mesure, de la justice entre les membres du collectif. Le « souverain » développe alors sa politique parce qu'il est mandaté par la multitude dont il est le représentant. Mais une politique n'est pas un bloc, elle ne s'abat pas sur d'autres blocs pour les changer instantanément. Elle suggère des transformations, des évolutions, des transactions entre des collectifs existants qui doivent changer en fonction de la nouvelle politique mise en œuvre. Mais ceci ne va pas de soi. Toute politique engage spontanément la transformation de collectifs qui ne peut pas se faire spontanément. Alors les choses bougent doucement, les transformations s'opèrent difficilement dans des agencements complexes avec nombre de résistances, des disputes, des controverses, des conversions difficiles, voire impossibles. Pour rendre compte de toute cette agitation on ne peut se contenter d'un seul point de vue, nous l'avons déjà dit, on ne peut se contenter d'une théorie qui nous expliquerait d'un seul coup les nombreux mouvements qui se développent. On aurait accès à pas grand-chose si on ne considère que les principaux rouages (Institutions, classes, catégories, professions...) qui produisent ce que nous appelons la « société ». Alors comment mettre en lumière le maximum de ces rouages, comment rendre compte de ce mouvement global tout en s'intéressant au moindre de ses mécanismes dans la même opération ? L'entreprise est gigantesque et nous n'avons pas ici la prétention d'y parvenir, loin de là. Il s'agit simplement de proposer dans les lignes qui suivent un cadre suffisamment souple pour donner au lecteur certaines clés de compréhension au décryptage de notre raisonnement et spécifiquement adapté à notre objet.

Une entrée possible pourrait venir d'une perspective dont nous avons déjà exprimé les ressorts en première partie et qui se propose de concevoir ces changements en terme de

« politisation »<sup>97</sup>. Cette vision, comme la sociologie de l'acteur-réseau, propose dans le même esprit une problématique neuve qui a, selon nous, plusieurs avantages. D'une part celui d'articuler les différents niveaux d'observation sociologique dans un même mouvement. D'autre part dépouiller l'approche sociologique de tous les a priori déterministes qui orientent souvent l'analyse de manière relativement dissymétrique lorsqu'il est question d'institutions et d'usagers. Enfin de proposer un modèle d'analyse facilement transposable. Par exemple les dispositifs de « politisation » peuvent tout aussi bien concerner le champs du « soin » que celui de la politique de la ville ou de l'insertion professionnelle. Il ne s'agit pas non plus évidemment, dans un autre extrême, de renier les rapports de forces existants ou d'évacuer définitivement les suggestions en terme de contraintes ou de domination (selon Bourdieu) car ils existent bien mais l'erreur ou la tentation seraient, dans cet a priori, de tenir les individus dans des statuts définitifs.

Au risque de nous répéter et de lasser, précisons et affinons une dernière fois les ressorts essentiels de ces changements pour nous rapprocher au plus près des tensions du terrain au vu de ces derniers éclairages. Il est généralement admis, et quelques soient les interprétations, que le monde de la « toxicomanie » et plus précisément celui consacré aux « soins des toxicomanes » a connu certains bouleversements à partir du début des années quatre-vingt dix. A une période née dans le début des années soixante-dix et se bâtissant progressivement sur des concepts et notions empruntés grossièrement à la psychanalyse a succédé une seconde période dominée par la « réduction des risques ». Ces changements ont dans un premier temps été interprétés comme un changement de paradigme, un changement de modèle (les deux étant généralement utilisés de manière équivalente pour désigner la même chose) qui présupposent une rupture franche avec les anciens cadres de l'intervention. Aux acteurs traditionnels spécialisés que l'on avait coutume de ranger sous le vocable de « intervenants en toxicomanie » sont venus se rajouter d'autres acteurs parmi lesquels, et tout principalement les médecins généralistes, dans le rôle de prescripteurs de produits de substitution, en l'occurrence la buprénorphine haut dosage. A une conception de la toxicomanie rattachant cette dernière à une perturbation de l'économie psychique de la personne s'est substituée une conception plus « pragmatique » de l'intervention basée sur la rationalité effective de l'individu. La perspective défendue par les tenants de cette politique engage à considérer le toxicomane avant tout comme un individu capable de supporter les risques liés à sa

---

<sup>97</sup> Trépos., *Ibid.*

consommation, capable de diriger sa propre prise en charge. Elle engage également à défaire les cloisonnements et les étiquetages professionnels et à entreprendre un travail pluridisciplinaire et transversal afin de réduire les risques liés à la consommation des produits en transposant ce qui se fait dans d'autres pays européens depuis plusieurs années. Au toxicomane succède progressivement l'utilisateur de drogue, le patient en demande de traitement.

Cependant il nous faut sortir de ce cadre un peu étroit d'interprétation, ce que nous avons déjà fait en expliquant que l'histoire n'est pas faite de ruptures mais d'une évolution mêlant toujours l'ancien au nouveau pour produire de nouvelles formes d'encadrement produisant à leur tour de nouvelles formes d'intelligibilité de l'évolution sociale. La rupture n'est qu'un mot, souvent lui-même une « boîte noire » destinée à produire un fait établi que l'on entasse sur d'autres « boîtes noires ». Par exemple il n'est pas sûr du tout (nous sommes même certain du contraire) que la notion de « pragmatisme » très utilisée dans beaucoup de milieux professionnels fasse référence à un courant sociologique précis pour expliquer quoi que ce soit, comme celle de « paradigme » d'ailleurs, tout au plus ont-elles été rattachées à une conception éthique et pratique, en opposition à celle du dispositif traditionnel et ancrées dans une perception du toxicomane qui change doucement (mais difficilement) dans le cadre d'une politique différente. Mais c'est peut-être justement dans le sens que leur donnent les professionnels, comme des évidences, que ces notions sont les plus intéressantes pour saisir le rôle qu'elles jouent justement comme « boîtes noires » dans la constitution du nouveau collectif. Car lorsque l'on se rapproche un peu et qu'on ouvre ces boîtes on voit apparaître nombre de tensions. La plus visible, dont nous avons déjà parlé, met en opposition relativement constante les postures professionnelles déclarées, ce que l'on pourrait considérer comme la rhétorique, et les pratiques réelles de terrain, visibles dans les interactions avec les usagers. En somme et pour résumer, nous pourrions simplement dire qu'en nous plaçant au plus près des interactions, il nous est possible de constater régulièrement qu'être favorable à la « substitution », considérer les toxicomanes comme des usagers citoyens en acceptant leurs propres perceptions des risques (bien que cela participe d'une croyance sincère) n'influe pas forcément et toujours sur ce que l'on pourrait appeler les représentations communes de la toxicomanie, le toxicomane en arrière-plan potentiellement fourbe, pervers, menteur, roublard ou à l'opposé l'utilisateur malade dépassé par sa toxicomanie, bien sur interprétée comme le symptôme diffus d'une déficience psychologique, et donc en incapacité de comprendre ce qui lui arrive sauf avec l'aide des professionnels qu'il est d'ailleurs dans l'obligation d'accepter. C'est ce qu'il ressort la plupart du temps des observations menées. Nous avons déjà quelques

peu précisé plus haut certains des ressorts qui soutiennent ce que l'on pourrait considérer comme une « incohérence » dans l'agissement des professionnels. D'un point de vue général nous avons déjà établi que cette dualité, cette opposition que l'on retrouve bien souvent dans l'apparente contradiction entre les propos tenus par les professionnels et leurs engagements dans les différentes situations, semble bien être représentative de la tension entre dispositifs animés par des visions du monde « compensatoires » et « autonomistes » caractéristiques des politiques publiques depuis les années quatre-vingt et dans lesquels les usagers semblent coincées entre l'injonction d'être autonome et leur incapacité à comprendre cette injonction par le dispositif qui la délivre. En fait ils ne comprennent simplement pas ce que l'on attend d'eux ou plutôt ne sont pas à même de répondre à ce que l'on exige d'eux et vont pratiquer le dispositif à leur manière et en y intégrant leurs propres contingences, souvent faiblement, ce qui en retour mécontente régulièrement l'institution<sup>98</sup>. Ce qui nous semble important de retenir ici en conclusion, en dehors de l'explication directe, c'est qu'il est impossible de passer d'un modèle à l'autre, de rompre avec un cadre de compréhension pour en adopter instantanément un autre. Il est impossible de demander aux individus liés à ces modèles ce détachement instantané, qui aurait plutôt l'allure d'un arrachement, pour un attachement tout aussi brutal et complet à un autre modèle de perception. La « rupture » n'existe pas sauf peut-être dans quelques cas extrêmes mais qui ne peuvent soutenir une quelconque représentativité.

Alors comment comprendre cette dualité, cette apparente contradiction plus finement s'agissant en tous cas de l'objet qui nous intéresse, car elles nous tarauderont tout le long de ce récit. Le spectre est large et ne peut se résumer à une seule interprétation car les pratiques, les perceptions sont nombreuses et leurs agencements complexes. Nous ferons bien sur des agrégations à partir de références stables que nous soumettrons à la critique mais ce cadre de restitution se doit de trouver un réceptacle cohérent. C'est pour cette raison que nous avons proposé que ces changements devaient pouvoir s'expliquer par d'autres moyens et d'autres

---

<sup>98</sup> C'est une observation qui ressort également des dix ans que j'ai passé à travailler dans ce qu'il est convenu d'appeler la « politique de la ville » comme nous appelons la « politique de réduction des risques ». L'obsession récurrente des préfets, des chargés de mission qui se sont succédés auprès de mes lieux d'action était « la participation des habitants ». Mais plus on en parlait et moins on la voyait. En tant que « médiateur » entre les différents protagonistes (qui agissaient également comme « médiateurs » sur moi-même) je me suis rendu compte que cette « participation » était de moins en moins comprise par les habitants simplement parce que les pouvoirs publics s'acharnaient de plus en plus à la faire comprendre. Malgré tous les dispositifs (commissions etc...) et les études censées faire remonter les souhaits des habitants, les décisions apparaissaient déjà comme souvent prises par avance. Par exemple abattre des immeubles pour « dédensifier la population » semblait logique pour les politiques (légitimés par le bureau d'étude) d'un côté pour « aérer » et faciliter le rapprochement avec le centre ville (officiellement), mais illogique pour les habitants qui y voyaient la fin de la vie sociale de leur quartier. Les immeubles sont abattus.



présupposés qui orientent la problématique vers un autre chemin à savoir non pas cette rupture franche et définitive avec les cadres et les pratiques traditionnelles (le « dispositif spécialisé ») et donc la création d'un nouvel objet plus ou moins fixe et aux contours relativement définis (la « réduction des risques »), nous constatons tous les jours sur le terrain que cette rupture n'existe pas, mais une transformation complexe, instable, réversible, contradictoire, et continuellement en mouvement. On peut simplement envisager dans un premier temps la dimension structurelle de ces transformations. Des dispositifs qui naissent dans, à partir et parallèlement aux institutions primaires, qui les débordent sans toutefois les supplanter pour arriver au bout du compte à créer un ensemble générateur de pratiques hétérogènes toutes orientées vers une préoccupation générale « la réduction des risques », mais sans qu'elles puissent se départir dans le même temps de l'idée que le « soin » exige néanmoins le comportement qui convient, ce que l'institution exige. Finalement et à sa manière Michel Foucault semble bien dire quelque chose d'approchant. La diffusion du disciplinaire corporel à l'ensemble de la population reste adossée à cette « réalité- référence » symbolisée par cette notion de « soin » transmise, en ce qui nous concerne, du « dispositif spécialisé » aux médecins généralistes. Ainsi le « soin », comme élément unificateur, bien que revêtant une signification différente d'un collectif à l'autre, reste le même dans sa fonction, c'est à dire sans rapport immédiat avec la définition objective de la pathologie qui lui est liée. Alors sa fonction est autre. En d'autres termes si nous admettons maintenant que la valeur et l'interprétation sociales accordées à la « maladie » et au « soin » sont deux choses différentes, il apparaît dans ce sens que le « soin » ne représente au bout du compte qu'une réponse prescrite et obligatoire à la « maladie ». Ainsi se soigner c'est avant tout respecter cette offre de soins, à savoir le diagnostic, les prescriptions et les traitements qui lui correspondent<sup>99</sup>. Dans ce sens il nous faudra faire l'effort, tout le long de cette réflexion, de mettre en arrière-plan cette notion de « soin », en tous cas la valeur intrinsèquement thérapeutique qui lui est généralement accordée par la société car elle ne représente après tout qu'une « construction sociale », un jeu de perceptions contradictoires et conflictuelles, entre une offre et une demande, noyée dans un flot de contingences individuelles. On peut le voir dans la mesure où malgré toutes les convictions éthiques qui accompagnent ces changements (l'usager de drogue responsable...) les pratiques révèlent quelque fois autre chose et bien souvent simplement une relation de soumission au protocole engagé. Cette tension, qui est, comme nous l'avons vu,

---

<sup>99</sup> Herzlich C., « Médecine moderne et quête de sens : la maladie comme signifiant social », in Augé M, Herzlich C (dir), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, édition des archives contemporaines, Paris, 1984.

révélatrice d'une forme hybride de deux visions du monde, nous la retrouvons en filigrane d'un médecin à l'autre parfois chez le même médecin. En d'autres termes les médecins généralistes sont-ils le révélateur de l'autonomie laissée aux usagers de drogues ou un équipement supplémentaire dans le paysage destiné à une autre prise en charge ? La réponse à cette question dépendra, on s'en doute, du point de vue que l'on décidera de privilégier. Nous sommes suffisamment avancé maintenant dans notre argumentation pour comprendre qu'il n'y a pas lieu de faire de telles séparations mais de considérer une cristallisation de ces deux visions du monde dans une forme hybride mais qui n'est finalement pas si surprenante que ça. Souvenons-nous de Norbert Elias et des liens d'interdépendance qui seuls peuvent nous amener à comprendre sur le fond l'évolution des sociétés, des relations entre les individus, sans références à des explications toutes faites. Cependant nous pouvons comprendre que nos acteurs intériorisent en eux ces contradictions, les expriment ou les refoulent, en tous cas composent avec leur intérieur et les contraintes qu'exige leur environnement professionnel. Cette hétérogénéité nous interdit ici de recourir à des théories, modèles ou notions susceptibles de nous décrire cette réalité d'un trait. Les choses sont bien plus complexes. Mais cette hétérogénéité suppose néanmoins un cadre qui puisse lui donner sens, ce que nous avons tenté de faire jusqu'ici. Pour parfaire ce point de vue je citerai, dans une conclusion provisoire, une proposition de Gilles Deleuze, vue comme un programme de recherche, citée par Philippe Milburn<sup>100</sup>, dans laquelle semblent bien se résumer les orientations générales de notre propos : « Les enfermements sont des moules, des moules distincts, mais les contrôles sont une modulation, comme un moulage auto-déformant, qui changerait, d'un instant à l'autre, ou comme un tamis dont les mailles changeraient d'un point à l'autre ». On pourrait lire dans cette proposition, d'une grande clairvoyance, une perspective qui résume bien et dans le même mouvement un contrôle individuel et une globalisation protéiforme de ce dernier toujours en mouvement.

La médecine générale, comme dispositif faible, pourrait bien prétendre à faire partie de ce programme de recherche. On peut comprendre maintenant que la faiblesse des liens qu'elle propose s'accommode particulièrement bien de cette figure composite du patient en traitement de substitution même si la greffe est difficile à chaque fois, agissant sur toutes les mailles du tamis. C'est pour cette raison que la question du « soin » et de la « toxicomanie » y est généralement traitée de manière relativement équivoque pour le moins. Cependant et

---

<sup>100</sup> Milburn P., « Le panoptisme nouveau es-t-il arrivé ? Les politiques sociales et sécuritaires actuelles à l'épreuve de la théorie de Foucault », *Le Portique*, n°13/14, 2004, p.137-148.

justement parce que la « substitution » dans sa fragilité et sa complexité rend la question du « soin » particulièrement inconsistante, elle nous permet mieux encore de la décaler. Mais c'est d'une certaine manière cette voie que nous allons suivre et plus précisément celle qui nous donnera (partiellement) accès aux perceptions de nos médecins et de nos utilisateurs (les usagers) sur et par l'intermédiaire de l'objet qui les questionne, la « substitution ». Il faudra alors, en se dégageant de toutes les explications disponibles, se concentrer avant tout sur les perceptions des uns et des autres car ils participent également et à leur façon à la construction sociale du « soin », ce qui d'une certaine manière conditionne et favorise dans certains cas les réussites relatives évoquées par certains médecins.

## **CHAPITRE V.**

### **GENESE DE LA BUPRENORPHINE. NAISSANCE D'UN MEDIATEUR.**

Nous avons maintes fois souligné l'importance du regard historique pour nous aider à comprendre la validité et la légitimité des institutions et des dispositifs présents. Ils s'enracinent souvent dans des conceptions de l'individu qui évoluent au fil du temps, ce que Norbert Elias a toujours essayé de démontrer. C'est parce que nous pensons de même que nous en faisons une ligne de force dans ce travail. Cependant nous avons voulu donner une autre tonalité à cette reconstruction pour rester en phase avec notre perspective générale. Il serait fastidieux de donner toutes les sources qui nous ont permis de « recoller » tous les morceaux et les principales seront régulièrement signalées en note. Cependant nous sommes fortement appuyé sur le travail <sup>2</sup>effectué par Anne Coppel dans « De la Guerre à la drogue à la réduction des risques » dans le lequel elle témoigne avant tout d'une expérience personnelle que nous avons tenté d'élargir régulièrement par d'autres apports.

Le premier développement de la buprénorphine et sa mise sur le marché ont lieu la toute première fois en 1978 au Royaume Uni. Commercialisée sous le nom de Temgésic® ce dernier n'est utilisé en traitement de substitution de façon relativement large qu'en Belgique, bien que ces prescriptions aient lieu aux marges de la loi. Il est vrai que le produit n'est pas censé, du moins officiellement, servir de traitement aux usagers de drogues quels que soient leurs objectifs par ailleurs. C'est un médicament censé entrer seulement dans le traitement de la douleur. Cependant et pour cette raison les médecins avancent généralement, parce qu'ils le constatent, que la douleur n'est certainement pas en reste lorsqu'un usager de drogues tente d'arrêter ses consommations d'héroïne. La recherche d'un palliatif devient nécessaire pour beaucoup, indispensable pour certains. Mais cet usage tend à se stabiliser assez rapidement,

voire à décliner quelque peu dans la mesure où la méthadone est librement prescrite en Belgique par les médecins de ville<sup>101</sup>.

La molécule est mise sur le marché en France en 1987 mais uniquement sous forme injectable. Mais avant son entrée officielle la France l'avait déjà classé comme stupéfiant. Pourtant un rapport de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), publié la même année, donne un avis somme toute favorable au produit. En conclusion la molécule est présentée comme étant aussi efficace dans le traitement de la douleur que la morphine sans les inconvénients qui caractérisent cet opiacé. Autrement dit la buprénorphine présente des caractéristiques agonistes de la morphine mais tout en produisant des effets antagonistes, ce qui lui donne une certaine sécurité d'emploi. Finalement ce médicament est présenté comme idéal dans la prescription de la prise en charge de la douleur. D'une part il participe à soulager les malades des conséquences de leurs maladies et d'autre part il ne permet pas la production des effets non désirés substantiels à la morphine, à savoir l'envie d'en absorber toujours plus jusqu'aux limites de l'overdose. Donc, malgré ses effets morphiniques, cette molécule n'est pas considérée comme une drogue. La question des « détournements » et la propagation relative du produit dans les rues sont également abordées. L'OMS ne semble pas y voir un risque majeur pour la « santé publique » dans la mesure où les incidents représentent une part négligeable au vu des bénéfices apportés par le traitement<sup>102</sup>. Rien ne laisse donc supposer, à priori, le classement du produit sur la liste des stupéfiants. Finalement l'administration française de la santé lâche prise et le produit est déclassé. Il sera prescrit comme un médicament ordinaire.

Cependant la diffusion du Temgésic® en France n'est pas une chose simple ni évidente, à la fois pour les médecins et les politiques. Comme médicament censé traiter la douleur il se heurte probablement à la place quasi inexistante laissée à cette dernière dans la prise en charge de certaines maladies. En France dans les années quatre vingt dix la douleur n'existe pour ainsi dire pas. Considérée la plupart du temps comme une manifestation symptomatique sans gravité, elle est au mieux bricolé ponctuellement avec les anesthésiants du bord, et au

---

<sup>101</sup> Reisinger M., Bilan de l'expérience de substitution par la buprénorphine en médecine de ville en Belgique, *Anales de Médecine interne* 145, 1994, p. 46-47. Ce médecin belge a été le premier à expérimenter la buprénorphine comme traitement libre en Europe dont il était persuadé quelle pouvait constituer une méthode de sevrage efficace en médecine de ville.

<sup>102</sup> OMS., *Evaluation de la buprénorphine pour le contrôle international. Mise au point de l'OMS sur les agonistes-antagonistes*, rapport n° 8774, août 1987.

pire considérée comme un surcroît d'anxiété ou d'angoisse produits par la maladie<sup>103</sup>. Sur les options s'agissant des prescriptions aux usagers de drogues et leur développement éventuel (que confirment déjà officieusement d'une certaine manière les pratiques de terrain) la question n'intéresse pas officiellement les pouvoirs publics<sup>104</sup>. Au fond pourquoi et dans quel but mobiliser la médecine pour une question qui a toujours été traitée majoritairement comme relevant de comportements qualifiés de « délinquants ». Pour le reste, à savoir la rédemption des toxicomanes en fin d'activité, un dispositif spécialisé existe chargé de les recycler dans les réseaux qui voudront bien les accepter. La buprénorphine trouve là sa limite.

En 1990 le Temgésic®, en comprimés sublinguaux de 0.2 mg, arrive sur le marché et remplace la formule injectable, réservée alors uniquement à la pharmacie hospitalière. Il devient progressivement et officieusement un produit de substitution à l'héroïne que quelques médecins acceptent de prescrire en connaissance de cause (et souvent parce qu'ils n'ont pas d'autres choix) et subit, comme ce sera le cas pour la buprénorphine haut dosage plus tard, sa période de controverse principalement à cause des « détournements » dont il fait l'objet.

La campagne contre le Temgésic®, circulant dans des réseaux disparates, inorganisés, et la plupart du temps souterrains ne se fait pas attendre. Le dispositif spécialisé et le cadre politique qui le légitime (les deux étant intimement imbriqués) contre attaquent pour renforcer et légitimer encore leurs « boîtes noires » aux yeux du public<sup>105</sup>. Il est vrai qu'en face il n'existe pas encore de réseaux susceptibles de faire contre poids. Les galeries sont minces, souvent bouchées et la plupart des acteurs favorables à une alternative se contentent d'occuper discrètement les places qu'ils ont acquises difficilement.

Suite à une pression constante des intervenants spécialisés de la toxicomanie, renforcée par un soutien de la DGLDT, la commission nationale des stupéfiants et des psychotropes rend un

---

<sup>103</sup> Baszanger I., *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*. Seuil, Paris, 1995.

<sup>104</sup> D'autant plus que les études traduites en Français sur la prescription de la buprénorphine sont quasiment inexistantes. La seule menée et publiée est celle de Marc Reisinger., « Essai de traitement des héroïnomanes par la buprénorphine », *Psychotropes*, vol II, 1985.

<sup>105</sup> A cette époque Georgina Dufoix est présidente de ce qui était à cette période la Délégation Générale de la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (DGLDT), remplacée ensuite par la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie). Elle soutient le dispositif spécialisé représenté en l'occurrence par l'ANIT, (l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie). L'ANIT est chargée par la DGLDT d'enquêter sur le Temgésic®. Les résultats ne se font pas attendre. A plus de 60% les prescriptions sont constantes sur des durées indéterminées, il n'est plus question de sevrage. Les médecins ne font pas de « soins » mais de la maintenance chronique préjudiciable aux « toxicomanes », contraire à « l'éthique », au lieu de s'atteler au vrai problème. Au pire le dispositif spécialisé, non content de faire déjà son travail, doit en plus s'occuper des dégâts provoqués par les médecins généralistes qui provoquent une nouvelle accoutumance. Hautefeuille M., « Le Temgésic : nouveau produit, vieilles illusions », ANIT, Journées nationales, *Interventions*, n°30-31, 1991.

nouvel avis défavorable envers la buprénorphine. Le ministre de la santé de l'époque, Bernard Kouchner, signe le décret reclassant le Temgésic® au tableau 1, comme non « stupéfiant » donc, mais avec l'obligation d'une prescription sur carnet à souche (propre aux stupéfiants) pour une durée maximale de 28 jours donnant ainsi à ce médicament un statut pour le moins paradoxal<sup>106</sup>. Cette décision, qui bâillonne le Temgésic® dans sa prétention à devenir un nouvel actant dans le domaine de l'usage des drogues a des conséquences non négligeables. Les réseaux creusés à l'aide de la molécule se tarissent, les nombreux porte-parole discrets évoluant dans les réseaux souterrains se taisent au moins pour un temps. Mais les usagers de drogues n'empruntent pas les voies officielles et refusent la neutralisation de la molécule. Ils continuent de l'activer mais par les maigres canaux qui leurs sont encore permis, entrouverts par certains médecins qui continuent néanmoins d'y croire. Ce sont ceux qui acceptent la lourdeur administrative et le contrôle infligé par le carnet à souche. Ils ne sont pas légion sur le territoire. Il y a là, semble-t-il, un tournant fondamental en Ile de France. Deux médecins généralistes, Jean Carpentier et Clarisse Boisseau deviennent, et probablement un peu malgré eux, les porte-parole d'un collectif qui sera encore à dessiner en Ile de France. Epaulés par la sociologue Anne Coppel, ils commencent un travail de conceptualisation s'agissant de l'accueil des « toxicomanes » en médecine de ville. Si le collectif naissant doit s'attaquer à celui existant depuis le début des années quatre vingt, il lui faut d'abord trouver les arguments nécessaires pour continuer à creuser ses réseaux. Au fond il s'agit de déboulonner les « boîtes noires » sur lesquelles tout le monde est assis depuis trente ans et à en proposer d'autres. C'est ainsi que le cabinet du médecin généraliste n'est plus un instrument panoptique destiné au contrôle et à l'asservissement des usagers de drogues mais un lieu où des acteurs se rencontrent avec pour objectif de créer une nouvelle configuration dans le champ de l'usage des drogues. Il doit d'abord être « un repère dans un parcours chaotique », un lieu où se négocient « des compromis sans que cela soit des compromissions », bref un lieu où au bout du compte la prescription représente un événement dans la mesure où elle « scelle une alliance avec le toxicomane » et non un simple rapport instrumental d'échange de produits et de services<sup>107</sup>.

La disqualification du Temgésic® de la prescription ordinaire des médicaments, relativement encouragée par l'ordre des médecins, fut jugée néfaste par beaucoup d'observateurs militants

---

<sup>106</sup> Arrêté du 10 septembre 1992 relatif à la prescription et à la délivrance des médicaments à base de buprénorphine par voie orale

<sup>107</sup> « Le repère du toxicomane », *le Monde*, 9 septembre 1992.

inquiets de la santé des usagers de drogues face au SIDA et déjà engagés dans une politique alternative s'agissant de la prise en charge des usagers de drogues<sup>108</sup>. Mais cette première version de la buprénorphine, bien que n'étant pas destinée à la substitution, semble bien avoir ouvert définitivement la boîte de pandore. Entre 1992 et 1994 le nouveau collectif qui se dessine entreprend d'attaquer et d'ouvrir toutes les « boîtes noires » empilées par l'ancien dispositif. L'argument central reste la mise en cause des pouvoirs publics dans la politique menée contre le SIDA et par conséquent le dispositif spécialisé toujours enfermé dans son « paradigme » psychanalytique et donc farouchement opposé à toute pharmacologie comme le témoigne les cinquante deux places de méthadone sur l'ensemble de la France<sup>109</sup>. Mais les nouveaux réseaux continuent leur travail, encouragés par ce nouvel allié, le virus qui fait office de clé pour ouvrir les « boîtes noires » du dispositif spécialisé. Ainsi le « toxicomane » et la « toxicomanie » cèdent doucement la place à « l'utilisateur de drogue » et à la « dépendance aux opiacés », le traitement de substitution devient quand à lui un médicament censé agir simplement sur cette dépendance sans autre forme de considération. L'affaire devient purement médicale, c'est d'abord la maladie qui prime, et certains médecins continue la propagation de leurs arguments à travers les réseaux qu'ils tissent inlassablement. A cela il faudrait en outre rajouter une pression constante des professionnels des autres pays qui s'étaient alignés derrière la « réduction des dommages » depuis déjà plusieurs années.

Ce travail et cette agitation menés par les premiers promoteurs de la « réduction des risques » ne sont pas vains. Ils trouvent en la personne du ministre de la santé un nouveau médiateur au sein du gouvernement. Le 16 octobre 1992 plus de quatre vingt médecins sont invités au ministère de la santé. La lutte contre le SIDA y est affirmée comme la priorité nationale nécessitant l'engagement de tous et en premier lieu les médecins généralistes dont la constitution en réseau doit être encouragée. Seulement dix jours après, le ministre présente à l'assemblée nationale un projet portant sur la création de cinq nouveaux programmes méthadone dans le cadre d'un nouveau plan de lutte contre la toxicomanie. Ce plan sera refusé car le nouveau collectif qui prend forme est encore loin d'avoir la stabilité nécessaire pour faire contrepoids et les serrures des boîtes verrouillées depuis vingt ans pas le dispositif spécialisé sont solides. Cependant les premiers arguments diffusés officiellement ne sont pas

---

<sup>108</sup> Les plus emblématiques restent les docteurs Jean Carpentier Clarisse Boisseau, médecins généralistes à Paris et pionniers de la substitution par le Temgésic®. Jean Carpentier sera condamné par l'ordre des médecins à un mois d'interdiction d'exercer la médecine pour prescription illégale.

<sup>109</sup> Coppel A., « Les intervenants en toxicomanie, le SIDA et la réduction des risques en France », *Communication*, 1996.



sans effets. Ils laissent des traces et continuent malgré tout leur oeuvre parce que relayés par d'autres réseaux plus visibles. Une nouvelle mémoire commence sa constitution<sup>110</sup>. Les médecins, ainsi que d'autres professionnels, sont les premiers à donner une constitution officielle aux réseaux qu'ils entretiennent depuis des années. Le dix décembre 1992 voit la création de REPSUD, association des médecins généralistes et des professionnels de santé d'Ile de France.

Tout au long de l'hiver 1993 le travail des partisans de la « politique de réduction des risques » recommence de plus belle. De nombreux collectifs voient le jour et les réseaux qui les parcourent s'entrecroisent de plus en plus par les nombreuses connexions que les différents professionnels et militants s'évertuent de créer. On peut estimer que la première « assemblée » chargée de stabiliser la profusion de ce travail et de légitimer la dimension morale de l'entreprise s'appelle « limiter la casse » dont la première réunion a lieu le 25 mars 1993. On comprend aisément à sa dénomination de quoi il s'agit. Mais ce premier regroupement ne concernait que des individus physiques bien que porte-parole de leurs associations respectives. Très vite cette première association d'individus va donner naissance à une association d'associations concentrant en un court laps de temps un grand nombre de réseaux disponibles et épars. C'est la création officielle du collectif « limiter la casse » dont l'annonce sera faite par communiqué de presse le 5 mai 1993. Ce collectif, parce qu'il est dorénavant le porte-parole de la « réduction des risques », devient l'un des médiateurs privilégiés (bien que souvent officieux) auprès des politiques et surtout des médias qui suivent ces changements de très près.

Le premier semestre de l'année 1993 aura été probablement le plus intense dans le débat qui oppose les deux camps, les deux collectifs qui défendent des politiques diamétralement opposées, un tournant, de notre point de vue, des changements à venir. Mais pour comprendre la suite de ce bref exposé historique, il nous faut mettre en lumière ce qui a fait croître la « réduction des risques » au détriment du « dispositif spécialisé » pendant ces quelques mois.

---

<sup>110</sup> Malgré une très forte résistance du dispositif spécialisé et une très large majorité des représentants politiques les journaux s'emparent de l'affaire. Le Monde du 4 novembre 1992 : « Toxicomanie : le SIDA brave l'interdit ». France Soir du 28 novembre 1992 : « Feu vert de Kouchner au sirop anti-héroïne, c'est un virage à 180 degrés ». Le débat inévitable qui s'ouvre sur la voie publique est essentiellement politique et moral. D'un côté la méthadone ne représente que la porte ouverte au laxisme incarnée par les autres pays européens s'agissant de la gestion des drogues. De l'autre c'est évidemment, plus que la question de la toxicomanie, la propagation de la maladie qui est en jeu. Qu'importe, Les produits de substitution, avec comme porte-parole le virus, sont invités dans le débat et n'en sortiront plus.

Le mouvement de la « réduction des risques », agrégat épars formés d'individus à la fin des années quatre-vingt va progressivement se solidifier au début des années quatre-vingt dix et se battre contre un « Léviathan » souverain dans le contrôle de l'usage de drogues depuis les années quatre-vingt. L'histoire de la création de ce « Léviathan » a déjà été faite par Henri Bergeron ainsi que la constitution et la fermeture des « boîtes noires » sur lesquelles il est assis au début des années quatre-vingt dix. C'est ce que nous avons coutume d'appeler le « dispositif spécialisé ». Cependant tout dispositif, aussi puissant et fermé soit-il peut être secoué, ébranlé, renversé, destitué. C'est, nous semble-t-il, l'essence même de l'évolution humaine. La même remarque pourrait être faite à propos des « sciences », agrégats disparates et conflictuels de mesures, de perceptions et de croyances que certains nomment « paradigmes » (dénomination scientifique pour qualifier une manœuvre scientifique et politique) et d'autres « collectifs » ou « réseaux » pour représenter des interactions, des cheminements, des rapports de forces et des interactions instables, réversibles forgés à la force de l'argumentation et de la persuasion.

Le pari engagé par l'acteur « réduction des risques » dans le début des années quatre-vingt dix n'est ni plus ni moins que de redéfinir le monde de l'usage de drogues pour faire venir ensuite à lui un maximum d'acteurs susceptible de faire grossir ses rangs. Pour détrôner un Léviathan il faut lui opposer un autre Léviathan. Mais ça n'est pas un bras de fer, une force contre une autre force jusqu'à ce que l'un des partis cède, en tous cas pas comme nous nous le représentons. Pour vaincre et avant d'associer ses boîtes noires un collectif doit avant tout dissocier ceux de l'adversaire. De ce point de vue ces deux mouvements ne sont pas mécaniques mais se font dans un échange constant. L'association dépend de la dissociation. Une personne n'aura aucun mal à assembler et à associer ses « boîtes noires » si elle n'a en face d'elle quelqu'un susceptible de les dissocier. C'est pour cette raison que le « dispositif spécialisé » a pu tranquillement empiler ses boîtes pendant vingt ans simplement parce que personne ne pouvait seulement les approcher. Au bout du compte nous nous retrouvons avec un « Léviathan », grand, fort, souverain et totalitaire sur la question de l'usage des drogues.

Seulement quelque que soit sa grandeur et sa puissance cet édifice n'est pas fait d'une matière unique, comme tous les assemblages. Lorsqu'on prend le temps de les regarder à la loupe on voit autre chose, comme la matière qui semble uniforme mais qui n'est qu'un agrégat de particules. Ainsi notre dispositif révèle les mêmes combinaisons. Un dispositif, quelle que soit sa solidité apparente, est avant tout un « investissement de forme » stabilisé en terme de coût

mais après de nombreuses négociations et transactions portées et traduites par les actants qui le composent<sup>111</sup>. C'est une construction au sens pragmatique avec une stabilité relative et coûteuse pour chaque participant qui se doit d'investir continuellement pour garantir cette stabilité dont il se nourrit à posteriori.

On peut comprendre que le coût est moindre si le dispositif n'est pas attaqué, s'il n'oblige pas ses défenseurs à investir outre mesure. Seulement au début de l'année 1993 l'acteur « réduction des risques » attaque et violemment. Les professionnels qui le composent ont pris la mesure des arguments, de la rhétorique inlassable déployée par les animateurs du « dispositif spécialisé ». Ils s'y opposent et portent le combat au dessus d'une boîte stratégique : toxicomane ou usager de drogues, malade « irresponsable » (consumé par sa drogue) ou patient ordinaire (capable de gérer sa dépendance et les risques associés avec le médecin). Le débat fait rage et chaque parti tente d'enrôler des acteurs supplémentaires pour augmenter en taille bien que d'une manière générale tout le monde appelle au débat « neutre »<sup>112</sup>. Pour soutenir la dissociation des boîtes de son adversaire et dans le même mouvement continuer à associer les siennes la « réduction des risques » apporte des arguments forts et sensibles. Elle va mettre en boîte noire l'ensemble de la mutation de la société, causée par le SIDA, et l'enrôle à son profit. Le virus devient un allié de poids avec un argument imparable, indestructible. La scène n'est plus portée sur la question du « soin » d'une quelconque dépendance ou le contrôle des drogues mais à faire entrer les usagers de drogues dans notre « commune humanité » en les préservant, comme tout un chacun, de la maladie qui les guette. S'il n'y a pas de vaccin contre le SIDA, il faut bien faire autre chose comme nous le ferions pour les cas ordinaires, au risque de menacer la société entière. La dépendance à la drogue ne doit plus représenter un problème surtout parce que le virus ne travaille pas comme nous, il transgresse allègrement tous nos petits modèles, nos théories qui ne tiennent pas debout parce jamais démontrées ni évaluées. C'est pour toutes ces raisons qu'il y a lieu d'introduire une autre approche, une autre prise en charge basée essentiellement sur la coopération avec les usagers de drogues, seul moyen de faire barrage à la propagation de la maladie. De la vision de cette nouvelle « société » qui se dessine, les différents acteurs, quelque soit leur bord, vont devoir négocier avec un nouvel actant en la

---

<sup>111</sup> Bergeron H., *op.cit.* Pour lui Claude Olievenstein, psychiatre créateur de l'hôpital Marmottant à Paris, a été l'un des « traducteurs » essentiels auprès des politiques et de l'administration de la santé dans la constitution du « dispositif spécialisé » dans le début des années quatre-vingt.

<sup>112</sup> Ehrenberg A., « Plaidoyer pour une réflexion politique sur les drogues », *Libération*, 30 novembre 1992. « Entre droit, morale et politique », *Le Monde*, 8 janvier 1993. Olievenstein C., « Cohérence, réflexion et travail en profondeur », *Le Monde*, 20 janvier 1993.

personne du virus du SIDA qui n'est pas une théorie ou une hypothèse quelconque soumises à débat mais un acteur qui tue. Ce sera par exemple le but des réseaux « toxicomanie-SIDA » qui auront permis la rencontre des deux camps dans des conditions acceptables par tous.

Fort de ce mouvement général, parce que le virus ne connaît pas de frontières et doit devenir l'affaire de tous, les acteurs de la réduction des risques proposent une autre argumentation, une autre boîte. Le « dispositif spécialisé » qui symbolisait le « soin des toxicomanes », autrement dit le soin pour le soin en réseaux fermés et verrouillés, est dorénavant révolu parce qu'il empêche, en tant qu'acteur central, une lutte efficace contre la maladie. Donc, en cette première moitié de l'année 1993 on peut dire que la « réduction des risques » entreprend de dissocier sérieusement les « boîtes noires » du dispositif spécialisé tout en associant les siennes. Mais l'affaire n'est pas finie. Un changement de gouvernement se prépare. La question n'est pas que politique au sens où on l'entend vulgairement. La politique peut également être entendue comme une affaire de réseaux, d'associations et de collectifs si l'on en croit Hobbes. Notre problème n'est pas là mais consiste simplement à nous demander comment la « réduction des risques » va pouvoir continuer son travail d'association, amputée de son réseau politique mince mais existant. Comment le nouvel actant politique va-t-il composer et influencer (et se laisser influencer) en retour les réseaux et les collectifs existants. Il est grand par sa taille et puissant par son influence.

Dans un contexte encore imprégné de « l'affaire du sang contaminé » les nouveaux responsables politiques vont doucement mais très prudemment se diriger vers le principe de la « réduction des risques » qui semble depuis se doter progressivement d'une légitimité « naturelle ». Le virus comme on pouvait s'y attendre frappe à toutes les portes. Après avoir reçu en juillet 1993 les responsables de l'association de « Médecins du Monde », le nouveau ministre de la santé, Simone Veil, propose dès le mois de septembre un nouveau plan de lutte contre la toxicomanie avec à la clé deux cent nouvelles places méthadone, ce qui pour beaucoup reste largement insuffisant, voire insignifiant, compte tenu de l'urgence à agir. L'administration de la santé reste un endroit particulièrement verrouillé avec des réseaux qui transcendent ceux du politique. Apparemment le nouveau ministre, très prudent, ne compte pas faire la même erreur que son prédécesseur<sup>113</sup>. Cependant l'annonce de ce plan, même s'il

---

<sup>113</sup> C'est un peu ce qu'avait déploré Bernard Kouchner après que son plan « méthadone » avait été refusé en mettant en avant le poids de l'administration de la santé dans son échec : Kouchner, B., « *Drogues : état*

reste incohérent pour beaucoup, ouvre la porte officiellement aux traitements méthadone. De plus l'annonce du plan gouvernemental de lutte contre la toxicomanie est rapidement suivie par la remise au Premier ministre du rapport élaboré par le conseil national du SIDA dont les conclusions ne laissent pas la moindre place au doute<sup>114</sup>.

Fort de ces nouveaux arguments, les acteurs de la « réduction des risques » constitués en un collectif regroupant environ cinquante associations émettent des communiqués de presse<sup>115</sup>. Les réseaux traversant ces collectifs portent leurs ramifications dans toutes les sphères de la vie publique : politique, justice, droits de l'homme, médecine... Cependant la communication et les débats se font toujours autour de la question de la maladie. Le virus est sans nul doute un acteur et un partenaire beaucoup plus légitime et neutre que la drogue, il réussit à rassembler spontanément autour de lui car il ne peut être « politisé ». Doucement le ministre de la santé devient un allié de l'acteur « réduction des risques » et l'aide à grandir un peu plus chaque jour. Chaque initiative, chaque projet doit faire l'objet d'une médiation longue et laborieuse mais finalement le nouveau Léviathan parvient à renforcer progressivement son équipement et à étendre toujours plus ses ramifications jour après jour. Au mois de mars 1993 l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie annonce qu'elle « change de cap » et se rallie, en tous cas officiellement, à la nouvelle direction prise par la « réduction des risques » en tous cas dans ces principes. Mais toutes les boîtes ne sont pas encore ouvertes, certaines sont encore hermétiquement closes aujourd'hui, mais elles peuvent être assimilées pour continuer l'association entreprise. Ainsi le ministre de la santé, médiateur auprès de son propre camp politique, doit mettre en boîte les boîtes résistantes. Ainsi la méthadone n'est en aucun cas une menace dans la lutte contre la drogue, bien au contraire. Donner un produit très contrôlé ne représente pas seulement un barrage contre la maladie mais la démarche peut s'avérer utile à lutter contre la propagation des drogues. Enfin l'idée du « soin » traditionnel et la finalité du sevrage ne perdent nullement leur place. Finalement une première circulaire spécifique à la méthadone voit le jour<sup>116</sup> et malgré un cadre très strict, cette dernière

---

*d'urgence* », le Monde, 4 octobre 1993. Simone Veil quand à elle, dans une interview accordée au journal Libération du 23 septembre 1993, estime qu'il faut avancer prudemment sans faire de vagues. Il faut persuader.

<sup>114</sup> Ce rapport, remis par le professeur Françoise Augé, préconise sans attendre un certain nombre de mesures pour enrayer la propagation de la maladie parmi les usagers de drogues : développement des programmes d'échange de seringues, développement de programmes méthadone. Il conseille également une collaboration avec les usagers de drogues avec comme priorité la santé publique et non plus la simple répression de l'usage des drogues.

<sup>115</sup> Communiqués parus dans le Monde et Libération le 19 octobre 1993

<sup>116</sup> Circulaire de la Direction Générale de la Santé du 7 mars 1994. Cette circulaire représente au bout du compte un habile compromis. Même si son objectif est le développement de la méthadone, cette dernière reste enchâssée comme mesure supplémentaire dans le « dispositif spécialisé » dont le but ultime est de parvenir à une vie sans

continuera progressivement son ascension encouragée justement par le compromis dont elle est l'objet.

Un autre appui très important, voire déterminant, sera mobilisé par l'intermédiaire des réseaux des médecins généralistes qui représentent sensiblement une véritable toile d'araignée pour les usagers de drogues<sup>117</sup>. Le nouveau ministre de la santé reprend cette piste et décide de la développer en favorisant les connexions avec les « réseaux ville-hôpital » qui ont déjà une existence officielle active s'agissant de la maladie. Les ramifications s'étendent encore, les usagers affluent toujours pour le traitement de la maladie mais la question spécifique de l'usage des drogues reste officiellement toujours cachée derrière le virus<sup>118</sup>.

Depuis la parution de la circulaire de mars 1994 nos deux Léviathans ne cessent de s'affronter par voie de presse, par expertises et fortes déclarations et une question se pose à ce moment déterminant : « réductions des risques » ou « soin », « sevrage » ou « substitution », « répression » ou « coopération », qui dissociera en premier les boîtes de son adversaire ou les enrôlera pour son propre bénéfice ? La Méthadone se diffuse de plus en plus largement et malgré les restrictions dont elle fait l'objet les programmes se multiplient portés par les associations partisans, certains hôpitaux et dans les centres de soins qui se convertissent progressivement. Parallèlement d'autres équipements viennent renforcer les dispositifs naissants comme les « stéribox », seringues et matériel de désinfection mis en petites boîtes, vendues en pharmacie et prônés par le ministère de la santé. Les réseaux se rencontrent, se connectent, s'équipent et se renforcent, augmentant ainsi progressivement la taille d'un collectif très hétérogène mais partageant globalement la même dimension morale de l'intervention<sup>119</sup>. Cette dimension se renforcera encore lors d'une « assemblée » qui sera organisée sous la forme d'une conférence de consensus présentant une évaluation positive des

---

drogues. La part la plus importante est consacrée aux conditions de délivrance et de sécurité très draconiennes. Elle reste dans l'esprit de beaucoup, en tous cas pour l'administration, une « exception » ne mettant pas en cause « l'éthique » du système de soin traditionnel. D'ailleurs ce sont les centres de soins spécialisés pour toxicomanes qui en héritent le monopole.

<sup>117</sup> Charpak Y., Barbot J., Nory F., « La prise en charge des toxicomanes par les médecins généralistes en 1992 », *ÉVAL*, février 1993. Cette étude commandée à l'origine par Bernard Kouchner estime à environ deux cents mille le nombre de toxicomanes suivis par les médecins généralistes.

<sup>118</sup> *Le Quotidien du médecin*, 20 octobre 1994. Malgré la prolifération des réseaux de médecins généralistes un consensus est encore loin de se dégager. L'association « Généralistes et toxicomanie », très influente dans le domaine, n'est pas favorable aux produits de substitution.

<sup>119</sup> Par exemple dans le domaine hospitalier, avec les réseaux « villes hôpital » c'est aussi la création des ECIMUD (Equipes de Coordination et d'Intervention auprès des Malades Usagers de Drogues). Ces pôles hospitaliers, représentés par des équipes mobiles et pluridisciplinaires, se déplacent à la demande des services hospitaliers (urgences, maternité...) pour prendre en charge les usagers de drogues et les orienter ensuite vers les différents services concernés.

traitements de substitution et de la politique naissante de « réduction des risques », un moment décisif pour la politique de « réduction des risques »<sup>120</sup>. Un mois après seulement la « réduction des risques » obtient encore un investissement supplémentaire et non négligeable de la part du médiateur politique.<sup>121</sup>

Au mois de mars 1994 le ministre de la santé s'apprête à créer un nouvel événement. A sa demande une commission publique présidée par le professeur Roger Henrion est chargée d'analyser le dispositif répressif, sanitaire et social de la loi de 1970. Elle rend son rapport au mois de février 1995. Outre l'extrême disparité de l'application de la loi et le très faible impact de l'injonction thérapeutique comme alternative à l'incarcération<sup>122</sup>, cette commission met en lumière d'autres constats plus préoccupants. Ainsi sont soulignés une précarisation importante et une aggravation brutale et considérable de l'état de santé des héroïnomanes. Dès lors les médecins doivent s'intéresser aux toxicomanes, les psychiatres à la médecine. On ne peut plus faire abstraction, selon ce rapport, de l'état physique des toxicomanes et ne s'intéresser qu'à l'aspect psychologique ou psychiatrique du problème. Enfin la politique basée sur l'éradication des drogues ne représente plus un « objectif réaliste » et doit ouvrir le débat sur d'autres politiques alternatives<sup>123</sup>. Fort de ces nouveaux arguments « experts » l'acteur « réduction des risques » renforce encore la solidité de ses boîtes qui deviennent de plus en plus difficiles à dissocier par le camp adverse. Les lignes de forces et les interactions des réseaux parcourant les collectifs se renforcent encore.

Dans la région parisienne les médecins généralistes mettent également à leur profit l'évolution du paysage de l'usage de drogues, suivis bientôt par d'autres professionnels de santé. Depuis des années ceux qui acceptent de recevoir les usagers de drogues et de prescrire le Temgésic® le font avec les moyens du bord, des approches différentes et toujours en décalage avec le problème réel et aux marges de la loi dans la mesure où ils ne sont pas censés « soigner » la dépendance à la drogue par le biais de ce traitement. Finalement trois réseaux de médecins

---

<sup>120</sup> *Intérêts et limites des traitements de substitution dans la prise en charge des toxicomanes*, conférence inter-universitaire, Châtenay-Malabry, les 23 et 24 juin 1994.

<sup>121</sup> Conférence de presse de Simone Veil du 21 juillet 1994. Elle présente dix mesures de « réduction des risques » dont le développement des trousseaux de prévention (stéribox), 25 programmes supplémentaires d'échange de seringues, 1647 places supplémentaire méthadone, 12 réseaux ville-hôpital toxicomanie supplémentaires.

<sup>122</sup> Ce n'est cependant pas le résultat de l'étude menée par Jean-Yves Trépos qui démontre que l'injonction thérapeutique divise par deux la récurrence par rapport aux classements sans suite. *Evaluation de l'injonction thérapeutique en Moselle*, ERASE, Metz, novembre 1998.

<sup>123</sup> Ministère des affaires sociales, *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, la documentation française, mars 1995.

regroupant plus de huit cent patients finiront par lancer un appel afin de demander un « cadre légal »<sup>124</sup>. Les événements évolueront ensuite assez rapidement et la question de la substitution en médecine de ville ne quittera presque plus le devant de la scène. Ainsi toutes les recherches outre atlantique en faveur de la buprénorphine (bien plus nombreuses) sont remises à l'ordre du jour pour présenter le traitement comme pertinent et sûr pour sa mise à disposition en médecine de ville, appuyées en cela par les réseaux de médecins généralistes qui se forment en Ile de France<sup>125</sup>. Enfin nul doute que l'argument économique, et certainement pas le moindre, n'est pas en reste. Pour rattraper le retard français s'agissant de la méthadone, on n'ose imaginer le nombre de places à ouvrir, voire le nombre de centres de soins et donc le coût qu'entraînerait une telle mesure pour l'Etat. Le ministère de la santé se rallie définitivement et tranche en autorisant la prescription de la buprénorphine haut dosage en médecine de ville par la circulaire du 31 mars 1995. L'autorisation de mise sur le marché sera obtenue en juillet 1995 par le laboratoire et le médicament sera disponible en pharmacie dès février 1996.

Pour beaucoup d'observateurs cette rapidité et ce soudain libéralisme sont pour le moins surprenants pour une politique ayant rejeté pendant plusieurs années les produits de substitution et d'une manière générale la « réduction des risques ». Ce pan de la négociation entre le laboratoire et l'administration de la santé reste encore aujourd'hui quelque peu obscur. D'autant plus que l'incertitude est grande s'agissant d'une opération de cette envergure. Toutes les études, essentiellement américaines, effectuées sur la buprénorphine l'ont toujours été sur de petites cohortes, dans des conditions très contrôlées et sur des durées limitées, rien de comparable à l'utilisation prévue. Mais dans cette controverse la molécule plaide pour elle-même. Contrairement à la méthadone les conditions de sécurité sont inscrites dans ses propres effets, nul besoin de script extérieur. La notion de plaisir est supprimée et surtout le produit ne peut provoquer d'overdoses en cas de consommation excessive. De plus ce traitement semble présenter les mêmes avantages thérapeutiques que la méthadone ce que tend à prouver certaines études américaines synthétisées par une certaine partie de la communauté médicale française qui s'en fait le porte-parole<sup>126</sup>. Toujours est-t-il qu'en seulement quelques mois la boîte « substitution » se ferme définitivement et notre Léviathan « réduction des risques » achève sa croissance en franchissant cette dernière étape.

---

<sup>124</sup> Appel lancé dans le journal Libération du 1<sup>er</sup> juillet 1994. A la fin de l'année ces mêmes réseaux avanceront le nombre de deux milles patients usagers de drogues suivis.

<sup>125</sup> Carpentier J., *La toxicomanie à l'héroïne en médecine de ville*, Paris, Ed. Marketing, 1994.

<sup>126</sup> Revue Prescrire., *Buprénorphine en traitement de substitution*, , n°160, mars 1996.



Les premières années ont été relativement difficiles pour la mobilisation des médecins généralistes au niveau national. D'une part ils ont été littéralement mis devant le fait accompli et n'ont pas été particulièrement concertés (pas plus que la plupart des autres protagonistes d'ailleurs) dans cette affaire. D'autre part l'idée même de prescrire un médicament (dont ils ne savaient pour ainsi dire rien) sur carnet à souche mais surtout à destination d'une « population » dont ils ignoraient pratiquement tout (et dont ils avaient peur pour certains) n'a pas été un facilitateur. Pour cette raison, entre autres, les pouvoirs publics décideront de supprimer le carnet à souche en 1999 pour le remplacer par des ordonnances « sécurisées » conférant ainsi à la buprénorphine le statut d'un médicament ordinaire<sup>127</sup>.

Mais dès sa mise sur le marché la buprénorphine haut dosage ne cessera de révéler les deux facettes de sa nature, traversées constamment par plusieurs réseaux révélant ainsi la dualité d'une molécule irréductible aux plans humains mais que l'on veut obstinément faire taire.

Ainsi lorsque la prescription devient plus souple et que les files actives augmentent chez les médecins, la buprénorphine échappe immanquablement au seul réseau des professionnels pour faire l'objet d'une utilisation souvent qualifiée de « sauvage ». Mais depuis sa mise sur le marché la buprénorphine fait régulièrement son apparition sur la place publique, et parce que quelques incidents sont relatés par les médias, s'engage une véritable campagne nationale contre le détournement du Subutex®, nouveau fléau national<sup>128</sup>. La même année les pouvoirs publics finiront par réagir en décidant de rendre les délivrances en pharmacie obligatoirement hebdomadaire sauf indication spécifique du médecin figurant sur l'ordonnance<sup>129</sup>. Les pouvoirs publics se retrouvent ainsi partagés entre la nécessité de maintenir cette politique de « réduction des risques » qui selon la majorité des observateurs fait ses preuves et la nécessité de gouverner ces drogues décidément ingouvernables<sup>130</sup>.

Ainsi les soubresauts et les agitations des professionnels et des politiques continuent de secouer le cadre dans lequel on tente d'enfermer cette molécule (à moins que ce ne soit le

---

<sup>127</sup> Décret du 31 mars 1999. En fait cette décision fait partie d'un panel de mesures du « plan de lutte contre la douleur » présentée en mars 1998 par le Secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale. Elle supprime le carnet à souche afin de faciliter la prescription des « antalgiques majeurs ». Ce décret prévoit donc la mise en place de nouvelles ordonnances dites « sécurisées ».

<sup>128</sup> Parmi les nombreux éclats nous citerons le très égal à lui-même France-Soir qui produit le 28 avril 1998 un article sur cinq colonnes : « Alerte au Subutex, médicament mortel » et qui sera en parti à l'origine de la lame de fond.

<sup>129</sup> Arrêté du 20 septembre 1999.

<sup>130</sup> Lalande A., « Des drogues ingouvernables », *Vacarmes*, n°36, juillet-août 2006, p. 12-20.

contraire). Au tout début de l'année 2006 une proposition de projet de loi est soutenue par la Délégation Interministérielle pour la Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie (MILDT) pour reclasser la buprénorphine haut dosage dans le tableau des stupéfiants. Ce projet ne sera finalement pas retenu par le ministre de la santé Xavier Bertrand qui en fera l'annonce officiellement lors de la conférence de l'IAS (International Aids Security) à Toronto qui s'est tenue du 13 au 18 août 2006. Le 4 février 2009 un groupe de parlementaire UMP dépose à l'Assemblée Nationale un rapport sur « La question des drogues » (non publié) dont la mesure phare est le reclassement de la Buprénorphine haut dosage comme stupéfiant. Une affaire à suivre.

## **DEUXIEME PARTIE**

### **LA « SUBSTITUTION »**

**Une invention qui n'existe pas.**

# CHAPITRE I.

## LA « VOIE MOYENNE » DE LA SUBSTITUTION.

Il y a un peu plus de dix ans se produisait une césure radicale et bruyante dans la politique de contrôle de l'usage des drogues, enchâssée dans la loi du 31 décembre 1970, avec la particularité qu'on lui connaît vis-à-vis des autres pays européens. La délivrance ordinaire en médecine de ville d'un produit censée remplacer l'héroïne et de longue durée d'action (jusqu'à vingt quatre heures) était massivement introduite pratiquement sans aucune contrainte sur le marché pharmaceutique français. Une véritable révolution pour certain, un virage à 180 degré pour beaucoup, en tous cas un bouleversement dont rien ne laissait transparaître la rapidité et le développement avec lesquels il s'est imposé. Avec la généralisation de la méthadone dans les centres de soins pour toxicomanes, son relais possible chez les médecins généralistes, et surtout la prescription de la buprénorphine haut dosage par les médecins généralistes en cabinet de ville, ce sont des milliers de personnes à qui on a dispensé ces produits en un peu plus de dix ans<sup>131</sup>.

Révolutionnaire, cette nouvelle politique de contrôle et de gestion de l'usage de drogues pouvait le sembler pour plusieurs raisons. La loi de 1970, alliance conflictuelle entre l'aspect purement répressif et « l'injonction thérapeutique » permettant de proposer une alternative thérapeutique à la sanction, allait progressivement donner naissance au « dispositif spécialisé » qui s'assemblait doucement en mettant en « boîtes noires » les éléments de sa propre architecture et devenir ce macro-acteur du « soin de la toxicomanie ». Que contiennent ces premières boîtes ? On peut considérer que deux des piliers principaux et opératoires de ce dispositif pouvaient globalement se réduire au « sevrage » et à la « parole », autrement dit l'interruption instantanée de toute drogue sous contrôle médical suivi d'un traitement dans le cadre d'une longue chaîne psychothérapeutique destinée à libérer et à traiter le problème

---

<sup>131</sup> Tendances., *Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004*, n° 37, juin 2004, OFDT. Selon les sources du dispositif SIAMOIS (dispositif de surveillance, mis en place par l'Institut de Veille Sanitaire, qui permet de suivre depuis 1995 l'évolution de l'accès aux traitements de substitution aux opiacés, méthadone et buprénorphine, et les ventes de seringues en pharmacie) et les estimations de l'Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie (OFDT) ce serait environ 85 000 patients qui ont bénéficié de la buprénorphine haut dosage et 16500 patients de la méthadone en 2003. Ces résultats sont des « estimations hautes ».

ayant engendré la dépendance. Mais ces piliers prennent sens dans un cadre de compréhension plus large jouant sur une dichotomie simple, une opposition entre dépendance et abstinence, cette dernière représentant à la fois le support et l'objectif à atteindre. En d'autres termes le « toxicomane » pour entreprendre sa cure doit être « abstinent », libéré de sa drogue, sinon il ne pourra faire le travail d'introspection qu'on lui demande. Ensuite il doit se questionner sur les raisons qui l'ont amené à devenir un « toxicomane ». Dans le même temps cette question posée par les professionnels connaît déjà sa réponse puisque la « toxicomanie » répond à une relation causale d'ordre « psychologique ». Ainsi « l'abstinence » représente bien ce support, cette évidence, à travers laquelle le « dispositif spécialisé » s'est constitué une « conscience » indéfectible à toute autre argumentation, et à laquelle les usagers doivent souscrire pour entreprendre leur thérapie. Ainsi « l'abstinence » semble bien représenter la boîte principale sur laquelle l'ensemble du dispositif repose. Sans elle rien n'est possible. Elle représente un a priori, pour travailler avec le toxicomane, le support de la thérapie et en même temps l'objectif ultime à atteindre, une vie sans drogues. Elle est le fil conducteur de cette idéologie, ce paradigme.

Les produits de « substitution » déferlent et viennent bouleverser complètement cette unique offre thérapeutique donnant ainsi aux usagers un choix supplémentaire dans la gestion de leur usage et précipitent les médecins généralistes dans un domaine qui n'était pas le leur, en tous cas pas officiellement, jusqu'alors. Mais ce faisant et dans le même mouvement ce sont évidemment les boîtes centrales (idéologiques et éthiques) du « dispositif spécialisé » qui sont attaquées par l'introduction d'une molécule chimique, symbole d'une nouvelle technique thérapeutique, chose qui était absolument impensable dans les cadres précédents. La question de la « dépendance » est ainsi extraite des cadres psychologiques qui lui donnaient sens et remet par voie de conséquence en question celle de « l'abstinence ». Les deux oppositions semblent se fissurer. Avec la « politique de réduction des risques » et l'introduction de la « substitution » comme fer de lance, la question du pourquoi semble avoir progressivement opéré un retrait pour laisser la place à celle du comment : comment garantir aux usagers de drogues les meilleures conditions possibles s'ils choisissent de continuer à consommer de la drogue ? Comment leur fournir l'aide nécessaire s'ils décident de faire d'autres choix ? Comment au final coopérer avec eux pour s'en faire des alliés au nom de la santé publique dans le respect des choix qu'ils auront opérés ? Le tout en accord avec l'expertise des usagers que l'on décide enfin de reconnaître, en tout cas théoriquement. Dans ce sens et avec l'avènement de ces politiques c'est bien, dans la remise en cause du couple dépendance-

abstinence, la création d'une troisième voie, une véritable « voie moyenne », susceptible de tous les investissements, idéologiques, politiques, sociaux, médicaux, polémiques, qui s'offre et semble se dessiner dans le respect de « l'inter-dépendance » des uns et des autres<sup>132</sup>. C'est en tous cas ce que l'on serait en droit de penser.

La « substitution » est donc née directement de ce réagencement et de cette convergence des pratiques dans ce qui allait progressivement devenir la « politique de réduction des risques », elle-même issue d'une préoccupation plus générale, tous horizons confondus, s'agissant de la santé publique avec la nécessité d'enrayer la propagation du SIDA parmi les usagers de drogues. Cependant et depuis l'autorisation, à partir de 1995, de la prescription des traitements de substitution en médecine de ville, une évolution notable semble avoir eu lieu, preuve encore une fois que la « rupture » avec les anciens cadres d'intervention ne s'est faite que partiellement. Héritière et revendiquée essentiellement dans les premiers temps par ses partisans comme faisant partie de l'arsenal de la « réduction des risques » destiné à lutter sur un plan sanitaire contre les dangers encourus par les usagers de drogues, un pur produit pour la « réduction des dommages », elle a semble-t-il, fait peu à peu l'objet d'un glissement progressif, rattrapée doucement par l'autre pôle d'attraction, le « soin de la toxicomanie » et « l'abstinence » dont les ramifications n'ont jamais disparu. Ce « compromis » entre ces deux pôles, cette ambiguïté de la « réduction des risques (et non des dommages), cette recherche d'équilibre se retrouvent, à notre avis dans la circulaire de 1995 et réaffirmés dans celle de 1996<sup>133</sup>. Conçue à l'origine comme le bras armé de la « réduction des risques » destinée à faire barrage au virus et pour que la dépendance aux opiacés n'entrave pas le soin, la « substitution » s'est progressivement transformée, par une autre de ses médiations, en faisant du « soin » (de la toxicomanie) son propre objet. Ainsi les deux circulaires précédentes préconisent comme objectif à la buprénorphine « une interruption de la consommation d'opiacés, notamment d'héroïne », « l'insertion dans un processus thérapeutique », une vie

---

<sup>132</sup> La notion de « voie moyenne » est également empruntée à la sociologie de l'acteur-réseau, sur laquelle je reviendrai largement dans le chapitre suivant. Elle présente un intérêt certain quelque soit le point de vue que l'on décide d'adopter, qu'il soit « macro » ou « micro », notions très relatives ici puisque le « macro » n'est que du « micro » empilé. Ainsi elle nous dégage de tous les blocs, toutes les oppositions stériles pour nous laisser entrevoir les intermédiaires, les processus, les réversibilités, les attachements portés par des négociations, des transactions et des traductions. Si les réseaux et les collectifs sont à l'image des hommes, des femmes et des objets qui les composent en tant qu'« actants » ils ne peuvent jamais se situer dans des extrêmes mêmes s'ils en gardent l'illusion. En portant la question sur le terrain des usagers de drogues la « réduction des risques » a entrouvert cette voie médiane et rendue le paysage un peu plus symétrique en déplaçant quelque peu la ligne de partage.

<sup>133</sup> Le dispositif technique qui encadre la méthadone et la buprénorphine haut dosage sera détaillé dans les pages qui suivent.

sans drogues, y compris à la buprénorphine, étant néanmoins présentée comme « l'objectif ultime ». Ainsi et malgré ce changement de « paradigme » la question de « l'abstinence » comme cadre de perception de la question est loin d'avoir disparu des préoccupations politiques. D'un premier abord et en apparence la diffusion de la buprénorphine en médecine générale pourrait laisser penser à un assouplissement sans aucune contrainte pour les usagers de drogues. En apparence seulement. Cette décision n'est probablement pas sans lien avec les propriétés particulières du produit. Si on a confié à des non spécialistes, dont on sait qu'ils n'ont pas toujours bonne presse en raison de l'autonomie laissée à leur exercice professionnel, la responsabilité de la prescription d'un produit puissant, remboursé par la sécurité sociale et de surcroît à des patients réputés fourbes et manipulateurs c'est bien parce qu'on a su y glisser la contrainte garantissant son innocuité et son acceptabilité sociale. On va chercher les usagers de drogue le plus loin possible mais pour mieux les tenir captifs ensuite. Les toxicomanes peuvent continuer à consommer de la drogue mais dans les limites imposées par cette dernière qui reste symboliquement amarrée à l'un des pôles, celui d'un projet motivé par une vie sans drogues, une vie bientôt sans produits de substitution, une vie abstinentes, résultat ultime du « soin ». Mais évidemment ce point de vue comporte de sérieux revers car la transformation du monde prévu par cet objet ne se passe pas vraiment selon les plans de ses concepteurs.

Sans nul doute, et partiellement pour cette raison et parce qu'il fallait se faire une raison, la « substitution » est actuellement reconnue par une grande partie des professionnels et des médecins généralistes comme présentant en elle-même certains attributs lui permettant de participer efficacement au « soin des toxicomanes », où en tout cas devant s'intégrer plus généralement dans une stratégie d'ensemble lorsqu'il est question de « toxicomanie ». Evidemment si un consensus semble s'être progressivement constitué autour de ce traitement comme devant participer au « soin » et/ou à la « réduction des risques », l'action de cette molécule qu'est la buprénorphine haut dosage reste dans une certaine mesure diversement interprétée et appréciée et ne va certainement pas de soi que ce soit pour les professionnels ou les usagers de drogues d'ailleurs. Certains y voient un « mécanisme de déconditionnement » dont le but à plus ou moins long terme est de parvenir à un abandon de toutes les pratiques à caractère « toxicomaniaques ». Ainsi agir sur la question de la « dépendance » permet de contraindre progressivement le « toxicomane » à abandonner toutes les habitudes prises antérieurement dans le milieu de la drogue. Il est question alors d'agir plus sur les comportements en supposant que la rupture du lien avec le produit entraînera avec elle la restauration de nouvelles habitudes plus proches de la norme. D'autres y voient un mécanisme

légèrement plus complexe et hybride. Dans ce cas les objectifs de « soin » sont indissociables des objectifs liés à la « réduction des risques ». Ainsi l'action du traitement n'est pas strictement lié à la question de la « dépendance » mais est censé opérer une substitution beaucoup plus large et homogène que nous verrons.

Ce faisant il est généralement attendu une relation causale quels que soient les cas de figure. Délivrer la buprénorphine à un patient signifie dans un premier temps remplacer la drogue et tout le contingent des pratiques et des « risques » qui l'accompagnent dans le but de changer, au bout du compte, les comportements afin de les ramener progressivement à une norme acceptable dont l'instrument principal serait essentiellement le corps médical. Sous cet angle il n'est pas complètement déplacé d'envisager les traitements de substitution comme cette forme de « bio-politique » jadis suggérée par Michel Foucault. Alors la place que prendrait dans cette configuration un usager de drogues ne serait finalement pas différente que celle d'un diabétique. Le produit délivré dispense une régulation chimique et des contraintes d'ordre comportemental. Et si, après tout, certains patients arrivent à se débarrasser de ce traitement par sevrage dégressif et à devenir « abstinentes », c'est une plus-value.

Ainsi et malgré les présupposés et les idéaux de la « réduction des risques » nous serions encore sensiblement loin du compte. Mais cette hybridation entre deux visions du monde n'est pas surprenante pour nous maintenant. Le problème réside essentiellement dans la difficulté à suggérer une recomposition dégagée des antagonismes traditionnels en maintenant de surcroît des tensions conflictuelles entre ces deux perceptions. Ainsi le « soin de la toxicomanie » n'a pas laissé la place à la « réduction des dommages » mais à la « réduction des risques », nouvelle entité dont nous avons déjà vu les tensions et les contradictions qui la traversent d'un point de vue professionnel. Ainsi nous ne serions pas vraiment réalistes si nous supposions que la question du « soin de la toxicomanie » traditionnelle a complètement disparu pour ouvrir sur totalement autre chose. Nous dirons plutôt qu'elle s'est déplacée et légèrement recomposée par la formulation d'une nouvelle offre officiellement dénommée « stratégie thérapeutique globale de longue durée »<sup>134</sup> ouvrant la voie à un nouveau domaine d'intervention flottant, imprécis, aux contours pour le moins toujours en déplacement. Ainsi ce nouvel assemblage qui se développe est loin d'offrir des frontières vraiment claires. Il est

---

<sup>134</sup> Mentionné dans les circulaires citées. Cette expression a été à n'en pas douter empruntée en amont aux précurseurs de la « réduction des risques » qui souhaitait se démarquer du « soin spécialisé » et reprise en aval comme un repère du nouveau discours professionnel. Une « boîte noire » est née.



certes animé dans ses fondements politiques par une préoccupation générale indiscutable de santé publique mais il est progressivement transformé ensuite par les intervenants anciens et nouveaux pour composer progressivement ce nouveau collectif et cette nouvelle modalité d'intervention aux contours pour le moins imparfaitement dessinés.

Mais nous le savons maintenant cette nouvelle catégorie qu'est la « substitution » et l'offre de soin qui lui est consacré ne sont que des notions jouant comme un ciment dans la stabilisation d'un nouveau collectif. Mais ce collectif est découpé par des dispositifs et des objets qui lui donnent une réalité et c'est cette dernière qui nous intéresse ici. Donc c'est ce niveau intermédiaire qu'il nous faut considérer ici qui seul pourra nous donner accès aux différents investissements opérés par les individus et le rôle essentiel assuré par la molécule. Au bout du compte elle revendique également sa part dans ce nouvel agencement qui se profile malgré notre insistance à la faire taire.

Les usagers de drogues sont les premiers en prise avec ce nouvel actant mais contrairement aux professionnels ils entretiennent avec lui d'autres relations beaucoup plus intimes et privilégiées. D'un côté la molécule est bâillonnée par les prescripteurs, conçue comme un simple intermédiaire destiné à remplir une mission simple et programmée à l'avance dans une combinaison de scripts intérieurs et extérieurs à la molécule censés donner le cadre et les garanties d'une telle opération. On délègue ainsi à la pharmacologie et à la médecine, par la mise à disposition d'opiacés légaux, le soin de maintenir les usagers de drogues dans une forme socialement acceptable de leur dépendance et on renvoie dos à dos la mauvaise nature du psychotrope, sa nature de drogue avec la mauvaise nature du toxicomane. Le détournement du produit relève d'un autre aspect qui n'est pas du domaine thérapeutique. De l'autre côté, chez les usagers de drogues, c'est toutes les médiations possibles offertes par l'objet qui seront exploitées. Son usage est ainsi intériorisé dans toutes les gammes possibles dont le spectre dépasse largement celui des professionnels mais introduit de fait des *parties aveugles* que les uns cachent ou tentent de minimiser et que les autres ne peuvent comprendre ou même voir pour ce qu'elles sont puisque les traduisant systématiquement à partir de leurs propres longueurs d'ondes.

En restreignant la cible à seulement deux cercles, celui d'une gestion mécanique de la dépendance garantie par le médecin et celui d'un hypothétique sevrage, les politiques et les professionnels oublient très vite que la « voie moyenne » ouverte par la « réduction des

risque » suppose une autre reconfiguration des relations avec les usagers de drogues et leurs équipements en matière de consommation. Si nous décidons de déplacer la ligne de partage en leur fournissant un équipement supplémentaire destiné à une action commune on peut difficilement exiger en contrepartie le respect strict des exigences du concepteur et ignorer les adaptations, les déplacements, les extensions et les détournements des utilisateurs<sup>135</sup>. En d'autres termes comment aborder par exemple la question de l'usage des drogues sans le plaisir qu'elle procure ? Comment leur demander un sevrage alors que ce produit s'avère beaucoup plus complexe et exigeant que l'héroïne, « une maîtresse beaucoup moins docile » me confiait un usager à l'issue de sa deuxième tentative de sevrage ratée. Alors les usagers s'adaptent, déplacent, détournent et réécrivent continuellement les scripts dont ils pensent qu'ils ne fonctionnent pas ou mal, ils rajoutent des lignes de programmes, les testent, les subissent, évaluent les effets. Mais ce n'est pas une relation de l'homme à l'objet, une relation instrumentale basée sur la maîtrise car au fond ils admettent volontiers qu'elle est toujours relative. La buprénorphine est tour à tour un allié, un complice, un adversaire qu'ils transforment, qui les transforme. Ils l'associent avec d'autres produits, s'en éloignent quelques temps pour souffler quitte à reprendre de l'héroïne, elle est un médiateur donc relativement imprévisible et les négociations s'effectuent pas à pas, avec les « moyens du bord » mais toujours avec la ferme intention, pour la plupart de restreindre le spectre lumineux.

A ce stade nous pouvons retenir quelques enseignements pour la suite de cette réflexion.

La « réduction des risques » et la « substitution » ont certes grandement délogé l'usage de drogues des cadres restreints dans lesquels il étouffait. On le sait, à partir d'une définition arbitraire de cet usage enfermé dans la boîte originelle, d'autres se sont empilées créant un « dispositif spécialisé », aplatissant cet usage jusqu'à le faire disparaître derrière la ligne de partage irréductible symbolisée par les deux pôles dépendance-abstinence sauf à quelques zones frontières jalousement gardées par les experts qui acceptaient les transfuges sous certaines conditions<sup>136</sup>. La « réduction des risques », en déplaçant cette ligne de partage, a

---

<sup>135</sup> Akrich, M, *op.cit*, 1998.

<sup>136</sup> On pourra me dire que ce sont toutes les lignes de partage délimitant ce qu'il convient de ce qu'il ne convient pas de faire, de dire, d'être ou de penser. Pour passer le poste de douane il faut des papiers en règle. Pour entrer dans le « dispositif spécialisé », comme pour tout usager susceptible d'entrer dans tout dispositif, les « toxicomanes » devaient montrer « patte blanche ». Ce processus a aussi été mis en « boîte » pour être ensuite traduit par « la demande du toxicomane ». Ce dernier ne peut aspirer à entrer dans le dispositif que s'il réussit préalablement à passer certaines épreuves dont la réussite sera laissée à l'appréciation des représentants du

permis la création d'une « zone franche », une zone de libre circulation qui a l'avantage d'éliminer la plupart des épreuves précédentes et donc de multiplier les interactions avec les usagers de drogues mais sous certaines conditions. Mais ceci ne règle pas tout.

Comme dans toutes « zones franches » la libre circulation et les avantages offerts sont néanmoins assortis d'un certain nombre de contraintes. En tant que « toxicomanes » vous devez renoncer à l'usage de drogues par la substitution d'un produit de remplacement qui n'en reproduit pas complètement tous les effets parce qu'il garantit uniquement une gestion physique de la dépendance. De là se forme le premier et le plus énorme des malentendus entre la gestion de la dépendance et la gestion de l'usage. N'avoir d'autres choix que la dépendance ou l'abstinence fait obligatoirement intervenir des relations causales, des blocs, des extrêmes, des idéologies, des choix qui ne peuvent s'opérer que dans l'abandon, la rupture alors que l'usage est une fin en soi et ne concerne que la personne qui en use. Elle entretient sa propre médiation avec l'objet qu'elle utilise, en grave ses propres scripts comme ce dernier grave sur elle les siens. Il en va ainsi de la drogue, l'alcool, la cigarette, les jeux vidéo, le sexe ou le travail. Les seules lignes de partage sont généralement déterminées par des conventions d'usages et des lois. L'histoire des drogues et des psychotropes est parlante sur le sujet parce qu'elle cristallise en elle toute la dualité, l'ambivalence de ces produits, tour à tour médicaments ou drogues, tour à tour salvateurs ou mortifères en fonction du pouvoir que l'on place en elle qui nous donne le pouvoir de parler en leur nom<sup>137</sup>.

D'un côté nous avons un dispositif qui contraint à une gestion de la « dépendance » et d'un autre des usagers qui voudraient bien discuter une gestion de l'usage mais qui ne sont pas toujours entendus. Au pire ils digéreront sans états d'âme la buprénorphine comme un produit supplémentaire de leurs usages en la détournant, la revendant, en la manipulant à leur gré. Au mieux, et c'est ce plan qui nous intéresse, ils développeront des stratégies et des tactiques pour cacher la pleine palette des usages thérapeutiques qu'ils en font en restant connecté au dispositif et aux médecins. Cette connexion et les différentes configurations et évolutions

---

dispositif et à partir de critères qui leurs sont propres. Plus tard les « toxicomanes » ont appris à falsifier les papiers, autrement dit à donner aux experts exactement ce que l'on attendait d'eux. Comme ces derniers, ils ont appris à leurs contacts à se constituer un équipement rhétorique, bien souvent calqué sur celui des professionnels, dont le modèle de « proto-professionnalisation » pourrait fixer certains traits. Nous y reviendrons dans le chapitre suivant.

<sup>137</sup> Pignarre P., « Qu'est ce qu'un psychotrope ? Psychothérapeutes et prescripteurs face aux mystères de la dépression », *Ethnopsy*, n°2, mars 2001, p. 241-293.

auxquelles elle peut prétendre ont déjà été suggérées en termes de « cristallisation », notion sur laquelle nous reviendrons encore beaucoup et plus finement.

Mais l'usage dans notre propre jargon doit être clarifié. Ce n'est pas un humain qui use d'un objet, ce dernier étant consommé par l'usage dont il est l'objet. L'humain use de son objet autant que ce dernier use l'humain qui en use. C'est une autre définition de la « voie moyenne », une autre façon de voir la médiation proposée par l'objet tour à tour consommé, tour à tour consommateur comme il en va de l'humain. Personne ne détient la pleine maîtrise de l'action sauf à la garder au chaud dans ses propres illusions, tout le monde est dans l'obligation continue de négocier cette maîtrise que ce soit avec des humains ou les objets évoluant dans son environnement. Il en sera largement question dans la troisième partie. C'est un peu l'histoire de la création de la « réduction des risques », nouveau collectif censé ouvrir une autre voie de négociation entre les différents acteurs qui le peuplent.

D'un premier abord peut-être complexe à concevoir, cette interaction destinée à qualifier l'usage nous est apparue la plus pertinente pour décrire les relations existantes entre les patients et la buprénorphine. Elle est certes consommée, elle est certes maîtrisée mais en retour c'est bien son consommateur qui est d'une certaine façon maîtrisé et consommé. Les usagers de drogues traduisent continuellement dans leurs propos ce que nous qualifions généralement « d'ambivalence », de « contradiction » mais qui en fait ne sont que d'éternelles négociations entre l'humain et son objet sur la façon d'être utilisé. Par un simple effort de transposition chacun pourra se reconnaître dans la relation qu'il entretient avec les entités qui peuplent son monde.

Au bout du compte chaque usager parviendra à stabiliser cet usage en fonction de contingences qui lui sont propres. Chaque usager parviendra à stabiliser sa « cristallisation » au dispositif et la fera évoluer ensuite. Mais cette stabilisation revêt également une dimension relative. Certains parviendront à être compliants, à éliminer la notion de plaisir spécifique à cet usage, d'autres à l'autre bout continueront à déformer et à utiliser le produit afin de s'en servir comme un élément supplémentaire à leur usage singulier. Entre les deux toute une palette, entre les deux des mouvements, des allers et des retours, des progressions et des régressions, des compliances et des injections. Bref toute cette gamme, tout ce spectre des usages et son interaction avec le dispositif, toute l'expression de cette « voie moyenne » encore déséquilibrée et conflictuelle parce qu'investie de manière différente de part et d'autre.

## **CHAPITRE II**

### **LE DISPOSITIF TECHNIQUE.**

#### **I. LES ORIENTATIONS REGLEMENTAIRES.**

L'une des références en la matière reste principalement la circulaire du 31 mars 1995 relative à la mise sur le marché et aux conditions de prescription de la méthadone et de la buprénorphine haut dosage<sup>138</sup>. Cette circulaire est importante dans la mesure où elle stabilise et légitime définitivement (mais provisoirement) l'aboutissement d'un édifice qui aura mis quelques années à se construire. Nous savons que son contenu n'a pas qu'une valeur légale et réglementaire mais qu'il consolide les repères préalablement proposés le collectif de la « réduction des risques » et donc une transformation et un nouvel investissement de l'action destinée à la prise en charge des usagers de drogues. Il sert ensuite à propager les nouveaux cadres de compréhension de cette nouvelle action aux intervenants futurs, qu'ils soient anciens ou nouveaux, cadres qui vont se construire progressivement comme des « boîtes noires ». C'est pour cette raison que cette circulaire, en tant que telle, mérite que nous nous arrêtions un instant sur quelques uns de ses points pour les commenter si besoin.

##### **1. Les cadres d'utilisation.**

###### *a. Les principes généraux.*

Les « principes généraux » assignés à la méthadone et à la buprénorphine dans le cadre de cette circulaire diffèrent peu à la première lecture. Précisons.

Il est attendu de la méthadone :

---

<sup>138</sup> Circulaire DGS/SP3/95 N°29 du 31 mars 1995 « relative au traitement des pharmaco-dépendances aux opiacés avec mise en place de comités de suivi départementaux et formation des professionnels ».

- Une insertion dans un processus thérapeutique et faciliter le suivi médical d'éventuelles pathologies associées à la toxicomanie d'ordre psychiatrique et/ou somatique.
- Une stabilisation de la consommation de drogues issues du marché illicite (notamment d'héroïne) et de favoriser ainsi un moindre recours à la voie injectable, source de transmission virale et infectieuse.
- Une insertion sociale.

S'agissant de la buprénorphine haut dosage le premier et le troisième point sont identiques. Le second quand à lui diffère sensiblement en mentionnant :

- Une interruption de la consommation d'opiacés et notamment l'héroïne.

Cependant et en y regardant de plus près il peut paraître surprenant, en lisant cette circulaire, d'attendre une simple stabilisation de la consommation de drogues d'un produit très cadré et contrôlé et une interruption d'un produit qui l'est peu.

#### *b. La prescription*

La méthadone doit obligatoirement faire l'objet d'une prescription par un médecin officiant dans un centre de soins spécialisé pour toxicomanes. En plus du traitement il est attendu du centre de soins la proposition d'une « prise en charge diversifiée avec un suivi sur le plan médical, social et psychologique ainsi qu'un accompagnement éducatif ».

S'agissant de la buprénorphine haut dosage tout médecin généraliste pourra la prescrire en cabinet de ville s'il le juge nécessaire « suite à un examen médical » et « dans le cadre d'une stratégie globale de prise en charge du patient pharmaco-dépendant aux opiacés.

L'ordonnance est obligatoirement établie sur bon du carnet à souche<sup>139</sup> et pour une durée qui ne peut excéder au maximum 28 jours. Cependant il est fortement recommandé aux médecins d'opérer des prescriptions sur des temps plus courts pour éviter les « risques d'utilisation détournée par voie intraveineuse ».

---

<sup>139</sup> Arrêté du 10 septembre 1992.

Enfin il est également recommandé aux médecins une « pratique en réseaux » avec les centres de soins spécialisés, les pharmaciens et les centres hospitaliers. Ces pratiques en réseaux sont officiellement prévues dans le cadre des « réseaux ville-hôpital » s'agissant ici de la prise en charge des usagers de drogues<sup>140</sup>. Ces pratiques ont entre autres pour but d'articuler la prise en charge médicale avec un suivi « psycho-social ».

*c. Les indications.*

Les deux traitements sont indiqués dans le cadre d'une « dépendance majeure et avérée » aux produits opiacés. Cependant la prescription de la méthadone précise néanmoins que le patient accepte préalablement « les contraintes de la prise en charge », en l'occurrence des venues très régulières au centre de soins et l'obligation d'analyses urinaires.

*d. La posologie.*

Pour la méthadone la seule indication concerne la recommandation de ne pas prescrire une dose quotidienne supérieure à 100 milligrammes.

Pour la buprénorphine il est conseillé des doses allant de 4 à 8 milligrammes par jour en fonction de chaque patient.

*e. La délivrance.*

La délivrance de la méthadone s'effectue obligatoirement dans un centre de soins. Les conditions et le contrôle de cette délivrance sont précisés dans le cadre la circulaire du 11 janvier 1995 et restent les mêmes<sup>141</sup>.

Pour la buprénorphine la circulaire recommande fortement d'adjoindre à la prescription un pharmacien unique auprès duquel le produit pourra être délivré et qui sera inscrit sur le carnet à souche. Le médecin pourra également déléguer au pharmacien les conditions de délivrance et le rythme des prises. Cette délégation pour beaucoup de pharmaciens revenait à une

---

<sup>140</sup> Circulaire n°15 du 7 mars 1994 « relative au développement des réseaux ville/hôpital ».

<sup>141</sup> La prescription de la méthadone s'effectue en centre de soins et son « initialisation » doit faire l'objet d'un protocole précis.

véritable prise en charge des toxicomanes<sup>142</sup>. C'est seulement lorsque le patient est « stabilisé » que les conditions initiales de délivrance pourront être assouplies, autrement dit une gestion personnelle du traitement pouvant aller jusqu'à 28 jours et plus d'identification obligatoire du pharmacien.

*f. Détention, contrôles et durée de traitement en centre.*

Ces points concernent uniquement la méthadone. La prescription initiale se fait en centre de soins et en temps réel par ajustement successifs, en collaboration avec le patient, jusqu'à la dose où ce dernier estime qu'il est stabilisé<sup>143</sup>. Ce processus est généralement contrôlé par le médecin prescripteur<sup>144</sup>.

**2. Les moyens de suivi de la politique de substitution : la mise en place de comités départementaux.**

Cette partie concerne essentiellement la buprénorphine haut dosage. Il s'agit de mettre en place un comité de suivi départemental afin de coordonner les médecins et les pharmaciens avec les autres partenaires potentiels. Ce comité est placé sous l'autorité du médecin inspecteur de santé publique.

*a. Les missions.*

Ce comité a en principe 3 missions que nous allons restituer intégralement.

---

<sup>142</sup> Lors de la première consultation le médecin et son patient se mettent d'accord sur le principe qu'une pharmacie délivrera exclusivement le traitement. Ensuite le pharmacien se voit déléguer par le médecin la gestion du traitement. Outre le rythme auquel le patient doit retirer son médicament il s'agit également de voir les conditions de délivrance. Au départ beaucoup de médecins souhaitaient une délivrance quotidienne à prendre sur place en pharmacie et contrôlée par le pharmacien. Autrement dit le patient prend son traitement devant le pharmacien et on attend environ dix minutes le temps que le comprimé fonde complètement sous la langue. Mais ce système n'a jamais fonctionné, les pharmaciens n'en voulaient pas, trop lourd et surtout pas très productif, pas plus que les patients d'ailleurs.

<sup>143</sup> Les grandes lignes de cette détention en centre sont détaillées dans la circulaire n°4 du 11 janvier 1995 mentionnée avant.

<sup>144</sup> Ce processus peut se dérouler sur une journée quelques fois plus. Le patient ingère une première dose minimale et on attend. Si des signes de manque se manifestent une seconde dose lui est administrée et ainsi de suite jusqu'à disparition des signes de manque. En règle générale le médecin initie la prescription et laisse l'équipe du centre procéder à la « stabilisation » du patient, autrement la dose à laquelle la prescription finale devra se faire dorénavant.



- Il contribue à l'organisation de la prescription et de la délivrance de ces médicaments de substitution notamment par la mise en place de réseaux entre centres de soins spécialisés, médecins et pharmaciens.
- Il conseille les professionnels de santé. Les médecins et les pharmaciens, qui rencontreraient des difficultés dans la conduite et la dispensation de ces traitements pourront demander l'assistance de ce comité départemental en s'adressant à son président, le médecin inspecteur départemental de santé publique. A l'inverse, le comité de suivi pourra solliciter, en cas de difficultés ou pour son information, l'audition de professionnels impliqués dans cette prise en charge.
- Il veille à la bonne utilisation des nouveaux médicaments de substitution et éclaire les autorités sanitaires en ce qui concerne la gestion de la période transitoire.

Il est également mentionné dans le cadre de cette circulaire que le comité de suivi sera tenu de faire un rapport sur l'utilisation de la buprénorphine et de la méthadone 3 mois après la mise sur le marché des deux traitements. Ce rapport devait en outre faire une analyse sur le fonctionnement en réseau des professionnels concernés et une évaluation de l'évolution du traitement s'agissant des usagers accueillis quel que soit par ailleurs le traitement.<sup>145</sup>

*b. Composition et fonctionnement des comités de suivi.*

Il est composé :

- Du médecin inspecteur départemental de la santé publique, président du comité.
- Du pharmacien inspecteur régional ou son représentant.
- D'un représentant du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins.
- D'un représentant du Conseil Régional de l'Ordre des pharmaciens.
- D'un représentant des médecins de ville prescripteurs de médicaments de substitution.
- D'un représentant des pharmaciens dispensateurs de médicaments de substitution.

---

<sup>145</sup> Cependant un tel rapport n'a jamais été publié. Il faudra attendre l'année 1996 pour qu'une première évaluation puisse commencer. Le 16 septembre 1996 la Direction Générale de la Santé (DGS) et le laboratoire Schering-Plough (qui commercialise la buprénorphine haut dosage sous le nom de Subutex®) s'adressent à l'INSERM pour mettre en place une telle évaluation. Ce travail a fait l'objet d'une analyse quantitative globale publiée sur le site du ministère de la santé en juin 1998.

- D'un représentant des centres de soins spécialisés pour toxicomanes.
- D'un praticien conseil de l'échelon local du service médical des caisses primaires d'assurance maladie.
- D'un médecin exerçant dans un service d'urgence hospitalière.
- D'un médecin psychiatre exerçant en milieu pénitentiaire<sup>146</sup>.

### **3. Les instruments de formation et de sensibilisation.**

La dernière annexe de cette circulaire spécifie le cadre d'une formation susceptible d'être dispensée aux professionnels devant prescrire la buprénorphine et la méthadone. Des crédits supplémentaires, attribués par le ministère, sont prévus régionalement pour la mise en place de telles formations.

Comme nous pouvons le déduire de ces textes les attentes des politiques publiques sanitaires s'agissant de l'usage des drogues étaient encore passablement floues lors de la mise en place de cette circulaire. Ce que nous voulons dire c'est que cette circulaire, comme sa suivante d'ailleurs<sup>147</sup>, tracent plus des principes, des objectifs, des orientations générales (qui sont sous certains aspects autant de « boîtes noires ») destinés à construire dans l'urgence une nouvelle politique alternative à l'ancien dispositif qui ne semble pas taillé pour faire face à cette urgence. Cette nouvelle orientation est particulièrement violente pour les professionnels et se concrétise pratiquement du jour au lendemain en suggérant un nouveau cadre d'intervention pour les usagers de drogues allant globalement de « l'insertion dans un projet thérapeutique » à une « stabilisation » ou une « interruption de la consommation de drogues » avec au bout du compte le débouché sur une « insertion sociale ».

On peut imaginer que ces mots, ces expressions, couchés sur le papier de manière instrumentale, prédéterminent néanmoins et à priori un scénario auquel les prochains

---

<sup>146</sup> A ma connaissance et malgré mes nombreuses recherches un tel comité ne s'est jamais réuni intégralement (en tous cas au 31 décembre 2008) et n'a produit aucun rapport ni aucune évaluation publiés. La plupart des participants potentiels interrogés susceptibles de siéger à ce comité, au pire ne savent pas exactement de quoi il s'agit, et au mieux, tout en manifestant leur intérêt pour la question, soulignent l'impossibilité de faire fonctionner une telle « usine à gaz » (propos de l'un d'entre eux). En outre la « Commission consultative des traitements de substitution » créée dans le cadre de la loi du 31 mars 1995 (et dont le règlement intérieur figure en annexe) a été dissoute par décret en 2006.

<sup>147</sup> Circulaire du 3 avril 1996. Elle trace globalement des orientations relatives au domaine de la prise en charge des toxicomanes tout en réaffirmant les cadres d'utilisation de la méthadone et de la buprénorphine. (A noter que cette nouvelle circulaire n'évoque plus la buprénorphine haut dosage, comme la précédente, mais le Subutex®).

intervenants de tous bords devront souscrire avec plus ou moins de difficultés selon leurs trajectoires professionnelles respectives. Cependant ces mots ne sont pas dénués de sens et n'ont pas en définitive qu'une valeur instrumentale au bout du compte. Ils ont certainement une signification, une valeur, qui ne peuvent se résumer à une fonction purement rhétorique ou démagogique, parce qu'ils participent certainement à la base à stabiliser ce nouvel édifice qui construit ensuite progressivement cette nouvelle intervention en direction des usagers de drogues placée dans la perspective des traitements de substitution.

## **II. LES PRODUITS DE SUBSTITUTION.**

### **1. La méthadone.**

La méthadone, dont le nom exact est chlorhydrate de méthadone, se présente comme un sirop en petite bouteille. Il est disponible en conditionnements dosés à 5, 10, 20, 40 et 60 mg. La méthadone est un opioïde analgésique synthétisé en 1937 en Allemagne. Elle a été introduite la première fois massivement aux Etats-Unis dans les années 1960 notamment pour faire face à des cas graves de dépendance à l'héroïne de soldats revenus du Vietnam mais dans des posologies relativement faibles s'étalant principalement entre 20 et 30 mg. Elle reproduit en partie les effets agonistes de la morphine, en agissant sur les récepteurs opioïdes avec une durée de vie allant de 24 à 36 heures tout en éliminant l'appétence aux produits opiacés. Ses principales propriétés peuvent être résumées comme suit :

a. Une dose adéquate est généralement suffisante pour empêcher l'apparition d'un syndrome de manque. Cette adéquation, particulière à chaque individu, est recherchée in situ lors de la détention en centre. De plus la méthadone bloque l'effet de l'héroïne qui peut être consommée pendant le traitement.

b. Lorsque le produit est consommé régulièrement et respecte la « dose de confort »<sup>148</sup> il ne produit pas d'effet euphorisant et n'entraîne pas de modifications particulières au niveau de la conscience.

---

<sup>148</sup> Ce terme était très utilisé par l'équipe d'infirmiers et les médecins dans le centre de soins où j'ai effectué mes observations. Il symbolisait d'une certaine manière cet état particulier recherché par tâtonnement et basé sur

c. La méthadone est en principe dépourvue de phénomène de tolérance susceptible d'entraîner une augmentation des posologies au cours d'un traitement durable.

d. Elle entraîne cependant une dépendance de même type et aussi importante que celle des autres opiacés.

Mais ce produit, contrairement à l'héroïne dans la très grande majorité des cas, provoque généralement des effets secondaires assez divers. Physiquement il peut générer des sueurs excessives, des insomnies, des risques de constipation, des vomissements, diminution de l'appétence sexuelle. Sous d'autres aspects il peut produire, dans des cas assez nombreux, une apathie et une inhibition des émotions<sup>149</sup>.

Après la circulaire du 31 mars 1995 et autorisant sa mise sur le marché, une autre circulaire viendra sensiblement adoucir les conditions de prescription et de suivi de la méthadone<sup>150</sup>. Deux points importants sont introduits. D'une part la circulaire détermine les conditions dans lesquelles l'initialisation d'un traitement par la méthadone pourra dorénavant être prescrit par les médecins exerçant dans un établissement de santé. Cette initiative était jusqu'à présent réservée aux centres de soins pour toxicomanes. Selon cette circulaire cette modification a pour objectif de rendre la méthadone plus accessible aux usagers de drogues ne fréquentant pas les centres de soins spécialisés et de répondre ainsi au besoin du plus grand nombre de patients. Il s'agit de trouver les usagers dans la mesure où une consultation ou un séjour dans un établissement hospitalier peut représenter une opportunité pour démarrer un traitement de substitution. D'autre part la méthadone sort définitivement du giron des centres de soins et c'est probablement une petite révolution. Il est en effet prévu que des relais puissent s'opérer entre les centres de soins et la médecine de ville. En effet le médecin du centre peut déterminer, en concertation avec l'équipe de soins, l'opportunité de l'orientation du patient vers un médecin de ville pour la poursuite du traitement. Ce dernier est choisi en accord avec le patient. Cette possibilité de l'évolution de la prise en charge du traitement fait partie du contrat passé avec l'utilisateur dès la prescription initiale.

---

l'expérience et les perceptions du patient. Ce dernier ne devait plus ressentir de « manque » à partir de sa propre interprétation des symptômes que l'équipe réinterprétait ensuite.

<sup>149</sup> Les références cliniques sont relativement nombreuses mais on peut consulter, pour une synthèse intéressante, l'article intitulé « la Méthadone » par Didier TOUZEAU et Jacques BOUCHEZ et publié sur le site toxibase.org en juin 1999.

<sup>150</sup> Circulaire DGS n° 2002/57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés.

## 2. La buprénorphine haut dosage.

Découverte au tout début des années soixante-dix la buprénorphine est une molécule de synthèse dérivée de la thébaïne, un des alcaloïdes de l'opium. Les premières recherches cliniques consacrées à ce produit comme alternative à la méthadone ont eu lieu aux Etats-Unis à la fin des années soixante dix. Les premières expérimentations montrent, selon les chercheurs<sup>151</sup>, des résultats relativement encourageants. D'une part elle semble présenter de réels bénéfices thérapeutiques comme substitutif à l'héroïne en agissant efficacement sur la dépendance aux opiacés. D'autre part son avantage par rapport à la méthadone, parce qu'elle développe une action antagoniste, est d'installer une limite au-delà de laquelle le produit ne pourra plus faire d'effets. Cela rend les risques d'overdose impossibles dans la mesure où le produit ne parvient pas à saturer tous les récepteurs neuronaux disponibles à l'instar de l'héroïne ou de la méthadone pour qui l'éventualité est toujours présente en cas de surconsommation.

D'autres recherches cliniques viendront encore renforcer dans leurs conclusions les résultats surprenant de cette molécule. Mais les études suivantes, dont la dernière menée à l'Université d'Harvard en 1982, précisaient néanmoins que l'objectivité clinique dont faisaient preuve ses recherches sur l'action de la buprénorphine ne devaient pas être comprise comme le moyen d'éradiquer la toxicomanie. En cela elles admettent la complexité de l'usage de drogues comme ayant des déterminants multiples et ne pouvant se résoudre simplement par la substitution de l'héroïne. Cependant et malgré ces résultats encourageants le produit ne recevra pas l'autorisation de sa mise sur le marché par l'administration américaine.

La particularité de la buprénorphine est d'être un agoniste/antagoniste morphinique, autrement dit ayant la capacité de se fixer et de stimuler certains récepteurs neuronaux particuliers en délivrant des effets antalgiques de longue durée d'action permettant une prise unique toutes les vingt quatre heures. Elle supprime donc le manque et dans une certaine mesure l'appétence en éliminant, par ses effets agonistes, une certaine envie de drogues. Mais elle présente également des effets antagonistes (par blocage compétitif de certains récepteurs). En pratique, si l'individu vient à consommer de l'héroïne après avoir pris son traitement, l'absorption de cette dernière ne lui fera en principe aucun effet. Mais des consommations

---

<sup>151</sup> Jasinski *et al.*, « Human pharmacology and abuse potential of the analgesic buprénorphine », *Archives of General Psychiatry* 35, 1978, p. 501-516.

inverses ne produiront pas le même résultat. Une consommation de buprénorphine suivant de près une prise d'héroïne (ou un autre opiacé) risquera de provoquer des effets de manque jusqu'à déclencher quelques fois des problèmes respiratoires<sup>152</sup>. Nous l'avons déjà mentionné, contrairement à la méthadone la buprénorphine semble posséder en elle-même ses propres contraintes incorporées dans le produit lui-même. Elle supprime le plaisir, ne s'injecte pas à cause des excipients qu'elle renferme, rend l'intoxication impossible et ne se marie pas avec les autres opiacés. Ce caractère mixte agoniste/antagoniste qui semble primordial rend la perception que nous pouvons nous faire de ce produit comme beaucoup moins dangereux que la méthadone. Seulement comme nous le verrons, ceci ne règle pas tout, loin de là car c'est compter sans les nécessités, les besoins et les capacités d'innovation des utilisateurs.

A l'usage ce produit présente bien sûr quelques inconvénients. Les effets indésirables les plus courants, que l'on retrouve également dans la méthadone, sont sueurs, constipation, asthénie, insomnies, léthargie. Toute la littérature consacrée à ce produit (aspect largement confirmé par les médecins que nous avons rencontré) déconseille fortement l'utilisation associée de médicaments psychotropes, le plus souvent ceux appartenant à la famille des benzodiazépines, car cette association risque de provoquer comme déjà mentionné de graves complications respiratoires et multiplie les risques d'intoxication. Nous n'avons pour notre part jamais recueilli un tel témoignage mais cette association peut par contre dans certain cas provoquer une double dépendance à deux produits particulièrement difficile au sevrage. Lorsque par exemple le centre de soins estime qu'une dépendance aux benzodiazépines s'est progressivement installée, rendant l'action de la buprénorphine inopérante, une hospitalisation en vue d'un sevrage est proposée<sup>153</sup>.

---

<sup>152</sup> Ces deux aspects de l'action de la buprénorphine m'ont été maintes fois confirmés par les patients eux-mêmes à partir de leurs expériences respectives.

<sup>153</sup> La buprénorphine est réputée très difficile au sevrage, bien plus que l'héroïne, point largement confirmé par les usagers qui tentent cette entreprise. En cas de double dépendance les infirmiers et les médecins introduisent la notion de « calage ». On commence avant toute chose par une remise à niveau de la « dose de confort » pour la buprénorphine c'est-à-dire la dose à laquelle le patient n'éprouvera plus de manque à ce produit. Ensuite on entame le sevrage par palier dégressif des benzodiazépines, plus facile. Le patient ressort avec une dose quotidienne de buprénorphine correspondant à ses besoins et débarrassé des « benzos ».

## **CHAPITRE III.**

### **L'ECHEVEAU DE LA SUBSTITUTION.**

#### **I. L'EVALUATION INACHEVEE.**

##### **1. Une évaluation à dominante clinique.**

Aujourd'hui encore et dans leur très grande majorité les études et recherches menées sur la buprénorphine haut dosage présentent des intérêts relativement mitigés de par leurs postures, leur grande hétérogénéité et leurs portées essentiellement locales. Ceci tient sans doute à des raisons multiples qui nécessiteraient sûrement un travail à part. On sait que depuis l'entrée officielle de la France dans la « politique de réduction des risques »<sup>154</sup> et de la décision ministérielle de mettre en place la buprénorphine haut dosage à son entrée effective sur le marché il s'est écoulé très peu de temps<sup>155</sup>. Il est sans doute probable que cette très courte période, marquée par l'urgence et aussi par de nombreuses résistances à cette nouvelle politique, n'a pas réellement permis de mettre en place les réseaux et les coordinations nécessaires pour une réflexion minimale. Cette situation est aussi probablement l'une des conséquences des choix antécédents de la politique française s'agissant des traitements de substitution. Ainsi, à la fin de l'année 1996 on estime que la méthadone est l'une des molécules les plus étudiées, environ trois mille publications lui seraient consacrées dont une partie insignifiante en langue française. Les deux projets « expérimentaux » français de la méthadone mis en œuvre (dans la plus grande discrétion) dans le début des années quatre

---

<sup>154</sup> Officiellement la « politique de réduction des risques » est entrée dans le plan gouvernemental 1999-2001 de lutte contre la toxicomanie. Elle est officialisée mais dans la « lutte contre le SIDA ».

<sup>155</sup> La mise sur le marché effective de la buprénorphine haut dosage a eu lieu en février 1996. Il est également intéressant de noter qu'au milieu des années quatre-vingt dix la majorité des pays européens sont relativement opposés à l'introduction de la buprénorphine haut dosage comme produit de substitution de première intention. C'est seulement en France que cette décision politique sera prise brusquement. Que ce soit avant ou après la « réduction des risques » la France continue de se démarquer des politiques Européennes.

vingt, à savoir les centres de soins Sainte Anne et Fernand Widal à Paris, n'ont pratiquement rien publié<sup>156</sup>. Le cas de la buprénorphine haut dosage est sensiblement similaire.

D'une manière générale les études produites ces dix dernières années tendent à se référer principalement au champ de la recherche clinique, le seul encore pleinement légitime lorsqu'il s'agit d'aborder la question des drogues. En ce sens les critères retenus sont généralement ceux faisant essentiellement intervenir les relations causales propres aux méthodes d'évaluation classique : efficacité du traitement, compliance des patients, aspects comportementaux et à plus grande échelle ceux des objectifs de santé publique sur les dommages consécutifs à l'usage des drogues<sup>157</sup>.

D'autre part les recherches menées, bien que beaucoup d'entre elles présentent un intérêt certain, sont beaucoup trop localisées et disparates. Elles se distinguent souvent par leurs objectifs, leur méthodologie et leurs dimensions respectives. Il en va ainsi par exemple de toutes les études menées sur les pratiques des médecins généralistes, même si elles semblent apporter des enseignements qui permettent de nous faire une idée générale sur l'utilisation de ce traitement par les usagers de drogues. Certes les résultats de ces études ne donnent guères plus que des tendances. Ainsi le réseau REPSUD06 créé à Nice en 1993 a été l'un des premiers à s'organiser puisqu'il s'est progressivement équipé avec un centre animé par une assistante sociale, des bénévoles et environ quatre-vingt médecins généralistes. La particularité réside dans l'investissement des médecins qui ont tous commencé les traitements de substitution dès 1993 avec les sulfates de morphines et le Temgésic®. D'autres réseaux ont suivis à Paris Rive Gauche, Strasbourg et Bordeaux.

Enfin il est important de noter que les seules évaluations à dimension nationale ont toutes été lancées et financées ou largement soutenues par le laboratoire qui commercialise le Subutex®. Mais ces études présentent un caractère très confidentiel dans leur élaboration et leur méthodologie dans la mesure où les résultats sont la plus part du temps disponibles seulement lors des actions promotionnelles menées par le laboratoire Schering-Plough en direction des

---

<sup>156</sup> Lowenstein W, Gouranier L, Coppel A, Lebeau B, Hefez S., *La méthadone et les traitements de substitution*. Editions Doin, Collection Conduites, 1996.

<sup>157</sup> O.F.D.T., *Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004*. N°37. Tendances, Paris, OFDT, 2004. 80 p.



médecins généralistes et des professionnels de santé<sup>158</sup> ou sous la forme de synthèses rapides injectées dans les réseaux.

Ainsi et pour toutes les raisons que nous venons d'évoquer il est très difficile de nous faire une idée stable sur l'impact réel de ce traitement tant les contextes, les conditions et les innombrables facteurs qui conditionnent sa délivrance, (et surtout le rôle que lui attribuent les uns et autres) sont différents d'un cas à l'autre. Cependant quelques enseignements peuvent néanmoins être retenus, non pour en faire une interprétation purement statistique en terme d'efficacité mais bien parce qu'ils semblent représenter une constante éprouvée dans notre propre recherche et qu'ils peuvent s'avérer utiles pour éclairer la suite de ce travail. Nous nous permettrons ainsi de proposer une rapide synthèse de certains éléments à partir des études qui ont été portées à notre connaissance et que nous limiterons arbitrairement aux réseaux des médecins généralistes, études bien loin d'être exhaustives cela va de soi<sup>159</sup>.

- Situation sociale

- L'âge moyen des patients suivi se situe autour de 31 ans.
- Le pourcentage d'hommes tourne autour des 85% et environ 41% vivent en couple.
- S'agissant de l'aspect professionnel, 57% ont une activité déclarée depuis au moins deux ans, 98% possède une couverture sociale.
- Ceux qui possèdent un domicile représentent 90% des patients dont 63% le financent et y vivent indépendamment (de leurs parents ou d'une institution quelconque).

- Suivi des usagers

- Le taux de rétention, défini par les patients qui n'abandonnent pas leur traitement au bout d'un an, varie entre 70 et 80%.

---

<sup>158</sup> On peut citer par exemple l'enquête IMR auprès de 2500 pharmaciens, le Panel Médecins Généraliste auprès de 200 médecins, l'étude SPESUB, l'étude SUBTARES, l'étude APPROPOS. A noter que même lors des présentations publicitaires les représentants du laboratoire restent particulièrement discrets sur les « secrets de fabrication » de leurs études comme j'ai pu m'en rendre compte à plusieurs reprises. Dans cette mesure il ne nous est pas interdit de penser que certaines de ces enquêtes, et notamment les sondages d'opinion auprès des médecins et des pharmaciens (les plus courants), sont d'un intérêt relativement réduit de par la neutralité relative de leur initiateur, les présupposés quand aux avantages présupposés que le produit est censé apporter et donc les biais méthodologiques qu'elles sont susceptibles d'introduire.

<sup>159</sup> Je ne peux citer l'ensemble des thèses, publications en tous genres produites par les médecins depuis dix ans et portant sur le sujet. Cependant ces résultats s'appuient sur deux études principales : les enquêtes SPESUB et SUBTARES.

- La posologie évolue entre 7 et 9 mg de buprénorphine, ceci représentant la dose à laquelle médecins et patients parviennent à « stabiliser » le traitement.
- Il y a une co-prescription de psychotropes qui s'échelonne entre 10 et 20%.
  - Consommations associées et mode d'utilisation
- Le cannabis semble, et de loin, le produit le plus consommé avec 64% des patients qui le déclarent suivi par l'héroïne qui est consommée par environ 47%. Ce dernier chiffre représente souvent un maximum à l'inclusion des patients mais il diminue très rapidement pour laisser la place à une consommation très occasionnelle la plupart du temps « pour faire la fête ». Viennent ensuite les produits « légaux » comme l'alcool à 43% et les benzodiazépines à environ 32%. Les produits codéinés sont consommés par 20% des patients.
- Lorsqu'on aborde la question de la persistance de l'injection de la buprénorphine ou de son inhalation les choses se compliquent nettement. Il est certain que cet aspect n'est pas chose aisée à dire pour un patient. Les études elles mêmes avancent des chiffres très différents compris entre 10 et 31% des patients ayant déclarés au moins une injection au cours de la première année de traitement.

Evidemment cette synthèse, comme la très grande majorité des études produites, parmi elle celles qui se réclament qualitatives rencontrent quelques limites dans la mesure où elle introduisent de sérieux biais.

D'une part les médecins que l'on sollicite pour ce travail ne sont pour ainsi dire jamais sélectionnés au hasard. Il sont toujours déjà engagés dans la prise en charge des usagers de drogues, impliqués dans un réseau quelconque ou intervenants dans des centres de soins spécialisés. Ils ne peuvent donc être perçus comme représentatifs de la population générale, ce qui revient à dire que la manière dont ils suivent les usagers de drogues n'est pas représentative non plus de l'ensemble des médecins généralistes. En conclusion il est difficile d'envisager ces enquêtes comme généralisable à la prise en charge des patients usagers de drogues par l'ensemble des médecins généralistes français. Il en va de même pour le présent travail.

D'autre part les médecins interrogés ne fournissent généralement pas de statistiques précises hormis les données facilement objectivables, âge, situation sociale.... Toutes les questions qui tournent autour de la gestion du traitement et les pratiques associées sont toujours élaborées à partir de suppositions, comme nous le verrons. Les médecins supposent des consommations détournées, des injections ou des adjonctions de psychotropes sans prescription à partir de l'expérience qu'ils construisent au fur et mesure avec leurs patients. Bien sûr dans certains cas le patient réussit à se livrer lorsqu'il est suffisamment mis en confiance ou lorsque le médecin découvre le « pot aux roses » mais à vrai dire ces cas sont très fluctuants et relativement rares.

Que dire alors de cette évaluation qui somme toute n'existe pas ? Quelles références fournir qui ne soit suspecte de subjectivité, de partialité ou de biais quelconque ? Elles sont tellement nombreuses et particulières, chacune proposant une autre vision, une autre définition du problème ainsi que les explications et les interprétations qui s'y rattachent inévitablement. L'entreprise est hasardeuse et difficile, voire simplement impossible. Nous prendrons néanmoins le risque de produire une conclusion sur l'impact des produits de substitution, non parce qu'elle s'appuie sur des statistiques, dont on sait la médiation qu'on leur impose en fonction de la définition que l'on donne à l'objet censé exister grâce à leur appui, mais bien parce que notre expérience nous pousse à considérer l'impact des produits de substitution sous cet angle qui du reste est le notre.

D'une part il semble bien que tous les indicateurs statistiques officiels tendent à montrer que les produits de substitution introduisent une certaine « amélioration » et une certaine « stabilité » chez les usagers de drogues. Ces derniers semblent bien avoir trouvé un certain équilibre dans l'usage de ce produit et leur situation semble s'être globalement améliorée. Cette amélioration et cette stabilité s'expriment d'abord par des chiffres. Tous les rapports de l'OFDT<sup>160</sup> attestent d'une diminution de la « délinquance » attachée à l'usage des drogues<sup>161</sup>, d'un effondrement des cas de surdose (564 en 1994 contre 69 en 2004), d'une baisse considérable de la contamination par le SIDA (40% en 1993 contre 3% en 2004).

Seulement les évaluations qui se réclament de conceptions qualitatives n'existent pour ainsi dire pas ou très peu et c'est bien le problème qui nous préoccupera tout le long de ce récit.

---

<sup>160</sup> Je ne peux les citer tous ici mais ils sont disponibles sur le site de l'OFDT : <http://www.ofdt.fr>

<sup>161</sup> La relation entre « délinquance » et « toxicomanie » est à mon avis un peu plus sensible et problématique, nous y reviendrons dans le chapitre suivant.

Qu'en est-il réellement des pratiques des usagers de drogues quant à l'utilisation du produit qui leur est fourni ? Quels sont les investissements opérés et l'interprétation qui leur est donnée ? Au fond comment et à quel moment la parole leur est donnée pour cette négociation ? Bien sûr il existe des associations d'auto-support dont les principales sont AIDES et ASSUD qui pèsent de tout leur poids pour que la voix des usagers de drogues assume pleinement son rôle dans cette recomposition qui reste encore largement gouvernée par un pôle. Elle participe à nourrir le nouveau Léviathan en renforçant ses réseaux par les moyens dont elle dispose, la création d'un journal, d'un site informatique, par des alliances avec des opérateurs scientifiques destinés à légitimer les arguments des usagers de drogues et à leur donner une place citoyenne. Ainsi l'une des premières évaluations d'envergure faisant intervenir les usagers de drogues voit le jour. Motivés et portés par l'association AIDES nous sommes en droit de supposer que certains aspects mis en lumière seront quelques peu plus conformes à la réalité de l'usage des drogues. Nous mentionnerons ici simplement les résultats principaux de cette étude<sup>162</sup>.

506 personnes ont été recrutées sur 4 sites en France (Paris, Mulhouse, Montpellier, Clermont-Ferrand et Brest). Elles ont au moins 6 mois de prescription au même traitement, méthadone, buprénorphine et sulfates de morphine<sup>163</sup>. Ce dernier ne représente que 10%, les 90% restants étant partagés à part égale entre les deux autres. 342 des participants étaient suivis dans le cadre de la médecine de ville, les autres en centre de soins spécialisé.

- 71% d'hommes et 29% de femmes

Age moyen : 33 ans

- Dose moyenne de buprénorphine prescrite : 11 mg (70 mg de méthadone)
- 50% ont une autre prescription de médicaments, dont 33% par un autre médecin qui prescrit le traitement.

---

<sup>162</sup> *Attente des usagers de drogues concernant les traitements de substitution : expérience, satisfaction, effets redoutés*, AIDES/INSERM, 2001. Une synthèse plus complète de cette étude est disponible sur le site [www.aides.org](http://www.aides.org).

<sup>163</sup> Les sulfates de morphine (commercialisés sous le nom de Skénan® et Moscontin®) sont prescrit dans le cadre du traitement de la douleur. Comme le Temgésic® ils ont été utilisés par les médecins généralistes avant la mise sur le marché de la buprénorphine mais de manière beaucoup moins importante. La circulaire du 31 mars 1995 admet une exception concernant ces deux produits et la nécessité de prolonger les traitements pour des patients « stabilisés ». Le médecin doit alors informer la pharmacie que la prescription se fait dans le cadre d'un traitement de substitution. Ce régime d'exception devait être à l'origine « transitoire », le temps que le dispositif se stabilise et qu'un relais en douceur puisse s'opérer avec la buprénorphine. On chiffre en 2004, selon les estimations de l'OFDT, à environ 3000 personnes ayant ce type de traitement, ce qui semble dérisoire par rapport aux 85 000 affichés par la buprénorphine. Beaucoup d'associations, dont AIDES et ASSUD militent pour que ces traitements fassent partie officiellement de l'offre des traitements de substitution.

- 67% déclarent avoir une observance régulière durant le dernier mois. Les autres ont sur-consommé ou sous-consommé.
- 40% des personnes sous buprénorphine déclarent injecter leur traitement. Dans ces cas l'injection est interprétée par les usagers comme un repli face à l'ennui, une échappatoire «quand ça ne va pas» ou le traitement qui a « mauvais goût ».
- 32% poursuivent des consommations de produits illicites et/ou de médicaments détournés de leurs usage traditionnels (la plupart du temps des produits codéinés et benzodiazépines). 23% continuent l'injection.

Les conclusions de cette étude :

- Il semble que dans la majorité des cas (environ 60%) les usagers expriment une satisfaction relative. (relative parce que les usagers sont invités à s'exprimer sur une échelle exprimant la satisfaction, de modérée à très satisfait).
- 30% des usagers avouent que les traitements ne sont pas une réussite. Cela ne marche pas ou très difficilement. Ce sont principalement des utilisateurs de la buprénorphine.
- La poursuite de consommation de produit illicites et de médicaments est loin d'être négligeable, environ 32% dont 23% poursuivent une pratique d'injection.
- Cette étude met la méthadone « au dessus du lot » et pose donc la question de la buprénorphine comme « traitement de première intention » dans la mesure où il semble donner de moins bons résultats que la méthadone.
- Sur la comparaison des traitements lorsqu'il est question d'injections et la « poursuite des consommations illicites », les analyses de cette étude ne semblent pas parvenir à des conclusions claires. Cependant les résultats semblent montrer « le faible potentiel du subutex à répondre aux troubles psychologiques ». De plus la « possibilité de recourir à l'injection pourrait en faire un médicament parfois contre-productif quand à ses fonctions de réduction des risques sanitaires » (l'injection régulière de la buprénorphine produit de sévères abcès), et « d'abandon de consommation de produits illicites ».

- S'agissant plus spécifiquement des attentes et des besoins vis-à-vis des traitements, 83% se prononcent en faveur de :

- Une plus grande diversification de l'offre de soins (héroïne sous prescription).
- Clarification du projet thérapeutique. Beaucoup d'incompréhension et de malentendus avec les professionnels.
- Prise en charge globale de la santé de la personne.
- Des traitements aux effets psychotropes plus prononcés.

En conclusion cette étude propose une approche basée sur un renversement de perspective assez inédit dans la mesure où elle tente de porter un regard sur les produits de substitution porté par les usagers eux-mêmes. Cependant nous serions en mesure de lui renvoyer quelques légères critiques.

D'une part la méthadone et la buprénorphine sont considérés sur le même plan. Or nous savons maintenant que les conditions de délivrance et de contrôle de la gestion de ces deux produits sont sensiblement différentes. Même si ces conditions s'assouplissent s'agissant de la méthadone (un relais en médecine de ville est possible), le traitement reste néanmoins assujéti à des règles strictes et à des contrôles d'urine réguliers en vue de déceler les consommations annexes dont le non respect peut entraîner l'exclusion du centre de soins. On ne peut négliger cette dimension qui joue à n'en pas douter sur l'observance de ces règles par les patients.

D'autre part la méthodologie mise en œuvre n'évite pas toujours certains des inconvénients produit par les évaluations classiques. Parler d'analyse qualitative ne peut se réduire au simple fait de privilégier le point de vue des usagers. Ce point de vue reste ici toujours quelque peu encadré et en tension avec les présupposés concernant l'efficacité respective et comparative des traitements et dont les critères d'appréciation a priori restent particulièrement généraux et flous, comme c'est le cas dans la plupart des études classiques. C'est par exemple le cas lorsqu'il est question des « troubles psychologiques ». Malgré les principes sur lesquels c'est bâtie la « réduction des risques », l'interprétation de certaines conduites, de certaines manifestations exprimées par les usagers reste inévitablement regroupée dans un syndrome perceptible à partir des catégories traditionnelles psychologiques, même pour certains des partisans les plus irréductibles de cette politique.

Cependant cette étude a le grand mérite de mettre en lumière de manière beaucoup plus précise les pratiques associées aux traitements, d'accéder sans nul doute à une meilleure visibilité des modes de consommations des produits prescrits, des consommations annexes dont l'abord est particulièrement difficile dans les différentes consultations. Elle pose en outre l'insuffisance des traitements ou leur inadéquation pour une partie non négligeable des personnes interrogées. Enfin il faut rappeler que cette étude a été menée, dans sa phase d'exploration, par des usagers et des bénévoles et n'a pas fait intervenir de professionnels pour mieux libérer, en tous cas c'était son intention, la parole des personnes interrogées.

## **2. Une transformation complexe.**

Que peut-on voir un peu plus de dix ans après la mise en place de cette politique ? Nous connaissons maintenant le caractère relatif, orienté et très hétérogène des évaluations effectuées durant cette période, caractère relevant essentiellement des attendus thérapeutiques d'un tel traitement. Cependant quelques lignes de forces semblent se dégager permettant de synthétiser quelque peu l'impact global du dispositif des traitements de substitution.

Ce produit de substitution aux opiacés a sans doute grandement participé d'une manière générale à une amélioration notable de la situation d'une majorité des usagers de drogues. En agissant en premier lieu sur l'aspect sanitaire il a sans doute permis d'impulser ensuite pour une grande part des personnes sous traitement une forme de « sortie de la toxicomanie », en tous cas un éloignement progressif, même irrégulier, de l'univers quotidien de l'usage des drogues. Cette part très importante reste difficilement évaluable comme d'ailleurs les critères d'appréciation pour mesurer cette sortie. Le terme de « stabilisation » souvent évoqué pour qualifier la réussite relative du traitement recouvre en lui-même de nombreuses dimensions : stabilisation des dosages, des consommations annexes, de la situation sociale... Dimensions qui elles-mêmes ouvrent sur d'autres dimensions : à partir de quel seuil de compliance peut-on dire qu'il y a stabilisation du traitement, que dire des consommations annexes, quels sont les critères pour estimer l'amélioration de la situation sociale ? Toujours est-il que tous les indicateurs, quels que soient les facteurs retenus, estiment que ce traitement aura permis à environ deux tiers des personnes l'ayant accepté une amélioration globale de leurs situations respectives dans tous les domaines.

Ces deux tiers représentent probablement les personnes qui auront accepté et réussi à rabattre plus ou moins sur le produit les réseaux qui le propulsaient complètement à l'extérieur de la prescription médicale, qui auront réussi à rester d'un côté de la ligne de partage ou à flirter constamment avec elle. Mais ceci ne règle pas tout évidemment et induit d'autres problèmes. D'un autre côté et sur le tiers restant le changement opéré par la substitution semble bien avoir généré sa propre zone d'ombre compliquant encore un problème déjà connu. Il semble en effet que bien loin d'avoir fait reculer les consommations illégales, ce produit a plutôt participé à leur restructuration par le biais de son autre médiation possible, un puissant produit psychotrope, une drogue au sens commun du terme. Il semble illusoire de faire taire les réseaux contenus dans cette médiation que cette dernière a fatalement activé au grand dam des concepteurs du produit. En somme et bien loin de les faire régresser (espérance que plaçaient beaucoup dans les vertus de cette molécule) la buprénorphine a plutôt participé à reconfigurer d'une certaine manière le marché illégal des drogues dans un milieu où l'héroïne reste un produit relativement difficile d'accès pour beaucoup<sup>164</sup>. Mais comme pour ce qui touche aux différents domaines invisibles, il semble difficile de faire précisément et quantitativement la part des choses dans cette nouvelle reconfiguration. Probablement parce que la quantification de la diversité des usages se fait principalement grâce à la réalisation d'enquête portant sur des cohortes, une population générale prenant une part de plus en plus importante dans le débat risque de « donner à l'argumentation l'apparence trompeuse d'une objectivité mécanisée et incontestable »<sup>165</sup>. Nous pouvons cependant noter une augmentation sensible des psychostimulants (cocaïne sous forme de crack, amphétamines) qui suivent de très près la consommation de cannabis. Ainsi l'héroïne semble s'être largement déplacée sur un plan secondaire. Elle est retrouvée de manière occasionnelle lors de situations festives ou utilisée quelque fois pour gérer la consommation des psychostimulants dont les effets particulièrement intenses demandent à être maîtrisés, souvent pour en atténuer la « descente ». C'est ici que la buprénorphine est amenée à jouer un rôle en remplacement de l'héroïne. Mais pour ceux qui restent principalement adeptes de cette dernière la buprénorphine est alors consommée en remplacement, en attendant des jours meilleurs lorsque celle-ci vient à manquer. Cette nouvelle utilisation de la buprénorphine a semble-t-il été majoritairement

---

<sup>164</sup> *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003*, Cinquième rapport national du dispositif TREND, OFDT, octobre 2004.

<sup>165</sup> Beck, F., « Dénombrer les usagers de drogues : tensions et tentations », *Génèses*, n° 58, p. 72-97.



investie par les personnes vivant dans les zones urbaines, par les personnes ayant les situations les plus précaires mais restant malgré tout attachés à l'usage des drogues<sup>166</sup>.

En dehors des conventions d'usages régissant la buprénorphine, cette dernière s'est bien révélée, et rapidement, par son autre médiation, comme une drogue consommée pour le plaisir. Bien qu'ils ne soient généralement garantis d'aucune objectivité, les rapports concernant les détournements du produit renversent régulièrement la médication proposée par ce dernier en le faisant basculer dans l'illégalité. A partir du moment où ils apparaissent nombreux, de surcroît médiatisés, les consommateurs se transforment en toxicomanes en raison d'une autre convention d'usage qui définit le poison non par sa toxicité mais par le nombre qui le consomme<sup>167</sup>. Sans nul doute que la médiation la plus visible de notre molécule, en tous cas celle qui est la plupart du temps suggérée par les médias, nous porterait à croire qu'elle est surtout une drogue et de surcroît une drogue d'accès libre prescrite la plupart du temps par des médecins intéressés et peu regardants quant à l'éthique. Mais son efficacité relative dépend essentiellement de la plasticité des réseaux qui la traversent et qui travaillent comme des bras de fer dans la stabilisation de cette politique. Ces réseaux sont toujours traduits par les résultats ambigus affichés par l'efficacité du traitement. La plupart du temps ces « résultats » tendent à encourager le retour des tentations prohibitrices, un collectif adverse accentue la pression et la médiation « drogue » est sur toutes les lèvres. Certains la présentent comme l'ennemie à abattre. Elle est indulgente avec le crime avec lequel elle entretient des relations inavouables, elle est défaitiste sur le front de l'abstinence, seul recours au barrage de la toxicomanie, enfin elle dessert ceux qui veulent vraiment se soigner en exploitant leur toxicomanie. Le problème, nous l'avons déjà mentionné dans la partie introductive, vient sans doute du fait que la « réduction des risques » ouvre sur une « voie moyenne » dans laquelle les blocs n'existent plus et que la confrontation des collectifs en présence nous ramène simplement au jeu qui consiste à passer d'un extrême à l'autre sans se douter que la définition du problème nous oblige à abandonner les postures antagonistes. La « réduction des risques » n'est pas et ne peut pas être un nouveau mode de gouvernement des drogues, quelle que soit la voie choisie, sauf à la rattacher à l'un des pôles, à l'un des blocs que nous essayons de faire disparaître, ce qui la fera disparaître. Elle n'est pas non plus un juste milieu, un compromis entre ces pôles mais demande une véritable redéfinition de l'usage des drogues en y en

---

<sup>166</sup> Rafanell I Orta, J., « Drogues, une communauté impossible ? », *Ethnopsy*, n°2, mars 2001, p 203-221.

<sup>167</sup> Goyffon, M., « Commentaires d'un toxicologue », in *Des poisons : nature ambiguë*, *Ethnologie française*, 2004/3, juil-sept, pp.496.

incluant le collectif des usagers de drogues. Les « voies moyennes » supposent un travail sans fin puisque c'est ce qui fait leur raison d'être, la définition même du moteur de notre existence. Toujours dans la négociation, toujours dans le compromis, toujours dans la traduction mais en acceptant, en authentifiant toutes les entités nécessaires au débat. En disqualifier une, ou n'accepter qu'une seule de ses médiations, revient inévitablement à se réfugier dans un bloc, un extrême. Expulser la buprénorphine du débat entre le médecin et son patient revient à confronter deux points de vue sans se douter que l'un et l'autre sont aussi en négociation avec l'objet que l'on a fait disparaître. Cela revient à parler du médecin selon la médecine et de l'utilisateur de drogue selon la toxicomanie. Cela revient encore à puiser dans ces deux blocs les explications cachées susceptibles de nous aider à comprendre et interpréter cette rencontre. Si la « substitution » n'existe pas, il y a en revanche des pratiques, qu'elles soient médicales ou non, qui recouvrent une réalité très hétérogène, des pratiques appelées sans cesse à se renouveler, à se réinventer pour réduire les écarts avec les heuristiques des usagers.

Utilisés par certains dans le respect relatif des protocoles thérapeutiques, les produits destinés à la substitution des opiacés, principalement la buprénorphine, ont été détournés par d'autres pour des utilisations très personnelles. Certainement parce que c'est l'histoire des amateurs de drogues que de détourner les produits qui s'offrent à eux pour en éprouver toutes les gammes des effets et des plaisirs possibles. Certainement aussi que dans cette histoire, des pratiques et des compétences se sont forgées, souvent illégitimes pour les professionnels et les experts de la question, notre propre expérience ne nous laisse pas beaucoup de doutes à ce sujet. Mais pour continuer notre chemin nous allons devoir rabattre également certains pans des réseaux innombrables que déploie cette molécule et se contenter simplement de ceux qui transitent à travers les protocoles thérapeutiques. Mais nous l'avons dit plus haut, même dans le cadre de ces protocoles tout est loin d'être réglé et la notion même de « substitution » ne peut être appréhendée comme une fin en soi, possédant en elle-même les vertus d'un traitement classique que l'on appliquerait à une maladie nommée « toxicomanie ».

## II. UNE SUBSTITUTION PLURIELLE.

On peut aisément imaginer qu'offrir un produit de substitution à la drogue ne règle pas tout. On peut se douter également que le fait d'agir principalement sur la dépendance physique n'est qu'une étape et probablement la plus facile d'un processus qui s'avérera particulièrement long et souvent difficile. Si la notion de « substitution » désigne dans le langage usuel une stratégie thérapeutique relativement simple, en tous cas au départ, (la substitution de l'héroïne par un médicament susceptible de la remplacer), les pratiques des usagers de drogues comme des médecins recouvrent en fait une réalité bien plus complexe. Chacun des partenaires investira progressivement dans le traitement, à sa manière, ses propres conceptions et pratiques de la « substitution », les uns et les autres puisant dans leur propre expérience. Cette jonction se fera à chaque fois en fonction de la configuration propre à chaque usager, dépendante elle-même de chaque trajectoire spécifique et des conséquences de l'action de la buprénorphine sur chacune d'elle.

Enfin, qu'est-ce que la substitution ? Que propose-t-on lorsqu'on offre un produit de substitution, en l'occurrence de la buprénorphine haut dosage, et au bout du compte qu'est-ce qui est censé se produire avec le nouveau produit en remplacement de la drogue ? On peut déjà supposer qu'avec le remplacement d'un produit par un autre ce sont bien d'autres substitutions que l'on attend un peu comme si on déballait des poupées russes. Tirer sur la drogue reviendrait également à tirer et défaire tous les fils qui composent cette catégorie que l'on nomme « toxicomanie ». Ainsi nous pourrions provisoirement suggérer, comme le fait Lionel Gibier, une série de substitutions censées accompagner mécaniquement et méthodiquement la première<sup>168</sup> :

- Le produit illégal est remplacé par un produit légal.
- Le produit cher par un produit gratuit
- Le produit incertain, de mauvaise qualité, par un produit sûr
- La défonce par la suppression simple du manque
- L'injectable (signifiant) par ce qui monte progressivement
- Le « flash » de l'héroïne par une action lente et progressive

---

<sup>168</sup> Gibier, L., « Maintenance ou substitution », *Psychotropes*, 1997, Vol3, n°3.

- Le réseau de la toxicomanie par le réseau des professionnels
- Etc....

Ainsi l'offre de substitution ne se limite pas au remplacement d'un produit par un autre, une intoxication légale et contrôlée par une intoxication illégale et dangereuse. En somme ils n'offrent pas simplement la possibilité d'abandonner des activités périlleuses (la contrainte de recourir à d'autres activités illégales pour se procurer le produit, l'échange de seringues, la consommation d'autres produits...) mais engagent également les toxicomanes à entrer dans un mécanisme de « déconditionnement » dans le cadre d'un processus graduel destiné à leur faire abandonner progressivement leurs pratiques « toxicomaniaques » en s'en remettant principalement au médecin<sup>169</sup>. Au final ce sont d'autres substitutions, d'autres déplacements en arrière plans qui sont suggérés. On vise ainsi à réduire progressivement les pratiques sociales des toxicomanes jugées à risques en leur fournissant le produit destiné à combler leur dépendance tout en pariant sur leur capacité, une fois ce problème résolu, à entrer dans un processus d'insertion sociale. En somme et en filigrane il s'agit bien de contraindre le toxicomane à abandonner un mode de vie organisé autour d'une activité déviante, stigmatisée, (la toxicomanie) pour entrer dans un projet de substitution global destiné à l'intégrer doucement dans la société conventionnelle.

Dorénavant et tout en adoptant cette nouvelle logique de consommation, l'utilisateur s'engage dans le même temps à lui donner une toute autre signification que celle rattachée à l'usage de drogue. Ainsi non seulement il abandonne son ancien mode vie mais s'en remet dans le même temps entièrement au médecin s'agissant par exemple de toutes les pratiques « d'auto-médication » substantiellement attachées à l'usage de drogues.

Ainsi la notion de « substitution », malgré son inconsistance, fait néanmoins référence à un cadre plus ou moins clair dans le domaine parmi les intervenants en toxicomanie, justement parce qu'elle ne fait pas l'objet d'une définition précise. Ce qui peut paraître paradoxal à première vue ne l'est pas car c'est bien ce manque de définition préalable qui permet au humains (et aux non-humains) de produire cet assemblage permanent et nécessaire généralement faiblement investi. Au plus fin c'est bien le rôle que nous assignons aux objets

---

<sup>169</sup> Touzeau, D., Jacquot., *Les traitements de substitution pour les usagers de drogues*, Arnette, Paris, 1997. Cet ouvrage a été publié très rapidement par deux médecins généralistes particulièrement impliqués dans la « politique de réduction des risques » et la nécessité des produits de substitution comme moyen de lutte contre la toxicomanie.

que de cadrer et soutenir les interactions humaines et de participer à leur évolution. Mais c'est parce que nous les ignorons dans leurs véritables influences que nous donnons à la constitution des mondes et des collectifs un paysage tellement asymétrique basé sur le refus d'une certaine mise en équivalence entre experts et profane, institution et usagers. Nous pouvons nous douter à quel profit sont souvent enrôlées les boîtes que nous refusons d'ouvrir et c'est souvent la raison pour laquelle nous ne le faisons pas. La « substitution » n'échappe pas à la règle. Elle a bien servi à la constitution d'un nouveau collectif mais elle lui reste encore captive, fermée malgré les attaques dont elle peut faire sporadiquement l'objet. Sans elle notre bel assemblage ne pourrait exister car c'est bien d'elle que dépend son existence, le cadrage des interactions entre les individus, en tous cas tant qu'elle reste fermée et à sa place. Alors tout ceci nous permettrait de faire une proposition acceptable. Nous pourrions ainsi émettre l'hypothèse qu'au fil du temps cette notion s'est progressivement construite, après les premiers émois, les premières résistances et controverses, comme une « boîte noire », c'est-à-dire une notion, une pratique, une idéologie ou une croyance, largement partagée par les différents professionnels (et non professionnels) de la toxicomanie qui va de soi et ne semble plus poser problème<sup>170</sup>. Définitivement fermée elle n'est plus interrogée. Au fond son contenu réel importe peu, ce n'est pas ce qui lui permet de fonctionner, mais bien la différence entre ce qui y entre et ce qui doit en ressortir selon les principes de l'évaluation clinique et épidémiologique classique.

Nous le voyons et le verrons encore largement ce dispositif est loin d'être quelque chose de stable, d'univoque et de clair pour les usagers de drogues comme pour les médecins qui se réfèrent généralement à leurs propres jugements et expériences. Un premier rapprochement des entretiens réalisés avec les médecins et les usagers de drogues laisse déjà apparaître un écart énorme entre ce qui se passe dans les activités quotidiennes et les objectifs officiels assignés à cette politique de part et d'autre. Le principe même de la substitution semble se dissoudre au gré des interlocuteurs des deux côtés pour être à chaque fois réassemblé, redéfini. Chacun lui assigne des objectifs différents au point que la « substitution », littéralement écartelée entre nécessité médicale, sociale, financière..., peine à se voir accorder le moindre

---

<sup>170</sup> De même qu'Henri Bergeron a suggéré que la construction du dispositif traditionnel s'est inspirée d'un paradigme psychanalytique, d'autres auteurs ont mis en avant un changement de paradigme pour expliquer l'avènement de la « réduction des risques ». Si on l'entend au sens de Kuhn, ce dernier est bien constitué d'une « science ordinaire » plus largement d'un cadre de pensée faisant consensus parmi une communauté de chercheurs. C'est ainsi que l'on peut voir la prolifération des séminaires et des « conférences de consensus » (la dernière les 23 et 24 juin à l'école normale supérieure de Lyon) comme des tentatives d'affirmer et d'affiner ce paradigme. Mais au fond, et d'un autre point de vue, qu'est ce qu'un « paradigme » si ce n'est une boîte contenant d'autres boîtes comme un macro-acteur, la société, une structure sociale, une discipline...

sens global, en tous cas un sens minime qui pourrait faire consensus parmi nos acteurs. Dans cette figuration apparaissent des objectifs, des stratégies, tout aussi hétérogènes que contradictoires. Se mêlent ainsi pour élaborer sa définition des dimensions diverses et variées, des qualificatifs empruntés au « social », au « sanitaire », au « soin », « au répressif » et la liste peut-être longue.

Nous avons ainsi à affaire à des mots qui désignent des entités sur lesquels usagers de drogues médecins et professionnels de la santé portent des jugements différents et parfois contradictoires car chaque partie en construit une figuration<sup>171</sup> différente. Nous verrons que toutes les notions subissent le même exercice ce qui rend d'ailleurs leur stabilisation pratiquement impossible. De là proviennent bon nombre de malentendus car les conventions d'usages qui entourent ces mots sont souvent différentes de l'usager de drogues au professionnel.

Ainsi si des usagers et des médecins en arrivent à construire des parcours communs plus ou moins long c'est bien au prix de négociations et de compromis complexes, d'accords et d'ajustements permanents.

### **III. UNE RENCONTRE INCERTAINE.**

Face aux évolutions dont il a été question plus haut quelle est la position de la médecine ? Bien sur nous ne souhaitons pas ici réifier une entité que nous désagrègerons par la suite. Ce serait lui donner des propriétés, des déterminations, bref une substance qui ne nous apparaît pas totalement pertinente pour expliquer les mécanismes à l'œuvre. Cependant si on considère également les médecins généralistes comme un collectif particulier il nous est possible alors, comme tout collectif, de lui donner des contours, une assise morale et éthique, bref des éléments pouvant nous permettre de procéder à des agrégations afin de rendre intelligible cette entité collective. Ceci étant dit il nous est possible maintenant de mettre en regard la médecine avec la question des drogues et de la « toxicomanie » car leur histoire commune est longue et relativement vieille. Inaudible pour la médecine officielle l'histoire des drogues

---

<sup>171</sup> J'utilise ici le terme de « figuration » préférentiellement à celui de « représentation » qui me semble plus critique vu notre perspective générale. J'y reviendrai beaucoup plus précisément dans le chapitre consacré aux perceptions des médecins

s'est pourtant construite dans son sillage, tantôt en miroir, tantôt en conflit, alternant pour les médecins des rapports emprunts de fascination et de défiance, de rejet et d'admiration<sup>172</sup>. Si la médecine officielle reste encore aujourd'hui sensiblement imperméable à la question des drogues et à ses usages, en revanche elle est loin de laisser insensible les médecins qui la composent.

D'une certaine manière et nous le verrons, les médecins paraissent à la fois aveugles et désarmés, obsédés par la seule partie visible des pratiques sur laquelle ils transfèrent tout le poids de leur savoir limité par la discipline qui l'instaure. Mais nous pouvons déjà le dire, il n'est pas réellement question ici de « savoir » puisque nous devons suspendre cette question afin de mieux comprendre ce qui se joue dans les relations entre le médecin et son patient. Ainsi agencées sur le tas, les pratiques médicales semblent moins relever d'une quelconque scientificité que du bricolage constant destiné à faire tenir des situations toujours précaires et dans une incertitude relative.

« La toxicomanie franchement je savais absolument pas ce que c'était, en tous cas pas plus que monsieur tout le monde, j'ai eu avant la substitution des gars qui venait me voir et que je dépannais...je savais qu'ils étaient en manque, qu'ils souffraient et j'essayai de soulager leur souffrance, je pouvais prescrire des trucs mais ponctuellement, le reste c'était pas trop mon problème...le subutex ça a changé la donne, c'est nous qui les prenons en charge maintenant... la fac il en a jamais été question, on a eu des cours de toxicologie mais ça n'a rien à voir...franchement tu dois bricoler sur le tas ».

Médecin généraliste.

La question du sevrage est de ce point de vue très saillante. Les textes réglementaires ainsi que la plupart des recommandations médicales restent particulièrement flous à ce sujet. D'ailleurs sur le terrain et à notre connaissance aucun médecin n'est jamais parvenu à mener l'un de ses patients au terme d'un sevrage complet. C'est parce que cette question reste particulièrement tendue entre trois pôles. D'une part les médecins qui ne veulent pas entendre parler, le sevrage ne représentant qu'un idéal hypothétique bien qu'il puisse se produire un jour, sait-on jamais. Ils délivrent des produits, prennent soin de leurs patients en fonction de leurs possibilités mais ne se font pas trop d'illusions sur un possible arrêt de ce

---

<sup>172</sup> Yvorel, M., « La réaction médicale face aux « toxicomanies » : regard historique », *Collectif National Médecins Généralistes et Toxicomanie*, oct 1991, Paris, p. 49-65.

traitement. D'autre part les médecins, favorables au sevrage, mais qui après nombre d'années de traitement regardent avec commisération ces « patients qui n'arrivent pas à arrêter » même parvenus à des dosages insignifiants dont « ils pourraient quand même se débarrasser avec un peu de volonté ». Enfin à l'autre bout ceux qui au contraire tendent à freiner les descentes brutales ou les tentatives d'arrêt complètes de peur de la rechute inévitable.

« J'en ai un c'était impec avec lui, il est partit à 12mg, ça fait quoi maintenant presque quatre ans, il a descendu son traitement régulièrement sans problèmes, j'ai pratiquement jamais eu de problèmes particuliers...aujourd'hui il est à 0.2 mg mais il arrive pas à s'en débarrasser...ça fait un an que ça dure. Mais je le brusque pas, je lui parle même pas d'arrêt...j'ai l'impression que c'est encore ce petit bout de comprimé qui le retient ou le protège du produit...j'ai peur de la rechute ».

Une autre question cruciale, voire déterminante concerne les consommations annexes et les détournements qui ne manquent pas de survenir, sur un spectre de pratiques assez large, pour la très grande majorité des patients. La difficulté pour ces derniers de résorber ces consommations laisse au mieux particulièrement interrogatifs la plupart des médecins. Comment expliquer ces consommations et ces détournements récurrents ? Quelles ressources utiliser sans mettre en danger ni déstabiliser le protocole médical ? L'hypothèse que l'on serait en droit d'émettre ici c'est que le glissement progressivement d'un pôle franchement ouvert sur la « réduction des risques » vers un autre recombinaison la vieille recette du « soin aux toxicomanes » classique ne s'est pas faite sans une résurgence du discours analytique que l'on retrouve chez une part non négligeable des médecins. Evidemment nous sommes en droit de penser que ce discours sera intériorisé par les médecins (déjà sensibilisés comme tout un chacun à la vulgate) proportionnellement à leur contact avec les réseaux spécialisés et les autres ressources qu'ils sauront mobiliser.

« Oui, je pense...pour moi la toxicomanie c'est psychologique, comment on peut l'expliquer sinon ? Les gens sont pas vraiment malades, ils s'injectent des produits...c'est comme les anorexiques ou les boulimiques...c'est bien parce qu'il y a un problème derrière qu'ils ont ce comportement ».

« J'ai quand même lu des trucs depuis que j'accueille des toxicomanes... il y eu des trucs dans le quotidien des médecins sur la prise en charge et le subutex mais j'ai quand même jeté un œil dans la littérature spécialisée pour voir un peu ou j'allais. Ça a



un peu confirmé ce que je pensais, c'est surtout une pathologie psychologique avec des troubles qui se situent dans la petite enfance ».

C'est aussi pour cette raison que nombre de médecins peinent à se déporter vers les zones invisibles du spectre, les consommations annexes et les détournements pour tenter d'y voir des éléments de compréhension susceptibles d'aider à la résolution du problème auquel ils participent. Mais le transfert des catégories médicales et protocolaires est souvent très fort, bien que cette situation échappe notablement à l'orthodoxie des algorithmes médicaux dans la mesure où rien n'est stabilisé ni réellement définit. Alors il faut l'inventer. Il faut donner aux médecins le cadre des bonnes pratiques cliniques avec la préoccupation centrale de réduire les pratiques non souhaitées et les mauvaises utilisations du traitement<sup>173</sup>. Mais alors que nous parions sur le fait que le problème ne trouvera des réponses que dans les parties aveugles du spectre, la médecine en revanche semble bien restreindre le sien. Un quelconque savoir clinique peut difficilement se construire s'il s'évertue à ignorer ces pratiques, à refuser d'élargir son spectre de perception car c'est dans ces zones aveugles que semble bien résider le matériau indispensable à la construction de ce savoir clinique, prélude à la compréhension d'un usage et non d'une compulsion. Mais faut-il le rappeler nous parlons ici de la médecine et non des médecins. Sur le terrain force est de constater que les choses ne sont pas aussi tranchées. Les médecins ne répondent évidemment pas tous et d'une seule voix à des dispositifs ou des recommandations médicales dont la plupart ignorent même l'existence et c'est ce qui fait la nature même de ce que nous entrevoyons comme un collectif. Non pas une entité faite d'une substance finie et uniforme pénétrée instantanément du même savoir, des mêmes informations mais d'agrégats de particules inégalement rattachées entre elles, (voire pas du tout), inégalement traversées par les réseaux professionnels les reliant, voire pas du tout dans notre cas. Les médecins particulièrement investis dans les réseaux ville-hôpital depuis des années n'auront sans doute pas les mêmes perceptions, les mêmes approches que les médecins ayant construits leurs pratiques isolément et qui représentent la totalité de notre échantillon (à part deux...et encore). Cependant il reste néanmoins à constater que d'une certaine manière ce qui rassemble nos médecins singuliers doit se lire dans la mise en place d'une relation médecin-patient relativement traditionnelle.

---

<sup>173</sup> *Recommandation pour la pratique clinique. Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution aux opiacés.* Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), juin 2004. Il faut noter également que jusque 2009 le « Quotidien du Médecin » a consacré au moins une dizaine de ses numéros à la question de la « substitution » sous des angles divers. Cependant il s'avère que très peu des médecins rencontrés y sont abonnés. La revue « Prescrire » également.

« Moi, j'initie volontiers un traitement pour lequel on ait la règle du jeu médecin-malade qui rentrera dans un profil que je pourrai considérer comme tenable. Moi mon rôle de médecin c'est de soigner les gens et le rôle du malade c'est de faire ce que je lui dis ».

Évidemment nous avons là l'archétype de la relation thérapeutique Parsonienne où chaque intervenant est décrit par le rôle qu'il doit tenir. Nous pourrions constater que si elle n'est pas toujours décrite aussi clairement, c'est cette relation qui est bien mise à mal par les patients en traitement de substitution.

Alors après avoir cadré quelque peu notre problématique et insufflé quelques hypothèses il s'agit maintenant de reprendre en remettant à l'ouvrage la question de départ.

Qu'est ce que la substitution ? Nous avons déjà mis à plat le dispositif technique au repos avant d'entrer dans l'arène. Il a certainement son importance dans la mesure où il sert plus au moins de cadre de contraintes, en tous cas un guide pour la négociation, un ensemble de repères objectivés, stabilisés qui préparent et guident les jugements. Seulement nos médecins à nous ne s'y réfèrent pour ainsi dire jamais, ils délivrent des traitements à des patients en prenant appui sur des règles minimales en terme de posologie, pour le reste rien ou presque n'existe et c'est bien que ce qui fait la complexité de la situation. A l'origine la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage en 1997 a mis la grande majorité des médecins généralistes en présence des usagers de drogues pratiquement sans préalable. Il existe bien des réseaux ici ou là de constitutions inégales mais force est de constater qu'ils ont généralement, et pour la grande majorité d'entre eux construit leurs pratiques et leurs expériences isolément s'adjoignant les services et les conseils de ces réseaux de manière épistolaire et instrumentale faute de temps, d'envie, ou tout simplement parce qu'ils n'existent pas.

D'une part et compte tenu de ce qui a pu être dit précédemment, si nous pouvons raisonnablement admettre l'hypothèse que s'il n'existe pas à priori un modèle unique de conception et de pratiques chez les médecins mais tout un continuum d'approches concernant la « toxicomanie » et la « substitution » et la résolution des problèmes qui ne manquent pas de survenir, on aurait grand tort de croire qu'il en va autrement pour les usagers de drogues. D'autre part ce dispositif est loin d'être quelque chose de stable, d'univoque et de clair pour les médecins qui ne se réfèrent en règle générale qu'à leurs propres jugements en la matière,

jugements confectionnés au fur et à mesure à partir de leurs propres expériences. Ainsi très peu d'entre eux font référence à une quelconque « politique de réduction des risques » ou à une philosophie de la substitution qu'ils appliqueraient, même légèrement. D'autant plus qu'il nous est permis de penser que cette notion de « soin de la toxicomanie » n'est qu'un néologisme héritée du secteur spécialisé (qui continue d'ailleurs d'exister) et qui ne va évidemment pas de soi. Les médecins sont incollables sur les « soins » déclinés au pluriel, somatiques, (dont les toxicomanes ne raffolent pas) et qui sont issus, si l'en on croit Jacques Barsony de pratiques plus que largement autodidactes<sup>174</sup>.

« Non, la médecine c'est pas comme ça...non, non. Il y a que les profs de Fac qui pensent que la médecine on peut la résumer à un interrogatoire, euh...un examen clinique, des examens complémentaires et une décision...non, la médecine c'est pas ça du tout, c'est pas ça du tout, c'est pas comme ça que ça se passe. La médecine c'est beaucoup plus, c'est beaucoup plus humaniste que ça. C'est la prise en charge de quelqu'un, alors bien sûr il y a un temps pour interroger les gens, il y a un temps pour les examiner, il y a un temps pour prescrire mais ça s'arrête pas là. Et puis...tout est tellement imbriqué, c'est beaucoup plus compliqué que ça. C'est pour ça que ça s'appuie sur l'expérience (...) 80% des consultations c'est ça. C'est un savant mélange, je pense que des choses purement médicales, c'est à tout casser 30% de notre exercice. Dans les 70% qui restent y a du social, y a du psychologique, y a du mal-être...y a tout ça. On fait plusieurs métiers à la fois ».

Médecin généraliste

Mais si nous restons cantonnés au médecin et à son patient sous traitement de substitution la fenêtre ouverte nous offre malheureusement, nous semble-t-il, un champ de vision trop restreint pour comprendre ce qui se passe. De plus cette limite nous obligerait très rapidement à recourir à des explications indirectes, cachées, pour rendre compte de la complexité et de la diversité des situations. Il nous faut, si nous devons néanmoins trouver un fil conducteur, élargir ce champ de vision et admettre une nouvelle entité dans le débat, muette jusqu'à présent, qui est la molécule elle-même. S'agissant des humains et en respectant le principe de symétrie (non encore entièrement explicité) que nous nous sommes imposés au début, il nous faudra alors faire l'effort d'adopter ici un principe d'impartialité et n'accorder aucun privilège,

---

<sup>174</sup> Barsony J., *op. cit.*

aucune dotation à priori<sup>175</sup> aux médecins et aux toxicomanes. En d'autres termes ne pas préjuger de la supériorité de thérapeute du médecin et s'efforcer d'accorder les mêmes compétences et les mêmes savoirs ordinaires aux deux partis s'agissant de l'objet qui les réunit. Dans le même cadre et si nous souhaitons faire parler tous nos protagonistes, une ultime précaution s'impose mais qui ne devrait être, si on nous a bien compris, qu'une légère piqure de rappel. Il nous faudra, en suspendant la supériorité présumée du médecin, suspendre dans le même temps (sans les oublier surtout) les objectifs officiels de la « substitution » à l'aune desquels nous sommes tentés, malgré tout, d'évaluer ou de juger l'utilisation que font les usagers de drogues de ce traitement et de se laisser influencer par les interprétations courantes.

Une évaluation objective me paraît une entreprise relativement difficile voire impossible dans la mesure où la définition même de ce que doit être la « substitution » relève d'une entreprise interminable, protéiforme et sans cesse en mouvement rendant ainsi et par la même la création de critères d'évaluation à priori pratiquement impossible à stabiliser. Il faut rappeler que la création d'un collectif n'est jamais une entreprise finie, que sa stabilité reste relative quelque soit la solidité qu'il affiche et que certains des réseaux qui le traversent le dépassent la plupart du temps jouant par la même sur cette stabilité. Les débats et les disputes qui ont marquées la mise en œuvre de la « réduction des risques » n'ont pas disparus et les tensions sont toujours présentes. La buprénorphine continue de les arbitrer en fonction du rôle qu'on souhaite lui faire jouer. Ainsi les controverses entre « soin » et « maintenance », entre « médicalisation » et « psychothérapie », entre « médicament » et stupéfiants » sont régulièrement réactivés rendant encore plus difficile une stabilisation quelconque. Enfermée dans sa boîte notre petite molécule donne raison à tout le monde et ce depuis que nous avons décidé de la faire exister. Car au fond c'est bien l'indication qu'un objet n'est jamais inerte et qu'il entretient aussi des interactions complexes avec les humains en fonction des scripts que nous décidons de graver. C'est bien là finalement l'histoire de la buprénorphine dont nous avons esquissé brièvement les grandes lignes. Une molécule n'agit jamais seule, elle n'est pas dotée de pouvoirs magiques dont la pharmacologie serait la seule discipline susceptible de rendre compte. L'histoire des psychotropes est ainsi faite et l'action des molécules dépend moins, en définitive, de leurs propriétés intrinsèques que des scripts médicaux et des conventions d'usage qui les régissent. Tout au long de la chaîne de montage jusqu'à leur diffusion dans le monde, chercheurs, législateurs, expérimentateurs ont toujours délégués « le pouvoir de

---

<sup>175</sup> Latour B., *op.cit.* 1989.

conférer aux choses le pouvoir de conférer à l'expérimentateur le pouvoir de parler en leur nom »<sup>176</sup> et donc de les mettre en boîte. La transformation de la buprénorphine (du Temgésic® au Subutex®) n'est pas qu'une simple question de dosage.

Avant d'obtenir l'autorisation de mise sur le marché et d'être diffusée la buprénorphine haut dosage a du passer toutes les « épreuves d'authentification » destinées à en tester la fiabilité, épreuves caractérisées à chaque étapes par « d'après négociations ». Mais ces épreuves ne concernent pas seulement la chimie et la pharmacologie. De nouveaux acteurs sont mobilisés à chaque étape de la transformation, politiques, juristes, journalistes, policiers<sup>177</sup>. Le même produit transformé ne se distingue pas tant par ses effets (qui restent finalement les mêmes) que par la nouvelle mission qui lui est assigné dans les nouveaux dispositifs de « politisation » régissant le monde de l'usage des drogues et censées le transformer. Mais cette nouvelle mission ne l'habille pas d'un statut inaltérable, autrement dit la buprénorphine, même si elle a passée toutes les épreuves pour devenir un « médicament », ne sera pas toujours perçue comme telle en fonction des réseaux où elle circule et sera donc tributaire des différents jugements qui seront portés sur elle. Nous savons maintenant que l'arrivée de la buprénorphine a encore segmentée le paysage de l'usage de drogues et sa prise en charge, son contrôle visible et son utilisation invisible. Authentifiée comme un « médicament » destinée à la « réduction des risques » et ensuite au « soin des toxicomanes » elle a dans le même temps été authentifiée comme une drogue supplémentaire par les amateurs de drogues dans le cadre officieux des consommations illégales de psychotropes. Chaque monde, chaque collectif possède ses propres experts et ses propres épreuves destinés à authentifier les humains et les non-humains qui le composent. Ce processus d'authentification destiné à faire entrer où à expulser des entités des mondes qui se construisent n'est pas nouveaux et a déjà été exprimé par Anselme Strauss dans sa critique (constructive) des courants interactionnistes bien que limité aux humains<sup>178</sup>. Ainsi comme nous le soutenons l'histoire n'est jamais faite de ruptures

---

<sup>176</sup> Latour B Stengers I., in Pignare, P., *Puissance des psychotropes, pouvoir des patients*, PUF, collection « Sciences, histoire et société », Paris, 1999.

<sup>177</sup> Pignarre P., *Les deux médecines, médicaments psychotropes et suggestion thérapeutique*, La Découverte, Paris, 1995

<sup>178</sup> Strauss A. *La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme*, l'Harmattan, collection « logiques sociales », 1991. Cette critique de l'interactionnisme prend naissance chez Strauss à partir de la philosophie développée par Herbert Mead dont nous pourrions soutenir qu'il pourrait être l'un des précurseurs (entre autres) de la sociologie de l'acteur-réseau. Ce dernier a une vision du changement social et de la communication, selon Strauss, comme étant une vaste prolifération illimité et incessante de groupes en activités n'ayant nécessairement ni frontières claires ni organisations sociales. Il faut concevoir l'évolution de certains groupes comme ce qu'il appelait l'élargissement du champ de conscience (c'est moi qui souligne) tout en voyant que d'autres groupes n'y participent pas. Certains croissent et s'étendent, d'autres se rétractent et meurent. Il y a

mais de recompositions comme en témoigne nos dispositifs dont l'évolution relève beaucoup moins du remplacement de l'ancien par le neuf que de l'adjonction du neuf à l'ancien, de la transformation de l'ancien pour en faire du neuf.

Prise dans les protocoles thérapeutiques médicaux la buprénorphine est un médicament. Tout l'atteste. Même si sa fonction thérapeutique (ce qu'elle est censée soigner) n'est pas claire au demeurant, peu importe finalement. Notre actant est authentifié et a droit au même titre que ses congénères au statut de médicament. A ce titre il intervient dans la relation entre le médecin et son patient en proposant un cadre minimum, la prescription. Mais cette prescription, autrement dit le script gravé par les concepteurs, laisse une marge de manœuvre appréciable aux médecins parce que ce dernier fait la plupart du temps référence à un modèle, un algorithme qu'il s'est construit à l'épreuve de sa propre expérience. Mais notre buprénorphine n'a pas toujours envie de jouer le rôle qui lui est assignée. Elle résiste, ne semble pas vouloir être digérée par le protocole médical comme la plupart des médicaments classique, et son consommateur ne semble décidément pas rester à la place qu'on lui assigne. A qui la faute ? Comment expliquer toute cette agitation ? Le médecin est régulièrement débordé et n'en fini de rappeler le patient à l'ordre, gentiment, fermement, avec condescendance ou par dépit. Un dialogue difficile. L'un n'entend pas ce qu'on lui dit et l'autre non plus parce que l'un et l'autre ne parlent pas de la même chose, ne traduisent pas les mêmes choses ou ne traduisent rien. Le médecin se questionne sur sa mission au moment de l'interaction avec son patient. Dois-je simplement délivrer un médicament, dois-je contrôler son usage ou suis-je appelé à faire plus, ce plus étant à chaque fois particulier au médecin qui pose la question. Cette tension constante générée par ces questions et confrontée aux aléas d'une prise en charge toujours incertaine, obscure, qui donne souvent l'impression

---

également de la part de Mead une insistance sur la formation d'univers de discours et qui est consubstantiel à la formation des groupes. Au final le changement évoque chez Mead des groupes qui émergent, évoluent, se développent, se séparent, disparaissent, se rejoignent, ou dont certaines parties s'éloignent et s'allient éventuellement à des segments d'autres groupes pour former de nouveaux regroupements, souvent en opposition aux anciens. On voit, selon moi, Chez Mead cette intention de ne fixer aucun a priori, aucune détermination quelconque, mais de suivre les mouvements de ces groupes ou de ces regroupements et de décrypter les forces qui les traversent, les unissent et les séparent tout en rappelant cette « conscience » dont ils sont porteurs. Le sociologue suit, constate et traduit de son point de vue de sociologue. Il ne fait référence à aucune loi pour expliquer de qui se passe mais trouve dans ces processus la matière qui alimentera sa traduction. La théorie de la « négociation » (qui fait partie dans la sociologie de l'acteur-réseau d'un ensemble plus vaste qualifié de « traduction ») est bien née, selon moi en tous cas, de ce renversement de perspective qui n'était pas voulu au départ mais qui transcende certains postulats en terme d'« organisations » ou de « professions » jugées non pertinents pour expliquer les mécanismes à l'oeuvre. Strauss suggère d'ailleurs de travailler sur les conséquences de cette « fluidité » Meadienne c'est-à-dire à l'indétermination de la rencontre entre ces groupes plutôt que de restreindre l'analyse à certains types de processus et qu'on ne se limite pas à des études « micro » ou « macro » de ces questions. On voit bien ici la force de cette analyse que l'on retrouve dans certains principes fondamentaux de la sociologie de l'acteur-réseau.

au médecin de ne pas réellement faire son métier n'en finit jamais. Elle est résorbée au cas par cas parce que les médecins finissent par trouver un équilibre, ou pas. Au final lorsque l'équation s'avère insoluble certains jettent l'éponge.

« J'ai fait ce type de traitement pendant cinq ans, je pense que j'ai rendu service, en tous cas je pense que j'ai fait mon travail comme médecin...c'était pas facile, j'en avais seulement cinq mais ça demandait de la patience (...) Franchement je voyais pas ou ça me menait, j'avais l'impression d'arriver à rien, c'est pas que ça marchait pas, je dirai pas ça mais il y avait toujours des problèmes...Je maîtrisais pas tout, j'avais l'impression de me faire avoir... sûrement que ça leur était profitable mais j'y trouvais pas mon compte en tant que médecin, j'avais juste l'impression de délivrer un produit...je sais pas si j'avais raison ou pas, en tous cas je me suis essoufflé, j'arrivai plus alors j'ai arrêté, je les ai orienté vers des confrères mais j'ai essayé d'être honnête avec eux, je leur ai expliqué pourquoi ».

De l'autre côté le patient ne peut pas rester à sa place malgré toute la volonté qu'il peut déployer et malgré les injonctions et les jugements dont il fait l'objet. Car lui-même est en prise avec son propre « médicament » et la relation est loin d'être simple. Tout ce que ce traitement libère ne peut être mis en boîte par le protocole thérapeutique (quelle que soit sa nature) quel que soit l'emballage. Tous les effets que ce traitement génère ne peuvent entrer dans les catégories cliniques traditionnelles parce qu'ils ne résultent pas d'une pathologie nosologiquement certifiée. La substitution n'existe pas parce que la toxicomanie n'existe pas. Ces deux notions agissent en miroir et font appel à des perceptions qui s'alimentent l'une dans l'autre ce qui rend la relation entre le médecin et son patient particulièrement inaudible parce que évoluant dans une boucle sans fin. Le médecin entend son patient mais ne l'écoute pas réellement, il codifie ce qu'il lui dit mais ne peut pas (toujours) se déporter pour comprendre réellement ce que ce dernier tente péniblement de lui traduire lorsqu'il trouve le courage de le faire. A ce stade nous ne pouvons résoudre le problème qu'en trouvant une solution limitée à l'interaction entre le médecin et son patient. Nous pourrions effectivement lister tous les malentendus, les ratages, les incompréhensions et nous le ferons mais pas directement, ceci pour deux raisons. L'une concerne notre interaction à laquelle nous n'avons pu assister. Mais ceci n'est finalement pas très grave. Si nous considérons que cette interaction est fatalement cadrée par des objets, en l'occurrence notre buprénorphine, il nous faut inviter cette dernière dans notre analyse. En d'autres termes ce n'est pas tant la relation entre deux individus qui nous intéresse, bien qu'elle soit importante, mais elle ne peut nous donner les raisons exactes

des malentendus puisque nous excluons à priori un acteur qui génère la plupart des effets censés expliquer les décalages interactionnels de nos protagonistes sources de ces malentendus.

Alors il nous faut souligner cet « objet » comme étant également un acteur à part entière, loin d'être inerte, c'est-à-dire une source potentielle de l'agitation du toxicomane et par la même du médecin. Mais si nous sommes d'accord sur son statut, comment envisager sa nature et le rôle qu'il est amené à jouer ? Mobilisé comme un médicament traditionnel il n'est qu'un « intermédiaire », son action est localisée (on connaît les dosages qu'il faut), ses résultats sont prévisibles (résorber le manque), le reste ne lui est pas imputable et doit trouver des explications ailleurs, en grande partie dans la « nature » et le « comportement du toxicomane », donc recourir à des théories explicatives d'arrière plan la plupart du temps psychologiques ou psychiatriques. Ce n'est évidemment pas la voie choisie on l'aura compris. S'il est n'est pas intégré comme intermédiaire il le sera comme « médiateur » (au même titre que les deux autres participants) ce qui fait toute la différence et nous oblige à un petit renversement de perspective.

Selon la sociologie de l'acteur réseau, tout médiateur est forcément une entité controversée parce qu'elle génère des événements qui ne sont pas toujours prévisibles. Nous pouvons tous en faire l'expérience quotidiennement si nous redonnons aux objets la place qui leur revient. Cette constatation n'est pas liée à la nature du médiateur mais dans sa capacité à ne pas transporter fidèlement et sans transformation des informations mais plutôt à générer de l'action, pas toujours prévisible, destinée à se propager de proche en proche dans une réaction en chaîne interminable. Si le médiateur n'est pas cet objet inerte il ne laissera sûrement pas indifférent son vis-à-vis. La buprénorphine ne laissera donc pas plus indifférent le toxicomane que ce dernier son médecin. Il s'agit alors de cerner avant tout les épreuves qu'elle suscite parce que finalement l'action n'est rien si elle ne donne pas lieu à des épreuves « faisant ou faisant faire quelque chose »<sup>179</sup> et retranscrites ensuite dans les comptes rendus des médecins et des toxicomanes. La buprénorphine, comme médiateur, oblige donc à une transformation du patient en modifiant une situation donnée dans beaucoup de domaines, elle oblige surtout à

---

<sup>179</sup> Latour B., *op.cit.* 2006. Dans la perspective de la sociologie de l'acteur réseau, le « médiateur » se distingue de « l'intermédiaire » par l'action qu'il transporte et qui transforme son environnement en utilisant d'autres médiateurs pour provoquer d'autres transformations et ainsi de suite. Ce qui en sort, toujours visible, prend à chaque fois le caractère d'un événement susceptible d'une traduction. À ce titre il n'est justement pas, comme l'intermédiaire, ce simple transfert où les « inputs » permettent de prévoir les « outputs » de manière constante et certaine sans aucune transformation possible et que l'on peut mettre en « boîte noire » et ignorer ensuite.



éprouver cette transformation et à l'exprimer ensuite. Il n'est pas déraisonnable, dans notre cas, de faire l'hypothèse que la dispute s'engage presque inmanquablement sur l'interprétation de ces épreuves.

« Quelque soit le médicament, les malades n'éprouveront presque jamais ses effets de manière quasi identiques, sans que l'on sache toujours réellement pourquoi ».

Médecin

## **CHAPITRE IV.**

### **LA BUPRENORPHINE EST UN MEDIATEUR.**

Dire de cette molécule qu'elle serait un « médicament » ordinaire selon le point de vue médical, c'est postuler qu'elle est sensiblement amenée à jouer un rôle similaire à celui que l'on serait en droit d'attendre de tout autre médicament. Autrement dit elle remplacerait immédiatement l'héroïne et ce faisant mettrait l'usager de drogue mécaniquement en situation de patient, ce qui aurait pour effet de transformer instantanément ce qu'il est selon la bonne vieille relation thérapeutique asymétrique qui fonctionne encore bien. Chacun joue le rôle qui lui est assigné par l'intermédiaire d'un produit lisse et sans aspérité se contentant d'avoir une action dont les effets et les résultats sont connus à l'avance et suffisants. Seulement notre molécule est rugueuse, elle résiste et ne semble pas toujours vouloir jouer le rôle que ses prescripteurs lui ont assigné, en tous cas le déborde régulièrement de toute part. Captivé par les usagers de drogues le produit est reprogrammé pour développer d'autres lignes de conduite en fonction des utilisateurs qui le consomment. Bien sûr comme nous le verrons plus tard il est pratiquement impossible de décrypter ces programmes ligne par ligne, pas à pas, corrélativement à chaque utilisateur et en fonction de toutes les contingences possibles, ce travail fastidieux n'en finirait pas et nécessiterait une observation en temps réel. Cependant certains programmes se ressemblent, certaines restitutions nous apprennent qu'ils ont également la capacité de générer les mêmes effets, les mêmes conséquences et ce faisant nous permettent au bout du compte de proposer certaines agrégations afin de leur trouver ensuite un modèle viable de traduction. En retour c'est donc bien la production de ces effets, exprimés par les utilisateurs que nous constatons concrètement par leurs dires et nos observations, qui nous permettent ici de proposer une définition de l'interface, et d'un point de vue plus dynamique de la médiation proposée par cette dernière, la buprénorphine haut dosage.

Mais comment allons-nous-y prendre, comment qualifier et définir cette interface, cette médiation, son rôle, les effets et les transformations qu'elle génère ? N'oublions pas que notre

« actant », puisqu'il n'est pas neutre à nos yeux, est systématiquement présent lors des consultations médicales, ou autres, mais à la différence des humains il est malheureusement toujours muet. Mais tentons ici de le faire parler même si nous ne sommes finalement que l'un de ses nombreux porte-parole. Nous suggérons de proposer un cadre de compréhension très global de l'action de cette molécule dont les références nous guideront plus tard tout le long de ce récit et que nous développerons au fur et à mesure de nos besoins.

## **I. INTERFACE ET MEDIATION : ENTENDUS ET MALENTENDUS.**

Nous avons jusqu'à présent suggéré ces notions, ce qui n'était pas inutile dans la mesure où ces deux aspects de notre objet participent d'une action commune dont nous allons maintenant dessiner un mode opératoire destiné à synthétiser tout ce qui a pu être dit jusqu'à présent. Proposons dans un premier temps de suggérer des définitions séparées de ces deux notions mais pour mieux les recombinaison ensuite.

### **1. Interface ou la rencontre de deux mondes.**

On pourrait partir ici de la définition étymologique pour faire court. On parle d'interface lorsqu'il est question d'une limite commune à deux systèmes permettant des échanges entre ceux-ci ou une frontière conventionnelle entre deux systèmes ou deux unités permettant des échanges d'informations. Cette définition relativement classique (nous n'avons pas affaire à des « systèmes » ou des « unités ») nous propose cependant l'idée générale que nous souhaiterions transposer ici. Dans tous les cas il est question d'échanges, de communication entre un patient et son prescripteur (mandaté par le concepteur) dont nous supposons que le produit joue le rôle de cette interface. Mais descendons encore plus bas, à l'intérieur du produit même, pour voir comment se comporte cette interface.

Nous savons déjà qu'elle se situe à l'intersection de deux visions du monde. Celle de l'usage de drogues censé se transformer grâce à son action et celle plus conventionnelle que l'on souhaiterait substituer. Dans le produit est résumé l'ensemble des objectifs censés se déployer pour atteindre cette transformation : une gestion de la dépendance, problème majeur, devant ensuite ouvrir sur une intégration dans la société conventionnelle. Seulement cette adéquation

ne marche pas car elle repose sur un modèle, une « stratégie thérapeutique » qui fonctionne comme une théorie absolue, explicative avec ses catégories et ses notions préconstruites. Alors il nous faut déconstruire. La prescription de buprénorphine est problématique parce qu'elle crée à chaque fois une configuration différente. Comment l'expliquer ? Nous avons déjà partiellement fait le chemin et nous savons maintenant que l'objet destiné à s'insérer dans un monde pour le transformer est plus que souvent dévié de sa trajectoire par ses utilisateurs. Nous savons également que l'objet en question peut être reprogrammé de différentes façons pour être digéré dans le monde visé mais du point de vue de ses utilisateurs. Ainsi et en combinant ces deux actions il nous est possible de les voir sous la forme de la « prise »<sup>180</sup> (du produit), autrement dit « un agencement maîtrisé de deux contraintes ». D'une part la contrainte offerte par les « plis » du produit (les effets possibles) et d'autre part les « repères » apposés par les spécialistes du traitement qui sont dans d'autres domaines les « scripts » gravés par les concepteurs que nous propose Madeleine Akrich.

Cependant, tout produit est destiné à un usage. De ce point de vue il nécessitera d'être « déplié » dans le respect ou non des repères, des scripts insérés en lui. Cependant nous souhaiterions introduire à ce stade une proposition. Les plis ne résident pas seulement dans la question des effets directement liés à l'action neurologique du produit, remplacer la drogue, ces derniers seraient même secondaires à mon avis. Ils en contiennent beaucoup d'autres, brusques, imprévus, sournois. Ils obligeront le patient, de par leurs effets, à effectuer une réorganisation des repères imposés par le concepteur. Cette réorganisation n'est pas simple, son évolution non plus et si ces « effets secondaires » peuvent faire l'objet d'une montée en généralité destinée à les mettre en lumière, en revanche ils influenceront différemment les trajectoires respectives liées aux différentes contingences qui ne manquent pas de survenir. Ce sera l'objet du chapitre suivant que de restituer justement les effets libérés ainsi que le travail des usagers pour les maîtriser.

## **2. Le médiateur transforme.**

La grande particularité d'un médiateur est de créer de l'événement et en cela son action n'est finalement pas si difficile à décrire. Il transforme une situation donnée (A) en une autre (B) à travers des épreuves (C). Dans le cadre de la stratégie thérapeutique classique les situations

---

<sup>180</sup> Trépos, J-Y., « Dans les plis du produit : entre prise, emprise et méprise », *Le portique*, n°10, 2002.

sont données à l'avance (A doit mener à B) et les épreuves sont relativement ignorées (C est relativement négligeable). Cette équation néglige les frottements, les épreuves, en tous cas dans ce qu'elles sont réellement, parce que le produit est censé produire une relation causale comme simple intermédiaire, sans frottements, une équation linéaire. Nous verrons évidemment que cela n'est pas toujours possible en réalité, par exemple lorsque il existe des prescriptions supplémentaires d'antidépresseurs ou d'anxiolytiques, somme toute assez courantes. Le médecin dans ces cas tente de prendre en considération l'angoisse réelle du patient comme une épreuve imposée par l'un des plis du produit et introduit de fait des inconnus réguliers à son équation. Ainsi notre médiateur déplace, transforme une situation à travers des épreuves mais que l'on ne peut prévoir. Cette définition de l'action correspond finalement bien pour nous à une définition possible du « soin », exercice qui consiste à traiter (par l'intermédiaire d'un traitement) une situation en vue de la transformer. Rappelons que c'est bien cette analogie qui est utilisée par Tobie Nathan, pour décrire la « cure », même si la résonance est psychanalytique, le processus décrit reste le même. La fonction de « l'objet » (le produit), n'a qu'une vocation de médiation destinée à l'élaboration de la redéfinition du patient.

Si le patient déplace les repères inscrits dans l'objet c'est bien parce que le déploiement du produit n'obéit pas toujours au scénario envisagé et l'oblige en retour à cette réorganisation. Il y a ici un double mouvement. Autrement dit le patient et le produit ont chacun prise sur l'autre, chacun faisant agir l'autre dans une succession d'événements souvent imprévisibles. Au delà du mouvement c'est bien souvent qu'au delà des prises réciproques c'est à une véritable « emprise » à laquelle on assiste. Compte tenu du caractère difficile de la buprénorphine haut dosage et dans les cas de « cristallisation » extrêmes (les injections du produit par exemple), c'est bien par certains aspects cette configuration qui nous saute aux yeux mais du point de vue du produit. Les choses, malgré les apparences, ne sont jamais ainsi car c'est là une autre caractéristique de notre médiateur dans la définition que nous tentons de lui donner depuis le début comme « actant ». Le produit n'est pas neutre, il dévoile des plis inattendus qui agissent sur le patient qui en retour agira sur le produit pour le détourner afin de lui assigner une autre mission et ainsi maîtriser certains plis. Ainsi il n'agit pas sur le patient mais le fait agir et la réciproque reste vraie.

La dernière dimension qu'il nous reste à aborder concerne enfin les recompositions (ou les redéfinitions) des patients que nous voulons résumer comme une expérience subjective et perceptives des individus.

## **I. L'UNIVERS DE L'USAGE DE DROGUES EST UN COLLECTIF INVISIBLE.**

Que voulons nous dire par là ? Au fond simplement rappeler l'un des principes de la sociologie de l'acteur-réseau qui consiste à ne pas faire de différences entre les divers assemblages qui s'offrent à nous dans le but de les solidifier une fois pour toute dans des représentations substantielles et idéalisées. Non pas que ces constructions n'existent pas bien sûr, non seulement parce que nous nous y référons, nous les utilisons, mais aussi parce qu'elles modèlent notre propre perception au monde en nous permettant de le traverser et d'y vivre. Elles disent ce que nous sommes, ce que nous voulons, ce que nous devons penser ou les attachements que nous devons faire exister. Ce que cette sociologie nous apprend ce n'est pas la fausseté d'un monde qui se cacherait derrière un autre plus réel, un monde fait de valeurs et de mesures arbitraires différentes à l'aune desquelles nous mesurons définitivement la place des uns et des autres, enfin un monde essentiellement perceptible à partir des partages dont nous nous servons pour le représenter et qui naturalise les différences qui le composent. De ce point de vue ce n'est pas un monde mais à peine un demi-monde, voire un quart, qui s'offre à nous, les autres parties n'étant jamais ou très peu perceptibles, sauf lorsque nous décidons de les faire apparaître, parce ne respectant pas les critères qui fondent le partage et donc notre compréhension du monde tel que nous nous le représentons. C'est bien pour faire apparaître ce qui est caché que la sociologie de l'acteur-réseau plaide pour ce principe de symétrie destiné à réévaluer les ordres de grandeur.

Dans une autre perspective (à peine différente sur ce principe), c'est bien l'entreprise que tente de mener à bien la sociologie des interactions. Sa validité tient essentiellement au principe de non partage qui consiste à appréhender les constructions des invisibles comme de même solidité et réalité que celles des visibles, la différence ne tenant qu'à une ligne de partage qui divise arbitrairement les deux constructions rendant l'une plus légale et légitime que l'autre parce que la disqualifiant dans le même mouvement.

Qu'est ce à dire pour notre propos ? Nous considérons depuis le début la « réduction des risques » comme cet acteur protéiforme, ce « macro-acteur », cet assemblage progressif qui allait donner naissance à ce nouveau monstre s'agissant du contrôle de l'usage des drogues. L'une des boîtes centrales sur lesquelles il est assis se nomme « substitution », elle est fermée, ses nombreux utilisateurs s'en servent telle quelle sans se préoccuper de savoir vraiment ce qu'elle contient, lui donnent quelque fois des coups de pied, la déplacent de quelques centimètres, essayent de la déformer mais toujours sans l'ouvrir. Nous avons déjà préalablement suggéré que la question de « l'abstinence » s'est progressivement déplacée pour laisser la place à la question de la « substitution ». La boîte a grandi en taille mais ne s'est jamais réellement ouverte dans la mesure où sa place, sa fonction restent globalement les mêmes, nous l'avons vu, une nouvelle offre de « soin », une nouvelle « stratégie thérapeutique » mais qui vise finalement et globalement les mêmes objectifs bien que développant d'autres moyens, d'autres dispositifs plus faibles. Bien sûr les débats et les controverses portés au dessus d'elle sont continus (dont la boîte s'alimente d'ailleurs pour se renforcer) mais ceux ci sont toujours contrôlés par le collectif auquel elle appartient et dont le « soin », certes avec une vision différente, reste néanmoins l'élément unificateur. Ainsi la boîte « substitution », quelque fois péniblement entrouverte mais jamais ouverte, écartelée ou déformée, obéit en gardant néanmoins la place qui est la sienne, quelles que soient les violences dont elle est l'objet.

Mais qu'en est-il de notre collectif invisible ? La « substitution » y existe aussi de notre point de vue de sociologue (bien que les usagers de drogues ne l'ait jamais assemblé) et y existait bien avant que le nouveau monstre ne lui donne une existence propre mais contrôlée par ses propres soins. Ce que nous voulons dire c'est que l'usage des drogues ne peut exister seul, en tous cas n'a jamais existé sans les artifices destinés à le contrôler. Les usagers ont de tous temps fait appel à des médiateurs autres que la drogue proprement dite pour contrebalancer l'influence de cette dernière et créer d'autres interfaces susceptibles de leur garder un autre rapport au monde, aussi ténu soit-il, par besoin ou simplement par raison. Ainsi l'usage de drogue ne peut se réduire et se voir qualifier comme la simple dépendance à un produit qui trouverait en lui-même la raison de sa propre existence, de sa propre explication. Il est à n'en pas douter important, voire central, dans l'existence de l'individu mais cet usage est un assemblage qui dépasse la simple consommation du produit et introduit des équipements, des artifices, des interactions, des organisations multipliés par une multitude d'individus, bref un collectif fort mais invisible. Ce dernier est également assis sur une boîte que l'on pourrait

nommer « substitution » car la drogue ne s'écoule pas à flux tendu dans toutes les ramifications de notre collectif « usagers de drogues ». La drogue est chère et ce faisant elle manque parce que les usagers ordinaires ne font pas partie des plus fortunés, loin s'en faut. Pour pallier ces manques réguliers du produit il faut bien trouver des solutions et parmi elles figure entre autre l'invention de la « substitution ».

## **1. Qu'est ce que l'usage de drogues ?**

Nous soutenons néanmoins ici l'idée communément partagée, qui restera à préciser bien sûr, que l'usage de drogues tend considérablement à réduire l'existence de l'individu au seul profit relatif de cette activité. La littérature professionnelle spécialisée consacrée à la « toxicomanie » n'est généralement pas avare pour exprimer cette conduite qu'elle qualifie généralement de « dépendance ». La drogue serait ainsi le produit qui tend inexorablement et inéluctablement à consumer complètement son consommateur sans que celui-ci ne puisse conserver la moindre ressource pour lui résister. Le dispositif antérieur à la « réduction des risques » prônait un sevrage complet suivi d'une psychothérapie censée régler le véritable problème ancré dans l'inconscient du sujet et supposé avoir généré cette « toxicomanie ». De fait régler ce problème a priori supprimerait la question de la dépendance qui n'est finalement qu'un symptôme du problème. La notion même de « dépendance » recouvre à elle seule toutes les facettes de cette perception du problème.

Mais pendant longtemps cette perception de la « toxicomanie » et de « la sortie » consistait à les concevoir comme un « dedans » et un « dehors » dont le passage de l'un à l'autre ne pouvait se concevoir que comme une rupture, un arrachement complet d'un monde et un attachement non moins complet à l'autre. Les différentes difficultés et subtilités régissant cette opération ne rentraient pas vraiment en ligne de compte dans la mesure où elles ne représentaient que des aléas qui ne mettaient pas en cause cette perception du problème, bien ancrée dans l'imaginaire collectif. Cette coupure a bien été symbolisée pendant des années par les centres de soins pour toxicomanes avec hébergement, ce que l'on nommait les « postures ». L'idée était bien admise qu'il fallait éloigner le toxicomane, l'extraire brutalement du monde de la drogue qui était le sien après le sevrage pour le soigner en un lieu qui représentait somme toute le sas vers le nouveau monde, un monde sans drogue. Mais cette conception se heurtait à deux problèmes majeurs. Nous connaissons le premier qui s'inscrit dans la notion



même de « soin » dans la mesure où cette dernière repose sur une définition arbitraire a priori pour qualifier la toxicomanie. La seconde est que coupé du monde extérieur notre individu se retrouve dans un contexte censé le soigner mais qui en fait lui renvoie inexorablement étape après étape sa nature de « toxicomane » dans la mesure où il ne peut se soustraire à cette définition incarnée par l'institution même dans laquelle il réside. Les cas où cette rupture est possible existent et nous avons déjà pu le constater, l'entendre ou le lire quelque part, ce sont les cas où un changement spatial complet s'opère, un déménagement, un séjour long à l'étranger. Mais on oublie aisément que dans ces situations le changement n'est certainement pas instantané et qu'il introduit progressivement une transformation faisant intervenir une multitude de facteurs dont les perceptions de l'individu à partir desquelles s'opère, comme nous le verrons, un travail sur les attachements, ce qu'une institution aussi diversifiée soit-elle ne peut jamais satisfaire.

Cependant nous pouvons accepter provisoirement certains présupposés, qu'il nous restera à expliciter, sans pour autant les passer au crible d'une analyse ou d'un modèle particulier. Nous pouvons considérer, sans trop nous tromper, que l'usage de drogue se résume généralement à une expérience subjective, perceptive, temporelle et émotionnelle particulière, prenant le pas sur les autres expériences de l'individu. Nous interrogerons précisément chacun de ces termes et leur articulation dans la prochaine partie mais il nous faut bien considérer ici, à ce moment, la drogue comme cet « actant » qui chemine avec son consommateur et qui se propose d'être son interface et son médiateur avec le monde conventionnel. La grande majorité de ce qu'est ce consommateur est vécue, perçue à travers son produit de consommation. Ce faisant il ne nous semble pas déraisonnable de dire que ses conduites, tournant principalement autour de l'univers de la drogue, présentent certaines caractéristiques qu'il nous faudra cependant grandement relativiser.

D'une part les liens que crée ou entretient l'usager de drogues sont généralement réduits aux personnes évoluant près de lui et toutes plus ou moins motivés par les mêmes objectifs, consommer, acheter ou vendre de la drogue, éventuellement des connexions plus ou moins longues avec les services de répression ou de soins. Ces liens sont donc relativement homogènes dans leurs contenus parce que faisant intervenir régulièrement la même interface, la drogue et ses différentes connexions.

D'autre part la temporalité dans laquelle se situe l'utilisateur de drogues est particulièrement réduite au présent ou au juste lendemain. Le passé est généralement refoulé, mis en sommeil, pratiquement jamais questionné. Parce que la drogue n'attend pas, elle travaille en temps réel et dans l'urgence quotidienne, elle exige une consommation d'elle-même assidue, fréquente et régulière. Ce n'est évidemment pas toujours le cas ce qui oblige souvent notre médiateur à secouer son consommateur et le rappeler à son bon souvenir. Si tôt le travail fini qu'il faut le reprendre.

Enfin la question des affects ou des émotions n'est pas en reste, loin de là. Il en sera largement question dans les pages qui suivent. L'usage de drogue semble bien réduire cet aspect de l'existence également. C'est généralement une parenthèse qui est exprimée par les usagers, comme si les émotions naturelles que nous expérimentons régulièrement étaient mises en sommeil, anesthésiées, oubliées dans ce qu'elle pouvait être et surtout faire être l'individu. Sans la drogue, et malgré le produit de substitution, ce dernier s'éveille handicapé émotionnellement et devant gérer une multitude de sensations qui lui font violence.

Ces trois aspects, d'une part les liens, d'autre part la temporalité et enfin les émotions sont essentiels de l'action de notre médiateur drogue dans la mesure où ils contribuent fortement au cadre conceptuel, perceptif, temporel et émotionnel de l'utilisateur.

## **2. La « substitution », une invention déjà inventée.**

Mais tous ces constats ne sont pas nouveaux, ce ne sont pas des explications mais des traductions faites par les usagers (traduites ensuite par le sociologue), parce que longuement vécus et exprimés par les intéressés eux-mêmes. C'est dans ces traductions qu'intervient régulièrement la question de la « substitution », pratique que j'avais découvert progressivement lorsque j'ai entrepris de travailler et ensuite d'observer le milieu de la « toxicomanie ». Cette question m'est apparue très rapidement dans la mesure où la très grande majorité des usagers de drogues avaient en plus de l'héroïne largement consommée d'autres produits dont principalement le Néocodion®<sup>181</sup> sur des périodes plus ou moins longues et souvent à des doses très élevées. Il ne m'a pas fallu longtemps pour m'apercevoir

---

<sup>181</sup> Ce médicament est destiné dans son utilisation ordinaire à calmer la toux. Seulement il est composé en faible partie de codéine, un alcaloïde de l'opium ce qui peut expliquer son utilisation par les usagers de drogues notamment pour pallier l'absence d'héroïne ou pour entrer dans un autre mode de gestion de leur dépendance. Il est en vente libre en pharmacie sans obligation de prescription par le médecin.

que ce médicament était largement employé par les usagers de drogues pour gérer leurs rapports conflictuels à l'héroïne. Les personnes que je rencontrais et qui se confiaient à l'institution n'étaient visiblement que la face émergée de l'iceberg, du collectif dont il est question ici. Toutes les statistiques, tous les rapports que je soulevais faisaient état de ce produit à un moment ou à un autre dans la trajectoire des usagers pour des raisons diverses. Cependant il me semblait bien que la plupart des professionnels avaient intégré implicitement le Néocodion® comme un produit de « défonce » lorsque l'héroïne manquait simplement pour remplacer cette dernière. Il s'agissait simplement de remplacer un produit par un autre pour ne pas être en manque, une simple question de gestion mécanique de la dépendance, le rapport à cette dernière restant inchangé, immuable, bien à l'abri dans cette redoutable boîte noire créée par le « dispositif spécialisé »: « Ce n'est pas la drogue qui fait le toxicomane mais le toxicomane qui fait la drogue ». Autrement dit quelque soit le produit de remplacement il est insignifiant, comme l'héroïne, au regard du problème réel à savoir celui enfoui dans l'inconscient du sujet.

J'en suis naturellement arrivé à la conclusion que le Néocodion® n'était pas qu'un produit utilisé mécaniquement pour pallier l'absence d'héroïne mais qu'il jouait un rôle non négligeable dans l'assemblage de notre collectif. Cependant, et parce que les usagers de drogues que je rencontrais m'en donnaient toujours une version différente, comme si ce produit, bien qu'il suppléait l'héroïne, avait toujours une fonction différente, j'en étais arrivé progressivement à la conclusion que le problème n'était pas forcément à l'intérieur des individus.

Que reste-il de mes investigations ? La plupart des utilisateurs du Néocodion® sont généralement des consommateurs d'opiacés de longues date, souvent insérés socialement et qui gèrent assez tranquillement cette utilisation du produit qu'ils associent globalement à l'usage en règle générale. Quelle fonction a ce produit dans cet usage ? C'est très variable et finalement le produit n'a de sens qu'en fonction de la médiation qu'il assume. Il peut être consommé de temps en temps pour pallier les insuffisances de l'approvisionnement d'héroïne, comme il peut être consommé à outrance en l'absence totale de celle-ci. Certains peuvent trouver un équilibre entre une consommation régulière d'héroïne et de Néocodion® pour faire jouer les deux médiateurs à force égale. La règle centrale ici est de ne pas se laisser envahir par l'héroïne pour garder le plaisir de sa consommation intact et pallier les autres jours au

manque qu'elle provoque en employant un produit susceptible de contrer les effets indésirables.

« C'était juste pour ne plus y penser, j'avais d'autres trucs... Je prenais l'héro, quoi, 2 à 3 fois par semaines, le reste du temps quand j'y pensais et que j'avais envie je prenais le néo, je voulais pas rentrer dedans complètement et devenir complètement accro.... C'était variable mais il m'arrivait de prendre 20 comprimés par jour ».

Pour d'autres la relation s'est progressivement et complètement inversée au fil du temps. Ils ne prennent l'héroïne que très rarement, souvent de manière festive ou se faire un « trip » ponctuel, mais ont besoin de leur « Néo » quotidien, le plus souvent entre 4 et 8 comprimés par jour. D'autres encore utilisent le produit de manière intensive pour faire des « breaks » avec l'héroïne qu'ils veulent mettre à distance. Dans ce cas l'issue sera différente en fonction de la recombinaison influencée par ce dernier. Retour à l'héroïne ou pas. Les plus dépendant, en cas de privation peuvent consommer entre six et huit boîtes par jour avec certaines difficultés d'absorption.

Le Néocodion®, comme produit de substitution, et quelle que soit son utilisation n'a jamais été un secret pour personne et encore moins pour les pouvoirs publics qui ont adopté au début des années quatre vingt dix une posture analogue à celle de leur investissement dans la « réduction des risques ». Pour ne pas se faire les complices de ce détournement qu'ils ne pouvaient pas ignorer et ne pouvant décemment interdire un médicament contre la toux les autorités sanitaires ont fait réduire les comprimés de 24 à 20 par boîte et ont limité la délivrance (sans ordonnance) à une boîte par personne. Mais ces dispositions, comme on pouvait s'y attendre, ne règlent rien mais développent en contre partie le tourisme des usagers de drogues, ce que certains appellent aujourd'hui le « nomadisme médical » s'agissant des prescriptions de la buprénorphine haut dosage.

Les études sur le Néocodion® comme ressource des usagers de drogues n'existent pas officiellement, nous pouvons le comprendre dans la mesure où ce médicament contre la toux a longtemps servi de rotule à la stabilisation de deux collectifs, l'un visible et l'autre pas, dans la mesure également où nous pensons que l'existence du premier dépendait de l'existence du second. Le « dispositif spécialisé » n'accueillait somme toute qu'une très faible minorité des usagers de drogues, principalement ceux dont il constituait le dernier recours. Comme dans

les univers de pratiques invisibles qui échappent à toute détermination, la majorité selon nous, il est difficile d'avoir des appuis dans celui-ci qui puissent nous donner un tant soit peu la visibilité d'une réalité qui nous échappe constamment parce que cachée. Au plus nous pouvons faire des approximations, des déductions et des interprétations. L'une d'entre elles consiste à suivre l'évolution des ventes de Néocodion® et d'en tirer certaines conclusions. Ce que nous allons faire à partir d'un travail préalablement effectué et l'un des seuls à notre connaissance<sup>182</sup>.

<b>Année</b>	<b>Boîtes vendues</b>
1992	8 748 200
1993	10 000 400
1994	10 833 300
1995	11 996 800
Septembre 1995 à septembre 1996	11 246 300

Au vu des chiffres publiés, on observe que la vente du produit, en augmentation constante jusqu'en 1995 accuse une légère stagnation en 1996. Si on considère le développement brutal de la buprénorphine haut dosage à partir du mois de février 1996 il semble bien que son influence ait eu des conséquences assez relatives sur la vente du néocodion® qui se maintient assez bien compte tenu de l'avantage offert par la buprénorphine. Nous pouvons évidemment nous allier ces statistiques et les enrôler pour notre propre profit, ce que nous allons faire. Une explication possible et raisonnable de cette évolution des ventes pourrait être imputée à la fonction même du Néocodion®, un médiateur pour des usagers autonomes qui gèrent leur propre dépendance, le plaisir qu'elle leur procure avec ses inconvénients, ses vicissitudes, mais qui vivent pleinement leurs vies en refusant une quelconque contrainte institutionnelle. Ils ne se considèrent ni comme « malades » ni comme « dépendants » mais estiment que ce mode de vie fait partie de choix personnels et privés dont ils n'ont pas à rendre compte. Comme produit de substitution le panel de l'utilisation du Néocodion® est relativement large, comme tout produit de substitution que l'on adapte à des usages singuliers sur lequel on réécrit des scripts, des lignes de programmes.

---

<sup>182</sup> Kempfer, J., « Le Néocodion® ou une « substitution sauvage » », *SWAPS*, n°2, mars-avril 1997.

## II. UNE INTERFACE, UNE MEDIATION : DES RECOMPOSITIONS.

Nous l'avons déjà dit l'usage de drogues concentre en lui-même une grande partie de l'existence de l'individu. Cette existence, même si elle n'est jamais coupée du monde conventionnel, participe à édifier un collectif, même invisible et intangible, mais qui existe. Malheureusement son statut ne lui donne droit à aucun équipement et il ne peut se construire réellement dans la mesure où l'équipement qui lui est interdit l'empêche d'argumenter et de se défendre tel qu'il est que ce soit contre les humains et les non-humains. Il aura fallu l'autorisation de la vente libre des seringues en pharmacies pour que les usagers de drogues puissent se défendre contre le virus, un non-humain. Il aura fallu la création de groupes et d'associations d'auto-support pour que la voie des usagers de drogues commence à être un peu audible, se défendre contre les humains, bien que la voie de ce collectif reste problématique et particulièrement difficile à entendre<sup>183</sup>. Quel que soit l'équipement qui leur est fourni ou qu'ils se dotent, les usagers se battent continuellement pour faire évoluer cette ligne de partage.

La politique de « réductions des risques », bien qu'ambiguë, a certainement permis de mettre en lumière ce collectif invisible des usagers de drogues dont nous commençons simplement à tracer les contours parce que caché il reste encore. Alors il faut d'abord et avant tout l'équiper au lieu de s'intéresser aux individus qui le composent. Ainsi c'est bien la philosophie prônée par la « réduction des risques », en tous cas dans ses débuts, qui consiste non pas à changer les individus de l'intérieur mais justement à les équiper au vu des épreuves qu'ils sont amenés à traverser. Mais précisons l'aménagement que nous souhaitons opérer ici. Nous entendons par équipement ici à la fois l'objet matériel et les repères qu'il contient destinés à guider son utilisateur. Ainsi on équipe le patient qui demande un traitement de substitution. On lui donne un produit mais dans celui-ci sont gravé les repères, les scripts destinés à sa bonne utilisation. Ainsi équipé le patient peut entreprendre son traitement. Il en va de même lorsque l'on donne aux usagers de drogues des seringues par l'intermédiaire des pharmacies.

Mais la constitution de cet équipement est un préalable. Nous l'avons vu précédemment, l'utilisateur négocie avec son équipement qui n'est jamais à sa taille, et se trouve obligé

---

<sup>183</sup> Lascoumes P., « L'utilisateur, acteur fictif ou vecteur de changement dans la politique de santé ? », *Les tribunes de la santé*, Presses de Sciences Po, n° 1, 2003, p. 59-70.

d'entreprendre un travail conflictuel avec lui, il le modifie, l'ajuste ou le détourne. Ceci suppose des interactions, des négociations et des transactions avec le produit avec au bout du compte des constructions sociales souvent éphémères juste le temps de passer les épreuves. Ces épreuves sont diverses et vraiment différentes. C'est la mère de famille qui se donne le courage de parler au professeur comme le bénéficiaire du RMI (Revenu Minimum d'Insertion) qui se donne le courage d'ouvrir sa boîte aux lettres. Avec l'équipement fournit l'utilisateur se retrouve en possession de maîtriser quelque peu le processus dans lequel il est engagé et quelle que soit la direction qu'il souhaite lui donner. La substitution, en tant qu'équipement, maintient le lien, se propose comme interface et peut ainsi jouer « un rôle de soutien dans les étapes intermédiaires que l'utilisateur traverse ».<sup>184</sup> Mais les étapes et les épreuves qui les caractérisent ne sont pas linéaires et vouées au succès à priori. Malgré l'équipement dont il est doté l'utilisateur peut échouer à la première épreuve, en tous cas ne pas satisfaire aux exigences de cette dernière. C'était le cas dans les « postcures », endroits sur-équipés mais extérieurs à l'individu, où la première épreuve consistait à rester « abstinent » et à laquelle tout le monde échoue régulièrement (avec mention) ce qui mettait régulièrement en grand émoi l'équipe thérapeutique confortablement assise sur la boîte « abstinence » que l'utilisateur refuse obstinément de partager. Cependant la « réduction des risques » semble bien relativiser la question de l'échec en lui restituant la place qui lui convient, qui est somme toute celle de l'interprétation qu'on lui donne en fonction des critères que l'on se fixe. Nous pouvons supposer, qu'en dehors des sorties « naturelles », la majorité des sevrages imposés par l'institution ne donnent généralement pas de très bons résultats, les utilisateurs rechutent souvent. Or la question de la rechute est une autre boîte. Doit-on la considérer comme un événement, une épreuve devant être intégrée dans le parcours thérapeutique de l'individu et participant à sa redéfinition ou comme un acte de soumission à sa propre dépendance<sup>185</sup>. Nous connaissons le point de vue de la « réduction des risques », il s'agit non pas de juger les individus sur les épreuves qu'ils traversent mais de les équiper pour qu'ils puissent les surmonter au mieux et dans les meilleures conditions possibles.

L'un des derniers équipements fournis par la « réduction des risques » est la buprénorphine haut dosage. Mais elle n'est pas un équipement inerte (aucun ne peut l'être) mais un médiateur supplémentaire qui ne peut se substituer mécaniquement à l'héroïne. Elle impose,

---

<sup>184</sup> Mino A., « Evolution de la politique de soin en matière de toxicomanie : la réduction des risques », *AGORA*, automne 1993, p. 26-29.

<sup>185</sup> Coppel A., *op. cit.*, 2002.

lorsque l'utilisateur l'accepte, un travail long et souvent douloureux. En tant que nouvelle interface, elle propose de nouvelles médiations, impose de nouveaux événements. Ces changements touchent tous les registres dont nous avons parlé auparavant et ce faisant obligent l'utilisateur à transformer son travail cognitif et perceptif.

D'une part les différentes temporalités dans lesquelles se situent les usagers se modifient considérablement. Généralement l'individu s'extrait de l'instant présent qui faisait grossièrement le début et la fin de son existence pendant des années de consommation pour enfin trouver un début de projection, ouvrir un horizon qui lui était particulièrement fermé. Mais ce faisant il ouvre quelque peu la boîte de pandore. Son passé si longtemps mis en sommeil ressurgit, se rappelle à lui, le hante quelques fois. Il n'a d'autres choix bien souvent que de le subir consciemment ou pas, le travailler, le questionner, tenter de le fuir aussi quitte à s'enfermer des journées entières dans son appartement et ne sortir que pour les choses importantes et vitales, faire quelques courses, une démarche.... Mais il faut avancer sinon ce passé fini par devenir totalement surplombant, étouffant, amenant avec lui tout son cortège de ce que l'on décide justement de ne plus être. Mais avancer n'est pas une chose simple et pour pouvoir s'extraire progressivement de ce passé il lui faut trouver des liens avec ce qu'il est au présent et ce qu'il aspire à devenir demain<sup>186</sup>.

D'autre part, dans le même temps, et pour avancer l'utilisateur doit également questionner les liens qu'il entretenait avec son ancien monde et considérer les nouveaux liens qu'il doit construire pour entrer dans le nouveau. Ceci ne se fait pas sans mal, c'est souvent un travail long, douloureux qui est peut-être, de notre point de vue, le travail de substitution le plus difficile.

Enfin les affects et les émotions. Nous pouvons nous douter que mises en sommeil, engourdies par des années de consommation de drogues, elles vont se révéler et provoquer des

---

<sup>186</sup> Coulouvrat H., Moisan P., Prat P., « La buprénorphine haut dosage dans un cadre psychiatrique et psychothérapeutique, à propos de 65 cas », *Annales Psychiatriques*, 1999,14, n°2, p. 127-130. Les recherches ou les évaluations qualitatives sont très peu nombreuses surtout celles qui entreprennent de prendre en compte la nouvelle dimension temporelle cruciale dans laquelle les usagers de drogue se trouvent plongés. Cependant une analyse menée auprès de 65 patients suivis dans le cadre d'un traitement buprénorphine dans un centre de soins révèle 5 caractéristiques essentielles liées à la « sortie de la toxicomanie ». 1. Le temps qui prend une nouvelle dimension et instaure une nouvelle cinétique à l'existence. 2. La famille qui devient nettement plus présente. 3. Le passé et notamment les dettes accumulées. 4. les démarches administratives et l'aspiration à retrouver une certaine normalité. 5. Les relations aux autres que la drogue a longtemps anesthésiés.



effets aussi inattendus qu'incertains et qui pèseront lourd dans la balance. C'est précisément de cet aspect dont nous parlerons lorsque nous aborderons les effets secondaires du traitement.

Mais qu'en est-t-il à la sortie ? La substitution mécanique ne règle pas tout, loin de là. Un travail important commence pour son consommateur. Il va devoir prendre en charge à la fois tout le travail conceptuel qui s'impose à lui, reconsidérer les liens anciens et nouveaux qui le nourrissaient et surtout gérer les effets secondaires provoqués par le traitement. Cela fait beaucoup d'un coup et en une seule fois. C'est ici qu'il ne nous est pas possible de considérer la substitution comme une page qu'on tourne mais comme un processus complexe, particulièrement hétérogène, réversible, qui va décomposer indistinctement, en fonction des contingences, tous les aspects que nous avons abordé plus haut.

Cette nouvelle interface se présente alors comme un modèle changeant instantanément de forme en fonction de son utilisateur comme un costume que l'ont taillera sur mesure à chaque client. Mais nous l'avons déjà dit, il y a probablement autant de costumes que de clients, il nous faut donc repérer les principaux gabarits. La partie qui suit nous donnera une indication des différentes « cristallisations », de leurs constitutions et de leurs évolutions.

**TROISIEME PARTIE.**

**HEURISTIQUES DES USAGERS DE DROGUES.**

## PARTIE INTRODUCTIVE.

Que l'on parle de « toxicomanie » ou « d'usage de drogues » et même si le second propos semble beaucoup moins orienté et stigmatisé que le premier, il s'avère néanmoins que ces notions ne vont pas sans poser problème dans la plupart des perceptions communes, voire professionnelles. Le passage de la figure du « toxicomane » à celle de « l'usager de drogues » n'a pas tout réglé, nous l'avons vu, dans la mesure où ces conceptions reposent toujours sur des extrêmes en tension permanente, enracinées dans ce qu'il est convenu d'appeler des représentations, des catégories qui se voient souvent accorder une signification totale, bien qu'étant souvent dénuée de réelle consistance. Nous avons comme habitude de les mettre en opposition, en rupture, quelque fois dans des compromis, ce qui au bout du compte n'est finalement pas si incohérent car c'est bien dans ces oppositions et leurs mariages que nos conduites quotidiennes trouvent la plupart du temps leur raison d'être et le sens que nous leur donnons. Cette manière de concevoir le monde fait partie de notre socialisation, de nos habitus, dirons-nous pour l'instant, que nous nous sommes forgés à travers nos diverses expériences. Mais nous ne les considérons pas toujours en opposition, et dans ce cas il faut bien admettre qu'elles participent alors et en même temps à la construction d'une réalité commune. Nous avons donc des perceptions antagonistes qui se chevauchent, se mêlent et se discutent, se disputent, se battent dans des rapports de forces qui créent une figure du « toxicomane » hétérogène, instable et pour le moins sujette à interrogation. Une figure du toxicomane composite.

Beaucoup de travaux et de recherches se sont penchés sur ces questions en les abordant sous l'angle des « sorties de la toxicomanie »<sup>187</sup>. Mais ce faisant ils ont directement ou indirectement postulé à priori la question de la « toxicomanie » comme un problème. Le fait que les institutions d'« hétéro-contrôle » aient officiellement et progressivement changé leur

---

<sup>187</sup> Il est impossible ici de faire référence à toutes les publications qui se sont intéressées à cet aspect de l'usage de drogues. Nous pouvons cependant conseiller une sélection bibliographique qui présente les principales contributions françaises et anglo-américaines sur le thème des « sorties de la toxicomanie ». On se doute bien que ce domaine est très large tant par les produits concernés que par les modes de sortie très divers : maturation spontanée, stratégies d'adaptation, consommation contrôlée, réduction des risques, substitution, abstinence... Carrandié C., « Sélection bibliographique sur les sorties de la toxicomanie », *Psychotropes*, vol 12, 2006, p. 103-125.

perception vis-à-vis des personnes qui s'adonnent à ces consommations en les affranchissant (en théorie) du stigmate associé à une quelconque maladie dans le cadre de la « réduction des risques » n'a pas tout réglé, nous en avons dit quelque chose. La consommation de drogues continue de véhiculer abondamment, semble-t-il, beaucoup des ambiguïtés attachées aux propres représentations qu'elle a créée depuis ces quarante dernières années malgré un changement radical dans sa gestion<sup>188</sup>.

Un nouveau collectif a commencé à se former dans les années quatre vingt dix, porté par une autre « conscience », un autre rapport à la « société », un collectif qui s'est astreint à considérer l'usage et les usagers de drogues autrement que celui construit par le dispositif initial. Mais ceci ne clos certainement pas le débat. Ces évolutions n'ont pas nécessairement transformé complètement et instantanément, comme on serait tenté de le croire, les perceptions des professionnels de tous bords pour les adapter mécaniquement à ce nouveau « paradigme ».

Une conversion professionnelle comme toute conversion, n'est jamais mécanique, elle suppose avant tout un travail de détachement difficile, conflictuel, avec un autre travail et dans le même mouvement d'attachement peut-être encore plus difficile<sup>189</sup>. Ce travail agit les acteurs de l'intérieur, les oblige à reconsidérer leurs propres perceptions du monde, à opérer des réagencements cognitifs plus ou moins longs et douloureux. Ce processus n'est pas simple, loin de là, le détachement est souvent difficile et le rattachement à d'autres liens, d'autres conceptions, d'autres entités n'est certainement pas plus simple. Ce travail n'est ni évident ni mécanique nous le verrons encore largement. Une conversion quelle qu'elle soit ne peut jamais être apparentée à une rupture car on ne peut jamais faire disparaître complètement tous les investissements contenus dans les attaches créées pendant des années par une simple rupture et ceci vaut pour toutes les liaisons. Les liens construits par les individus ne sont pas si faciles à rompre et peuvent être particulièrement tenaces en fonction des investissements engagés. Nous continuons fréquemment à rester attachés malgré nos ruptures. La rupture complète et définitive des attachements n'existe pas sauf dans les cas extrêmes car nous restons toujours attachés quelque part ne serait ce que dans nos mémoires. Dans tous les cas le

---

<sup>188</sup> Brochu S., « Drogues et criminalité : Point de vue critique sur les idées véhiculées », *Déviance et Société*, 1997, vol 21, n°3, pp. 303-314.

<sup>189</sup> Si l'en croit Jacques Ion le travail social s'est construit au fur et à mesure qu'il construisait son public. On peut donc supposer que la conversion de ceux que l'on appelait « toxicomanes » vers ce qu'il est convenu d'appeler « usagers de drogues » s'est faite conjointement avec la conversion des « intervenants en toxicomanie ».

fait de vouloir rompre une relation ne dit rien sur le fond des attachements réels qui lui sont subordonnés. On peut alors mieux comprendre que pour la grande majorité des professionnels qui se sont convertit, et qui deviennent pour certains les plus fervent partisans de la « réduction des risques », la perception ou la représentation commune du « toxicomane » résiste encore, du moins partiellement, à toute nouvelle analyse<sup>190</sup>.

S'agissant des médecins généralistes dont nous parlerons dans le chapitre suivant, le problème n'est finalement pas si différent si l'on considère cette question précise. Ils sont médecins, censés voire tous leurs patients sous le même angle, un angle « ordinaire ». Mais nous verrons que ce dernier le dispute souvent à d'autres probablement moins emprunts d'objectivité médicale. Mais nous ne le répéterons pas, ceci n'est évidemment pas une dénonciation, nous avons simplement l'objectif modeste ici de lever où plutôt de traduire les ressorts mobilisés par les individus, professionnels et usagers, pour faire face à certains problèmes qu'ils doivent résoudre. C'est pour cette raison qu'il nous faut sortir de cette vision institutionnelle du problème pour considérer principalement le point de vue de ces individus qui consomment de la drogue et plus tard ceux qui prescrivent les produits de substitution. Au fond nous nous proposons simplement de répondre dans un premier temps à quelques questions qui pourront peut-être sembler banales, simplistes, mais comme le suggère Pierre Bourdieu indispensables à l'élaboration d'une recherche.

Que signifie au fond « sortir de la toxicomanie » ? De quoi faut-il sortir pour aller vers quoi ? Comme nous l'avons déjà souligné il n'existe pas une manière unique de formuler le problème, tant est-il qu'il en représente un. Les différents choix retenus pour traiter la question de la toxicomanie ne dépendent finalement et au préalable que de la définition qu'on lui donne. La toxicomanie a été installée dans le giron du « soin » dès son origine dans le cadre de la mise en place d'une clinique particulière. Nous avons vu ensuite comment la question s'est déplacée doucement pour transformer progressivement l'offre de soins. Ce faisant nous n'avons pas sous-estimé l'influence du virus, et donc l'urgence sanitaire dont il

---

<sup>190</sup> C'est beaucoup de ces traits, que j'ai rencontré chez la majorité des professionnels « reconvertis », que Catherine NEGRONI met en lumière dans sa recherche. Pour elle la conversion professionnelle est un processus cognitif qui met beaucoup en évidence le travail de l'acteur sur soi. L'individu, aux prises avec des contraintes sociales fortes, se doit de dégager toutes les ressources dont il dispose pour agir sur sa biographie. Même si elle concerne strictement les changements dans le domaine professionnel, la problématique proposée gagne à mon avis à trouver d'autres terrains d'application, le notre par exemple lorsqu'il s'agit de la conversion supposée dans le cadre des « sorties de la toxicomanie » quelques soient les moyens mobilisés. Négroni C., *Reconversion professionnelle volontaire. Changer d'emploi, changer de vie. Un regard sociologique sur les bifurcations*, Armand Colin, Paris, 2007.

est en grande partie responsable dans ces transformations et l'avènement de la « politique de réduction des risques ». Mais ce constat n'enlève rien au fait que ce sont bien des points de vue sur la toxicomanie et son traitement qui ont été mis en scène et qui se sont affrontés pendant quelques années. L'intervention sur le corps biologique, à savoir donner à l'utilisateur un produit de substitution pour supprimer l'envie de drogue, a remplacé l'intervention sur le sujet psychologique, approche qui consistait à soigner le toxicomane en réglant d'abord et avant tout le problème ayant généré sa toxicomanie.

Ainsi le traitement de la toxicomanie ou de l'usage de drogues a fait l'objet depuis sa mise en place de deux formes d'hétéro-contrôles différentes, chacune développant un dispositif spécifique à partir d'une définition particulière de la toxicomanie. Dans le premier cas la consommation de drogue ne revêt qu'un caractère symptomatique lié à une perturbation de l'économie personnelle de l'individu. Dans le second, la figure du toxicomane se modifie, ce dernier, en tant qu'utilisateur de drogues, se voit promu au rang de personne responsable et rationnelle capable de participer à la gestion des risques liés à sa consommation. Mais ceci ne règle évidemment pas tout. Ces deux points de vue « paradigmatiques » ont été discutés pour aboutir à la conclusion, qui n'est que la nôtre, qu'un nouveau collectif a progressivement supplanté l'ancien. L'avènement de ce nouveau collectif et la nouvelle forme de « politisation » de la consommation de drogues qui lui est liée suggère une évolution mais dans la continuité comme nous l'avons déjà souligné. Il n'y a pas de rupture mais des institutions qui évoluent doucement de l'intérieur tout en se greffant à de nouveaux équipements, de nouveaux dispositifs.

Mais qu'en est-t-il finalement du point de vue des « toxicomanes » ou des « usagers de drogues », des individus bénéficiaires des traitements de substitution et que dire de leurs investissements, de leurs pratiques ?

Nous partons ici avec l'hypothèse centrale, déjà suggérée, que l'offre de soins, quelque que soit sa nature, ne peut raisonnablement prendre en charge l'intégralité des effets provoqués par l'arrêt de la consommation de drogues et que l'institution, le médecin ne peut totalement couvrir. Les usagers se retrouvent ainsi dans l'obligation de compléter ou de modifier cette offre de soins qui leur est proposée en développant des stratégies personnelles, souvent incompréhensibles aux yeux de l'institution. Cependant ces stratégies, parce qu'elles restent dans l'ombre, sont la plupart du temps perçues comme des habitudes « toxicomaniaques » qui

perdurent souvent pendant le traitement et qui ne trouvent d'autres explications que celles liées à une toxicomanie toujours présente incompatible avec l'offre de soins.

Mais cette situation n'est pas nouvelle ni spécifiquement liée aux produits de substitution et à l'autonomie relative laissée aux usagers de drogues aujourd'hui comme on pourrait le croire. Les patients sont souvent imaginés comme pouvant se procurer à leur gré leur buprénorphine chez le médecin, avec une relative mansuétude de ce dernier, et qui ensuite ont toute liberté pour la manipuler. La médecine générale développerait ainsi au mieux une forme de neutralisation des usagers de drogues par voie chimique et au pire participerait à élargir encore la « toxicomanie » et les autres déviances qui lui sont associées. Cependant tout ne peut pas s'expliquer de manière aussi lapidaire. Les pratiques « autonomes » déployées par les « toxicomanes » pour assumer cette gestion existent depuis l'invention des « l'hétéro-contrôles » mais se sont simplement développées pour s'adapter et répondre à la nouvelle offre<sup>191</sup>. Bien que l'accent soit essentiellement mis aujourd'hui sur les produits de substitution nous avons vu dans la partie précédente qu'il n'était pas inutile de faire une comparaison entre ces deux contextes d'intervention pour en saisir les similitudes et les constances dans les modes d'appropriation des usagers pour transformer l'offre de soins qui leur est proposée ainsi que les réponses des professionnels à ce versant de l'autonomie non reconnu.

Notre perspective sociologique implique de considérer les « toxicomanes » avant tout comme des acteurs à part entière au même titre que les autres participants, toujours en accord avec notre principe d'équivalence. C'est aussi pour cette raison que nous abandonnons ici et définitivement, sauf exceptions argumentées pour les besoins de notre traduction, cette terminologie de « toxicomanes » pour parler dorénavant « d'usager de drogues » ou de « patients ». Cette décision n'est pas un artifice et n'est pas destinée à produire des rôles instrumentaux. Au contraire il s'agit simplement de restituer aux personnes les interactions qui leurs reviennent sans lesquelles elles sont inmanquablement renvoyées aux stigmates qui fondent la « toxicomanie ».

---

<sup>191</sup> On peut répéter ici encore une fois le cadre très fermé des « postcures » dont on a déjà parlé, établissements qui accueillent directement les « toxicomanes » après le sevrage. Bien que ces établissements soient de moins en moins nombreux, beaucoup d'entre eux acceptent aujourd'hui les usagers en traitement de substitution. Pourtant malgré cette double contrainte, institution plus traitement, le problème que nous évoquions dans le chapitre précédent est loin d'être réglé. Toutes les consommations y sont rigoureusement interdites mais constituent pourtant la majorité des problèmes rencontrés par les éducateurs et autres professionnels.

Cependant nous pouvons comprendre qu'un parcours hors normes, déviant, déplace sensiblement nos perceptions, notre compréhension, contre toute volonté, et nous empêche la plupart du temps d'accepter la capacité de l'individu déviant à effectuer ses propres ajustements de manière rationnelle, en fonction des critères normatifs qui nous gouvernent tous. C'est souvent cet empêchement qui nous permet de justifier l'ordre des choses préalablement établi car intériorisé depuis notre naissance.

Il faut croire que cette perception se renforce considérablement lorsqu'il est question de drogues, car comment expliquer qu'un individu s'adonne à l'intoxication régulière de son corps en mettant sa santé, voire sa vie, constamment en danger ? Comment justifier ou accepter une telle activité sans mettre en question, de notre point de vue, les facultés de jugement et d'existence de l'individu ? La question n'est supportable et soluble qu'à la seule condition de faire l'objet d'un partage aboutissant à la disqualification du toxicomane comme être de raison, comme ne faisant pas partie de notre commune humanité, quelque que soit la nature de cette disqualification.<sup>192</sup>

L'une des constantes s'agissant des transformations de l'intervention dans le contrôle de l'usage de drogues réside justement dans le maintien relatif de cette étiologie de la toxicomanie comme référence représentative et opératoire. Croire en la politique de « réduction des risques », à l'autonomie et la rationalité des usagers de drogues qui lui est consubstantielle coexiste souvent avec les perceptions communément partagées de la toxicomanie dont nous venons de parler. Ces différents plans de perceptions existent dans le même continuum et au lieu de les afficher comme contradictoires au sein de la « réduction des risques » (ce qui tendrait à dénoncer une activité réelle au détriment d'un discours idéologique) nous opterons plutôt pour la solution qui consiste à les traiter sur le même plan et de valeur égale, en interaction continue afin de restituer l'hétérogénéité des discours produits par les intervenants et les médecins généralistes. Cette règle vaut également pour les usagers de drogues dont il est question ici.

Evidemment, serions-nous tentés de dire, et beaucoup le savent ou l'ont vécu indirectement, les relations qu'entretiennent les usagers de drogues avec la société conventionnelle sont loin d'être marquées du sceau de la « normalité » tel qu'on l'entend traditionnellement. Ces

---

<sup>192</sup> Zafiroopoulos M, Pinell P., « Drogues, déclassement et stratégies de disqualification », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, Année 1982, Volume 42, n°1, p. 61-65.



dernières sont souvent chaotiques, conflictuelles et transgressives, souvent aberrantes et incompréhensibles pour la plupart d'entre nous. Quelques fois même irrationnelles jusqu'au désastre. En retour elles sont généralement empruntées de méfiances, de mépris et la plupart du temps de rejet absolu. En tous cas marquées du sceau de l'incompréhension et du jugement sur la nature de l'individu.

Au demeurant il n'est pas inconcevable de penser, bien au contraire, qu'un long passé dans la consommation de drogues génère pour la plupart des « toxicomanes » des fragilités de tout ordre, physiques, psychologiques, parallèlement de nombreuses conduites délictueuses pour se procurer la drogue. Ces constats ne sont évidemment pas à mettre en question en soi, ne serait ce que parce que chaque individu en fourni souvent l'histoire détaillée, mais posent problème dans la manière dont ce « toxicomane » est segmenté par chaque institution d'«hétéro-contrôle » pour le traduire en fonction de la définition préalable qu'elle lui donne. L'approche médicale, judiciaire ou psychologique ne peuvent nous offrir que des définitions partielles, orientées parce que préalablement traduites à partir de leurs théories absolues respectives. Le toxicomane est tour à tour un malade, un délinquant ou un sujet perturbé dans son économie psychique ce qui fait dire à certains qu'au bout du compte il n'existe pas parce que construit partiellement par ces institutions<sup>193</sup>. Cette dernière assertion n'a d'autres buts que de souligner l'impossibilité de trouver une définition unique à la « toxicomanie » rapportée à un modèle explicatif causal qui expliquerait l'ensemble des conduites des toxicomanes.

Alors et d'une manière générale la question de la toxicomanie explose constamment et se recombine en fusionnant avec d'autres formes de déviance toujours dans le même raisonnement causal. Elle devient à la fois source, symptôme, rapport, un médiateur universel. En cela, par exemple, la question saillante du rapport de la toxicomanie avec la « délinquance » est significative dans la mesure où rien ne vient étayer une telle évidence puisque deux construits préalables servent à opérer la construction<sup>194</sup>. Nous pourrions raisonnablement soutenir cette hypothèse avec toutes les autres grilles de lectures traditionnelles de la « toxicomanie » pour conclure finalement avec l'hypothèse un peu plus réaliste que ceux que l'on appelle communément les « toxicomanes » travaillent difficilement,

---

<sup>193</sup> Zafiroopoulos M, Delrieu., *op, cit.*

<sup>194</sup> Brochu, S., *Drogues et criminalité. Une relation complexe*, Presses Universitaires de Montréal, 2006.

douloureusement, à agencer leurs engagements et leurs pratiques à la société conventionnelle malgré leur dépendance<sup>195</sup>.

Cette dernière hypothèse questionne à notre sens la perception la plus commune, la plus répandue et la plus primaire, à savoir l'emprise de la drogue sur l'individu comme étant un processus linéaire, inéluctable, aliénant et irréversible. Cette possession semble bien relever du mythe comme nous le verrons plus loin. Evidemment la consommation de drogues n'est pas sans dommages, elle se caractérise, nous le savons, par une accoutumance certaine et progressive qui envahit progressivement son consommateur, qui le consomme petit à petit. Mais ce processus n'est jamais total, absolu et irréversible, bien au contraire. La drogue n'agit jamais seule dans la mesure où elle n'est qu'un actant, un médiateur qui ne maîtrise pas plus qu'elle n'est maîtrisée même si les rapports de maîtrise évoluent constamment au cours de l'entreprise que mène l'individu pour s'en détacher. Si la drogue maintient son consommateur dans un état de dépendance relatif, en revanche ce dernier se bat continuellement pour continuer à exister au regard de la société conventionnelle, quelles que soient la nature et les difficultés de ce travail ne serait-ce que par ce qu'il y existe avec la solidité relative des attaches qui le retiennent.

S'il n'y a pas de théories explicatives causales comme nous le suggérons, il nous semble plus pertinent de nous concentrer sur les actes et les pratiques que déploient les individus, sur les raisons et les explications qui soutiennent ces pratiques tout en acceptant de manière pleine et entière la rationalité ordinaire à partir de laquelle les usagers de drogues effectuent leurs propres partages. Mais nous le savons, l'ensemble des diverses contingences qui entrent en ligne de compte dans les parcours forment à chaque fois un univers particulier dépendant lui-même de trajectoires singulières. On n'a d'autres choix ici que de considérer l'hétérogénéité des parcours individuels et voir éventuellement ce qui les rassemble, voir s'il nous est possible d'effectuer des agrégations pour les soumettre ensuite à la critique.

L'arrêt de la consommation de drogues génère-t-il des effets communs à l'ensemble des consommateurs ? Quelles sont les pratiques, les stratégies et les tactiques que ces derniers élaborent et mettent en œuvre pour prendre en charge leur propre part du « soin » et comment nous restituent-ils ces opérations ? Enfin quelles sont les stratégies déployées pour composer

---

<sup>195</sup> Caiata M., « Le consommateur intégré : entre adaptation à la réalité et production de la réalité », *Société avec drogues. Enjeux et limites*, Paris, Erès, 2002.

avec l'institution ? Voilà quelques une des questions qui ne manqueront pas de survenir dans notre cheminement.

Mais pour restituer nos agrégations nous opterons non pas pour un ou des modèles que nous combinerions mais pour un schéma opératoire de restitution. Cette démarche, un peu singulière et qui peut paraître quelque peu troublante, nécessite quelques précisions pour en situer, de notre point de vue, la pertinence. Elle doit d'abord répondre à une question. Comment mettre en arrière plan les théories classiques tout en les utilisant comme supports de restitution non pas uniques, combinés ou séparés mais comme un alliage sans cesse en fusion ? L'hétérogénéité, la symétrie de nos paysages, des rapports et des conduites humaines supposent cet effort. Ils supposent également que l'on puisse passer avec l'usager d'un plan à l'autre, d'une dimension à l'autre pour lui emprunter le regard qu'il pose et les explications qu'il donne sur sa transformation. Mais notre alliage bouillonnant nécessite un creuset. C'est tout le travail cognitif et conceptuel qui agite constamment les individus, agitation provoquée par les effets de la molécule et au cours de laquelle s'effectue avant toute chose une substitution des attaches par l'intermédiaire du médiateur que représente le traitement de substitution. Les réponses à ces questions seront largement et précisément traitées dans les chapitres qui suivent mais pour l'instant intéressons nous d'abord à la réception des propos de nos consommateurs de drogues dont nous souhaiterions dire quelques mots ici tant ils nous semblent importants pour la suite.

L'expérience qui nous sert dans les pages qui suivent, et qui nous a déjà servi dans les pages précédentes couvre plusieurs périodes et des modalités de gestion de la toxicomanie différentes en tous cas s'agissant des institutions « d'hétéro-contrôle » dans lesquelles nous les avons rencontrés.

La première période s'étale sur six ans. A cette époque j'étais « intervenant en toxicomanie » dans un centre de soins pour toxicomanes avec hébergement (postcure). Pendant les quatre premières années le seul objectif de l'établissement était la « consolidation du sevrage » à partir des ressources explicatives traditionnelles en vogue dans le champ. Les deux dernières années ont vu une pression de plus en plus importante du Ministère de la Santé, via la Direction Générale de la Santé, pour assouplir les conditions d'admission des usagers de drogues et la recommandation très forte de « diversifier la prise en charge » en introduisant par exemple les traitements par la buprénorphine pour les usagers qui le souhaitaient. La

prescription s'effectuait par le médecin généraliste vacataire de l'établissement. Ainsi mon premier contact avec les traitements de substitution remonte à l'année dix neuf cent quatre vingt dix huit.

La seconde période concerne une observation et des entretiens que j'ai mené pendant 6 mois (dont 3 à temps plein) dans un centre de soins en ambulatoire dépendant d'un centre hospitalier spécialisé avec une unité de sevrage intégrée. Ce centre accueillait les patients selon trois modalités différentes. D'une part l'espace, situé au rez-de-chaussée que l'équipe appelait le « niveau bas seuil », composé d'un accueil informel où les usagers pouvaient venir sous produit, se restaurer, boire un café sans rendez-vous préalable et sans ingérence des professionnels. Au-delà se situait toute la section réservée aux patients sous traitement buprénorphine, aux rendez-vous avec les psychiatres et le médecin généraliste. D'autre part le « niveau haut seuil », à l'étage, exclusivement réservé aux traitements par la méthadone et accessible par une porte indépendante sécurisée et sous vidéo surveillance.

Enfin la dernière période concerne plus particulièrement le début de mes investigations chez les médecins généralistes, période scindée en deux temps. Le premier pendant mon observation dans le centre de soins. Le second deux années plus tard ou j'ai également pu rencontrer quelques patients en médecine générale pour qui c'était la première expérience de soins.

Durant tout ce temps et malgré les difficultés des uns et des autres et les jugements qui ont pu être portés sur leurs situations et leurs conduites, un premier enseignement s'est rapidement dégagé, conforté au fur et mesure par l'expérience qui me nourrissait et qui me guidait. Les personnes en traitement qui ont été rencontrées, observées, ou avec lesquelles j'ai partagé bien des moments, et bien qu'ayant pour certains des trajectoires particulièrement lourdes, des casiers impressionnants ou des diagnostics psychiatriques à rallonge (et ce n'est pas un euphémisme) ne se sont jamais présentés comme telles. Au fil du temps, des entretiens et des moments passés ensemble ces personnes ont pu aborder leurs trajectoires doucement, péniblement, souvent avec des remords, des regrets, beaucoup d'interrogations et d'incertitudes quand à elles mêmes et leur avenir immédiat. Les restitutions, les interprétations sont toujours différentes, elles sont toujours contrastées, difficiles, quelques fois obscures, empruntes de méfiance quand à l'interlocuteur que je suis. A certains patients en capacité de mettre des mots et de conceptualiser leurs situations succèdent d'autres qui

peinent souvent à exprimer ce qui leur arrive, ce qu'ils subissent tant certains aspects semblent hors de leur contrôle. On ne peut alors s'empêcher de traduire ce qui est restitué, cet entre deux, ces incohérences, comme une souffrance car elle s'exprime quelques fois jusqu'au bord des larmes. Mais il ne s'agit pas ici de dépeindre un tableau, de prendre un cliché instantané dont on sait qu'il risque de figer les individus, mais de révéler des contrastes. Car à ces moments souvent dépeints défavorablement succèdent également d'autres moments, quelques fois dans la même situation, plus emprunts d'optimismes, de projets, la volonté de « s'en sortir » et la vision d'un futur auxquelles elles se réfèrent souvent.

Bien sur leurs histoires respectives sont toujours présentes, les effets et les conséquences de leurs consommations et des institutions que beaucoup ont déjà traversé jusqu'à la présente sont ici. Mais en même temps les personnes dont il est question ne réduisent jamais leurs choix, leurs décisions ou leurs interprétations à leurs handicaps. Elles en ont pleinement conscience pour la plupart et ne refusent jamais d'en parler. Cependant et malgré tous ces obstacles, elles tentent au contraire de formuler leurs propres rapports au monde conventionnel à partir de jugements qui leurs sont propres tout en portant des jugements sur elles-mêmes, les autres, leur passé et leur devenir.

Cependant et avant d'entamer plus précisément l'analyse, il convient de présenter plus finement les conditions de production du matériau sur lequel s'appuie la prochaine partie et dans le même temps l'analyse et l'évolution de mon rapport de sociologue.

## **PREALABLES METHODOLOGIQUES.**

Durant toute cette partie, je souhaiterai abandonner l'utilisation distanciée et stylistique du « nous » et prendre celle du « je ». Cette décision ne concerne nullement une tentative de m'attribuer personnellement et unilatéralement les choix faits tant au niveau de l'épistémologie générale que de la méthodologie utilisée, bien sûr. Elle repose a posteriori sur un constat, celui qui est que le cheminement d'une thèse forge l'esprit sociologique à l'épreuve de l'expérience. Or souvent cette épreuve redouble d'intensité pour ceux qui comme moi ont eu pour terrain d'observation (partiel) le lieu même de leur activité professionnelle. Car au fond comment concilier une posture professionnelle que la maturation sociologique vient questionner de plus en plus violemment ? Si l'utilisation du « je » traduit ici une implication personnelle, elle n'est en outre absolument pas incohérente par rapport à ma propre posture de sociologue, en tous cas s'agissant de la méthodologie proposée par l'acteur-réseau et notamment lorsqu'il est question de « traduction » et de l'engagement du sociologue auxquels je consacrerai un chapitre<sup>196</sup>. Mais ceci ne suffit pas. Ce que je souhaiterai dire ici c'est que toute cette première expérience ne peut pas se résumer simplement en termes de « choix » successifs et mécaniques comme le témoigne peut-être l'articulation de cette thèse. Cette expérience m'a servi de matériau pour mettre à l'épreuve les orientations théoriques que je prenais, ce qui me permettait à la fois d'en tester les limites et surtout de comprendre finalement que ce que nous appelons « réalité » ne peut se contenter d'une modélisation unique, d'une méthodologie planifiée à l'avance sauf à perdre beaucoup de son essence. Alors toute cette hétérogénéité, ces contradictions, cette cacophonie devait trouver un réceptacle qui puisse lui rendre justice, c'était devenu ma préoccupation principale, ma formation sociologique réelle.

### **1. Une approche ethnographique.**

#### **a. le centre de soins avec hébergement (postcure)**

Cette première période s'étale donc sur trois ans. Evidemment la grosse difficulté pendant cette période a été d'assumer un dédoublement professionnel/sociologue qui n'a pas toujours

---

<sup>196</sup> Le « je » revêt également un caractère méthodologique. Il permet en outre d'insister sur le fait que « la personnalité du chercheur, la nature de ses relations avec les enquêtés, son mode d'implication dans la réalité locale jouent un grand rôle ». Olivier de Sardan J-P, « Le « je » méthodologique. Implication et explication dans l'enquête de terrain », *Revue Française de sociologie*, vol 41, n°3, juillet-septembre 2000, p 425.

été sans difficultés pas tant à mon niveau personnel mais surtout parce que le professionnel ne pouvait pas toujours dire ce que le sociologue commençait à se forger comme intimes convictions. Le « désengagement » pour la formalisation sociologique a probablement été le plus difficile, constamment rattrapé par l'investissement professionnel quelque fois en décalage. En d'autres termes la conviction que l'institution ne rendait pas justice aux « toxicomanes » puisque les enfermant à priori dans une catégorie construite arbitrairement. Ainsi dès le début il a fallu me positionner quelque peu en rupture par rapport au « paradigme » psychanalytique dominant. Mais ceci s'est fait doucement afin de gagner la confiance des résidents, pour ne pas être perçu uniquement comme la courroie de transmission de « l'expertise » institutionnelle. A partir de là j'avais fait le pari de redonner aux résidents la place qui leur revenait à savoir celle d'usagers de plein droit afin de prendre au sérieux toutes leur tentatives pour exprimer leurs difficultés à rompre avec le monde de la drogue sans faire jouer une quelconque expertise.

- Le public accueilli.

La plupart des toxicomanes étaient accueillis après un sevrage généralement effectué à l'hôpital Marmottant à Paris dont c'était la spécialité. La tranche d'âge se situait entre 25 et 30 ans. L'établissement accueillait en moyenne entre 8 et 10 résidents. Contrairement aux postures classiques les sorties étaient autorisées ce qui donnait régulièrement lieu à des consommations non autorisées par le règlement même à l'extérieur.

- Statut du matériau.

Evidemment dans un cas comme celui là le matériau est dense et continu puisqu'il faisait littéralement parti de mon activité professionnelle. Cependant encore une fois il s'agissait de ne pas continuellement me laisser envahir par l'engagement et trouver la bonne distance, et surtout le bon rythme, pour pouvoir régulièrement me désengager pour l'analyse.

#### - *L'observation*

L'observation a été à n'en pas douter la part la plus importante de ce travail ethnographique, ce qui est somme toute assez logique. J'ai essayé de la scinder en trois parties. D'une part les interactions entre résidents. Sans doute la plus difficile dans la mesure où ma présence

n'engageait pas forcément à libérer la parole et notamment sur les questions de consommations interdites par le règlement. D'autre part les interactions entre professionnels et résidents où se jouaient constamment toutes les lignes de partage de l'expertise. Enfin les interactions entre professionnels et notamment les réunions d'équipe et les réunions cliniques. J'utilisais simplement un carnet de bord que je remplissais souvent après coup. J'y jetais à chaud mes impressions et tentais d'y consigner toutes les méthodes de formalisation sociologique souvent maladroitement avec comme modèle méthodologique celui de la méthode comparative continue en analyse qualitative<sup>197</sup>.

- *Les cahiers de liaison.*

Ces cahiers sont censées assurer un lien entre les membres de l'équipe au niveau de la transmission de l'information et d'y intégrer toutes les observations s'agissant de la vie quotidienne des résidents. Autre support important dans la mesure où il engage le professionnel dans un rapport à la pratique qui passe par l'écrit et impose donc une certaine forme de réflexivité.

- *Les entretiens.*

Les entretiens ont été relativement nombreux. Je ne peux les dénombrer exactement ici, plus d'une centaine, mais ils constituaient l'une des bases fondamentales du travail professionnel avec comme objectif un bilan de chaque résident chaque fin de mois. Mais évidemment pour moi l'entretien avait une autre fonction que celle de produire un bilan. Pour les résidents dont j'avais la responsabilité je consignais tous les entretiens dans une simple chemise individuelle ce qui me permettait de suivre régulièrement l'évolution des trajectoires des individus. Pour les autres, quels que soient la nature des échanges, je les retranscrivais rapidement dans le carnet de bord que je tentais de tenir à jour.

Evidemment ces trois niveaux d'investigation n'étaient pas séparés mais formaient un ensemble que j'essayais de rendre le plus cohérent possible. A cette époque le projet de recherche n'était pas encore très clair. Dans un premier temps je m'étais astreint à comprendre les difficultés occasionnées par la « sortie de la toxicomanie » en partant non pas d'une

---

<sup>197</sup> Strauss A, Glaser B., « The Discovery of Grounded Theory », *Aldine: London: Weindenfeld and Nicholson*, 1967, p.101-115.



quelconque expertise (que je ne possédais pas) mais en donnant la parole aux résidents pour que ces derniers expriment les difficultés rencontrées. Evidemment et même si à cette époque je le pratiquai surtout de manière intuitive, j'avais résolument adopté une posture de « porte-parole » des (anciens) usagers de drogues. Mon intérêt pour les produits de substitution s'est développé naturellement à la fin de ce parcours professionnel même si le traitement était encore relativement confidentiel dans les postcures au début des années 2000. Nous avons entrepris au premier trimestre de cette année de consulter 5 autres centres de soins (avec et sans hébergement) sur le devenir des postcures dans le cadre de la politique de réduction des risques. Compte tenu de l'évolution que prenait la question du « soin de la toxicomanie », il me semblait important de la consacrer aux produits de substitution dans le cadre de la médecine générale. D'ailleurs le premier entretien approfondi a eu lieu avec le médecin vacataire du centre qui prescrivait déjà depuis quatre dans son cabinet.

#### **b. Le Centre d'accueil et de soins pour toxicomanes.**

Ma deuxième expérience concerne exclusivement la prescription des produits de substitution dans un centre de soins en ambulatoire dont j'ai dit quelques mots dans la partie introductive. Cette expérience a été scindée en deux temps.

Une première période d'observation continue pendant trois mois dans le cadre d'une mise à disposition de mon institution d'origine. J'ai ainsi travaillé 7 heures par jour avec une équipe constituée exclusivement de personnel infirmier, de deux médecins psychiatres, d'un médecin généraliste, d'une psychologue et d'une assistante sociale. J'assistais régulièrement à toutes les interactions entre les infirmiers et les usagers à tous les niveaux : entretiens d'admission, les initialisations méthadone et buprénorphine avec les médecins, les renouvellements de prescriptions. Je participais également aux réunions d'équipe. Mon deuxième lieu d'intervention au niveau de l'observation concerne les usagers eux-mêmes. J'ai ainsi passé un temps considérable dans le lieu d'accueil « bas seuil ». J'ai également entrepris de suivre six usagers dans le cadre d'entretiens réguliers (qu'ils soit formels ou pas) pour comprendre leur propre expérience de la substitution. Parallèlement j'avais commencé mes entretiens auprès de médecins généralistes qui prescrivaient la buprénorphine dont je parlerai plus précisément dans la partie qui leur est consacrée.

Durant cette période j'ai également mené un gros travail documentaire sur la substitution en tant que telle (texte de lois, évaluations cliniques de toute sorte...) mais surtout la mise à jour de toutes les productions faisant intervenir les pratiques médicales. Bien sur ce travail n'a

jamais cessé (commencé réellement en 2003-2004) car il était intéressant de suivre l'évolution de ce traitement et notamment parmi les médecins généralistes.

Une seconde période de trois mois, six mois plus tard, dans le même centre de soins où je venais spécifiquement pour des entretiens. Ce sont vingt usagers que j'ai pu rencontrer pendant cette période.

### **Analyse des entretiens**

Les entretiens lors de la deuxième période étaient intégralement enregistrés. Je souhaiterai apporter ici quelques précisions quand au statut que je donne à ce matériau et sur lequel je reviendrai encore. La deuxième série d'entretien faisait suite à une période continue d'observation de trois mois durant laquelle j'avais pu, au-delà des entretiens proprement dit, fréquents, observer tranquillement un bout de trajectoire de quelques patients et leurs démêlés avec le traitement et le centre de soins. J'avais, durant cette période, réussi à m'immerger complètement dans la dynamique de l'établissement. En fait les échanges avec les patients étaient la plupart du temps consignés comme les notes d'observation proprement dites et contextualisés dans un ensemble que je tentais de rendre le plus cohérent possible.

C'est également dans cet esprit que j'ai abordé la seconde partie, avec une présence et des échanges informels avant et après les entretiens avec les professionnels et les patients que je découvrais pour certains. Donc ces entretiens, de par ma connaissance du lieu continuaient à faire parti de cet ensemble observé. L'entretien est ainsi appréhendé comme une situation à part entière où l'interviewé produit et interprète les conditions de sa propre expérience du traitement mais en débordant largement les murs du centre de soins. Ainsi l'entretien, loin d'être uniquement un face à face représente surtout une scène sociale qui produit les éléments d'interprétation in situ<sup>198</sup>.

Mais l'exploitation du matériau doit ensuite suivre le même chemin, subir une analyse en profondeur qui dépasse le simple découpage thématique. C'est pour quoi je prenais tout le temps nécessaire pour réécouter attentivement les entretiens pour deux raisons essentielles. La première pour replacer les propos dans leur contexte. Il est nécessaire de les écouter en temps réel avec toutes les intonations qui les caractérisent pour remettre les individus en scène. C'est d'autant plus impératif lorsqu'il est question des émotions suscitées par l'arrêt de la consommation de drogues qui doivent également faire l'objet d'une mise en relief. Ainsi il s'agit également de ressentir avec l'individu une expérience, des épreuves, des difficultés qui

---

<sup>198</sup> Beaud S., « l'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'entretien ethnographique », *Politix*, n°35, 1996, p.226-257.

ne s'expriment pas toujours par la parole. La seconde concerne l'exploitation proprement dite. Pas de découpage thématique linéaire mais une analyse transversale qui tente de garder une cohérence dans les propos des individus. C'est avant tout des récits biographiques et des histoires que l'on entend si l'on veut comprendre des processus et non des images instantanées. Bien sûr, d'un entretien à l'autre ce ne sont pas tant des catégories mais des agrégations, des mises en équivalence qui sont progressivement stabilisées à partir d'hypothèse déjà travaillées en amont lors de la première expérience<sup>199</sup>.

Enfin le lecteur comprendra au fur et à mesure de ce texte la nécessité d'avoir opté pour une telle méthode nécessaire à un traitement en profondeur pour en faire jaillir toutes les dimensions possibles, à la fois émotionnelle et temporelles.

## **2. Une construction progressive de ma posture de chercheur.**

Il faut, je crois, entendre le travail sur cette posture comme le résultat d'un double mouvement. Il concerne d'abord ce que tout apprenti chercheur expérimente dans le cadre d'une méthodologie classique et notamment les tentatives de problématisation et de théorisation des phénomènes que l'on est censé observer. Cette posture a quelque peu évolué au fil de l'expérience passée avec les usagers de drogues, ancienne et nouvelle version. Hanté par exemple au départ par les questions explicatives de « l'habitus », mon regard s'est quelque peu complexifié pour glisser doucement vers plus de symétrie, c'est-à-dire privilégier avant tout celui des usagers en effaçant progressivement toutes les lignes de partage susceptibles de réintroduire une quelconque expertise professionnelle ou sociologique. Ainsi j'avais progressivement acquis la certitude que pour comprendre les « sorties de la toxicomanie », il fallait se placer du point de vue de ceux la vivaient, la pratiquait, la subissait. Comment l'utilisateur compose-t-il avec l'institution, les produits de substitution ? La sociologie des interactions venait à ce moment répondre à une grande part des questions que je me posais, en tous cas me donnait un cadre problématique et analytique plus que pertinent en introduisant par exemple les questions liées à l'identité. Cependant une grande insatisfaction demeurait dans la mesure où j'étais de plus en plus persuadé de l'importance du rôle joué par la molécule comme composante du soin, comme celui autrefois de l'institution. Au lieu de traiter les consommations interdites comme des résurgences de la toxicomanie, j'avais décidé

---

<sup>199</sup> Ce travail d'exploitation s'inspirait en outre de la démarche proposée par Jean-Claude Kaufmann s'agissant de « l'entretien compréhensif » et sur laquelle je reviendrai.

de les appréhender comme des tentatives rationnelles (bien que souvent irrépessibles et non réfléchies) pour les usagers de s'emparer de quelque chose dont l'institution ne voulait pas entendre parler. Il fallait absolument ouvrir cette boîte représentée par la substitution comme l'interprétation des consommations substitutives en institution au début de mon enquête dans le cadre professionnel. Une recherche, la seule à ma connaissance, traite explicitement et qualitativement de ce problème ce qui m'a permis à cette époque de confirmer mes propres hypothèses et d'en découvrir d'autres<sup>200</sup>. Mais ce travail ne s'arrête pas là. Au fur et à mesure de ma propre expérience j'avais pris sur moi de pendre au sérieux tout ce que les usagers pouvaient me dire, absolument tout, sans faire de tri préalable. Autant dire que les entretiens étaient surtout appréhendés comme des récits de vie, une succession d'événements, des trajectoires difficiles, des paroles particulièrement empruntes d'émotions de toute sortes, en tous cas des restitutions beaucoup trop denses et emportées, en profondeur, pour qu'elles puisse faire l'objet d'une analyse traditionnelle méthodique comme le fait par exemple l'analyse de contenu thématique couramment suggérée pour l'exploitation classique de l'entretien. Comment faire alors ? Lors de ma première expérience je vivais avec eux puisque ma posture de sociologue était essentiellement assise sur celle du professionnel avec tous les désagréments que cela comporte. Je pouvais donc les côtoyer régulièrement et analyser de concert leurs trajectoires respectives même si j'ai dû découper la restitution de cette expérience pour les besoins de ce récit. Mais souvent ces restitutions classiques sont amputées de quelque chose de fondamental, quelque chose qui fait vivre l'usager en tant qu'humain essentiellement régit par des émotions. Ce sont ces émotions que mon statut de professionnel dégageait, par contrainte, et que ma posture de sociologue réengageait, par raison, dans le même temps. Une friction constante.

Ce bouillonnement a progressivement trouvé un réceptacle sociologique cohérent, de mon point de vue, tout en confirmant ma propre posture de sociologue, ma propre réflexivité dans la construction de mes objets de recherche. D'ailleurs cette préoccupation épistémologique et méthodologique ne me quittera pas tout le long de ce récit car j'ai fait le choix de la discuter constamment. A ce propos, que le lecteur me pardonne quelque fois beaucoup de redondances, quelle que fois des incohérences, dans le déroulement de l'argumentation d'une

---

<sup>200</sup> Lalande A, Grelet S., *Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale*, OFDT, 2001. Cette recherche est très intéressante dans la mesure où elle repose sur des entretiens ethnographiques avec un regard croisé médecins-patients sur les traitements de substitution. Cependant elle introduit quelques biais. Les patients sont tous « stabilisés » et choisis pour les besoins de l'enquête par des médecins particulièrement favorables à la substitution dont ils sont par ailleurs les commanditaires. Elle a cependant le mérite de prendre au sérieux les effets secondaires provoqués par le traitement et les restituer comme composante dans la construction du « soin ».

thèse qui peut ne pas sembler très classique au détriment de matériaux que l'on voudrait essentiellement objectivables parce qu'une thèse se juge aussi et notamment par les conditions de sa production.

# **CHAPITRE I.**

## **LES « SORTIES DE LA TOXICOMANIE ». UNE APPROCHE PRAGMATIQUE.**

### **IV. LES CONTOURS DE L'USAGE DE DROGUES SOUS L'ANGLE DES « AUTO-CONTROLES ».**

Devant l'inconsistance de la notion de toxicomanie et l'impossibilité de lui trouver une définition et une théorie uniques il nous faut bien à la fois élargir et décaler la question, l'extraire des catégories traditionnelles d'analyse<sup>201</sup>. Devant l'improbabilité d'une relation causale qui relierait l'usage de drogues à une déficience particulière ou lui trouver des connexions évidentes avec d'autres formes de déviance, il nous faut bien réintégrer ceux que l'on appelle communément « toxicomanes » dans un régime commun de jugement, en d'autres termes leur permettre d'habiter pleinement le monde que nous partageons avec eux. En cela nous restons fidèles aux principes qui nous guident depuis le départ et à partir desquels il nous sera possible de développer un modèle sociologique de compréhension et de restitution qui nous permettra d'exploiter les ressources et les appuis offerts par les usagers de drogues.

Mais dans l'immédiat il nous faut élargir la question et l'éclairer en optant pour le point de vue des déviants, perspective dont la sociologie interactionniste s'est déjà largement acquittée. Ce détour n'est pas ici une perte de temps car il nous offrira pour la suite quelques équipements conceptuels indispensables.

Pour faire au plus simple mais sans dénaturer l'essentiel de cette perspective, commençons par accepter son hypothèse centrale que loin de répondre aux catégories cliniques

---

<sup>201</sup> Delrieu A., *L'inconsistance de la toxicomanie : Contribution à l'histoire des discours et des pratiques médicales*, Navarin, Paris, 1988.

traditionnelles, la toxicomanie n'est finalement qu'une activité ordinaire dont l'analyse n'est fondamentalement pas différente des autres formes de déviance. C'est toujours la norme qui effectue le partage et qui au bout du compte qualifie ou disqualifie les individus comme faisant partie ou non de la même commune humanité, pour reprendre l'un des principes premiers de la « Justification » introduit par Luc Boltanski et Laurent Thévenot. Les discours produits ainsi que les faits censés les objectiver ne sont ensuite que des constructions orientées et forcément partielles puisqu'ils ne puisent leur légitimité scientifique que dans la norme juridique. Ce partage entre le normal et le pathologique dont l'histoire nous a été partiellement décrite par Canguilhem<sup>202</sup> et institué par la norme devient par évidence le mode de raisonnement conventionnel scientifique et par extension celui du sens commun, les deux étant par ailleurs intimement liées<sup>203</sup>. Avec les entrepreneurs de morale qui créent la norme et ceux qui l'appliquent dont parle Howard Becker, peut-être faudrait-il ne pas oublier ceux qui l'a légitime au nom de la science.

Faire abstraction de la norme revient d'une certaine manière à aplanir le paysage dans un souci d'équivalence en terme de rapport au monde et de jugement porté sur autrui, c'est revenir encore une fois à ce principe de symétrie, ce que d'une certaine manière la sociologie des interactions nous a permis de (re) découvrir.

Pour étayer ce qui vient d'être dit et en guise de tour d'horizon, car nous ne pouvons bien sûr prétendre à l'exhaustivité ici, ce qui n'est d'ailleurs pas le but recherché, tentons de répondre à une question simple mais combien importante, celle qui concerne le plus communément la raison et les conséquences de l'usage des drogues. Autrement dit et selon les perceptions habituellement véhiculées, la consommation de drogues est-elle une activité totale et sans maîtrise possible, ayant la faculté de posséder et d'asservir complètement celui qui la consomme corps et âme dans un processus irréversible ?

Ces questions ont très tôt été abordées par la sociologie interactionniste. La recherche menée par Zinberg par exemple, l'une des plus saillantes, se propose justement de questionner ce qui habituellement est tenu comme une expérience absolue qui relèverait en quelque sorte de la possession et au cours de laquelle l'individu se confond littéralement avec le produit qu'il

---

<sup>202</sup> Canguilhem G., *Le normal et le pathologique*, Presses Universitaires de France, Paris, 1966.

<sup>203</sup> Zafiroopoulos, Pinell, *op.cit.*

consomme<sup>204</sup>. En ce sens et pour extraire l'individu du simple rapport qu'il entretient avec son produit, il en vient à considérer que les facteurs contextuels (*social settings*) sont les mieux à même de rendre compte et de comprendre le phénomène de la consommation de drogues, parmi eux les produits inhérents à cette consommation ainsi que les caractéristiques personnelles des individus.

Ainsi ce contexte, qui selon lui détermine les circonstances de l'usage, est essentiellement rapporté à un univers complexe, organisé, marqué par des rituels et des sanctions où les nouveaux entrants sont initiés par leurs pairs aux règles du bon usage, ce qui de ce point de vue peut être envisagé comme un apprentissage où ces règles, transmises par les pairs, sont progressivement intériorisées par les nouveaux venus dans le but d'organiser la consommation de leur drogue.

Ces recherches vont alors mettre en lumière certains aspects de l'univers de la consommation d'héroïne encore largement opaques, et pour cause, et qui auront pour effet de bousculer largement les conceptions de sens commun en réintroduisant une certaine symétrie entre la drogue et son consommateur, un certain rapport plus équilibré que celui que l'on se représente habituellement, un univers particulièrement sauvage où la dépendance au produit et son emprise constante et totale représentent les seules règles de compréhension des conduites humaines.

L'univers de la drogue étant ce qu'il est alors selon cette nouvelle proposition, nous pouvons supposer que la grande majorité des consommateurs réussissent à assouvir plus ou moins leur passion tout en évitant, difficilement dans la plupart des cas, les pièges consubstantiels à l'organisation de cette activité, à savoir les obstacles les plus courants : police, justice, prison, overdoses, délinquance...<sup>205</sup> Ainsi les perceptions communément partagées s'agissant de l'usage de drogues et dans la plupart des cas celui du caractère inéluctable de la consommation et la déchéance qui lui sont associée ne sont en aucun cas linéaires, irréversibles, en tous cas dans la très grande majorité des situations observées. Pour la plupart

---

<sup>204</sup> Zinberg N, E., *Drug, Set and Setting, The Basis for Controlled Intoxicant Use*, Yale University Press, New Haven, 1984.

<sup>205</sup> Il faut également souligner que ces recherches mettent également en avant un principe fort de la sociologie de la déviance à savoir qu'une minorité de consommateurs de drogues se font épingler par la définition de l'acte délictueux. Ils deviennent alors, par la définition que leur donne l'institution, des « toxicomanes ». Pour un éclairage synthétique de la question on peut voir Ogien, A., *Sociologie de la déviance*, Paris, Armand Colin, 1995.



des individus, organiser globalement et quotidiennement l'activité qui consiste à consommer de la drogue ne peut se concevoir ici sans une gestion directe de cette consommation.

De ce point de vue il est alors tout à fait possible de gérer ses consommations, même difficilement, comme on le ferait de ses habitudes alimentaires ou d'autres « addictions » mais également décider d'arrêter lorsqu'on est prêt à le faire<sup>206</sup>. Mais cela suppose avant tout pour la personne dépendante d'opérer un renversement de perspective important, à savoir le contraire de ce qui est généralement recommandé (voire imposé), reconnaître sa dépendance ce qui, au fond, revient à reconnaître son impuissance. Au contraire il s'agirait plutôt pour le toxicomane de mobiliser toutes les ressources possibles pour lutter contre sa dépendance pour ne pas entrer progressivement dans un processus « d'auto-désignation »<sup>207</sup>.

Mais nous savons bien que dans les théories médicales ce refus est généralement interprété comme un déni, voire la plupart du temps un signe supplémentaire qu'entraînent les différentes formes de pathologies généralement associées à la déviance et qui justifient en retour l'existence de cette pathologie. Ces processus semblent bien être une caractéristique à la fois de la profession médicale et plus largement ceux de l'institution<sup>208</sup>.

On peut donc faire la proposition pour la suite de cet écrit que ces formes de contrôles autonomes n'ont jamais été réellement acceptées par les catégories cliniques et médicales et particulièrement déniées dans les centres de soins ou par les médecins généralistes. C'est que d'une certaine manière et malgré un recadrage de l'intervention en toxicomanie ces dix dernières années et l'avènement de la « politique de réduction des risques », la seule véritable alternative à la dépendance aux drogues et le seul objectif raisonnable à atteindre reste, au bout du compte, l'abstinence.

Cette vision du monde de la consommation de drogue impose implicitement cet usage (quelque soit son intensité et sa fréquence) comme un état semblable aux maladies chroniques. Ainsi reconnaître sa maladie (la dépendance) représente le seul support acceptable pour atteindre le seul objectif possible, l'abstinence. Mais nous pouvons tout aussi bien soutenir

---

<sup>206</sup> Peel S Brodsky, A., *The Truth about Addiction and Recovery*, Simon and Schuster, New York, 1991.

<sup>207</sup> Macquet C., *Toxicomanie, Aliénation ou style de vie*, L'harmattan, 1994.

<sup>208</sup> Goffman, E., *Asiles, étude sur la condition des malades mentaux*, Paris, Minuit, 1968. Ce même processus a été décrit dans une perspective plus déterministe et au niveau de l'institution s'agissant du traitement de la délinquance des mineurs. Chamboredon J-C., « La délinquance juvénile. Essai de construction d'objet », *Revue française de sociologie*, XII, 1971, p. 358-377.

que cette approche ne représente en fait qu'une « croyance » prenant sens dans le cadre d'un « paradigme » précis servant avant tout à unifier un champ d'intervention avec des pratiques et une rhétorique communes<sup>209</sup>.

Nous soutenons ici qu'accepter l'usage de drogue comme une activité sociale ordinaire suppose également qu'elle se constitue comme un mode de vie avec comme caractéristique principale son aspect provisoire<sup>210</sup>. En effet, certaines enquêtes de nature épidémiologiques soutiennent que l'usage de drogue, quelque soit son intensité, cesse d'être recensé après un certain âge et sans que ces consommateurs n'aient eu à recourir à une institution quelconque<sup>211</sup>.

Si l'on accepte ces données, une question se pose pour ceux qui conçoivent l'usage de drogue comme cette passion totale, dévastatrice, aliénante et qui soumet toute volonté. Comment les individus qui s'en sortent (la majorité), trouvent-ils les ressources sans forcément recourir aux institutions du soin ?

Ces sorties « naturelles », autrement dit sans le recours aux institutions, semblent trouver trois conditions possibles<sup>212</sup> : un événement (mariage, naissance, déménagement...), une décision (résultat d'interactions avec des proches), un accident (la résultante d'un événement dramatique).

Cette approche a été recueillie et approfondie pour enrichir le phénomène de la sortie en diversifiant encore les conditions de la sortie<sup>213</sup>. Ces dernières renvoient soit à l'épuisement de l'expérience (la disparition du plaisir), au vieillissement, aux risques associés à la consommation (prison, maladie, mort...), enfin à un changement (une mise en question liée à une modification de sa propre vie. On pourra peut-être mieux le comprendre maintenant, les

---

<sup>209</sup> Bergeron H., *Ibid.*

<sup>210</sup> Ogien, A., *Sociologie de la déviance et usages de drogues. Une contribution de la sociologie américaine*. Documents du groupement de recherches psychotropes, politique et société, CNRS, avril-juin, 2000.

<sup>211</sup> Lert, F. Fombonne, E., *La toxicomanie. Vers une évaluation de ses traitements*, Paris, La documentation française, 1989. O.E.D.T (Observatoire Européen des drogues et des Toxicomanies), *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'union européenne*, Luxembourg, 1999. Ces estimations placent l'arrêt de l'usage des drogues autour de 38 ans. Ces mêmes estimations prétendent également qu'environ 10% des usagers connaissent une issue dramatique à leur consommation. Incidemment ces mêmes chiffres signalent qu'une minorité d'usagers est accueillie dans les différents services du système de soins. Et même dans ce cas les traitements dispensés dans ce cadre ne sont guère plus efficaces que d'autres (Lert et Fombonne, 1989). Ceci tend à démontrer la fenêtre étroite par laquelle le « soin de la toxicomanie » s'est érigé en cadre d'analyse et d'intervention général. En d'autres termes la très grande majorité des usagers de drogues met un terme à sa dépendance dans des conditions très variées, les systèmes de soins n'étant qu'une condition parmi tant d'autres et probablement très minoritaire si l'on en croit cette étude.

<sup>212</sup> Bienarcki G, Oppenheimer, E., *Pathways from Héroïn Addiction*, Londres, Tavistock, 1982.

<sup>213</sup> Stimson G, Oppenheimer, E., *Héroïn addiction*, Londres, Tavistock, 1982.

questions liées à la sortie seront abordées selon les conditions dans lesquelles cette dernière se produit.

## **V. LES LIMITES DE CETTE APPROCHE : LE RECOURS AUX « HETERO-CONTROLES ».**

### **1. L'asymétrie de la relation institutionnelle.**

La sociologie de la déviance, en engageant ses principes épistémologiques fondamentaux pour aborder les problèmes de drogues, à partir d'un travail de terrain, a permis d'entrevoir le problème sous l'angle des usagers en le restituant dans le cadre d'une activité ordinaire plus ou moins contrôlée par ceux qui s'y adonnent. Elle met essentiellement en œuvre pour cette analyse les conditions et les circonstances dans lesquelles cette activité se déroule. Les phénomènes interactionnels ne peuvent trouver de cohérence en dehors des différents cadres de contraintes qui leur donne sens. Ces derniers sont hétérogènes, variables dans le temps, différents d'un contexte à l'autre, d'une époque à l'autre. Les « auto-contrôles » dépendent de beaucoup de la nature et de la force des autres formes d'investissements existants dans l'horizon de la personne qui consomme. On peut supposer que cet équilibre donne à l'individu une perception globale des rapports qu'il entretient au monde en y incluant celui qu'il entretient à la drogue mais sans que ce dernier ne pose problème pour l'ensemble. Mieux, il peut ne pas être questionné pendant des années parce que faisant partie de l'ordinaire des attachements que la personne vit au quotidien :

« Pendant dix ans j'ai consommé régulièrement de l'héroïne deux fois par jour et pendant mon travail. Ça a pas changé quand je me suis marié et même quand j'ai eu mon garçon...J'ai continué à consommé pendant un temps, franchement ça me posait pas problème. Pour moi c'était pas pire que celui qui picole ses 3 ou 4 bières ou qui s'enfile son litre de vin par jour hein... et y en a quelques uns au boulot (...) Je faisais ça à la pose et à la fin du poste, c'était comme un stimulant. J'étais approvisionné régulièrement, c'était pas un problème. Ma famille, personne a jamais su. Si je suis venu au subutex c'est après que j'ai eu mon garçon et quand on a déménagé à cause du côté financier. J'aurai pu rester à l'héroïne, ça me dérangeait pas du tout mais

maintenant je veux tout arrêter depuis que je me suis installé et le subutex est moins cher que l'héroïne pour ça. ».

Yves 30 ans.

D'autres, à peu près dans les mêmes conditions, ont une traduction légèrement plus complexe s'agissant de leur rapport au produit. Ils veulent s'en détacher malgré des conditions on ne plus favorables mais n'y parviennent pas sans pouvoir s'expliquer le comment :

« Je comprends pas pourquoi j'ai toujours besoin de consommer de l'héroïne, c'est pas grand-chose je me fais 3 à 4 sniff par semaine mais j'arrive pas à arrêter (...), j'ai ma compagne depuis 5 ans, j'ai un fils qui a trois ans, une belle maison, j'ai toujours travaillé sans problèmes, j'ai jamais été hors jeux de la société je peux retravailler du jour au lendemain sans problèmes (...) j'ai tout ce qui me faut, malgré les conneries que j'ai fait je suis stable mais je comprend pas pourquoi j'ai toujours envie de fumer cette merde., (...) c'est pourquoi je veux qu'on m'aide contre l'appel du produit que je comprend pas ».

El Hassan 31ans.

Le recours aux « hétéro-contrôles » intervient le plus souvent pour une certaine partie des usagers de drogues à un moment de leur trajectoire. Ce recours, même pour cette partie des individus, n'est pas une fin en soi. Pourtant c'est ainsi que nous avons l'habitude de poser le problème. Pour sortir de la toxicomanie, en dehors des « sorties naturelles » difficilement évaluables et qui relèvent du mythe pour beaucoup, les individus doivent obligatoirement recourir au « soin » car la « toxicomanie » reste associée à une « maladie », en tous cas une « pathologie » dont la définition est inépuisable. Mais il nous faut renverser définitivement ce point de vue car il est très probable que l'institution représente non pas une fin en soi menant par ses propriétés intrinsèques à la guérison, mais un facteur parmi d'autres qui président à l'élaboration des conditions favorisant la sortie. Certes son importance varie en fonction des cas, des situations, des trajectoires. Il n'est pas rare de voir des usagers n'effectuer que six mois de postcure et mener une vie ordinaire ensuite, à l'inverse ceux qui deviennent de vrais professionnels des contacts et des séjours institutionnels. Entre les deux tout un panel comme il en va pour les traitements de substitution que nous verrons plus tard.

Nous avons déjà fait le constat ici que la très grande majorité des recherches menées dans le cadre de la « toxicomanie » sont toujours passées par le biais des « hétéro-contrôles » censées traiter ce problème, autrement dit contrôler et gérer l'usage de drogues (quelque soit la définition qu'on entend lui donner) à partir des institutions et des dispositifs qui héritent de cette délégation. Mais il ne nous est pas interdit de penser, comme nous l'avons précisé plus haut, que les « hétéro-contrôles » ne sont finalement qu'une ressource parmi d'autres, et pas forcément la plus significative, que les usagers de drogues utilisent (ou détournent) à un moment donné à leur propre profit. Cependant et comme nous le suggérons depuis le début nous n'abordons pas l'usager au travers du prisme ouvert par l'institution. Au contraire nous prétendons, et même rencontrés partiellement dans le cadre de celle-ci, que ces usagers utilisent, détournent, se battent contre l'institution du « soin » comme ils le font de manière ordinaire (et comme tout un chacun) avec toutes les autres institutions figurant dans leur vie quotidienne. C'est dans ce sens que la théorie sur laquelle est assise l'institution pour définir et traiter l'usage de drogue, qui semble recouvrir un spectre très large, nous apparaît au contraire bien étroite parce que toujours réduite à cette même théorie qui l'agite et la détermine sans concession et qui ne concerne finalement qu'une minorité des individus. Nous voyons et constatons tous les jours ces malentendus, ces ratages nourris par les incompréhensions des uns et des autres et qui mettent en lumière les décalages entre des interprétations radicalement différentes. L'institution ne peut déployer sa logique qu'à la seule condition de digérer celle des usagers ce que m'exprimait d'une manière générale et assez intéressante un résident du centre de soin avec hébergement.

« En fait on nous demande de nous taire, on a pas à mettre en question le fonctionnement de l'institution. Non seulement ça ne sert à rien de parler, mais au contraire il est préférable de se taire. Dès que ça touche l'institution c'est mal vu. Ça me fait penser aux flics...c'est forcément les résidents qui ont tort. Vous, vous posez des questions, là vous avez des réunions mais nous aussi on se pose des questions comme vous mais ça... le directeur n'a pas le recul nécessaire, il se sent touché personnellement. Il y a des gens intelligents parmi nous mais il y a toujours ce rapport hiérarchique, un rapport de domination et de pouvoir...le directeur a la décision de nous virer. Si on nous demande de nous exprimer il faut...il faut respecter les différentes façons qu'on a de le faire ».

Franck, 41 ans.

Mais cette digestion n'est pas toujours aussi brutale comme nous venons d'en avoir la traduction où le déséquilibre et la dissymétrie se figent dans des termes absolus comme « pouvoir » et « domination », propos qui sont loin d'exprimer une exception langagière si on considère l'ensemble des individus qui portent la critique. Le déploiement de l'autorité de l'institution se fait généralement au carrefour, avec une géométrie variable, du disciplinaire et d'une argumentation « clinique » qui neutralise la critique des usagers en la transformant, en la réinterprétant pour en faire un symptôme de leur propre déficience ce qui lui fait perdre du même coup toute sa raison d'être. Les deux dimensions sont souvent combinées, l'une renforçant l'autre ce qui donne du même coup à l'action institutionnelle un caractère hégémonique où l'interaction ne joue pas réellement le rôle vital qui lui est dévolu lorsqu'on parle de « soin » ou de « psychothérapie ». Pour illustrer ce qui vient d'être dit nous prendrons un exemple et ceci pour deux raisons au moins. La première consiste à penser qu'il est relativement éclairant pour notre propos et qu'il représente, en tous cas pour nous, le cheminement habituel du traitement institutionnel à des degrés divers. Le second est qu'on le retrouve généralement dans d'autres espaces, jusqu'à la relation médecin-malade.

Le centre de soins n'accorde qu'une sortie hebdomadaire de 3 heures le mardi après-midi pour toutes les démarches administratives des résidents, preuves à l'appui. Seulement et comme tout un chacun, les individus ne sont pas toujours maîtres des contraintes qui pèsent sur eux. Il y a des rendez-vous que l'on ne peut prévoir. Christian, un résident de quarante ans élabore un projet de sortie dans l'optique de s'installer dans la région. Il est cuisinier de profession, 12 ans de métier, et vient de Paris. Le propriétaire d'un petit studio lui donne un rendez-vous mais en dehors des heures fixées par l'institution, le vendredi après-midi. Pour lui ce petit studio représente un « pied à terre » provisoire car il estime qu'il n'aura aucun mal à trouver un « job » ensuite vu les annonces disponibles dans la région. Mais la demande de Christian se heurte à un refus.

« Vendredi après-midi le propriétaire m'a donné un rendez-vous pour visiter l'appartement, j'ai demandé l'autorisation d'y aller, il (le directeur) m'a répondu « *non, il y a l'équitation, vous vous êtes inscrits et si vous n'y allez pas ça risque d'être dommageable pour le collectif* ». Vous vous rendez compte...pourtant je lui ai expliqué l'importance de ce rendez-vous, surtout qu'un appartement ça ne se trouve pas comme ça,...surtout un appartement comme celui-là. Il m'a demandé de remettre le rendez-vous, je lui ai dit que le propriétaire n'est pas à ma botte, c'est moi qui suis à

la sienne...mettre en balance mon projet de sortie, de vie, avec une séance d'équitation ».

Cette « affaire » cristallisera la critique générale des résidents sur ce qu'ils considèrent être une inadaptation de l'institution à leurs parcours, une réduction de leurs vies au rythme de cette dernière. Cette orientation les oblige à concevoir et à subir l'institution comme une fin en soi, l'entité qui courbe leurs existences au même endroit. La réponse du directeur (psychologue de surcroît) ne se fera pas attendre.

« J'ai l'impression que contester fait partie du sport institutionnel depuis quelques semaines. Par la contestation vous projetez sur l'institution quelque chose qui vous est propre, vous vous réfugiez derrière. Contester ça veut aussi dire que vous ne faites pas confiance à l'institution et dans ce cas je ne vois pas comment on peut travailler ensemble. Il y a un cadre à respecter, le mardi après midi est consacré aux démarches administratives, à vous de prévoir les rendez-vous. Quand je dis non je vous pose une contrainte, soit vous êtes capable de l'assumer, soit vous n'êtes pas capable ».

On voit bien dans cet exemple comment se mêlent à la fois l'aspect disciplinaire, l'appel au « cadre », l'obligation de le respecter, et la neutralisation des critiques qui ne sont au bout du compte qu'une « projection » derrière laquelle s'abritent les individus. La contestation n'est pas perçue comme une action ordinaire, une critique rationnelle portée par les individus mais comme une mise en question de l'ordre normatif et thérapeutique de l'institution. Enfin et en conclusion la contrainte, le « non » qui ne souffre d'aucune discussion puisque qu'il effectue un partage destiné à qualifier ou disqualifier le sens commun de la personne au nom de toutes les raisons préalablement invoquées. On pourrait ici recombinaison ces propos pour y trouver beaucoup de traits qui servent souvent à amalgamer les appuis caractéristiques qui servent ensuite à ajuster l'interaction avec le « toxicomane » et qu'on retrouvera plus tard différemment combinés en fonction des situations, des interlocuteurs et des contingences. C'est pour cette raison que la majorité des individus quittent ces « cures » avec des sentiments très mitigés. Globalement et pour la plupart, et malgré les difficultés rencontrés, ils reconnaissent quelques peu l'utilité d'une telle démarche même s'il la juge la plupart du temps par défaut : « ça ne m'a pas fait de mal ». Certains abandonnent leurs séjours en cours de route ne parvenant pas à concilier les contraintes de l'institution avec leurs propres déplacements. Encore une fois les situations sont très diverses mais la grande majorité des

individus reste néanmoins particulièrement critique sur le fonctionnement institutionnel et la place laissée aux usagers dans le déroulement de la thérapie.

## **2. Dépendance et interdépendance.**

Selon Howard Becker, les investissements, les différents engagements des individus dans la société conventionnelle sont relativement déterminants dans les processus qui sont à l'origine des carrières déviantes, de leur durée, de leur fréquence et de leur durcissement. Autrement dit, plus ces engagements sont rares et faibles et plus l'individu sera disposé à se laisser tenter par des choix susceptibles de l'engager dans une trajectoire plus ou moins déviante dans la mesure où il estimera trouver ce qui lui manque. Mais le processus n'est jamais total ni irréversible. Au contraire la déviance comme mode de vie peut coexister sans problème avec les conduites conventionnelles sans que cela soit une gêne particulière pour l'individu. C'est un équilibre que nous partageons tous à différents degrés et à différentes intensités, c'est une certitude. D'un autre point de vue et pour rendre cette perspective plus concrète et en accord avec notre perspective globale, nous substituerons plus tard à ces engagements et à ces investissements la notion « d'attachements » qui nous apparaît une notion peut-être plus opératoire pour démêler le travail engagé par les individus et les processus en question. Mais cela ne change rien sur le fond à la question, à savoir comment se construisent les carrières déviantes et leurs relations avec la société conventionnelle.

Alors et à l'opposé de cette assertion, où l'utilisateur gère « normalement » son investissement dans des conduites qualifiées de déviantes, que se passe-t-il lorsque les attaches qui le lient aux autres entités du monde conventionnel s'affaiblissent à l'extrême jusqu'à paraître inexistantes. Nous pouvons admettre que beaucoup des investissements de la personne, par conséquence, se cristallisent progressivement autour de l'activité déviante en créant des attachements de plus en plus forts, en l'occurrence ici ceux liés à la consommation d'un produit illicite. Seulement et quelque que soient les cas de figure, nous pouvons raisonnablement continuer à soutenir la proposition qu'il n'y a jamais d'extrême en la matière, le toxicomane entièrement consommé par son produit la plupart du temps, mais seulement des situations intermédiaires, complexes, plus ou moins stables en fonction de la géométrie d'ensemble. Cependant et souvent sur la place publique certaines d'entre elles, les plus visibles et souvent les plus dramatiques, reflètent justement ces extrêmes exprimés par les



jugements communs, ce qui continue d'ailleurs à les entretenir en retour comme une généralité<sup>214</sup>.

Ainsi et pour continuer à éprouver cette définition de la « toxicomanie » rien ne prouve ici qu'il nous soit possible de formuler une théorie générale sur l'évolution de la consommation de drogue comme phénomène linéaire et répondant à des lois inscrites dans des tablettes. Rien ne nous permet non plus, et ce serait la conséquence, de dresser des « profils » ou des « catégories » dont la constante résisterait à toute épreuve et justifiant du même coup la théorie dont ils sont issus. D'une manière générale il serait présomptueux de tirer des conclusions générales sur l'évolution de la toxicomanie tant les usages et les usagers sont différents d'une époque à l'autre, d'un pays à l'autre. Si les conditions et les circonstances sont changeantes, on peut raisonnablement supposer que la trajectoire d'un usager de drogues le sera également. Ne pas admettre ce préalable serait tout aussi hasardeux, à notre sens, que de nier l'influence des politiques sanitaires et répressives sur l'évolution des consommations de drogues ou de penser dans une relation causale mécanique que la mortalité des toxicomanes serait le seul indicateur intrinsèque inhérent à la dangerosité des drogues. Autrement dit les toxicomanes ne meurent que par leur toxicomanie. Cette idée a déjà été largement questionnée par la « réduction des risques » dont on sait qu'elle a plus que largement contribué à réduire la mortalité des toxicomanes en agissant sur les conditions dans lesquelles s'effectue l'usage de drogues. Nous pourrions ainsi soutenir l'hypothèse que si le taux de mortalité des toxicomanes n'est pas lié à la consommation du produit, il dépend en revanche et assez étroitement des politiques de santé ou de répression qui sont censées le contrôler. L'usage de drogues, comme activité illégale, s'est toujours déroulé (et se déroule toujours) dans l'ombre, derrière la ligne de partage. Comment dans ces conditions peut-il satisfaire à ses besoins dans la mesure où son invisibilité ne lui donne droit à aucun équipement pour investir et organiser son activité ? Nous avons vu qu'avec la « réduction des risques » la ligne de partage s'est déplacée en introduisant doucement, imparfaitement, une symétrie relative qui a permis l'introduction de nouveaux équipements. Cette opération prouve bien que la « mortalité » (notion utilisée par ailleurs par Michel Foucault pour construire son concept de « biopolitique ») n'est qu'un facteur parmi d'autres, dénué de sens parce qu'il peut être mobilisé dans n'importe quelle construction. Les toxicomanes meurent mais pourquoi et à cause de

---

<sup>214</sup> N'oublions pas cependant que ce qui est « vu » sur la place publique n'est très souvent que la construction de constructions mise en scène et dramatisée par les médias avant de la rapporter, soutenant ainsi une « mise en ordre médiatique du sens commun ». Geisser V., *La nouvelle islamophobie*, La découverte, Paris, 2003.

quoi ? Qu'est ce qui explique la baisse ou la hausse du taux de mortalité chez les toxicomanes ? Ces questions peuvent trouver d'innombrables réponses en fonction des présupposés, des postures que nous engageons a priori. Rapporté à leurs consommations le problème est réglé, les toxicomanes meurent par « overdoses », meurent parce qu'ils ont le SIDA, meurent parce qu'ils sont également des « délinquants », meurent finalement parce qu'ils sont « toxicomanes ». Ils meurent simplement parce que leur mort n'est que la conséquence inéluctable de leur « toxicomanie », quelle que soit la voie qu'elle a choisie. La mortalité des « toxicomanes » est ainsi démontrée par les facteurs, les statistiques que l'on a enrôlées pour être les porte-parole d'une relation causale que l'on veut simplement confirmer parce que déjà démontrée.

Ainsi, et pour toutes les raisons que nous venons d'évoquer, nous ne serons pas complètement déplacé, nous l'espérons, si nous donnons à penser que les conclusions de la sociologie interactionniste doivent être quelque peu relativisées parce qu'appartenant à une configuration sociétale précise, celle des années soixante dix, et que cette configuration a quelque peu changée. Cependant soyons précis. Les principes restent actifs. Les « auto-contrôles », en engageant évidemment toute la rationalité de ceux qui les pratiquent (les déviants) face à l'institution (autrement dit tout le monde), peuvent à mon avis soutenir un cadre d'analyse intemporel parce que tant qu'il y aura des institutions il y aura des usagers et des relations asymétriques sauf à nous prouver le contraire. Maintenant les « auto-contrôles » de la consommation de drogues sont également dépendants de la place et de la période qu'ils occupent. Les rouages restent les mêmes mais les conditions dans lesquels ils se déroulent changent.

Partant de ce qui vient d'être dit, nous pouvons comprendre maintenant que l'analyse sous l'angle des « auto-contrôles » a des limites qui doivent être constamment mise en réseau avec l'évolution des collectifs qui lui donne sens. En d'autres termes la situation des usagers de drogues aujourd'hui n'est probablement pas la même qu'il y a dix ou vingt ans, donc les conditions dans lesquelles se passent l'usage ou la sortie sont également différents. Mais quels que soient les paramètres et les facteurs qui conditionnent et influencent l'évolution de la consommation, les situations des usagers de drogues, l'arrêt ou le recours aux systèmes de soins en fonction de l'époque, cela n'enlève rien à nos présupposés concernant ce que sont au fond ces usagers et le sens des pratiques qu'ils mettent en œuvre pour pallier aux difficultés qu'ils rencontrent.

Concluons néanmoins provisoirement ce point pour dire, et ceci est un apport fondamental, qu'en envisageant la toxicomanie comme un « mode de vie », et quels que soient les facteurs qui le conditionnent, l'approche sociologique interactionniste extrait résolument le toxicomane des catégories dans lesquels l'approche clinique le tient à priori encore (et largement) aujourd'hui. Elle revisite ainsi à la fois la notion de « maladie » et donc celle de l'irresponsabilité du toxicomane, postulant que ce dernier, comme tout déviant, agit en définitive comme un être rationnel et moral, faisant les meilleurs choix possible en fonction des contingences du moment<sup>215</sup> mais toujours « en appui sur son expérience passée et ses projections futures »<sup>216</sup>. En ce sens il *agit* rationnellement et se révèle en définitive capable de développer et d'entretenir les mêmes relations que le commun. Il se conduit toujours et dans la plupart des cas en obéissant à des règles d'interaction et de coopération même si certaines d'entre elles nous semblent souvent imparfaites, provocatrices, voire destructrices parce que se situant la plupart du temps en dehors de nos perspectives compréhensives, conventionnelles et surtout morales.

### **III. LA SORTIE DE LA TOXICOMANIE COMME PROCESSUS DE CONVERSION IDENTITAIRE.**

On peut raisonnablement postuler que l'approche interactionniste appréhende plus ou moins les « sorties de la toxicomanie » comme autant de processus faisant valoir des mécanismes dont la notion « d'identité » représente principalement le rouage élémentaire dans un travail de conversion opéré par les individus. On pourrait ainsi prétendre tout aussi raisonnablement que toutes les questions abordées plus haut pourraient trouver une résolution unique en termes de processus de gestion identitaire comme cadre d'analyse commun susceptible de rendre compte des transformations à l'œuvre.

Les travaux sociologiques qualitatifs envisageant la sortie sous cet angle ne sont pas vraiment légion en France et les approches classiques, réduisant la toxicomanie aux problèmes inhérents à la personne, laissent généralement dans l'ombre le bénéfice des interactions entre professionnels et usagers de drogues comme étant l'une des composantes, et pas la moindre,

---

<sup>215</sup> Ogien A., « La morale du drogué », *Revue française des Affaires sociales*, 2, p. 59-67.

<sup>216</sup> C'est moi qui rajoute. Il en sera largement question dans cette partie.

du soin<sup>217</sup>. Notre problème maintenant est de rendre cette notion « d'identité » suffisamment opératoire pour éclairer l'analyse des processus de sortie de la toxicomanie. Comment s'y prendre ? Partons d'un principe général que l'on pourrait considérer commun à l'ensemble des approches qui utilisent cette perspective quels que soient les ajouts ou les ajustements singuliers qui les différencient.

Pour cela il nous faut revenir à notre hypothèse première. Si la toxicomanie est une activité sociale ordinaire, un « mode de vie », le toxicomane n'est au bout du compte qu'un individu ordinaire dont la recherche et la consommation de drogues représente la « ligne biographique dominante »<sup>218</sup>, autrement dit l'activité à laquelle il consacre l'essentiel de son temps. Mais, comme pour le commun des mortels, cette ligne coexiste avec d'autres lignes annexes représentant les activités sociales accessoires et traditionnelles du toxicomane. Dans cette perspective ces lignes ne sont jamais ni séparées ni autonomes mais opèrent des chevauchements que le toxicomane s'évertue de gérer tant bien que mal en continuant d'entretenir avec le commun un minimum des relations sociales bien qu'elle s'avèrent souvent chaotiques, difficiles et complexes.

Considérer la « toxicomanie » sous l'angle des « lignes biographiques » présente un intérêt certain et résolument heuristique pour la démarche d'analyse. Il nous permet d'une part de lui donner une relativité certaine dans l'existence de l'individu, ce qui a l'avantage de rompre avec les représentations totales qui lui sont généralement associées, et d'autre part considérer cette expérience de l'usage de drogues comme relevant d'une biographie sujette à questionnement de la part de son auteur. Donc l'individu en soi est porteur de plusieurs lignes biographiques en interaction constantes, séparées et confondues, pour former une personnalité particulière toujours en évolution. En effet cet aspect hétérogène de l'existence de l'individu porte l'avantage de concevoir l'identité en « décomposition »<sup>219</sup>, celle du « toxicomane » coexistant avec d'autres formes identitaires minoritaires. Fondamentalement et selon cette perspective cela ne le différencie en rien de l'individu ordinaire si ce n'est le statut de l'activité toxicomaniaque stigmatisée comme déviante, que l'individu doit dissimuler parce soumise à la réprobation sociale. Ainsi au cours du processus de sortie, le toxicomane

---

<sup>217</sup> Macquet C., « Mais que veut donc dire : « faire l'expérience d'une cure ? » », *Psychotropes*, Vol 7, n°2, oct. 2000, p. 65-82.

<sup>218</sup> Castel R et al., *Les sorties de la toxicomanie*, Types, trajectoires, tonalités, Paris, M.I.R.E, 1991.

<sup>219</sup> Ogien A., « La décomposition du sujet » in Joseph, I et al., *Le parler frais d'Erwin Goffman*, Paris, Minuit, 1989.

réagence continuellement ses lignes biographiques, en les travaillant, au cours d'une oscillation identitaire pendant laquelle s'effectue difficilement et douloureusement un transfert de compétence et de sens. Tout ce processus a été autrement suggéré pour qualifier le travail entrepris par les toxicomanes comme des opérations de « reconceptualisation de l'expérience »<sup>220</sup>.

Mais l'identité, même si elle reste ici une notion très opératoire pour rendre compte des processus de sortie, continue néanmoins de nous laisser perpétuellement insatisfait comme si la démonstration, bien qu'elle soit très éclairante, restait quelque part inachevée quelque soit le schéma retenu pour son utilisation. Peut-être est-ce du au fait, selon nous, qu'elle laisse malgré elle entrevoir la « toxicomanie » comme une catégorie particulière donc forcément porteuse de références singulières. Même si nous abordons l'identité sous sa forme éclatée, nous continuons néanmoins de supposer que l'un de ces éclatement représente la « part » du toxicomane dans l'intégralité identitaire. En d'autres termes comment appréhender dans cette perspective l'identité « toxicomane », que veut-elle dire et comment la représenter ?

C'est d'abord l'une des spécificités des travaux de Goffman d'avoir voulu se débarrasser de cette notion d'identité qu'il considérait trop rigide à son goût pour expliquer comment les individus manifestent<sup>221</sup>. Il nous semble que l'apport essentiel de ces contributions a été de vouloir éviter la notion de « construction identitaire » pour se consacrer essentiellement à l'action et la conduite des individus en se dégageant le plus possible de toutes prétentions formalistes<sup>222</sup>. En ce sens il s'est plutôt attaché à fournir un cadre de compréhension qui puisse rendre compte du travail accompli par l'individu pour exister dans les différentes situations qu'il traverse et au cours desquelles il se conduit plus qu'il ne se construit<sup>223</sup>. Ainsi l'action humaine, décliné essentiellement à travers les situations, met essentiellement en avant l'hétérogénéité et la contradiction des modes d'existence et la pluralité des manières d'être en fonction des contextes dans lesquels on agit<sup>224</sup>.

---

<sup>220</sup> Castel R *et al.*, *Ibid.*

<sup>221</sup> On pourrait prendre toutes les techniques déployées par les individus dans les interactions pour exister comme celle de « sauver la face » par exemple. Goffman, E. *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, Minuit, 1973.

<sup>222</sup> J'entends ici les conceptions « dures » de l'identité.

<sup>223</sup> Goffman E., « La distance au rôle en salle d'opération », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002, vol 143, p. 80-87.

<sup>224</sup> Lahire B., *L'homme pluriel, les ressorts de l'action*, Paris, Armand Colin, 2001.

Cette perspective se propose non pas de faire disparaître les contraintes inhérentes aux situations ni la subjectivité des individus mais de les dissoudre littéralement dans les interactions et les conduites de ces derniers. En ce cas nous pouvons considérer un individu à chaque fois différent, en fonction des situations qu'il traverse, sans que nous ayons à nous poser des questions s'agissant des liens entre ces situations pour leur donner une cohérence particulière en termes d'identité. En portant ainsi notre attention sur la conduite des individus nous assisterions alors à une désubstantialisation du sujet et ce faisant à celle d'identité pour ne considérer que le travail effectué par ces derniers dans les différentes situations qui ne représentent de fait que des cadres de contraintes successifs et hétérogènes.

Mais ce premier travail de déconstruction ou de dissolution de l'identité (et donc du toxicomane) ne règle pas tout même s'il y contribue grandement. C'est que la notion devient par extension une manière pour les individus de qualifier leurs propres conduites, une catégorie « indigène » régulièrement mobilisée susceptible de faire le bonheur de tout sociologue en recherche de thématique. Nous concernant nous l'avons rencontré assez souvent comme pourrait le témoigner cet exemple saisissant, frappant, représenté par cette mère célibataire de deux enfants, tentant de justifier le travail incessant et coûteux déployé pour concilier sa vie de famille, l'éducation de ses enfants, et la gestion de son usage de drogues :

«J'ai deux identité, l'une de mère de famille et l'autre de toxicomane ».

Car comment qualifier au bout du compte cet individu qui s'adonne à la consommation de drogues même s'il continue par ailleurs à se conduire conventionnellement dans d'autres situations ? N'est-il pas toujours rattrapé par cette partie de son identité que nous tentons de faire disparaître dans la pluralité de l'interaction ? Il semble bien que Goffman lui-même n'a jamais pu résoudre complètement ce problème malgré tous ses efforts destinés à se débarrasser totalement de cette notion d'identité comme concept<sup>225</sup>.

Si la question de l'identité reste on ne plus légitime pour analyser les différents processus de sortie de la toxicomanie, sa faiblesse relative reste probablement et paradoxalement, nous semble-t-il, attachée à la difficulté à concevoir l'ordinaire de l'activité. Certes en utilisant à un moment donné la notion de « lignes biographiques » comme concept opératoire nous avons

---

<sup>225</sup> Ogien A., *op. cit.*, 2005.

considéré la toxicomanie essentiellement comme une activité sociale pouvant être soumise aux mêmes critiques que les autres. Nous voyons alors l'avantage certain à la problématiser ensuite comme une conduite dans un régime d'obligations particulier, coexistant avec d'autres conduites et autant de régimes. De là décomposition et ensuite dissolution de l'identité pour abolir toute idée d'essentialisme mais dans le même temps éviter de perdre le sujet. De là également l'hypothèse selon laquelle qu'au cours de ce travail de décomposition et recomposition de l'identité qui accompagne la sortie s'effectuerait également un transfert de compétences et de sens dans le cadre de « pratiques héritées » d'un univers à l'autre<sup>226</sup>.

Mais avons-nous pour autant chassé la toxicomanie et le toxicomane, cet être et cette activité à la fois fascinant et mystérieux dont nous avons du mal à nous défaire ? Car en acceptant, même le plus implicitement du monde, de discuter la notion de « toxicomanie », nous accréditons à priori son existence et donc sa substance. En d'autres termes nous pourrions dire que notre intention de construire cet objet (la toxicomanie), quelques soient nos tactiques pour le dissoudre ensuite dans l'ordinaire, accrédite à priori cet objet et donc son existence. C'est que, d'une certaine manière, toutes les tentatives visant à la questionner n'ont jamais réellement eu pour but de se débarrasser de la notion mais simplement de la reformuler au fur et mesure pour parer aux différentes critiques qui pouvaient lui être adressée<sup>227</sup>.

Lorsque que j'ai commencé ce travail de recherche j'ai rencontré au détour de mes entretiens une jeune femme, Christiane, 32 ans, mère de deux enfants et au passé quelque peu tumultueux que je devais revoir par la suite, nous y reviendrons. A notre première rencontre notre entretien a duré plus de deux heures. Je devais en convenir ultérieurement, cet entretien a été particulièrement riche en détails précieux mais à l'époque je dois admettre qu'une partie seulement a sensiblement attirée mon attention. Cette partie concerne certainement l'épisode le plus intense de sa carrière peu avant qu'elle ne prenne la décision d'arrêter la drogue et d'entrer dans un programme de substitution. A ce moment et après avoir quitté le père de son

---

<sup>226</sup> Les « pratiques héritées » peuvent expliquer, selon l'étude dirigée par Robert Castel (*ibid.*), le fait que les toxicomanes peuvent se servir de leurs anciennes « dispositions » pour pallier aux difficultés liées à leur sortie. Ainsi les « pratiques héritées », notion plus souple, évite d'une certaine manière le piège de « l'habitus ». Je l'aborde pour ma part sous l'angle du transfert. Par exemple, et malgré les traitements de substitution, leur insistance à vouloir consommer des anxiolytiques pour soulager les différents effets générés par l'arrêt de l'usage de drogues.

<sup>227</sup> Brubakers R., « Au-delà de l'identité », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2001, p. 66-85. Cet article, qui se propose justement de dépasser l'utilisation de l'identité, fait le tour des ses différents usages comme « catégorie pratique » et « catégorie d'analyse » ainsi que du rapport entre les deux. Il propose ensuite d'autres voies d'exploration censées désubstantialiser la notion comme par exemple les processus « d'identification ».

deuxième enfant, elle « s'accroche » à un ami d'enfance parce qu'elle a du « mal à rester seule ». Malheureusement cette nouvelle connexion va sensiblement ouvrir sur autre chose. Elle avait déjà auparavant fumé du cannabis et « sniffé » de « l'héro » mais son ami l'entraîne très vite dans un réseau où elle expérimentera son premier « schoot d'héro », autrement dit une injection intraveineuse.

« Je suis restée avec lui environ un an et demi jusqu'à ce qu'il entre en prison. Pendant ce temps je tournai, quoi, à presque 3 grammes par jour...je sais pas comment on faisait, c'était 1200 francs le gramme. Je suis restée seule, je savais pas comment m'en sortir, j'ai fais appel à toutes nos connaissances. J'ai continué à schooter mais j'avais deux identités, deux rôles, l'une de toxicomane et l'autre de mère de famille. Je me suis jamais schootée devant les enfants. Mais c'est difficile, il faut toujours faire attention... Frédéric il commençait à poser des questions sur mon état, j'allais souvent aux toilettes, j'avais les yeux toujours rouges, je faisais presque plus rien dans la maison. Ca fait mal et je savais pas quoi lui répondre ».

On le comprendra, c'est essentiellement la question des rôles et surtout de l'identité qui m'a frappé à ce moment précis de l'enquête. D'un côté nous pourrions nous saisir de cette assertion pour confirmer notre propre modèle. On voit bien là répartition de deux « lignes biographiques » différentes et en tension, deux identités incarnées par des rôles qui tentent tant bien que mal de coexister dans un même continuum. D'un côté une jeune femme dont le rôle et l'identité sont ceux d'une mère attentive et dévouée à ses enfants, les emmenant le matin à l'école et de l'autre côté la même personne consommant des produits et évoluant dans des réseaux différents. Mais ces deux personnes n'en font qu'une d'où la tension générée pour restituer la même personne ce qui va se confirmer :

« Je voulais vraiment faire quelque chose. J'ai mis un plan plus discret pour m'approvisionner et j'ai commencé à consommer de moins en moins mais comme je voulais passer plus de temps avec mes enfants je dealais un peu chez moi. C'était pas facile et Frédéric (son aîné) a remarqué parce qu'il commençait à me demander pourquoi il y avait tant de gens qui venait chez moi. Et la aussi j'ai pas trouvé de réponses. J'étais de plus en plus écartelée ».



En effet quoi de plus réflexif que cette mère de famille qui parle à chaque instant de ce qu'elle vit en le conceptualisant d'une manière assez remarquable et qui donne au sociologue pratiquement la réponse à la question dont il sait déjà la réponse.

Cette assertion de l'identité ne termine donc pas vraiment l'affaire pour nous mais l'a commence juste. Dans cette perspective nous ne devons pas l'envisager comme un élément explicatif total mais comme un *appui* dans les négociations que nous livre l'utilisateur sur ce qu'il expérimente au quotidien et comment il l'expérimente, en l'occurrence ici l'arrêt de l'usage de drogue. L'utilisateur s'appuie, plus ou moins imparfaitement, au gré de son évolution, qui est aussi cognitive, sur les catégories, les représentations qui lui permettent de traverser, de comprendre et finalement restituer sa propre évolution. C'est ce qui forge sa propre perception des épreuves qu'il traverse.

## **CHAPITRE II.**

### **LES « SORTIES DE LA TOXICOMANIE » : UN PROCESSUS COMPLEXE, HETEROGENE ET HYBRIDE.**

#### **I. LA COORDINATION DE PLUSIEURS DIMENSIONS.**

Nous avons jusqu'à présent considéré la toxicomanie comme une conduite conventionnelle en nous référant principalement aux catégories d'analyse offertes par la sociologie interactionniste. Il est certain que l'avantage de cette perspective, outre qu'elle s'est intéressée très tôt à ce problème, réside essentiellement dans sa capacité à postuler à priori l'ordinaire des conduites qualifiées de déviantes. Nous parlons ainsi d'un « mode de vie », comme bien d'autres, basé sur des apprentissages et une socialisation particuliers, le tout se déroulant dans un contexte relativement cohérent et organisé.

Nous partons ainsi de l'hypothèse que la recherche et l'usage de drogues structurent et organisent ainsi une « ligne biographique » mais dont la particularité est de cristalliser sur elle une majeure partie de la vie et de l'expérience de l'individu. Ce serait à n'en pas douter, de ce point de vue, une définition comme une autre de ce qu'il est convenu d'appeler la « dépendance », notion qui comme beaucoup d'autres n'est que le fruit d'un étiquetage<sup>228</sup>. On peut alors considérer que cette dernière s'exprimerait alors non pas comme la stricte consommation obsessionnelle d'un produit révélateur d'une désorganisation psychique ou la

---

<sup>228</sup> La majeure partie des théories sociologiques interactionnistes admettent que les conduites déviantes ne le sont pas par « nature », autrement dit liées à des dispositions inhérentes aux individus, mais se définissent principalement par le jugement qui leur est imposé à l'aune d'une norme, le fruit d'une « réaction sociale », c'est l'étiquetage. Pour Howard Becker par exemple devenir déviant est un processus, le déviant n'est pas tant celui qui transgresse une norme que celui sur lequel est porté un jugement de déviance. Ainsi et d'un autre point de vue on peut considérer cette opération comme une « construction sociale » dans la mesure où elle naturalise cet étiquetage en disqualifiant le déviant dans le but de le réduire à la définition de la catégorie dans laquelle il est rangé. Sur cette question on peut voir également Ogien A., « Construction sociale de la dépendance » in Padieu *et al.*, (dir), *Dépendance et conduites de consommation*, INSERM, 1995.

conséquence d'une action extérieure, mais comme l'expérience subjective de l'individu, physique, perceptive, matérielle et temporelle, inscrite dans une trajectoire, un parcours dont chaque événement fait sens dans la transformation de cette existence.

On le sait, cette relation particulièrement tortueuse et complexe au produit n'est reniée par aucun « toxicomane » lorsqu'il aborde avec un tant soit peu de recul les années de consommations passées, quels que soient les ambiguïtés et les paradoxes avec lesquels ils les rapportent. Finalement, pratiquement tous les témoignages ne se différencient généralement que par le degré d'importance de cette consommation, de cette « dépendance », autrement dit et au bout du compte l'importance et la place de la « ligne biographique » qui lui est associée ainsi que la difficulté relative de la faire coexister indépendamment avec les autres strates de l'existence.

Arrêter de consommer de la drogue est certes décisif mais ne peut se réduire à notre sens à une rupture quelconque avec un produit qui réglerait tout dans la mesure où la drogue, pour nous, représente maintenant et avant tout le médiateur par lequel se créent et se consolident les nombreuses interactions et les nombreuses connexions au monde de la drogue. En ce sens et pour faire progresser quelque peu cette réflexion il n'est pas déraisonnable de continuer avec la proposition suivante. Supprimer le médiateur, en l'occurrence ici le produit, et même si on lui substitue un autre de remplacement, ne sort pas automatiquement et instantanément l'utilisateur de drogue d'un mode de vie pour le replacer dans un autre. En conclusion nous pourrions dire que supprimer le produit, symbolisé par l'interface qu'il représente, ne signifie pas forcément supprimer les liens, les attaches qui lui sont subordonnées, cela relève d'un autre travail. Certes la proposition d'un nouveau médiateur (la buprénorphine), engage l'utilisateur à opérer un travail important pour passer d'un monde à l'autre. Mais comme pour le niveau « macro », que nous avons décrit dans la partie précédente, l'utilisateur doit remplacer un collectif par un autre, défaire de nombreux réseaux pour en constituer d'autres, commencer doucement à substituer certains liens par d'autres. Mais il n'y a pas d'ordre préalable, cette opération n'est pas mécanique comme le suggèrent les documents officiels. Nous avons déjà montré que ce travail ne pouvait se résumer à des remplacements linéaires au cours desquels les difficultés rencontrées sont considérées soit comme des séquelles de l'ancien mode de vie soit comme le symptôme d'une perturbation personnelle non réglée. Nous avons préféré considérer la « substitution » comme un « nœud » dans lequel se concentre tout le travail interne effectué par l'individu pour le faire exister aux yeux de son entourage.

Les liens, les attachements sont ce qui fait et fait vivre l'individu. On ne peut jamais les supprimer d'un coup, quelles que soient les situations, mais les remplacer doucement et progressivement par d'autres liens, d'autres attaches. Cette opération ne va jamais de soi et provoque, on peut s'en douter, un véritable bouleversement surtout lorsqu'ils ont été peu nombreux et particulièrement denses en certains endroits, indépendamment d'ailleurs de la « ligne biographique » en question, la drogue n'étant qu'un attachement parmi d'autres pour nous maintenant même s'il absorbe, dénature, ou efface, et souvent en grande partie, les autres.

On peut maintenant commencer à comprendre que la sortie suppose donc un véritable réagencement progressif, long et douloureux de l'existence dont le seul témoin constant reste l'usager de drogues. A ce stade certaines questions nous viennent spontanément à l'esprit. Comment les usagers de drogues vivent-ils et portent-ils cette expérience ? Comment restituent-ils cette transformation et les difficultés qui l'accompagnent ?

Notre problème consiste, pour tenter de répondre à ces questions de trouver un schéma opératoire le plus simple et réaliste possible pour essayer de mettre en lumière les différentes dimensions par lesquelles s'effectue le travail des individus. On se proposera ainsi, à notre mesure, de rendre compte et de mettre en évidence la complexité relative des phénomènes qui se jouent dans l'arrêt de l'usage des drogues. La « sortie de la toxicomanie » ou l'arrêt de l'usage des drogues, l'un et l'autre étant considéré maintenant comme « un mode de vie », nous imposent maintenant de concevoir cette « sortie » comme toutes celles qui suivent une « passion » autour de laquelle s'est cristallisée une bonne part de l'existence d'un individu.

Nous considérons alors et avant tout la « sortie » comme une nouvelle expérience très progressive au cours de laquelle les changements touchent tous les niveaux d'existence de l'individu, tous les espaces et les sphères de sa vie quotidienne ainsi que sa perception de ce qu'il est, fait et de ce qui l'entoure. Ce sont ces bouleversements, ces réagencements et donc leur restitution qui nous intéressent ici. Mais il nous faut bien maintenant définir quelques appuis préalables pour rendre compte.

Nous l'avons déjà souligné, les perspectives classiques tendent souvent à privilégier un point de vue explicatif permettant d'englober l'essentiel de la compréhension du problème et le réduire à leurs approches respectives. Mais nous voudrions entrer quelque peu dans le détail et dire en quoi ces approches, bien que totalement légitimes et pertinentes pour ceux qui les

pratique, nous paraissent quelque peu restreintes pour englober un phénomène particulièrement complexe. Voyons cependant.

Une première option couramment mobilisée consiste à considérer les toxicomanes comme appartenant à une même communauté. C'est l'approche que l'on pourrait qualifier de « culturaliste ». Ainsi ces derniers, parce que regroupés et stabilisés dans une catégorie particulière, partageraient de facto les mêmes caractéristiques, les mêmes perspectives et valeurs homogènes qu'il nous serait facile, pour ainsi dire, de mettre en équation. On sait plus ou moins ce qu'une telle perspective, lorsqu'elle apparaît comme une évidence, peut avoir de fâcheux dans sa capacité à maintenir une étiologie de la « toxicomanie » toujours présente et représentative d'une population hors normes. Evidemment cette perspective pourrait être étendue à toutes les autres formes de déviance<sup>229</sup>.

Une seconde manière d'aborder l'usage de drogues et ses conséquences tente de mettre en évidence les dispositions intériorisées, les structures profondes comme cadre explicatif de la conduite des individus. C'est le primat épistémologique de « l'habitus » considérant à la fois l'intériorisation des normes, repères et autres formes de codification du groupe d'origine dans l'individu et qui le conditionne ensuite pour agir.

La dernière approche que nous avons déjà survolée, qualifiée d'interactionniste, prône une approche diamétralement opposée parce que relevant d'une épistémologie profondément différente mais ne règle pas tout pour autant. En cela notre légère critique de l'identité précédente n'était pas complètement innocente. Elle n'avait finalement pour but que de comprendre en quoi cette notion pouvait résister quand à l'emploi que nous aurions pu en faire dans le cadre de cette recherche. Pour conclure sur ce point nous dirons néanmoins et à ce stade de notre réflexion que cette notion d'identité, mobilisée la plupart du temps comme une notion totale tend à réduire quelque peu la question en lui donnant des contours relativement homogènes (bien que multiples, éclatés et en interaction constante) mais en laissant de côté certains aspects essentiels dans les processus de sortie. Ce point précis concerne notamment la question des émotions que nous tenterons de traiter plus tard.

---

<sup>229</sup> L'approche « culturaliste » met généralement en évidence les caractéristiques des individus en fonction du milieu dans lequel ils ont été socialisés. De ce point de vue elle suggère également une relation causale, déterminée, donc prévisible à partir de lois extraites du milieu d'origine.

Chacune de ces perspectives n'est évidemment pas à rejeter en soi, ce serait à la fois dogmatique et désastreux, mais représente chacune à sa manière une approche quelque peu restreinte pour restituer la complexité des processus que nous voulons mettre en lumière. Hasardons nous à une proposition en admettant que si chacun de ces pôles théorique est toujours présent mais au lieu de les considérer à tour de rôle comme une clé explicative totale, nous devons plutôt les appréhender comme des références particulières, des appuis sur lesquels nous construisons l'ensemble de notre édifice problématique. Maintenant il nous faut construire un schéma d'analyse opératoire suffisamment souple, intégrant chacun des trois pôles, qui puissent nous permettre de restituer l'hétérogénéité des différentes dimensions présentes dans les processus de sortie.

Comment assembler ces différents points de vue afin de leur donner une cohérence relative pour comprendre ce processus ? Il nous faut un modèle.

Nous tenterons ici de faire un alliage entre ces pôles en nous inspirant largement du travail de Nicolas Dodier concernant les appuis de conventionnels de l'action<sup>230</sup> lorsqu'il se propose de rendre compte de l'hétérogénéité de l'action et des différentes formes de coordination nécessaires pour la stabiliser. Nous ne sommes pas toujours dans l'action mais la plupart du temps dans l'analyse d'un matériau discursif. Il est, nous le comprendrons, relativement difficile de suivre les usagers de drogues dans leurs différents déplacements, nos observations se limitant aux interactions avec les professionnels en centre de soin au mieux. Ainsi la globalité de leurs expériences nous ont été essentiellement livrées par les entretiens que nous avons eu avec eux. Cependant ce matériau étant ce qu'il est, il ne nous semble pas présomptueux de l'aborder également d'une manière quelque peu « pragmatique ». Autrement dit nous partons du principe que l'entretien, loin de faire l'objet d'une analyse classique en terme d'analyse de contenu unidimensionnelle et codifiée, est capable de nous livrer une expérience que nous pouvons restituer en la soumettant à une grille de compréhension plus large, profonde et dynamique. Le principe fondamental est relativement simple au demeurant. Nous nous proposons la restitution à l'instant présent. Autrement dit ce que vivent les usagers de drogues au moment de l'expérience qu'ils nous livrent. Nous les suivons ensuite dans les rapports, les connexions qu'ils construisent, passées et futures, ainsi que les interprétations et les jugements dont ils se servent pour rendre compte ensuite de ces constructions. Mais nous

---

<sup>230</sup> Dodier N., « Les appuis conventionnels de l'action. Eléments de pragmatique sociologique ». *Réseaux*, Année 1993, Vol 11, n°62, p. 63-85.

préférons parler ici d'une analyse dynamique et « compréhensive »<sup>231</sup> de l'entretien pour laisser respectueusement la prérogative du pragmatisme à l'action.

## **II. LES APPUIS DE L'EXPERIENCE DE LA SORTIE. UNE CONJUGAISON TEMPORELLE.**

Nous avons jusqu'ici posé comme principe fondamental de ne pas nous enfermer dans une perspective particulière mais considérer ces dernières comme autant de registres explicatifs, mobilisés par les usagers eux-mêmes, aux intersections desquels il nous faudra trouver un schéma opératoire à géométrie variable. Mais cette géométrie n'est pas euclidienne, elle ne se contente pas de faire parler seulement le présent et de considérer cette seule dimension. Ce serait prétendre à tort que tout commence et s'achève à l'instant présent, que toute la compréhension du problème de l'arrêt de l'usage de drogues est une affaire qui se joue seulement et mécaniquement en temps réel. C'est ce dont il s'agit par exemple lorsqu'il est question d'aborder l'arrêt de la « toxicomanie » comme l'achèvement d'une guérison selon une lecture psychanalytique. C'est encore le cas, pour ce qui nous préoccupe, lorsque les traitements de substitution sont évalués mécaniquement en fonction de la compliance du patient. L'usager est toujours dans l'obligation de répondre à des contraintes sollicitées ici et maintenant et de s'y conformer.

Mais nous savons maintenant que notre traitement, notre « substitution », ne règle pas tout, loin de là et que la compliance à ce traitement n'est jamais automatique mais doit être abordée progressivement comme un processus révélateur de la recomposition même effectuée par l'usager pour « sortir de la toxicomanie ». Cette « sortie » est difficile, complexe et fait toujours l'objet d'une conjugaison par celui qui l'exprime. Nous nous proposons ainsi de conférer à ces processus deux autres dimensions qui prennent en compte l'aspect temporel essentiel dans lequel les usagers précipitent toujours leurs récits, autrement dit le passé (toujours présent) et les horizons que les personnes dessinent s'agissant d'un futur plus ou moins lointain auxquels elles se réfèrent et auquel certaines s'accrochent. Ces références sont de plusieurs ordres. Elles s'inscrivent par exemple dans des opérations techniques héritées d'un passé de consommation de drogues mais traduites au moment présent et à des fins différentes. Ainsi soulager une souffrance, malgré les produits de substitution en prenant

---

<sup>231</sup> Kaufmann J-C., *L'entretien compréhensif*, Paris, Nathan, 1996.

d'autres produits prohibés par le médecin, peut être une opération plus ou moins similaire à celle qui consistait dans le passé à réfréner un état de manque en l'absence de drogue. Mais l'aspect technique de ces transpositions semble bien refléter des ressources et des appuis, en terme de compétences ou de savoir faire, héritées d'un passé mais utilisées à des fins différentes parce que soutenues par un horizon, un futur différent. Mais ces transpositions de compétences techniques semblent bien révéler un travail cognitif souvent long, douloureux et particulièrement contradictoire lorsqu'on l'observe, nous y reviendrons largement. Ce que nous souhaiterions quelque peu explorer c'est d'abord les modalités pratiques de gestion des produits de substitution ou les difficultés liées à l'arrêt de l'usage de drogues. Ces dernières sont évidemment très importantes car elles représentent le socle concret, pratique, à partir duquel il nous sera possible de restituer le sens de la médiation provoquée par la buprénorphine. Mais nous ne nous intéresserons pas uniquement aux actions concrètes et aux pratiques élaborées et restituées par les usagers. Si elles sont fondamentales, elles ne représentent cependant qu'une porte d'entrée censée nous donner accès à la démarche globale de l'usager. Ainsi et lorsqu'on les écoute attentivement nous nous apercevons que les usagers expriment presque toujours et simultanément les difficultés qu'ils rencontrent au présent mais tout en puisant dans leur passé les événements pour les comprendre et en se projetant dans un avenir plus ou moins proche dont ils se préoccupent constamment pour s'en détacher. C'est pour cette raison que nous faisons ici l'hypothèse forte que les « sortie de la toxicomanie » doivent se lire dans une *temporalité* qui nous servira maintenant de cadre de traduction pour restituer à la fois les opérations concrètes et cognitives des usagers.

C'est pour cette raison, notamment, qu'il nous faut prendre nos distances avec les théories visant à privilégier le calcul et les intérêts immédiats d'arrière plan comme seule source de motivation et la principale visée immédiate des individus. Cette précision est d'importance car non seulement elle réduit considérablement notre perspective théorique mais de plus elle fait écho aux perceptions communes du toxicomane machiavélique dont le seul but est finalement la consommation insatiable de drogues sans autre forme de procès. Bien sur, nous restons d'abord préoccupés par ce font les patients en traitement, leurs visées immédiates, leurs perceptions du traitement et l'expression des difficultés qu'ils rencontrent. Mais nous nous apercevons rapidement que ce que nous restituent les individus dépasse largement le cadre du présent, que le fil plonge à la fois dans leur passé de consommateur et se projette dans un avenir plus ou moins lointain, plus ou moins incertain. Mais nous voudrions rassurer le lecteur, il n'est pas question non plus de rejeter arbitrairement et d'emblée toutes présomptions



stratégiques ou de calcul conscient car elles existent bel et bien. Mais ces perspectives constituent un plan de compréhension parmi d'autres, un élément particulier dont il faudra nous servir pour assembler notre alliage final.

Cependant une précision s'impose ici. Si nous acceptons d'emblée la dimension stratégique il nous faudra par contre lui donner résolument une autre tonalité que celle traditionnellement retenue par les sciences sociales ou l'acteur déploie rationnellement une conduite calculée au sein d'une organisation particulière. Nous aborderons plus tard cette question mais dans le but de comprendre d'abord les contraintes qui pèsent sur les usagers de drogues et ensuite les opérations qu'ils mettent en œuvre afin de les contourner ou se les approprier à partir de leurs propres heuristiques.

Partir du présent, de ce que nous livre l'utilisateur, c'est patiemment démêler cet écheveau complexe où chaque individu tisse et agence à sa manière son parcours en tentant de restituer des liens entre ce qu'il a été, ce qu'il est et ce qu'il aspire à devenir. Chaque cas est particulier, chaque ajustement entre ces dimensions est différent, bref chaque « cristallisation » au dispositif et son évolution est différente. Au de là de la visée immédiate des individus nous cherchons à valoriser les différentes dimensions interprétatives de l'individu, dimensions perceptives, morales, cognitives, temporelles, pour tenter de comprendre leurs places dans ce que nous livrent les individus et la signification que chacun donne à sa « sortie de la toxicomanie ». Mais pour cela il nous faudra dorénavant prendre à revers les approches traditionnelles qui tendent à constituer la « toxicomanie » comme un objet dans le sens classique du terme, non qu'elles n'aient pas de prétentions épistémologiques évidemment, mais il me semble bien qu'en le construisant au regard d'une théorie particulière elles réduisent dans le même mouvement l'hétérogénéité des phénomènes présent lors de la sortie de l'usage de drogues. En ce sens imputer par exemple aux toxicomanes des motivations stratégiques immédiates n'est pas faux. Les intérêts d'arrière plan sont constamment présents et bien conscients, surtout les premiers temps où l'individu tente d'arrêter sa consommation de drogues et de prendre un peu de recul avec certaines affinités qu'il entretient dans le milieu. Les stratégies d'automédication dont nous parlerons plus tard en sont un exemple significatif. Mais nous disions tout à l'heure que chaque « cristallisation », chaque configuration est évolutive. Progressivement le futur devient un horizon moins flou, le passé reste présent mais prend progressivement une autre signification à mesure que l'on s'en détache avec plus ou moins de difficultés.

Au même titre que les stratégies dont nous verrons qu'elles constituent un appui important pour rendre compte des opérations menées par les usagers pour travailler les difficultés qu'ils rencontrent, le passé du toxicomane représente également une dimension particulièrement omniprésente. Mais à l'instar des stratégies dont nous venons de parler, l'utilisation de ce passé ne peut servir de clé de compréhension unique pour expliquer le présent. L'une de ces voies d'investigation a radicalement été interprétée à partir du présupposé épistémologique des structures profondes intériorisées par l'individu comme cadre de contrainte interne, véritable grille de lecture des conduites présentes. Certes nous pouvons nous douter que des années de consommations dans l'univers de la drogue continuent de peser très lourdement sur l'individu lorsque ce dernier tente d'y mettre un terme même avec l'aide de produits de substitution. On peut donc aisément concevoir que ce passé tend à conditionner le présent en y faisant régulièrement irruption prenant le pas sur l'individu consciemment ou inconsciemment d'ailleurs. Mais nous ne lui accordons pas la primauté de surplomber et d'influencer complètement le moment présent comme guide de conduite unique, comme la représentation d'un « habitus » conditionné et conditionnant complètement les pratiques des individus.

Ce passé suppose aussi des objets, dont principalement la drogue, qui continuent à rester actifs dans certains des agencements effectués par les usagers au présent. Ce passé repose également sur des lieux, des personnes, des pratiques, autant de ressources dont nous verrons que restituées au présent, et pour certaines d'entre elles projetées dans un futur, elles acquièrent une tout autre signification. La encore nous soutenons que loin de donner lieu à une grille d'interprétation unique, le passé doit être mobilisé comme un autre appui en lien constant avec le présent et progressivement connecté aux horizons que les individus dessinent. Nous l'avons déjà dit, c'est le présent immédiat et concret qu'il faut considérer avant toute chose et c'est donc ici la prise au dispositif et aux traitements de substitution qu'il faut approcher. Cette prise n'est pas simple et ne va certainement pas de soi. Elle est plus ou moins constante, fluctuante, elle réoriente difficilement et progressivement les pratiques des usagers, et par là tout le travail de médiation qui s'en suit. Elle les oblige dans le même temps à faire ce travail difficile et douloureux de coordination cognitif entre passé, présent et futur pour recomposer leurs trajectoires respectives.

L'objet cadre les conduites des individus par les différentes « prises » qu'il propose, l'utilisation qui en est faite, médicament ou drogue, il impose simultanément aux individus les

deux facettes de cette utilisation sans qu'il y ait véritablement de démarcation entre les deux. Nous supposons ici que l'interaction avec le dispositif et le rôle joué par la buprénorphine proposent une action au même titre que celle déployée par les individus. En d'autres termes ce produit n'est pas à considérer comme un médicament passif mécaniquement digéré par les usagers dont les effets sont prévisibles à l'avance, mais par son action propose une *interface* par laquelle l'utilisateur recompose globalement sa propre existence. C'est pour cette raison que ce produit de substitution doit être considéré comme « un acteur » qui génère également de l'événement, qui cristallise par sa dualité aussi bien les bons que les mauvais attachements en fonction du travail développé par les individus. Comme nous le verrons largement les usagers eux-mêmes portent et expriment ces contradictions qui ne représentent au fond, c'est notre hypothèse, que le réceptacle de ce travail conceptuel de recomposition de leur propre existence.

Le passé et le présent sont toujours et continuellement enchevêtrés dans les opérations cognitives des usagers. Cette bataille conceptuelle fait rage durant la très grande majorité des entretiens lorsqu'ils sont suffisamment poussés. Mais ces deux appuis dont ils se servent pour agencer cette recomposition constante ne se suffisent pas la plupart du temps, mieux ils n'auraient pas grand sens s'ils ne pouvaient se projeter quelque peu. Ainsi nous pouvons considérer qu'ils représentent avant tout des supports importants pour configurer cette troisième dimension qui est celle du futur, en tous cas cet horizon plus ou moins immédiat qu'ils dessinent. Réduire les agissements des usagers aux seules stratégies calculées et leurs motivations aux seules structures profondes intériorisées comme seuls concepts explicatifs n'est pas, de notre point de vue, suffisamment pertinent et réaliste pour exprimer la majorité des processus liés aux recompositions effectuées par les usagers lorsqu'ils tentent d'arrêter l'usage de drogues et qu'ils entament un traitement de substitution. Pire ces deux explications restreintes et combinées, parce qu'elles sont souvent invoquées, participent à entretenir plus ou moins une certaine étiologie de la toxicomanie toujours présente en filigrane dans les discours.

Notre orientation cherche donc à comprendre comment les individus établissent des correspondances en les recomposant, dans le cadre de leurs expériences présentes, entre des éléments puisés dans le passé et des projections à plus ou moins long terme dans le futur. La question de la perception temporelle est donc relativement importante si nous voulons comprendre comment les individus réorganisent constamment l'arrêt de l'usage de drogue et

partant leur objectif de sortir de ce que l'on appelle la « toxicomanie », ce mode de vie où se cristallisent la majorité des attachements et des perceptions des individus. Notre insistance sur le passé peut sembler quelque peu démesurée mais elle ne fait que signaler, et cela représente une constante dans tous nos entretiens, l'importance de celui-ci en ce qu'il semble constamment déborder le présent. Mais encore une fois cette question ne peut être réduite à la seule proposition épistémologique de « l'habitus » comme cadre d'interprétation unique. Cette dernière proposition ne nous serait pas d'une grande utilité si elle se bornait uniquement à interpréter une reproduction des pratiques, elle-même interprétée comme une reproduction de la toxicomanie. Le choix de notre posture épistémologique et méthodologique implique au moins deux préalables sur lesquels nous nous proposons de revenir.

Nous avons longuement souligné l'importance d'extraire préalablement les individus des groupes et des catégories auxquels nous avons l'habitude de les faire figurer, opération que l'on qualifie souvent de « représentations ». Les « toxicomanes » ne sont en définitive que le fruit de cette opération d'agrégation, mais ils ne sont certainement pas les seuls. Nous pourrions, comme le fait Michel Callon, dresser un inventaire bigarré et coloré de tout le paysage inventé par les sciences sociales où apparaîtraient toutes ces entités agrégées, leurs revendications et caractéristiques portées par les chercheurs qui se réclament leurs porte-parole<sup>232</sup>. Evidemment en tant que porte-parole nous même nous ne pourrions pas éviter d'apparaître dans le même tableau, chaque recherche n'est en définitive que la restitution d'un point de vue que l'on s'oblige à expliciter au nom d'un groupe particulier. Le notre est maintenant, nous l'espérons, un peu plus clair. Il nous impose de considérer avant toutes choses des personnes singulières, détachées de toutes définitions préalables, de toutes caractéristiques construites et agrégées a priori. Nous ne le dirons jamais assez, cette option méthodologique ne doit pas être jugée naïve ou fausement scientifique. Il ne s'agit pas de restituer des points de vue ou des jugements personnels épars et désordonnés comme si ces derniers reflétaient chacun leur propre vérité. Cela ne signifie pas non plus que nous nous bornons à nous en tenir à des entités singulières, atomisées, en donnant l'impression d'une juxtaposition incessante de particularismes sans aucun lien entre eux, des cas particuliers s'ajoutant au cas particuliers sans qu'aucune opération inductive ne vienne consacrer une théorie suprême. Si nous avons désagrégé les individus dans un premier temps c'est essentiellement et réellement dans le but de faire parler des personnes autonomes en prise

---

<sup>232</sup> Callon M., « Ni intellectuel engagé, ni intellectuel dégagé : la double stratégie de l'attachement et du détachement », *Sociologie du travail*, n°46, 1999, p. 66-78.

avec un dispositif, des produits de substitution, des professionnels du « soin », des médecins généralistes, et non des catégories, des groupes ou des communautés marqués à priori par des caractéristiques particulières.

Nous nous efforçons ainsi de considérer à la fois les opérations concrètes restituées par les usagers et les jugements qu'ils portent sur ces mêmes opérations. Mais nous devons ensuite faire le mouvement inverse. Il faut s'attacher à montrer ce qui relie ces cas singuliers, mettre en relief des correspondances, des ressemblances ou des constantes si nous souhaitons mettre en lumière ce que « sortir de la toxicomanie » par le biais des traitements de substitution veut dire.

Mais pour cela il nous faut un lien, un fil qui puisse tenir ce schéma que nous nous proposons de restituer. Notre propos est en fait très simple. Nous insistons depuis le début pour dire que nous nous efforçons de mettre à distance les théories univoques qui proposent de fait un point de vue singulier pour rendre compte de l'ensemble d'un phénomène. Non que nous rejetons ces théories mais simplement qu'elles forment un maillon d'un processus hétérogène et complexe qui ne peut se réduire à une seule explication. Mais comment relier les différentes dimensions de notre schéma sans sombrer dans une perspective ou une autre, sans trouver un compromis entre ces dernières pour restituer les processus dans lesquels les usagers de drogues sont confrontés lorsqu'ils souhaitent arrêter leur consommation et sortir de l'univers qui le cadre ?

C'est ici que nous tournons une nouvelle fois vers la sociologie de l'acteur réseau dans ce qu'elle nous propose comme approche pour rendre compte de ce qui fait l'individu, le fait agir et le fait être. Cette proposition de l'individu, mais qui dans le même temps le fait disparaître pour restituer ce qu'il fait en prenant en compte ce qui le fait agir, peut être restituée par le biais de l'*attachement*<sup>233</sup>. Cette proposition somme toute vulgaire peut trouver sa métaphore dans ce qu'il est convenu d'appeler traditionnellement le « lien social ». Cette comparaison est intéressante d'un point de vue épistémologique dans la mesure où elle propose un point de vue « intermédiaire » dégagé des autres points de vue individualistes ou structurels qui figent l'étude à priori. Mais à l'usage il me semble bien que cette notion ne soit souvent mobilisée, à l'instar du travail social par exemple, comme un « concept » explicatif et normatif pour rendre compte mécaniquement de l'existence des processus humains. Le « lien social » n'est plus

---

<sup>233</sup> Latour B., « Factures, fractures : de la notion de réseau à celle d'attachements », *Ethnopsy*, avril 2001, p. 43-67.

une approche épistémologique particulière destinée à comprendre autrement les processus sociaux mais une clé d'interprétation et de suggestion mobilisée a priori. Cependant si le niveau d'observation est intéressant dans ce qu'il rejette relativement les blocs traditionnels, il ne s'intéresse pas toujours à la nature de ce lien social, ce qui le constitue et le fait être<sup>234</sup>.

Mais comment penser cette notion d'attachement comme ciment de notre schéma opératoire ?

---

<sup>234</sup> François de Singly dans le modèle de socialisation qu'il propose entreprend de considérer toutes les dimensions généralement occultés par les modèles classiques interactionnistes tels le respect et surtout l'amour qui sont au centre de l'interaction selon lui. De Singly F., *Le soi, le couple et la famille*, Nathan, 1996.

## **CHAPITRE III.**

### **UNE SOCIOLOGIE DE LA TRADUCTION.**

Nous avons jusqu'ici proposé un schéma, une construction, et les différentes dimensions qui les composent tout en accordant une priorité indiscutable aux pratiques présentes parce que donnant accès à d'autres dimensions pour englober autant que faire se peut le processus que nous qualifions subjectivement de « sortie de la toxicomanie ». Nous parlons également de l'attachement comme ce ciment ayant la capacité de tenir et restituer à la fois ce cadre d'interprétation. Mais nous ne voulons pas le tenir pour acquis d'emblé et il nous faut donc l'ouvrir pour ne pas le laisser à l'état de « boîte noire », notion particulièrement évidente parce que référencée et partagée.

#### **I. LA RECHERCHE D'UNE « VOIE MOYENNE ».**

##### **1. Au delà des oppositions classiques.**

L'ensemble de notre cadre problématique repose bien sur notre intention de ne pas nous laisser figer à priori dans des états privilégiant une approche classique déjà bien éprouvée. Par exemple la relation entre l'individu et la société, que l'on pourrait décrire de bien des façons, qui partage traditionnellement la sociologie et qui au fond nourrit les sciences sociales depuis leur naissance n'est certes pas une équation facile à résoudre et nous n'en ferons certainement pas un problème ici. Mieux, nous aimerions suggérer, ce que nous faisons plus ou moins maladroitement depuis le début, de l'oublier tout à fait au risque de paraître passablement trouble pour le lecteur. Comme nous aimerions oublier que la solution se trouve en définitive dans un compromis entre ces deux antagonismes, autrement dit dans une co-construction entre l'individu autonome et la structure contraignante. Cependant nous ne les rejetons pas, pas plus qu'il n'est dans nos objectifs de les réconcilier. Il s'avère néanmoins que l'opération n'est pas

simple car une fois levés ces obstacles conceptuels que nous reste-t-il ? Et bien l'essentiel dirons-nous. Des individus certes mais pas des sujets réifiés, des collectifs certes mais pas une structure omnisciente. Des institutions, des dispositifs également mais pas une société omnipotente. Aucune de ces entités n'est totalement maître de l'action pas plus qu'elles ne la subissent totalement. Il n'y a ici aucune loi définitivement causale qui nous permet de mettre en équation une fois pour toutes les processus en question. Certes les institutions, les dispositifs, les collectifs ont une influence importante, certes cette influence existe bel et bien mais elle n'est jamais inscrite dans le marbre, immuable et irréversible. Toutes les entités dont nous parlons sont prises dans les fils de l'action, la générant autant qu'ils la subissent sans qu'aucune ne puisse s'en réclamer intégralement et définitivement le maître ou la source unique par une explication totale. C'est uniquement dans cette optique que l'introduction des objets prend tout son sens. Ils ne sont pas totalement inertes, passifs mais parce qu'ils jouent plus ou moins un rôle en introduisant des changements, en courbant ou en transformant les actions par exemple, participent au bout du compte au cadrage des interactions entre les individus.

Mais cette opposition fondamentale traditionnelle entre l'individu et la structure, parce qu'elle tend à réifier partiellement d'un côté ou de l'autre ces antagonismes, conditionne bien quelque part involontairement nos propres perceptions, quelques que soient les ajustements que nous tentons de leur apporter, comme ce qui se fait dans le cadre de la « politique de réduction des risques ». Sa transposition dans l'univers de l'usage de drogues, transposition que l'on pourrait d'ailleurs largement élargir à d'autres sujets (par exemple à la notion d'autonomie), peut trouver un écho dans l'opposition entre dépendance et abstinence, seules alternatives possibles à cet usage. Comme nous l'avons vu, elle a longtemps participé à maintenir le socle éthique du dispositif initial. L'individu ne pouvait être qu'un sujet totalement libéré de l'emprise de la drogue ou complètement aliéné par elle, pas de demi-mesure, pas de compromis.

Mais il faut encore une fois nous mettre d'accord ici. Ce n'est pas tant ces notions que nous rejetons, mais bien ce qu'elles semblent surtout représenter la plupart du temps des idéaux, un infini mathématique qui n'existe pas mais auquel on peut espérer tendre, mais cependant mobilisé dans les discours comme un cadre d'interprétation et de jugement quelque peu dogmatique. C'est surtout parce qu'elles mettent en avant et essentiellement leurs vocations ontologiques et par là fatalement leurs oppositions en négligeant ainsi l'existence des



multiples états intermédiaires qu'elles ignorent ou ne voient tout simplement pas. Pourtant ce sont ces derniers qui nous donnent accès à la réalité et à la difficulté des processus à l'œuvre qu'il s'agit en partie de restituer. Mais pour cela il nous faut donc préalablement abandonner toute opposition, tout antagonisme, tout modèle d'explication et d'objectivation univoque si nous voulons réellement comprendre ce qui fait exister ces états intermédiaires et par là l'existence même des individus.

Evidemment ceci ne règle pas tout encore, loin s'en faut. Au fond si nous refusons les conceptions traditionnelles de l'individu, de la société, il nous faut bien dire quelque chose de notre propre philosophie. Quel est alors cet individu que nous proposons, comment pourrions nous le définir et surtout quels sont les autres moteurs que nous devons introduire pour restituer notre personnage et les entités qui l'entourent ?

## **2. La singularité des usagers de drogues.**

Commençons par le principal. Nous ne pouvons rejeter les extrêmes sans proposer une autre perspective qui puisse nous aider à comprendre les processus que nous souhaitons mettre en lumière. Nous l'avons dit plus haut, abandonner les oppositions fondamentales et leurs compromis nous oblige à restituer une autre conception, une autre interprétation des processus à l'œuvre, ouvrir un autre espace de compréhension.

Partons d'un principe simple. Aucune entité ne détient à elle seule l'explication, aucun mariage de ces entités non plus. Mélanger l'individu avec la structure n'est pas plus fécond que de les tenir séparément responsable de ce que nous voulons comprendre. Pour entrer dans cette nouvelle configuration des processus il nous faut abandonner définitivement l'idée d'une *source explicative*. Etudier des processus revient à étudier des processus. Les perspectives classiques qui se proposent de faire le partage entre l'individu et la structure ou de les réconcilier n'ont finalement et la plupart du temps d'autres buts que de générer des théories destinées à maîtriser à priori l'objet qu'elles se proposent d'étudier. Cette leçon n'est pas nouvelle et nous a déjà été enseigné par Norbert Elias dont je me permettrai de citer un passage qui me semble assez clairvoyant :

« La société qu'on oppose si souvent à « l'individu » est entièrement composée d'individus, et l'on est soi-même l'un d'entre eux. Mais nos moyens linguistiques et nos modes de pensée sont en grande partie faits que tout, en dehors de l'individu, semble avoir le caractère « d'objet » et de surcroît d'objet immobile. Des notions comme celle de « famille » ou « d'école » se réfèrent manifestement à des réseaux humains. Mais la formation traditionnelle de notre terminologie et de nos concepts donne l'impression qu'il s'agit là d'objets de la même espèce que les rochers, les arbres ou les maisons. Ce caractère réifiant des moyens linguistiques traditionnels et donc des opérations mentales - qui se rapportent à des groupes d'hommes interdépendants auxquels on appartient soi-même - se manifeste aussi dans le concept même de « société » et dans la manière dont on y réfléchit. On dit que la « société » est « l'objet » que les sociologues s'efforcent d'étudier. Mais cette manière réifiante de s'exprimer empêche, elle aussi, de comprendre ce qu'est la vraie tâche de la sociologie. »<sup>235</sup>

Cette citation est claire, en tous cas dans la proposition qu'elle transmet. Si la « société » et ses « objets » ne sont que des artéfacts issus d'une certaine vision de la sociologie, ils n'ont pas réellement de sens pas plus que leurs combinaisons. Il ne s'agit donc pas ici de trouver des compromis, des « justes milieux » entre les deux extrêmes, individu et société, comme si nous ajustions un curseur qui puisse nous donner l'influence relative de chaque opposition. La question soulevée ici revient à accepter, comme le suggère Bruno Latour, une posture qui consiste à abandonner toute idée de « maîtrise » et cela vaut autant pour les usagers de drogues, la drogue, que pour le sociologue censé les représenter. C'est également pour cette raison que parler de « toxicomanie » renvoie inmanquablement à une totalité qui ne peut se comprendre généralement que dans des extrêmes s'agissant de l'état relatif de l'individu. Il est soit abstinant, soit dépendant, les deux termes ayant également leur propres significations ontologiques. Dans ce sens remplacer le terme de « toxicomanie » par le simple « usage de drogues » n'est ni une substitution arbitraire ni une opération à vocation démagogique. Elle suggère simplement, et quel que soit la nature et l'intensité de cet usage, de le considérer indépendamment des présupposés classiques qui le partagent à partir des frontières traditionnelles et arbitraires séparant le normal du pathologique.

L'idée de concevoir la « toxicomanie » comme la résultante de la construction d'une « ligne biographique » parmi d'autres à déjà l'avantage, de rendre justice à la diversité et à

---

<sup>235</sup> Elias N., *op. cit.* 1973.

l'hétérogénéité de l'action humaine, de fait à considérer cette action comme étant le fruit incessant d'une coordination de l'individu où s'exprime les contradictions, les ratages, les ambivalences et toutes autres formes d'ajustements que l'on met généralement au débit de la personne. Nous nous proposons simplement de franchir un pallier supplémentaire, sans rejeter le premier évidemment et bien au contraire, afin de désubstantialiser totalement cette première approche, pallier que nous avons déjà explicité plus haut s'agissant des limites inhérentes à la notion d'identité.

En d'autres termes comment nous proposons nous de comprendre l'individu, si j'ose dire « à plat », sans qu'aucun filtre ne vienne tordre notre perception a priori en terme d'outillage conceptuel ou à posteriori s'agissant des catégories thématique censées fragmenter et ranger les discours issues justement des concepts utilisés à priori .Exercice difficile s'il en est, peut-être certains qui se confrontent aux pratiques de l'entretien l'on déjà éprouvé ou du moins questionné. Exercice probablement impossible pour beaucoup.

Nous pouvons simplement redire notre proposition. Ecouter un individu c'est écouter un individu, simplement. Nous ne sommes pas là pour recueillir mécaniquement un matériau qui sera traité ensuite industriellement au filtre d'une grille qu'elle que soit sa légitimité scientifique. Ecouter c'est avant tout porter notre attention sur le moment présent. C'est donc et avant tout porter notre attention sur le portrait que nous décrit l'usager de drogues, sur le tableau qu'il nous dresse pour faire vivre et nous expliquer son existence et enfin les raisons et les motivations qui le nourrissent. Mais ce n'est pas fini car l'usager lui-même se vit dans ce tableau au moment où il nous parle et qu'il nous donne à voir, il y circule, il y progresse tout en exprimant tout ce qui le traverse en retour et nous invite dans le même temps à partager sa propre réflexivité, ses questionnements et ses doutes.

Alors nous nous mettons « à plat » sans aucune posture préalable destinée à anticiper notre entrée dans l'univers de l'usager de drogue, de notre patient en traitement de substitution. Nous avançons simplement, respectueusement avec lui tout en essayant de ne pas perdre le fil ténu et pas toujours palpable qu'il tisse au fur et à mesure qu'il avance dans le processus où il s'engage et qu'il nous invite à suivre. Ainsi en l'écoutant attentivement (et en temps réel) nous découvrons patiemment toutes les entités qu'il mobilise et les formes de coordination qu'il met en œuvre pour les faire vivre et ainsi répondre au sociologue. Ceci se situe à l'instant présent mais très vite le récit prend rapidement une autre dimension et va chercher

des appuis dans le passé tout en se projetant irrégulièrement dans un horizon plus ou moins proche, plus ou moins hypothétique, incertain.

Ainsi et en guise de conclusion s'agissant de nos derniers propos nous voudrions définitivement lever quelques obstacles, bien que d'autres restent à venir. Ainsi la question de la « voie moyenne » n'est définitivement pas un artifice géométrique censé réconcilier l'individu autonome avec la structure déterminante ou toute autre opposition formelle et absolue. Elle n'est surtout pas une approximation dénuée de tout fondement sociologique, bien au contraire, nous espérons avoir convaincu maintenant. Elle ouvre simplement, à notre sens, sur un autre espace de compréhension, une autre perception des faits où il nous reste maintenant à régler le plus important à savoir ce qui constitue précisément les entités à l'œuvre, leur rôle et surtout leur mode d'action.

### **3. L'attachement émotionnel de l'usage de drogues.**

Comment parler de ce qui nous fait agir sans le rattacher à une causalité, une explication toute faite, comment interpréter ce que nous disent les usagers de drogues sans chercher systématiquement d'explications sociales ou psychologique d'arrière plan, en d'autres termes comment rendre à l'individu simplement les raisons qui le poussent à agir, à exprimer son action, autrement dit ce qui le fait être au moment où il le manifeste? Si nous éliminons d'emblée le principe de causalité quel qu'il soit, il nous faut bien avancer une autre explication pour tenter de définir finalement ce que sont les ressorts de ce qui nous pousse à agir, non pas pour leur donner une signification et une interprétation, ce n'est pas encore le moment, mais pour l'instant dévoiler simplement leur emplacement. A l'instar de la « voie moyenne » qui nous a servi à proposer un cadre théorique un peu différent, nous nous servirons ici de la notion du « faire-faire »<sup>236</sup> comme définition préalable de ce qui fait agir les individus.

L'idée générale, qu'il nous restera évidemment à préciser, pourrait être résumée par l'expression *nous faisons autant que nous sommes faits*. Nous ne sommes jamais complètement maître de notre action puisqu'elle trouve toujours son origine dans l'action qui nous a précédé, et qu'elle influence, mais nous la maîtrisons ensuite parce que ce que nous en

---

<sup>236</sup> Latour B., *op.cit.* 2001.

faisons influencera l'action suivante. C'est une manière de décrire les liens entre les individus sans forcément rechercher une source quelconque de l'action. Alors levons l'obstacle épistémologique pressenti avant d'aller plus loin. Il est évidemment tentant d'assimiler par exemple cette proposition avec le compromis effectué par Pierre Bourdieu lorsqu'il introduit « l'agent » qui agit consciemment comme individu autonome autant qu'il est agit inconsciemment par ses structures profondes, le tout dans un compromis évoluant au gré des expériences qu'il traverse. Mais nous pensons maintenant avoir précisé notre proposition. Notre paysage est un peu différent, il est plat et symétrique, il est unidimensionnel. Il n'y a pas pour nous de structure invisible omnisciente en arrière-plan qui détermine tout, pas plus que de structures propres à l'individu ni de bras de fer ou de compromis entre les deux. Nous partons pour une autre approche. On peut considérer notre paysage comme un ensemble de collectifs, d'institutions, « d'assemblées » plus ou moins durables, de réseaux grouillants d'entités humaines ou non, qui s'influencent les unes les autres, participant ainsi au transport global de l'action par le biais de ramifications toujours plus étroites et travaillant de concert à cet assemblage plus ou moins solide qu'est notre « société ». Chaque entité peut-être considérée comme un médiateur, le réceptacle de l'action qu'elle rendra au médiateur suivant mais en ayant pris soin de la transformer.

A notre niveau une simple prescription dans un cabinet médical ou en centre de soins est un médiateur qui aura pris soin de transporter avec elle ce qui fera agir le patient plus tard. En refusant à l'action une origine déterminée nous évitons les coupures traditionnelles entre ce qui fait, ce qui maîtrise d'un côté et ce qui est fait, ce qui est maîtrisé de l'autre. Ce partage n'a plus de sens ici puisque chaque individu, chaque objet participe au transport de l'action sans que nous puissions et à aucun moment effectuer un quelconque partage ni définir une source particulière. Nous ne sommes pas déterminés ni libres, ces deux oppositions que l'on retrouve dans le couple dépendance-abstinence s'agissant de l'usage des drogues mettent entre parenthèse à la fois ce qui fait réellement agir les usagers de drogues et les raisons profondes de cette action. Ignorer l'action réelle des produits de substitution et l'influence de l'ensemble des médiateurs qui entourent l'univers de l'utilisateur de drogues c'est le renvoyer constamment à ses démons intérieurs.

Nous venons de nous libérer de toutes les oppositions qui confrontent l'individu à la structure, la liberté à l'aliénation et finalement pour ce qui nous préoccupe les questions de dépendance et d'abstinence qui continuent à jaloner les discours lorsqu'il est question de l'usage des

drogues, de « toxicomanie ». Ce faisant nous avons tracé les contours d'une « voie moyenne » dégagée de toutes ces oppositions pour mettre en lumière une autre manière de rendre compte des agissements des individus tout en ne perdant pas de vue l'importance et l'influence des entités non humaines.

Mais il nous faut maintenant revenir aux humains dont la particularité, contrairement aux objets, est de travailler l'action avec une dimension morale et émotionnelle dont la sociologie à peine à s'acquitter, nous semble-t-il. La notion d'attachement s'avère particulièrement intéressante dans le sens où elle nous permet de saisir cette dimension émotionnelle de l'agir qui peine à entrer dans le cadrage normatif des institutions et des dispositifs. Rien n'est moins étonnant dans la mesure où tout ce qui parle d'émotion est forcément relégué à des dimensions psychologiques, la sociologie devant quand à elle examiner lucidement et objectivement des phénomènes, construire des objets et soumettre toute tentative d'analyse au principe premier d'objectivation. L'individu n'y échappe pas puisque à travers lui ce sont essentiellement des processus que nous lisons, des statuts et des trajectoires que nous décryptons, des statistiques que nous interprétons, des régimes d'actions que nous restituons.

Sur ce dernier point la tentative de Philippe Corcuff de modéliser un régime basé sur la compassion me semble un apport appréciable, bien qu'instable, pour faire entrer cette dimension émotionnelle dans le cadre théorique générale tracé par la problématique de la justification<sup>237</sup>. Evidemment cette dernière charge n'a d'autre but que de soulever modestement un léger problème, celui de l'investissement émotionnel des individus qui peine à entrer dans le giron de la sociologie. Beaucoup des sociologues, des professionnels divers censés travailler dans ce qu'il est coutume d'appeler le « relationnel », et plus encore certainement les travailleurs sociaux pour ne citer que ceux là, sont continuellement confrontés à cet aspect lorsqu'ils abordent les difficultés des usagers dont les parcours se construisent plus moins hors normes, plus ou moins en désaffiliation avec la société conventionnelle et dont l'existence s'exprime souvent par la plainte et la souffrance. Au mieux cette dimension est relativement ignorée, passé au rouleau compresseur de la théorie, au pire elle est renvoyée aux usagers comme hors de propos. Soulever la question de l'attachement c'est forcément entrevoir, à ce niveau d'investigation, d'autres questions liées aux ressources et à l'investissement émotionnel et moral que mobilisent les individus dans leurs médiations avec d'autres individus, voire avec d'autres objets. Nous verrons par exemple que les propos que tiennent les usagers à l'égard de la buprénorphine ne sont pas

---

<sup>237</sup> Corcuff P., « De la thématique du lien social à l'expérience de la compassion », *Pensée Plurielle*, n°9, 2005/1, p. 119-129.

neutres, qu'ils sont souvent emprunts d'une charge émotionnelle très variable, contradictoire, ambivalente comme celle que l'on pourrait attendre à l'égard d'un être humain.

« On veut s'en détacher...c'est pas toujours la question de la volonté...enfin je crois pas mais on y reste toujours attachés ».

Cette phrase prononcée dans un moment de confusion par un patient en traitement de substitution me semble bien exprimer plus ou moins ce que nous peinons quelque peu à expliquer. La buprénorphine, pour beaucoup de ceux qui la consomment par prescription médicale, ne représente pas seulement un médicament censé guérir un mal, loin de là. Elle n'est pas non plus la plupart du temps inconnue de ses consommateurs et se présente à eux avec toute sa dualité. Elle traduit ainsi comme *interface*, comme médiateur, tous les attachements passés, récents que l'on souhaite éliminer mais également, au présent, ceux que l'on a grand peine à construire. Enfin il y a ceux que l'on projette devant soi et qu'on tente difficilement, douloureusement d'amarrer. Ces trois dimensions et leurs interactions, quoiqu'inégalement présentent en fonction des trajectoires particulières, bien souvent exprimées péniblement et souvent en contradiction, affichent néanmoins une constance certaine.

Mais pour l'instant il nous faut détruire complètement cette notion d'attachement pour tenter de lui restituer toute la pertinence sociologique nécessaire à notre propos. Pour cela je vais revenir sommairement sur les oppositions précédentes et proclamer à la suite de Bruno Latour que le problème ne consiste pas à savoir si nous sommes « libres ou attachés », nous rajouterons si nous sommes abstinents ou dépendants dans notre cas particulier, mais si nous sommes « bien ou mal attachés », nous rajouterons, pour augmenter encore la relativité du propos, si nous sommes plus ou moins abstinent, plus ou moins dépendants. De cette manière chacun peut évaluer les liens qui le retiennent à l'individu, l'objet ou le produit, en tous cas aux êtres qui peuplent son monde. Chacun s'oblige constamment à considérer ce qui le fait être face aux entités qu'il a en face de soi, chacun gère constamment ses attachements face à ces mêmes entités. Mais la question de l'attachement ne renvoie pas mécaniquement, totalement et dans le sens contraire à celle du détachement. Les mettre en opposition formelle serait tout aussi stérile pour nous que la confrontation de l'individu avec la structure, de la bataille menée par le sujet pour se libérer totalement de l'aliénation de la dépendance pour aller vers cet idéal d'abstinence. Nous ne passons jamais d'un extrême d'attachement à un

autre extrême de détachement, la rupture tant invoquée lorsqu'il est par exemple question des « liens sociaux », mais pour pouvoir nous détacher il nous faut créer dans le même mouvement d'autres prises pour mieux nous rattacher. L'un ne va pas sans l'autre et tout ceci se passe dans un espace sans cesse en mouvement, sans cesse fluctuant où les détachements, quelque soient leur importance et leur difficulté, sont sans cesse remplacés progressivement par des rattachements. Ce qui est exprimé ici doit certainement faire penser à un exercice d'équilibre incessant et particulièrement complexe mais n'est-ce pas au bout du compte, de ce point de vue, une manière comme une autre de décrire un processus de socialisation des individus.

Pour terminer sur ce point précis nous dirons que c'est dans la succession des états intermédiaires (qui finalement révèlent des processus permanents et sans fin) que peut s'exprimer le travail et la fluidité des relations que les individus s'astreignent à faire évoluer en les stabilisant au mieux et le plus longtemps possible. Mais ces processus ne sont pas extérieurs à nous mais sont ce qui nous fait être chacun à notre manière et l'on pourrait même dire qu'ils concernent ce que l'on pourrait considérer l'ordinaire de notre quotidien. Chacun d'entre nous passe son temps à gérer les attaches qui le lient aux entités qui l'entourent, chacun d'entre nous passe son temps à effectuer le tri dans ses attaches, à les gérer. On les renforce ou au contraire on les ignore, on les maintient à distance ou on tente de les éliminer, c'est la fameuse rupture. La relation avec certains « objets » n'est pas si différente, par exemple les jeux vidéos, la cigarette ou tout autre entités avec lesquelles nous entretenons une relation basée sur un attachement émotionnel. Chacun gère et tri quotidiennement ce qu'il considère être ses bons et ses mauvais attachements. Nous nous astreignons tous les jours à un travail de substitution des attaches qui nous lient aux personnes, aux objets qui nous entourent. Evidemment si nous avançons ici la proposition que ce travail est somme toute ordinaire, nous pouvons néanmoins raisonnablement nous douter qu'il sera d'autant plus difficile à entreprendre que ces attaches seront fortes et donc très difficiles à substituer dans le temps.



## II. MEDIATION, RESEAUX ET ATTACHEMENTS.

### 1. La substitution des réseaux d'attachements.

Bruno Latour nous dit que ce qui génère l'action, ce qui met en branle les individus ne manque jamais de transformer cette action. Nous qualifions ainsi la buprénorphine de « médiateur » parce qu'elle a cette vocation. Elle met l'utilisateur de drogue en position de devoir faire, elle ne fait pas uniquement parce que son action ne s'arrête pas à la gestion de la dépendance mais déborde complètement l'individu en le mettant dans une situation de « faire-faire ». Il fait face ainsi dans ce nouvel espace dégagé par le traitement à tous les changements qui ne manquent pas de se produire. Mais ce qui fait agir, les entités dont nous voulons tenir compte ici ne sont pas que matérielles ou humaines. Les questions récurrentes liées à l'angoisse ou à la déprime des usagers en traitement ne doivent pas être appréhendées et répertoriées uniquement sous l'angle de leur nomenclature clinique mais participent de fait à faire agir l'individu.

Ignorer les effets complets de l'arrêt de l'usage de drogue, faire le tri ou un classement dans ces effets, ne pas les considérer à leur juste mesure reviendrait encore une fois à effectuer cette répartition entre la société et le toxicomane et donc réduire substantiellement et subjectivement à ce dernier les nombreuses raisons supposées cachées qui le poussent à agir. On regarde rarement un usager de drogues, un patient qui tente de maîtriser, mais autant qu'il est maîtrisé, les nombreuses entités qui fondent sur lui, objets matériels ou pas, angoisse, déprime ou simplement un courrier inopportun dans la boîte aux lettres. La question de la « sortie de la toxicomanie » est souvent posée sous l'angle du vide laissé par l'usage de drogues et la nécessité pour l'utilisateur de se reconstruire ou reconstruire une autre vie. Ce constat n'est certainement pas à mettre en doute. Mais je dois avouer que je ne peux m'empêcher de l'entendre souvent comme une injonction, un programme, quelque chose à faire et basé la plupart du temps sur la seule volonté ou motivation du patient et plus ou moins cadré par les questions d'abstinence et de dépendance. Mais nous avons déjà souligné la question de l'attachement comme devant se décaler quelque peu de celle du « lien social » dans ce qu'elle ne suggère aucune prétention normative. Nous pouvons avoir tout un chacun une vie extrêmement bien remplie, bien normée en terme de liens particulièrement bien construits en apparence, mais tout en étant sensiblement *mal attachés* ou *peu attachés*. Cette

distinction n'a d'autres buts que de réintégrer encore une fois cette dimension émotionnelle du lien, que chaque personne éprouve en elle-même dans ce qui la fait exister à ce qui la lie. C'est pour cette raison que les oppositions traditionnelles qui parcourent généralement la sociologie et que l'on retrouve finalement dans les grilles de lectures communes des personnes censées porter des appréciations ou des analyses ne sont quelques fois que des modèles d'explications sociales appliqués à priori et sans tenir réellement compte des épreuves réelles, pratiques, que traversent les individus au quotidien et qu'il s'agit de prendre au sérieux. Appliquer mécaniquement et définitivement ces modèles reviendrait à penser un moteur sans aucune friction ni résistance, aucun dégagement de chaleur ni imprévus mécaniques, un véritable paradis sociologique (et écologique). La réalité, et sans aucune prétention, est beaucoup plus incertaine et aléatoire compte tenu de la multitude des actants qui la peuple. Nous ne passons donc jamais d'un extrême à l'autre, nous ne nous émancipons pas, pas plus que nous sommes aliénés, dépendant ou abstinents, rangés dans des catégories ou classés et référencés par des typologies<sup>238</sup>. Bruno Latour nous suggère dans cette perspective d'envisager le travail global effectué par les individus selon un principe simple, presque trop évident pour notre propre propos mais qui s'avèrera au bout du compte relativement complexe, à savoir la continuelle « substitution des liens morbides par d'autres plus salvateurs ». Mais ceci ne règle pas tout. Aucune substitution n'est mécanique, linéaire ou prévisible à l'avance. Passer de l'univers de l'usage de drogues à celui de la société conventionnelle, même s'ils ne sont pas parallèles suppose, et c'est l'hypothèse ici, que nous puissions passer d'un réseau d'attachements à un autre ou plus précisément substituer progressivement des réseaux par d'autres lors du tri. Nous reviendrons plus concrètement sur cette question. Mais pour l'instant essayons de concevoir ces réseaux et les attachements qu'ils procurent comme autant de « nœuds » par lesquelles transitent l'action des individus, le lieu d'un « faire-faire » nous dit Bruno Latour. Mais ces nœuds sont en nombre différents et d'inégale solidité pour tout un chacun. Chez les usagers en traitements de substitution certains existent déjà et sont la plupart du temps à consolider certainement, d'autres sont à élaborer et le sont difficilement, douloureusement. Il n'en reste pas moins que tout ce travail est régulièrement questionné, conjugués au passé, au présent et toujours en perspective avec un avenir plus ou moins immédiat.

---

<sup>238</sup> Guichard A, Lert F Brodeur J-M, Richard L., « Rapport des usagers au Subutex® : de la reconquête de l'autonomie à la spirale de l'échec », *Sciences Sociales et Santé*, Vol 24, n°4, déc 2006. Cette étude sociologique se donne résolument comme ambition de révéler la diversité des usagers de drogues face à leur traitement de substitution. Intéressante sur plusieurs plans, elle a cependant l'inconvénient de construire des profils types de patients rangés dans quatre catégories différentes : le traitement « ressource », « maintenance », « drogue légale », « le produit piège ».

Ceci a déjà été souligné, la consommation de drogues peut-être appréhendée comme une passion, une parmi tant d'autres, que chaque société, en vertu de normes qui lui sont spécifiques, tente de discipliner par le biais de dispositifs spécifiques<sup>239</sup>. Ces dispositifs considèrent que l'on ne peut faire disparaître cette passion par le biais d'une quelconque manipulation sur les individus mais suggèrent que l'on puisse progressivement dépassionner ces attachements en proposant aux usagers de drogues des solutions de remplacement. Mais comment entreprendre une telle approche et surtout comment la rendre opératoire s'agissant des traitements de substitution ? Il nous faut avant tout qualifier le rôle de ces attachements et continuer à défaire une idée reçue. Les passions comme les attachements, quelle que soit leur nature, ne sont jamais quelque chose de total<sup>240</sup>. Mais si l'attachement absolu n'existe pas, le détachement complet reste quand à lui une illusion dans la mesure où nous sommes tous contraint de gérer continuellement et quotidiennement des « voies moyennes ». Nous avons déjà évacués ces extrêmes, des idéaux théoriques, pour nous placer dans un autre espace qui considère l'individu toujours en mouvement, toujours à gérer plus ou moins difficilement ses attaches, bonnes ou mauvaises, et toujours dans l'espoir d'un mieux être selon lui. Ainsi nous ne sommes jamais libres ou enchaînés, maîtres ou esclaves, aliénés ou possédant la maîtrise, mais encore une fois la question est de savoir si nous simplement *bien ou mal attachés*. A personne ne viendrait l'idée de contester le fait que nous sommes continuellement occupés, directement ou non, consciemment ou non, à gérer les liens qui nous unissent aux autres personnes et aux objets qui nous entourent, à nous y attacher comme à tenter de nous en détacher. En somme nous pourrions dire que la vie d'un homme pourrait se mesurer à la nature et à la solidité de ses attaches, au travail qu'il effectue constamment pour les entretenir, s'y soustraire, en construire d'autres et ainsi de suite. L'existence, dans toutes ses dimensions, pourrait se résumer comme une suite d'états intermédiaires plus ou moins durables et stables. Le détachement ne peut se gagner qu'au prix d'un autre attachement, certains sont bons, d'autres moins. Se réfugier dans l'alcool ou dans la drogue n'est pas extraordinaire si nous considérons ici tous les attachements qui nous lient aux personnes comme aux objets<sup>241</sup>. Nous

---

<sup>239</sup> Trépos., *Ibid.*

<sup>240</sup> Cette vision fautive de la drogue comme passion destructrice (à l'instar d'autres passions) a été, entre autre, remarquablement problématisée dans la recherche dirigée par Robert Castel, *ibid.* Elle est également au centre, comme nous l'avons vu, de la plupart des recherches d'inspiration interactionnistes. Malgré la drogue les toxicomanes continuent d'entretenir de nombreuses attaches au monde conventionnel même si elles sont relativement fragiles et instables.

<sup>241</sup> Nous aimerions rappeler ici que c'est bien la thèse d'Howard Becker (*ibid*) pour expliquer l'entrée dans les processus de déviance. Il parle quand à lui d'engagements, c'est dire ce qui lie en terme de responsabilité les individus à la société conventionnelle. L'entrée dans une carrière déviante suppose avant tout un détachement de la société conventionnelle. Mais il n'y a pas d'extrêmes. Les individus sont plus ou moins détachés de la société et plus ou moins attachés à la déviance.

convoitons tous dans ce processus des états de stabilité les plus durables possibles pour nous réaliser le mieux possible, entre bons et mauvais attachements. Nous sommes donc tous contraints de gérer perpétuellement des états intermédiaires, plus ou moins solides, plus ou moins durables. Une dernière chose que nous rajouterons cependant. Les termes de *biens ou mal attachés* que nous rendons ici à Bruno Latour doivent néanmoins faire l'objet d'une certaine relativité. Chacun d'entre nous considère et gère ses propres attachements, leur attribue leurs propres significations en fonction des situations et des moments. Ce qui est morbide pour l'un peut-être considéré comme salvateur pour l'autre, ce qui est salvateur à un moment donné peut-être morbide l'instant suivant. La drogue peut-être salvatrice au début pour devenir morbide au bout de quelques années.

Ainsi, si on considère les processus de « sortie de la toxicomanie », la passion de la drogue et les multiples attachements qui en découlent nous poussent donc à entrevoir le problème non pas en termes de dispositions dont il faut nous défaire ou d'identité à recomposer mais simplement dans la capacité des individus à trouver d'autres attachements plus salvateurs que les liens morbides qu'ils entretenaient avec la drogue. Tout ceci n'a évidemment pas la prétention de suggérer une quelconque introspection psychologique mais inviter les individus à faire progressivement le partage et la substitution entre ce qu'ils considèrent être leurs bons et leurs mauvais attachements. Mais comment aider ces derniers à faire ces déplacements<sup>242</sup> ? C'est peut-être ici que les produits de substitution prennent leur place. Mais il faut avant tout nous mettre d'accord, et ceci est d'importance, sur le rôle joué par ces produits dans la chaîne des événements et le processus de sortie. Nous pouvons les considérer soit comme des intermédiaires, soit comme des médiateurs, autrement dit soit comme des objets inertes n'ayant d'autres buts que de résorber le manque, soit comme des objets provoquant directement ou indirectement l'événement et travaillant avec l'utilisateur dans les processus de sortie. La différence est de taille. Dans le premier cas l'action du traitement est déterminée et certaine, il n'est qu'un produit destiné à résorber le manque de drogue, le reste est imputable au toxicomane et nous en revenons à la réification du sujet psychologique ou social. Dans cette perspective il nous semble que le traitement n'est jamais réellement interrogé sur les effets secondaires qu'il provoque, dont le toxicomane est régulièrement submergé et qu'il tente de gérer de manière autonome. Ainsi appréhendé le traitement est définitivement relégué

---

<sup>242</sup> On pourrait considérer, comme nous l'avons vu, que pour la grande majorité des toxicomanes ce processus se réalise progressivement et naturellement dans les épreuves de la vie quotidienne. Les autres se retrouvent dans les centres de soins ou les cabinets des médecins généralistes pour un coup de pouce.

au statut de « boîte noire ». Dans le second cas il devient un véritable acteur, un « actant » plus précisément doté d'une capacité à produire des événements qui ne seront pas sans incidence sur l'interaction avec les professionnels.

Nous avons suggéré précédemment que l'adhésion à la philosophie et à l'éthique de la « réduction des risques » considérant le « toxicomane » avant tout comme un usager (ordinaire au sens citoyen) consommant un produit (extraordinaire parce que interdit) cristallisait encore chez les professionnels cette contradiction apparente qui au fond a jalonné le changement de politique. Nous savons que tous les processus de déviance restent plus ou moins subordonnés à une interprétation commune faisant intervenir des analyses privilégiant des catégories d'inspiration pathologiques puisque, et nous nous excusons de le souligner encore, le normal ne peut s'expliquer que par la pathologique<sup>243</sup>, ces deux catégories (extrêmes) fonctionnant comme des pôles de compréhension ordinaire et mécanique de la conduite des individus. On pourra comprendre que la consommation de drogues, qui n'a jamais complètement quitté le giron du « soin », entre encore plus dans cette appréciation. Les professionnels, qu'ils soient éducateurs spécialisés, infirmiers ou médecins généralistes n'échappent pas à cette tension, entre ce qu'ils sont et l'interprétation de leurs missions, c'est à dire ce qu'ils sont supposés faire au nom d'un dispositif, d'un mandat ou d'une profession. Mais bien sur cette tension est gérée différemment en fonction du contexte dans lequel on travaille. Appartenir à une organisation nous soumet certainement à plus de contraintes, nous laisse beaucoup moins de souplesse que l'activité dans un cabinet de médecine générale où le médecin est quand même grandement souverain par définition.

## **2. Reconceptualiser, trier, substituer ses attaches.**

Mais pour étayer ce qui vient d'être dit prenons un exemple concret. Bien sur notre démarche s'intéresse essentiellement à la buprénorphine haut dosage comme traitement de substitution. L'exemple que je vais analyser concerne la méthadone dont le protocole est sensiblement plus rigoureux. Mais finalement cette différence se rattache essentiellement à la nature des deux produits et qui suppose des seuils d'exigence différents, ce qui implique en retour une discipline différente, simplement.

---

<sup>243</sup> Canguilhem., *op.cit.*

La méthadone laisse beaucoup moins de place aux usagers, les rendez-vous sont réguliers, les contrôles urinaires sont obligatoires, les suivis psychologiques fortement recommandés voire obligatoires et toute transgression au protocole laisse très peu de place à l'utilisateur pour s'en expliquer. Ce qu'il dit au fond n'a que peu d'importance puisqu'il est systématiquement renvoyé au contrat qu'il a signé.

« Franchement c'est la première fois (un contrôle urinaire positif à la cocaïne)...je bosse, y a pas de problèmes...y m'a demandé de lui ramener mon contrat (...) c'est pas un peu de coke qui va tout foutre en l'air...et puis je m'en fous si y me vivent ».

Pas de consommations annexes. Tout pourrait lui rappeler qu'il est encore largement déterminé par cet « habitus » de toxicomane qu'il ne pourra abandonner qu'en changeant son comportement et en se soumettant au préalable à un contrôle régulier et rigoureux. Mais ceci suppose aux yeux des professionnels un détachement complet de la drogue et un attachement tout aussi complet à l'offre de soins sans aucune restriction. C'est l'injonction du protocole. Mais les attachements au monde de la drogue sont nombreux et complexes et nous savons maintenant que le passage d'un extrême à l'autre est chose impossible. Permettre à ceux qualifiés de « toxicomanes » de rentrer dans un programme de substitution, si on consent à sortir des cadres cliniques et protocolaires, peut-être appréhendé différemment et c'est l'hypothèse que nous aimerions suggérer maintenant.

Le traitement, et ceci s'applique à la méthadone mais surtout à la buprénorphine, permet par les effets qu'il provoque non pas de soigner mais de générer une action, de produire des événements, d'installer des médiations, bref de produire une transformation. Dans ce sens il n'est pas cette « boîte noire » hermétiquement fermée et qui ne souffre plus aucune discussion<sup>244</sup>. Si on ne soigne rien et si on considère la logique de la médiation et de l'événement que l'on provoque indubitablement, on met par contre quelque chose en mouvement, on propulse les usagers dans une réaction en chaîne animée par le « faire-faire »,

---

<sup>244</sup> Ball J-C, Ross A., *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*, Springer Verlag, New-York, Berlin, Heidelberg, 1991. Cette recherche subventionnée par le NIDA (National Institute on Drug Abuse) est intéressante justement parce qu'elle se propose de sortir des cadres protocolaires traditionnels concernant la prescription de méthadone et d'ouvrir quelque peu cette « boîte noire » qu'est l'offre de substitution pour voir réellement ce qui s'y passe. Contrairement aux recherches conventionnelles qui se bornent simplement de faire une évaluation avant et après le traitement (en prenant en compte uniquement les *inputs* et les *outputs* comme dirait Bruno Latour sans questionner le fonctionnement de l'appareil, ce qui nous ramène à la définition de l'intermédiaire) cette dernière tente d'analyser l'incidence de ce qui se passe *pendant* le traitement, et notamment les relations conflictuelles entre les usagers et les professionnels générées par le traitement, comme étant déterminant dans la progression des patients. Voir également Claude Macquet.

réaction où chaque action mise en branle par la personne se nourrit de la précédente pour s'en affranchir progressivement<sup>245</sup>. C'est dans cette ligne d'action, propre au patient, que s'effectuent continuellement le tri dans les attaches, bonnes et mauvaises, et la substitution progressive de certaines d'entre elles. C'est dans les opérations concrètes mises en œuvre par les usagers, dont nous parlerons plus tard, que se manifeste alors cette gestion des attaches et qui d'une certaine manière ne représente que les efforts de ces derniers pour s'approprier les contraintes du traitement. Cette appropriation, si elle n'est pas condamnée au nom des obstacles liés aux tensions dont nous parlions tout à l'heure, peut alors prendre en compte l'heuristique des patients dans cette « voie moyenne », et toujours dans le « faire-faire » moteur de la substitution, en proposant en retour une « contrainte généreuse »<sup>246</sup> plus adéquate à un nouveau « réseau d'attachement ». Mais cette appropriation du traitement dépend de beaucoup du contexte de travail, de la capacité des professionnels, en fonction de leurs propres contraintes, à ouvrir des *voies d'accès* aux usagers. Un médecin généraliste aura beaucoup moins de problèmes à négocier qu'un professionnel dans un établissement. L'institution, qui est somme toute un équipement plus ou moins stable, réagit et à son mot à dire parce qu'elle défend sa propre stabilité.

Les consommations illicites des patients en traitement de substitution ne sont pas rares et représentent, comme nous l'avons déjà vu, un aspect fort de la « cristallisation » de certaines pratiques au dispositif. Prises séparément elles constituent toujours un événement dans l'interaction avec les professionnels, bien que mobilisées différemment de part et d'autre. Mais la grande majorité des patients est souvent contrôlée positivement lors des tests urinaires. L'accumulation de ces tests provoque quelques fois et progressivement une montée en généralité, pour reprendre les termes de Boltanski et Thévenot, qui participe graduellement à un « durcissement de cristallisation » et la constitution d'un nouvel équipement cristallisé qui rencontre et déborde progressivement l'équipement politisé pour le déstabiliser doucement ce que m'expliquait d'une certaine manière cet infirmier.

---

<sup>245</sup> Callon, M., *ibid.* Chaque action mise en place par une personne repose sur une action précédente dont elle tente de s'en affranchir. Nous traversons donc tous des stades de stabilités successifs, mettre un pied sur une marche signifie quitter la marche précédente sans laquelle la marche suivante n'existerait pas. Donc si nous faisons quelque chose dans la situation présente c'est parce que nous avons été fait dans la situation précédente. Ni cause, ni effet mais simplement des personnes qui agissent parce qu'elles ont été précédemment agit. C'est en somme la définition du « médiateur ».

<sup>246</sup> Gomart E., *Surprised by Méthadone, Experiment in Substitution*, thèse pour le doctorat de socio-économie, Ecole des mines, Paris, 1999.

« Il y a beaucoup trop de contrôles positifs depuis quelques temps, certains font vraiment n'importe quoi et nous on laisse faire, ça n'a plus de sens. Il faut absolument qu'on recadre le protocole méthadone ».

Mettre la question des attachements au centre de nos préoccupations lorsque nous voulons examiner l'arrêt de l'usage de drogues nous oblige, comme nous venons de le voir, à un sérieux renversement de perspective. Mais la question n'est pas encore réglée pour autant. Cette partie de la recherche consacrée au regard que portent les usagers de drogues sur cette question concerne essentiellement l'analyse de l'arrêt de la drogue par les traitements de substitution comme activité instrumentée soit, mais également réflexive, cognitive et émotionnelle. C'est sur ce point que nous suggérons humblement que la sociologie a peut-être quelque chose à revoir sur quelques uns de ses présupposés théoriques et peut-être même ses méthodes d'observations et d'écoute si elle souhaite saisir pleinement la dimension de l'attachement dans les épreuves traversées par les individus, ici les usagers de drogues. Mais si nous avons souhaité problématiser de manière quelque peu symétrique et universelle cette question de l'attachement, c'est parce qu'elle déborde également et largement le cadre strict des usagers pour se déverser sur le sociologue en questionnant la nature même de son engagement dans ce qu'il est censé restituer. Passer d'une sociologie somme toute classique de la « sortie de la toxicomanie » à une sociologie plus compréhensive de l'arrêt de l'usage des drogues avec comme médiateur les produits de substitution, dans les deux cas, suppose de reconsidérer également l'engagement du sociologue. C'est avec cette question que nous souhaiterions clore ce chapitre dans le but de respecter la cohérence de notre propos.

### **III. TRADUCTION.**

Finalement la question de départ pourrait se résumer ainsi : comment le sociologue restitue-t-il ce qu'il observe ou ce qu'il écoute ? Notre présupposé consiste à dire que les théories classiques puisent dans le « social » tous les éléments leur permettant d'appréhender à priori tous les phénomènes, conduites qu'elles se proposent d'expliquer. Mais si nous pouvons faire l'effort de mettre en arrière-plan toutes les grilles qui nous motivent et nous animent, sans ironie notre « habitus » de sociologue, il est possible de voir, d'entendre et d'observer autre chose. Voir, entendre et restituer une pratique, une conduite, ce n'est pas utiliser à priori une



théorie sociologique qui ne ferait que construire et alimenter une croyance au lieu de restituer un problème de pertinence<sup>247</sup>. Il est vrai que nous sommes variablement soumis à la tentation de soumettre ce que nous observons ou ce que nous écoutons, c'est-à-dire les attachements auxquels les individus sont sensibles sur le moment, à l'installation de cette grille de lecture normative à laquelle les individus sont encore et à priori obligés de se soumettre. Vu comme cela cette opposition est consommée, partage que nous offre malheureusement les théories du social et dont il faut nous affranchir. Cet investissement arbitraire de la théorie ne laisse malheureusement que peu de place aux usagers dans la mesure où toutes leurs oppositions ne sont que le fruit d'une illusion, un *il-lusio* selon la formule de Pierre Bourdieu, autrement dit la résistance traditionnelle des usagers, interprétée généralement comme un déni, n'est qu'une preuve supplémentaire de la véracité de la théorie sociologique<sup>248</sup>. En ce sens la moindre proximité avec les acteurs n'est qu'un gage de plus de scientificité pour le sociologue. En fait les sociologues doivent toujours éviter de se « faire avoir » par ce que les usagers disent de ce qu'ils croient faire pour révéler ce qu'ils font vraiment.

Mais cette critique totale des individus à priori suppose dans le même temps, et parce qu'elle en fait partie, une construction de « l'objet ». La construction de l'objet implique la construction de l'individu. Pour rester dans le langage de la sociologie classique il nous faut alors déconstruire, mettre de côté nos propres tentations de sociologue, ignorer tous les présupposés stéréotypés concernant la pratique ou l'arrêt de l'usage drogue, l'utilisation des produits de substitutions à savoir tout ce qui fait traditionnellement notre démarche en ce domaine. On a pour habitude traditionnelle le déploiement de méthodologies scientifiques. On isole des variables, des facteurs, on déploie des algorithmes. Tout cela est réglé par des habitudes, des conventions, plus ou moins cadré par des régimes de contraintes importés de l'extérieur, l'influence du social omniprésente. Le sociologue enregistre, mesure, évalue afin de produire des règles, mettre en évidence des caractéristiques, des catégories. Tout ceci repose bien sur une posture et une vision particulière de ce dernier, résolument et définitivement détachée, extérieure, indifférente aux affects et aux émotions, à ce qui lie réellement les individus. Au bout du compte nous pourrions dire, à la suite d'Antoine

---

<sup>247</sup> Hennion A. « Une sociologie des attachements D'une sociologie de la culture à une pragmatique de l'amateur », *Sociétés*, n°85, 2004/3, p. 9-24.

<sup>248</sup> Posture chère à Pierre Bourdieu qu'il exprime notamment dans *Questions de sociologie*, Paris, Minuit, 1984.

Hénnion, que nous faisons de la sociologie que lorsque nous ne sommes pas sensibles à ce qui compte réellement pour les individus<sup>249</sup>.

L'autre voie consiste, au contraire, à penser que nous devons essentiellement nous atteler à comprendre ce qui fait vivre, ce qui fait être l'usager. Ce faisant nous mettons à distance l'arbitraire, ce qui nous donnait autorité à penser de manière univoque, pour nous interroger progressivement et de manière réflexive et à partir de la restitution de l'expérience des usagers sur ce qui forge les relations et les perceptions, sur ce qui change doucement et difficilement les êtres.

Mais nous ne sommes pas encore quittes pour autant. Le sociologue peut-il supposer une redéfinition complète du rapport engagé avec les acteurs, avec le monde qu'il est censé étudier et forcément le rôle qu'il y joue ? La réponse sera d'évidence oui si nous voulons rester cohérent avec notre cadre problématique général, mais il reste bien évidemment à élucider définitivement ce rapport que nous avons partiellement suggéré jusqu'à présent.

Mais avant de continuer nous souhaiterions lever encore quelques obstacles en espérant ne pas être trop abscond. Le lecteur aura sensiblement raison s'il estime que notre cheminement échappe quelque peu à la démarche orthodoxe essentiellement lorsqu'il est question de méthodologie. L'interrogation épistémologique s'agissant des questions afférentes au rapport du sociologue à son objet peut sembler ne pas être tout à fait à sa place dans ce chapitre et à ce moment de la lecture de cette recherche. Mais nous préférons soutenir que le choix de notre problématique générale, quelque peu particulière, nous oblige à questionner également notre place, notre engagement, et il nous a semblé que c'était le meilleur moment pour le faire. Expliquons-nous. Notre attention, proclamée depuis le début, n'est pas le dévoilement de mécanismes par le truchement de modèle explicatifs théoriques puissant dans le « social » leur raison d'être et leur légitimité. Nous observons et nous écoutons des usagers de drogues en prise avec des transformations, assaillis quotidiennement par des difficultés, des souffrances qu'ils peinent généralement à exprimer et les ressources dont ils s'équipent et qu'ils mobilisent difficilement pour y faire face. Nous écoutons et observons dans l'espoir de restituer comment les choses se passent sans faire l'impasse de la dimension émotionnelle engagée. En d'autres termes en se concentrant sur les agissements des individus, ou ce qu'ils

---

<sup>249</sup> *Ibid.*

en disent, on tente de cerner les ressources et les équipements qu'ils mobilisent, les compétences qu'ils manifestent et finalement les différents transferts et partages qu'ils effectuent au gré de leur raisonnement dans le but d'en faire la meilleure restitution possible<sup>250</sup>.

Ainsi le sociologue ne se substitue en rien aux individus pour rendre compte à leur place de leurs agissements en les théorisant mais se contente de restituer les opérations par lesquelles ils agencent leur propre monde pour gérer leur « sortie de la toxicomanie »<sup>251</sup>. Nous ne partons donc pas d'individus dotés de dispositions, de caractéristiques, ou de propriétés stables, comme l'identité, ou motivés par des mécanismes inconscients que nous proposons de dévoiler. Nous ne confronterons pas non plus en retour ce même individu à une société, une structure sociale cachée pour exprimer une dialectique. Il s'agit plutôt, à partir des observations et des discours produits par les individus, de comprendre comment ces derniers décrivent les opérations qu'ils engagent, comment ils en parlent et en définitive comment ils agissent tout en pensant en même temps leurs actions. Mais nous ne nous bornons pas seulement à l'aspect technique des choses car la chose faite ou à faire est d'abord affective, émotionnelle, passionnelle, pas toujours réfléchie et rationalisée. Elle prend forme ensuite dans des pratiques, des stratégies sur lesquelles nous reviendrons largement. L'utilisateur nous exprime un état, il commerce tant bien que mal et sur plusieurs plans avec son entourage, ses produits et c'est ce commerce et ce qu'il y injecte que nous tentons de restituer.

Mais ce double mouvement d'attachement aux acteurs, pour comprendre la logique qu'ils donnent à leurs actions, et de détachement ensuite pour la restituer ne doit pas être compris, nous semble-t-il, comme la simple nécessité de prendre de la distance pour réfléchir à son objet d'étude. Il n'est pas non plus la simple description des événements ce qui pourrait être interprété par beaucoup comme l'abolition de toute la légitimité scientifique de l'opération. S'engager auprès des acteurs pour comprendre ce qui les fait vivre, partager leurs propres

---

<sup>250</sup> Callon M., *Ibid.* Cette posture d'attachement aux acteurs, pour comprendre ce qu'ils font et comment ils le font, et de détachement ensuite pour restituer leurs agissements en tant que « porte-parole » questionne également le rôle politique du sociologue. En ce sens la théorie ne sert à rien si elle ne trouve pas les dispositifs et les outils pour la faire circuler. Le sociologue doit s'attacher pour saisir pleinement les différentes dimensions du travail effectué par les acteurs. Il doit se détacher ensuite pour comprendre les circulations et transferts mis en œuvre par ces derniers afin de leur permettre de faire le même travail pour avancer.

<sup>251</sup> Ce serait en fait le passage d'une « sociologie de l'agent » à une « sociologie de la traduction » comme a pu l'exprimer Nicolas Dodier, « Les ressources collectives de traduction de l'action », communication présentée aux *Journées annuelles de la Société française de sociologie*, « Action collective et mouvements sociaux », Paris, 29-30 septembre 1989.

catégories et se les approprier n'abolit en aucun cas la posture critique du sociologue dans la mesure où il ne fait qu'emprunter à ces derniers leurs propres postures. Il s'agit en définitive de partager avec les acteurs l'objet même de leurs critiques même si cette mise en équivalence débouche sur des modélisations théoriques différentes<sup>252</sup>. C'est pourquoi l'attachement ne doit pas être confondu avec l'implication personnelle et affective du chercheur, souvent synonyme de manque d'objectivité, dans la mesure où tout en étant attaché ce dernier conserve toujours son « extériorité »<sup>253</sup>. Mais cette extériorité n'est finalement pas si différente de celle affectée par les individus. Cependant cette posture nécessite un abandon, un renoncement déterminant de la part du sociologue lorsqu'il est question des sociologies critiques, il doit renoncer à son « intelligence »<sup>254</sup>. Ce renoncement n'a d'autres buts que de restituer aux acteurs ce que la sociologie critique tend à leur dérober, celui du sens qu'ils donnent à leurs actes, et recommande donc de ne pas se substituer à eux pour expliquer leurs conduites en dévoilant des forces qui les dépassent et les déterminent.

Au final nous pourrions presque dire que le sociologue fait globalement le même travail que les acteurs qu'il observe et qu'il écoute mais à des fins différentes simplement. Nous verrons ainsi que cette réflexivité, dont les acteurs sont prétendument dénués, est constamment au centre du travail effectué par les usagers pour questionner les épreuves qu'ils traversent dans le cadre des processus de sortie, qu'elle se retrouve également dans leur capacité à affecter, plus ou moins et en fonction des situations, un certain détachement pour questionner et comprendre les difficultés qu'ils rencontrent. La très grande majorité des usagers sous traitement de substitution expriment régulièrement leurs ambivalences par rapport au monde de la drogue qu'ils tentent de laisser derrière eux, aux consommations récurrentes en tout genre malgré l'apport des produits de remplacement qui sont également quelques fois sortis de leur utilisation conventionnelle. Ces difficultés peuvent être plus ou moins exprimées mais la plupart du temps les explications restent généralement inaudibles aux yeux des médecins et des professionnels. Nous avons déjà souligné les processus concernant l'interprétation des professionnels dans les chapitres précédents et qui au fond n'ont rien à envier à celle du sociologue critique. Les actes des usagers échappent fondamentalement à leur pleine

---

<sup>252</sup> Boltanski L., « Sociologie critique, sociologie de la critique », *Politix*, n°10, vol3, 1990, p. 124-134. En d'autres termes le sociologue ne modélise que l'aptitude des acteurs à créer eux-mêmes leurs propres modèles de raisonnement sans les retoucher.

<sup>253</sup> *Ibid.*

<sup>254</sup> *Ibid.*

conscience pour trouver une explication au plus profond des structures à l'œuvre, qu'elles soient psychiques, le fruit de dispositions intériorisées ou identitaires.

Mais nous ne nous situons pas sur ce plan. Nous avons décidé qu'il ne s'agit pas ici d'interpréter ce qui se passe à la place des acteurs, en faisant appel à des explications sociales, mais de les écouter, de les observer dans leur capacité à agir, interroger leurs propres actions, modéliser leurs propres expériences. Les individus construisent eux-mêmes leur propre rapport au monde mais ce n'est pas la construction du sociologue. Ainsi rapportée, traduite et représenté par ce dernier, l'action des individus n'est plus filtrée, réinterprétée et donc finalement construite à l'aune d'une théorie mais participe à la « performance » de la réalité. Cette première mise à plat va maintenant nous permettre de reconsidérer pleinement la nature de notre « objet » et le rapport que nous lui entretenons. Compte tenu de ce qui vient d'être dit et on le comprendra maintenant, faire une recherche en prenant comme appui le point de vue des usagers (ou des professionnels) ce n'est pas construire un « objet » mais « performer »<sup>255</sup> un phénomène, les individus qui lui sont attachés (dont le sociologue) et ensuite discuter en son nom, le représenter.

Mais finalement que devons nous représenter ? Comment qualifier et expliquer les actions des individus si nous ne devons plus les interpréter à leur place ? Que reste-t-il si nous avons l'impression un peu déstabilisante de ne plus avoir « d'objet » ou de « sujets » construits à priori, de dialectique entre les deux, de sociologue qui surplombe et dévoile ? Encore une fois l'essentiel dirons-nous. Des individus qui agissent, motivés par des passions et non plus des contraintes et des déterminations, des individus qui s'investissent et qui s'attachent. Ces attachements deviennent maintenant le centre des préoccupations du sociologue, l'attachement des personnes qu'il étudie mais également son propre attachement à ces mêmes personnes. Le sociologue a donc un double problème à résoudre.

---

<sup>255</sup> Callon, M., *ibid.* Selon lui il n'y a pas « construction », notion trop relativiste à son goût et qui suppose la substitution de ce qui est visé par les acteurs au profit du sociologue, mais « performance » de la réalité. Les choses changent, se transforment, ces changements sont portés par les acteurs que le sociologue doit observer, comprendre et restituer sans les interpréter. On postule ainsi que toutes les théories disponibles et légitimes sont déjà contenues dans les opérations cognitives faites par les acteurs.

## **CHAPITRE IV TACTIQUES ET STRATEGIES.**

### **I. L'ORIENTATION DES PRATIQUES.**

#### **1. La résistance au cœur.**

Avant de traiter plus précisément ces questions, faisons un très bref rappel qui nous servira de légère transition. Le travail élaboré par les usagers de drogues en traitement de substitution, que on considère ici comme favorisant la « sortie de la toxicomanie » est particulièrement complexe et hétérogène. Nous avons jusqu'ici tenté de rendre compte de cette hétérogénéité en proposant un cadre de compréhension faisant intervenir les dimensions temporelles présentes dans les opérations cognitives et perceptives entreprises par les usagers et en suggérant les attachements comme moteur des processus à l'œuvre. Dans le même temps nous nous sommes astreint à concevoir également les produits de substitution non comme de simples traitements classiques mais comme des médiateurs agissant les individus et par lesquels les usagers « cristallisent » au dispositif pour évoluer ensuite au gré des détachements et des attachements qui s'opèrent d'un réseau à l'autre.

Mais il est temps maintenant d'ouvrir la première porte, celle qui nous donnera accès à un cheminement plus concret, à savoir celui qui nous permettra de décomposer patiemment les pratiques de nos usagers afin de les restituer ensuite, au moins partiellement, à l'aune de notre cadre d'interprétation.

Appréhender les pratiques et le sens que leurs donnent leurs opérateurs c'est d'abord les saisir à l'instant présent au moment où ces derniers en parlent même s'ils reconstituent à posteriori leurs opérations. Une chose est sûre, les usagers de drogues, quelque que soit leurs situations, ne sont jamais avare des descriptions techniques et des artifices qu'ils inventent et mettent en

œuvre constamment pour organiser leur propre domaine du soin. Alors qu'en est-il de l'instant présent, autrement dit quel sens pouvons-nous attribuer à ces pratiques mises en œuvre pendant le traitement et qui manifestent les difficultés du changement, de la « substitution » demandée par l'institution ? Nous avons souligné à maintes reprises les divergences notables entre les attendus de l'institution et les effets secondaires du traitement, autrement dit tout ce qui est libéré par les innombrables « plis » du produit. Cette production n'est pas inactive, elle entraîne le patient dans ce « faire-faire » généré maintenant par le médiateur mais qui reste la plupart du temps relativement inaudible et particulièrement incompréhensible pour l'institution sauf à être rapporté à l'interprétation clinique. Autrement dit et s'agissant de ce cette première rencontre, il faut ici nous mettre d'accord sur un préalable d'importance : pratiquement aucun usager, aucun patient ne répond parfaitement aux contraintes exigées par le dispositif, aucun patient n'est en capacité de respecter au pied de la lettre les prescriptions des traitements de substitution, qu'elles soient ordonnées dans un centre de soins ou dans le cabinet d'un médecin généraliste. Et malgré son cadre strict le protocole délivrant la méthadone n'échappe certainement pas à la règle. Pratiquement tous les usagers ont recours, et plus ou moins régulièrement, à différents produits interdits pendant le traitement, où détournent plus ou moins régulièrement ce traitement de son utilisation conventionnelle, nous le verrons<sup>256</sup>.

Admettons dans la foulée un autre préalable mais surtout parce que celui-ci est destiné à nourrir le précédent. Mais pour ce faire revenons un instant sur les processus de « politisation » que nous avons compris comme le moyen de créer des cadres et des investissements supplémentaires, en plus des institutions classiques. Ces processus censés transformer de l'intérieur l'architecture existante (mais partiellement) se dessinent progressivement dans des mouvements fluides, cohérent et englobant, souvent très complexes, (ce que l'on appelle couramment les dispositifs) et qui sont avant tout destinés à discipliner autrement mais dans un même but des passions et des pratiques hétérogènes. Mais les scripts délivrés dans l'agencement dispositif-objet et censés orienter ces pratiques ne sont que partiellement retenus par les bénéficiaires. Bien que ces pratiques soient censées se conformer

---

<sup>256</sup> En dehors de ma propre expérience professionnelle, de celle que m'ont livré les infirmiers, éducateurs et médecins rencontrés, ce constat repose également sur une petite étude statistique à laquelle je me suis livré au mois de juin 2002. J'ai compulsé les rapports d'analyse d'urine d'un centre de soins sur une période de deux ans, autrement dit quelques 700 rapports, ceux que l'on avait mis à ma disposition. Aucune analyse n'est complètement négative, c'est un fait et évidemment les résultats d'un échantillon à l'autre ne sont pas semblables. Cependant nous pouvons, sur une moyenne, établir un classement des produits parallèlement consommés et interdits par la prescription même si celui-ci reste évidemment subordonné à cet échantillon particulier, nous y reviendrons.

aux prescriptions elles ne sont que partiellement intériorisées par les usagers, en tous cas au début du processus, mais sont ensuite transformées et se manifestent et se fixent alors dans d'autres mouvements inverses, ce que l'on appelle « cristallisation ». Autrement dit au cours de ces processus les usagers de drogues se greffent au dispositif de substitution qui leurs sont proposés de manières très diverses en fonction de leurs situations respectives. Alors l'hypothèse en question consiste ici à penser que ces différentes greffent peuvent faire l'objet d'une modélisation relative à partir des pratiques que les usagers mettent en œuvre pour communiquer avec le dispositif. Mais ces greffent ne sont jamais données une fois pour toutes évidemment, elles sont dynamiques, destinées à évoluer au gré des recompositions effectuées par les patients. Cependant et pour ne jamais les figer il nous faudra également et toujours les considérer à la fois comme des états intermédiaires et hybrides.

Nous avons déjà longuement disserté sur la nature de ces processus comme exprimant la résultante à chaque fois particulière d'états intermédiaires se nourrissant les uns des autres et inhérents à l'activité humaine quelque soit la déclinaison et la finalité qu'on leur donne. De fait nous avancerons également ici la proposition d'une généralisation de ce que ces processus nous semblent bien représenter la propre cristallisation de tout un chacun aux dispositifs et institutions auxquels il est greffé dans la vie courante. Mais ces processus ne se déclinent pas seulement par cette seule référence, les états intermédiaires qui les constituent. Ce serait penser le traitement, la trajectoire de l'individu forcément linéaire. Il y en a au moins une autre que l'on pourra encore aisément transposer aux activités et aux institutions ordinaires selon une certaine définition. C'est précisément le caractère particulièrement hétérogène de ces processus qui les fait apparaître comme des états hybrides dont la substance et la configuration, toujours mouvantes, dépendent des individus et des dispositifs en question.

Nous entendons donc dans le cas présent par hybrides le fait que la greffe des usagers de drogues au dispositif de soins n'est jamais, à un stade particulier, complètement homogène, conforme ou irréversible, loin s'en faut. Un usager peut quelques fois, et pas si rarement, passer de la compliance au traitement à l'automédication, voire dans certains cas à la consommation de drogue, à l'injection de la buprénorphine, ou inversement, mais tout en restant attaché au dispositif de soin. Cette irrégularité trouve néanmoins une certaine forme de stabilité dans la mesure où certaines de ces greffes, aussi improbables, irrégulières et particulièrement incohérente en apparence, représentent quelques fois pour beaucoup l'un des seuls « nœuds » d'attachement relativement stable dans leur horizon immédiat. C'est peut-être



difficile à concevoir, nous en convenons, mais nous l'avons entrevue la toute première fois lorsque l'un des patients du centre de soins, particulièrement « diagnostiqué » par l'équipe soignante pour ses conduites « incohérentes », « compulsives », « aberrantes », et la liste est longue, m'a confié après plusieurs rencontres :

« Je sais pas... je sais que je fous tout en l'air, l'équipe me fait plus confiance je sais, moi-même je sais plus ou j'en suis, je fais n'importe quoi...je, je, je viens au centre surtout parce que j'ai, j'ai, quelque chose pour me raccrocher,...ça m'aide à réfléchir ».

Mais revenons concrètement sur la question des modèles que nous proposons tout à l'heure. Ces derniers n'ont aucune vertu explicative ou catégorielle en référence à des lois sociales, nous le comprenons maintenant. Nos modèles à nous, qui sont plutôt des grilles de restitutions comme l'entends Michel Callon, prétendent simplement, à partir de l'observation et de l'entretien (limités soit), dire en quoi certaines greffes peuvent faire l'objet d'une traduction similaire. En d'autres termes après désagrégé nos usagers nous allons proposer l'opération inverse, autrement dit tenter d'opérer le meilleur agencement possible pour la meilleure restitution possible, sans oublier la critique. C'est notre seule prétention ici.

L'un des axes fort de ce modèle consisterait donc à penser qu'il existe une relation entre le passé de l'utilisateur de drogue et la gestion de son traitement de substitution. L'expérience passée conditionnerait et régulerait ainsi plus ou moins le traitement présent. Mais prudence. Nous n'appliquons pas une loi, nous ne prétendons pas d'emblée dire qu'il existe un habitus prédéterminé et déterminant obligeant de fait à une reproduction régulière même si elle revêt un caractère relatif en fonction des contextes spécifiques, des trajectoires et des caractéristiques individuelles. Nous préférons nous situer plutôt du côté des « pratiques héritées »<sup>257</sup> qui supposent un lien plus rationnel et pragmatique entre la situation passée et ce qui nourrit la situation présente mais dont il faut nous affranchir progressivement<sup>258</sup> pour considérer la création d'autres pratiques plus conventionnelles progressivement apprises au présent.

Mais descendons encore d'un cran pour voir comment s'opère cette fameuse « cristallisation », cette greffe et son évolution. Elle confronte inévitablement un usager, avec ses propres

---

<sup>257</sup> Castel R., (dir)., *Ibid*

<sup>258</sup> Callon M., *Ibid*

heuristiques, et une institution, un dispositif et leurs représentants. Compte tenu de tout ce que nous venons de dire tout cela ne va pas de soi et risque de provoquer évidemment pas mal de frictions. Il n'existe pas un usager qui ne résiste pas variablement à l'institution, quelle que soit sa situation et le lien qu'il entretient avec elle, indépendamment de la nature de cette résistance<sup>259</sup>. L'une des transpositions possibles réside pour l'instant dans l'approche que nous propose Michel Foucault à un niveau global, à savoir considérer avant tout les rencontres entre usagers et institutions comme une « multiplicité de points de résistances » dans un réseau de pouvoir. L'avantage de cette interprétation n'est pas, selon moi, d'appréhender le pouvoir ou la résistance comme des objets ontologiques séparés et détenteurs de caractéristiques propres, ce que nous évitons depuis le début, mais plutôt d'envisager leur rencontre.

A ce stade nous pouvons soumettre d'autres questions. Demandons-nous simplement et concrètement comment ces résistances se manifestent, quelles sont les formes relatives et changeantes qu'elles prennent et en définitive l'interprétation que nous pourrions leur donner. Nous pouvons considérer dans la foulée que l'une des suggestions méthodologique que nous souffle indirectement Foucault serait d'envisager ici les pratiques par lesquelles pouvoir et résistance transitent afin d'analyser en définitive cette rencontre dans les « tactiques changeantes, mobiles, multiples »<sup>260</sup> que déploient les individus en terme de pratiques dans ce réseau de pouvoir. Voilà pourquoi la proposition de Foucault est intéressante dans un premier temps parce qu'elle nous offre une autre échelle de mesure en nous suggérant somme toute une analyse ordinaire des relations qu'entretiennent les individus avec l'institution. Bien que la question du pouvoir soit présente, elle n'est en revanche affiliée à aucun bloc mais se trouve disséminée dans toutes les ramifications des réseaux. Ainsi il nous faut considérer ces relations avant tout comme hétérogènes, mouvantes et sur plusieurs plans. L'individu n'est pas fixé une fois pour toutes, passif ou dominé continuellement mais dispose également de ressources qu'il mobilise pour continuellement travailler tant bien que mal les rapports qui le

---

<sup>259</sup> Dans la littérature sociologique l'interprétation de cette résistance est variable et nous ne pouvons en faire état ici. La sociologie critique nous a plutôt habitués à considérer cette résistance comme hors propos, n'étant qu'un élément supplémentaire pour valider la théorie sociologique. Pour reprendre Pierre Bourdieu (entre autre), le dominé dans ses revendications aux dominants ne fait que confirmer la place que la structure sociale lui a assigné à priori et dont il participe à la reproduction par ses mêmes revendications qui ne font en retour que légitimer la place des dominants et ainsi de suite. La perspective interactionniste introduit une symétrie, en réintégrant ces résistances somme toute comme des pratiques ordinaires, vitales. L'un des meilleurs exemples réside, à mon sens, dans Asiles de Goffman où le malade malmené par l'institution psychiatrique, met en place toutes les stratégies qui vont lui permettre de vivre à sa façon, ce que Goffman nomme paradoxalement les adaptations secondaires.

<sup>260</sup> Foucault M., *Ibid.*

lient aux collectifs dont il fait partie. Un médecin n'a pas tout pouvoir sur le patient, fût-il « toxicomane », ce dernier garde toujours en dernier recours la capacité d'en changer.

Mais considérons encore plus finement ce travail, autrement dit les « tactiques » que nous mettons tous en œuvre tous les jours pour coordonner nos relations avec les différentes contraintes auxquelles nous sommes soumis.

L'analyse de Foucault est intéressante indéniablement parce qu'elle nous met pour ainsi dire le pied à l'étrier. Cependant et comme pour notre démonstration précédente s'agissant de la « médicalisation », elle se situe à un niveau particulier. Ce dernier s'avère néanmoins quelque peu insuffisant pour notre propos car nous souhaiterions descendre encore plus bas dans le but de saisir peut-être plus finement la logique ordinaire des pratiques engagées par les individus. Reprenons. Si on considère que l'avènement des « technologies régularisatrices », provoquées par une mutation de la société et destinées à agir sur une population, ont doucement pénétré, transformé, mais sans les supplanter, les « technologies disciplinaires » destinées quand à elle à traiter des individualités, des corps physiques, ces deux orientations continuent à œuvrer simultanément mais sur des plans différents et coordonnés. Nous restons toujours cohérent quand aux transformations des structures de contrôles pour gérer les déviations provoquées par l'ordre normatif de la société. Mais ceci n'est toujours pas suffisant si nous voulons réellement descendre à l'échelle des individus. Car finalement comment rendre traitable concrètement les opérations effectuées par les usagers ? C'est ici que nous abandonnons Foucault, au moins provisoirement, car si sa description des mutations opérées par les institutions pour toujours mieux contrôler les individus est pertinente ainsi que les pratiques qu'elles génèrent en miroir, en revanche elles ne s'affranchissent jamais totalement de la question du « pouvoir » qui leur donne une orientation particulière.

## **2. Les tactiques comme moyen.**

L'approche s'agissant des tactiques suggérées par Michel Foucault n'est malheureusement pas suffisante et ce plan de l'analyse reste beaucoup trop général pour nous. Elle a certes toute sa place lorsqu'il est question de cadrer les processus généraux à l'œuvre mais il nous faut maintenant définitivement accéder au niveau où évoluent les individus. Reprenant cette voie

d'exploration Michel de Certeau<sup>261</sup> l'affine pour enfin mettre en lumière ce « collectif invisible » que nous évoquions précédemment. A partir de cette posture il lève le voile pour nous ouvrir le chemin vers les pratiques concrètes et invisibles des individus.

La question qu'il pose part d'une préoccupation très générale. Reprenant le travail effectué par Foucault, il constate que ce dernier a essentiellement privilégié la construction et la mutation des dispositifs panoptiques mais en laissant dans l'ombre une autre série tout aussi importante, celle des « itinéraires silencieux » qui n'ont donné lieu à aucune systématisation particulière. Ce parti pris, dont nous avons déjà dit quelques mots, lui fait dire en conclusion qu'il est impossible de réduire le fonctionnement d'une société à un type dominant de procédures. C'est dans cette immense réserve « multiple et silencieuse » laissée de côté que « les pratiques consommatrices » sont à rechercher dans leur capacité à organiser à la fois « des espaces et des langages ». Si, selon lui, le développement des procédures panoptiques représente une arme pour combattre « des pratiques hétérogènes et les contrôler », il ne s'agit pas d'oublier qu'en miroir existent d'autres procédures réelles bien que dénuées de « bien propres ». Toutes ces techniques obscures, qui ne bénéficient pas du même statut que les procédures officielles, peuvent être regroupées sous l'appellation de « tactiques » autrement dit l'ensemble des manœuvres pouvant donner accès aux pratiques de consommation. Ainsi aux dispositifs officiels normatifs font toujours face d'autres formes d'investissements engagés par les usagers, les consommateurs. A la manière dont les « technologies régularisatrices » évoquées par Foucault ont transformé, modelé et détourné sournoisement les « technologies disciplinaires » de l'intérieur pour les réorienter vers un objectif particulier et englobant l'ensemble d'une population, les « tactiques » proposées par Michel de Certeau, entendues comme « procédures infinitésimales, silencieuses et invisibles » opèrent constamment le même travail sur les dispositifs panoptiques. Ces procédures n'ont pas été véritablement privilégiées par la sociologie classique, ce qui est somme toute sa tradition<sup>262</sup>, alors que leurs effets sont très loin d'être négligeables<sup>263</sup>. En somme et pour synthétiser quelque peu ce propos nous supposons, avec Michel De Certeau, que l'homme ordinaire, quel que soit son statut et sa position sociale et quelle que soient les circonstances dans lesquelles se place et se passe son action, use régulièrement de « tactiques » pour réinterpréter et

---

<sup>261</sup> De Certeau, M., *L'invention du quotidien*, Gallimard, 1990.

<sup>262</sup> Nous l'avons déjà mentionné, la plupart des analyses sociologiques tendent à privilégier encore la perspective des « hétéro-contrôles ».

<sup>263</sup> Evidemment il y a la contribution incalculable de la sociologie interactionniste, qui peine malgré tout encore à s'installer en France, et qui a largement pris le parti de s'intéresser à la logique des déviants face à celle de l'institution mandaté pour contrôler leur déviance.

détourner l'ordre social et économique et par là les contraintes qui lui sont imposées. Mais contrairement aux processus décrit par Foucault ces manœuvres ordinaires et quotidiennes ne se font pas dans la résistance, loin de là, ce qui selon De Certeau confinerait à la « stratégie », autrement imposer par la force et dans le conflit une autre logique, un autre point de vue qui dominerait le concurrent<sup>264</sup>. La « tactique » suggère plutôt une acception beaucoup plus fine et souple. Elle ne résiste pas vraiment à l'ordre social mais l'accepte, voire l'intériorise comme un élément supplémentaire de socialisation mais pour s'en servir à des fins propres, détourner ainsi la contrainte en se servant de ses propres lois. Cependant ces lois sont spécifiques à chaque individu. Elle joue toujours sur le terrain que lui impose son adversaire, toujours en mouvement dans le champ de vision contrôlé par celui-ci. Surtout elle s'engouffre dans toutes les failles du dispositif, « elle y braconne, elle y crée des surprises, il lui est possible d'être là où on ne l'attend pas. Elle est ruse ». L'avantage de cette description ouvre, selon nous sur ce côté imprévisible, surprenant, incontrôlable, des tactiques opérées par les consommateurs. Des consommateurs qui réécrivent les « scripts » en fonction de leurs propres programmes, des consommateurs qui ouvrent et referment à leurs propres façons les « plis » de leur objet de consommation.

L'autre enseignement que nous apporte De Certeau n'est pas moins fondamental pour notre propos. L'offre de consommation d'une manière générale (nous l'entendrons ici en terme de « soin » à savoir l'offre des produits de substitution) engrange avec elle une représentation « enseignée comme code de la promotion socio-économique par des prédicateurs, par des éducateurs ou des vulgarisateurs mais n'indique nullement ce qu'elle est pour les utilisateurs ». Ainsi De Certeau nous recommande fortement d'analyser la manipulation de cette offre par « les pratiquants qui n'en sont pas les fabricateurs ». C'est dans cet écart, entre ce qui est produit et ce qui est utilisé, que doit se faire la recherche, selon lui et selon nous d'ailleurs. Faisons ici le parallèle qui s'impose en faisant référence à cet « objet » dont la logique de fabrication n'est jamais en adéquation avec la logique d'utilisation des usagers<sup>265</sup>, à ce produit psychotrope dont l'histoire n'est qu'un agencement de deux rencontres incertaines, celle des « plis » offerts par le produit et celle des « repères » inscrits par les « spécialistes du

---

<sup>264</sup> Michel De Certeau différencie la tactique de la stratégie. Selon lui cette dernière introduit inévitablement une anticipation, un calcul et donc un rapport de force destinés à occuper le terrain de l'adversaire.

<sup>265</sup> Akrich M., *op cit.* 1998.

traitement »<sup>266</sup>. Nous en revenons toujours plus ou moins, et c'est notre posture, à la confrontation d'heuristiques différentes.

Dans ce sens nous formulerons ici une hypothèse forte. Il nous semble bien que la grande majorité des usagers de drogues en traitement de substitution digèrent plus ou moins activement et diversement les pratiques et contraintes imposées par le dispositif de l'intérieur pour les orienter ensuite dans des trajectoires à chaque fois personnelles tout en s'accommodant, voire en acceptant les contraintes du protocole pour les transformer et les adapter doucement. La suite de cet écrit et sa conclusion témoigneront de la véracité de cette proposition, nous l'espérons.

Mais ceci ne règle pas tout, encore. Malgré toute notre intention de décrire le sens des pratiques mises en œuvre, il subsiste une question que nous ne pouvons écarter. Il nous reste à résoudre en dernier lieu la question de « l'individu » pour définitivement aplanir notre paysage. Alors comment saisir cet usager, ce consommateur, ce patient et les pratiques sociales dont il est à l'origine ? Michel de Certeau nous donne quelques premières et précieuses indications. D'une part il nous suggère de nous concentrer sur la « relation sociale » prélude à la « compréhension de ses termes et non l'inverse » ce qui serait selon nous la manifestation de l'individu social. D'autre part il s'agit de considérer chaque individualité comme le réceptacle où « se joue de manière plurielle, incohérente et souvent contradictoire » la somme de ces niveaux relationnels, ce qui serait en quelque sorte la construction de l'individu privé, les deux plans étant par ailleurs en constante connexion. Nous pourrions considérer que ce modèle de compréhension des activités humaines n'est finalement pas très éloigné des travaux interactionnistes sur l'élaboration de la construction identitaire.

Mais le second conseil nous est probablement plus précieux car il résume finalement assez bien la perspective que nous essayons de défendre nous même. Elle nous décharge de toutes velléités substantialiste lorsqu'il est question de traiter la question de l'individu et de ses rapports avec l'institution. Dans ce sens Michel de Certeau nous engage non pas à nous concentrer sur des motivations, des déterminations ou quelques influences internes ou externes supposés expliquer les agissements des individus mais simplement considérer les

---

<sup>266</sup> Trépos J-Y., *op.cit.* 2002.

« schèmes d'action, les modes d'opérations et non directement le sujet qui en est l'auteur ». En d'autres termes encore, cette suggestion nous recommande de traiter les pratiques des usagers de drogues en traitement de substitution comme des actes politiques ordinaires ce qui introduit finalement une forme d'équivalence interactionnelle entre l'institution et l'utilisateur et nous invite à « désubstantialiser »<sup>267</sup> définitivement ces rapports afin de rétablir les ordres de grandeur nécessaires à notre restitution.

## **II. TACTIQUES LOCALES ET STRATEGIES GLOBALES.**

### **1. L'équipement des usagers de drogues.**

Que le lecteur nous pardonne notre insistance parfois démesurée, voire quelque fois obsessionnelle, à redire des propos qui peuvent lui paraître acquis, voire allant de soi, pour un esprit averti, voire aguerrit, à certaines choses sociologiques. Mais nous faisons le souhait, peut-être présomptueux, que ce texte pourra peut-être être lu par d'autres, et nous espérons que parmi eux certains auront la tâche de contribuer à la prescription des traitements de substitution. Nous savons que cette tâche est difficile, souvent ingrate, et qu'elle met à mal beaucoup de ce que nous sommes, notre propre expérience pourrait en témoigner. Mais en même temps durant toute cette période la sociologie, qui nous a accompagné de concert, nous a également permis de voir autrement, en d'autres termes de mettre à distance, de comprendre et finalement problématiser les agissements auxquels nous avons à faire. Pour couper cours nous dirons que cette collaboration a certainement nourri notre travail de sociologue et m'a permis en retour de mieux faire mon travail de professionnel, en tous cas jusqu'à un certain point. Cette latitude, je le dis humblement, n'est peut-être pas à la portée de tous ceux qui œuvrent dans ce champ. Non qu'ils ne fassent pas correctement leur travail mais le poids de ce qu'ils gèrent quotidiennement en fonction des ressources dont ils disposent ne va pas de soi, ce que nous avons suggéré au début de cette thèse. La parenthèse est fermée nous pouvons donc continuer à restaurer notre usager.

---

<sup>267</sup> Trépos J-Y., *op. cit.* 2005.

Nous considérons depuis le début la « substitution » comme une « boîte noire »<sup>268</sup>, dont nous avons tenté de démêler les innombrables plis, artifices et autres formes de médiation, autrement dit cette notion encore largement partagée par les différents professionnels (et non professionnels) qui oeuvrent dans le champ de la « toxicomanie », qui va de soi et ne semble plus poser de problèmes, ou en tous cas circonscrire les problèmes à un seul domaine d'investigation, celui de l'usager. Nous avons déjà largement commencé à le faire mais nous devons continuer dans cette direction et tenter d'ouvrir les derniers plis qui subsistent, qui résistent.

Pour cela introduisons une question simple au demeurant. Qu'est ce qu'une offre de « soins », qu'est ce qu'une offre de « substitution » qui est considérée elle-même comme une offre de « soin » dans notre propre champ d'investigation ? Claudine Herzlich nous a déjà enseigné que ce qui importe n'est pas tant la définition objective de la maladie, qui relève principalement du domaine médical, mais l'offre de soins qui lui est consubstantielle<sup>269</sup>. Notre problème n'est pas particulièrement insensible à cette hypothèse et nous nous permettrons de formuler dans ce sens une autre proposition qui lui est fortement liée. L'offre de substitution ne peut pas se limiter au remplacement d'un produit par un autre, une intoxication légale et contrôlée par une intoxication illégale et dangereuse, nous l'avons déjà dit. Elle suggère en arrière plan d'autres déplacements, d'autres substitutions visant d'une part à réduire progressivement les pratiques sociales des toxicomanes jugés à risques et d'autres part favoriser leur insertion sociale. En somme, et en filigrane, il s'agit bien de contraindre l'usager de drogue à abandonner un mode de vie organisé autour d'une activité déviante (la toxicomanie) pour entrer dans un projet de substitution global destiné à l'intégrer dans la société conventionnelle.

Mais ce difficile transfert pour nous est déjà réglé. Le passage d'un univers à l'autre a déjà été exploré précédemment et nous avons, me semble-t-il, mis à plat toutes les questions de légitimité et de grandeur dont il fallait nous acquitter ainsi que les processus généraux de transformation des individus, cognitifs et émotionnels. Cet exercice n'a pas été vain car il nous a insufflé notre cadre d'interprétation général. Mais ceci ne règle pas tout, encore. Cette mise en équivalence, cette posture consistant à voir en tous points et sous tous les angles

---

<sup>268</sup> Latour B., *op. cit.* 1986.

<sup>269</sup> Herzlich C., « Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social », in Auger M, Herzlich C., *Le sens du mal*, Paris, Archives contemporaines, p. 189-215.



l'ordinaire de l'activité quel que soit son producteur, ne doit pas maintenant nous empêcher de nous concentrer sur les heuristiques particulières des usagers de drogues et leurs processus. En d'autres termes que produisent ces usagers face au dispositif, comment ce passe cette « cristallisation » et quelles sont les lignes de compréhension qu'il nous est possible de dégager ? En d'autres termes que se passe-t-il concrètement au présent ?

Il serait évidemment présomptueux de penser que les discours que nous livrent les individus sont complètement vierges et ne font appel qu'à la seule ressource dont ils disposent. Nous voulons dire par là que bon nombre des usagers de drogues rencontrés ont déjà un passé plus ou moins long au sein de diverses institutions, en tous cas ont partagés et partagent encore bien des moments avec des professionnels de tous ordres, psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers... Ces multiples interactions participent à n'en pas douter à ce qu'il ne serait pas déraisonnable d'appeler un apprentissage, au sens ou nous l'enseigne la sociologie des interactions, autrement dit participant à la socialisation globale de l'utilisateur de drogue. Mais la socialisation des individus, si nous conservons cet angle d'approche, n'est pas seulement la capacité de l'individu à intérioriser un discours ou des pratiques mais *fait* l'individu au gré des interactions qui jalonnent son existence. Ce ne serait pas tant ici le discours que s'approprieraient les usagers de drogues des professionnels qu'ils croisent mais tout ce qui à trait également à leurs attitudes professionnelles respectives : détachement, mise à distance, capacité réflexives... En adoptant ainsi leurs règles de conduites, les usagers n'en deviennent pas pour autant des professionnels mais tendent vers cet état qu'Abraham de Swann qualifie de « proto-professionnels »<sup>270</sup>. Nous ne pouvons ici restituer l'ensemble du modèle proposé par de Swan qui revêt un caractère beaucoup trop général mais peut-être renvoyer plus concrètement à l'un des traits saillant de ce processus de « proto-professionnalisation » qui est celui de « l'art de l'autobiographie » proposé par Jean-Yves Trépos dans le cadre de mesures d'injonctions thérapeutiques pour des usagers de drogues<sup>271</sup>.

Mais au final nous pourrions considérer que cette interprétation repose néanmoins sur des rôles respectifs généraux tenus par les uns et les autres comme l'a montré de Swan, autrement dit si la « proto-professionnalisation » des usagers, en tant que processus existe, c'est bien

---

<sup>270</sup> De Swan, A., *Sous l'aile protectrice de l'état*, Presses Universitaires de France, 1995. A noter que ce concept de « proto-professionnalisation » est pour De Swan généralisable à l'ensemble de la société et portée par le processus de « civilisation ». Il concerne en outre toutes les relations mettant en scène des professionnels et des usagers, quel que soit le domaine étudié.

<sup>271</sup> Trépos J-Y., *op. cit.* 2003.

parce qu'elle est induite par le principe même de professionnalisation. Par exemple ce qu'il appelle « distance mentale » tenue par les usagers, et pour éviter principalement les conflits face aux professionnels, n'est que l'une des caractéristiques principales inhérente au rôle de malade imposée par la société même aux usagers. En d'autres termes, et pour conclure, nous pourrions dire que ce processus de « proto-professionnalisation » ne serait finalement qu'une production secondaire mais attachée à celui de professionnalisation<sup>272</sup>. Nous pourrions ici avoir un léger problème.

Ce qui vient d'être dit concerne tous les usagers lorsqu'ils entrent en interaction avec les « professionnels de l'assistance », pour reprendre les termes de De Swan. Mais nous ne sommes pas professionnels. En tant que sociologue nous devons trouver les moyens pour accéder à la réalité de ce que nous dit l'utilisateur et non sa mise en forme transmise par l'héritage accumulé au contact de professionnels. C'est d'autant plus difficile que ces acquis ne sont pas des pièges que l'on pourrait défaire par une méthodologie particulière, mais sont substantiels de l'évolution de l'utilisateur. Il *est* ce qu'il nous dit parce qu'il a aussi appris à ce considérer comme tel.

Mais coupons court, ceci n'est pas un problème en soi. L'erreur serait, à mon sens, de reprendre l'analyse de l'utilisateur à notre compte étant persuadés qu'elle correspond à notre analyse à nous. Nous avons donc un modèle scientifique préalable et il est plus ou moins corroboré par le frottement des catégories savantes et profanes<sup>273</sup>.

C'est peut-être ici au sociologue d'être « pragmatique » au sens où nous l'entendons. Comment mettre à distance, évidemment sans les rejeter puisque nous devons également les traduire, les analyses de l'utilisateur (nous verrons que c'est encore plus difficile avec les médecins) surtout pour qu'elles ne déterminent pas à leur tour l'entretien et son exploitation. Comment résister à la séduction première de ce que nous livre l'utilisateur (ou le médecin) et ne pas nous laisser envahir par cette félicité sociologique lorsque le frottement des catégories laisse place à leur emboîtement parfait.

---

<sup>272</sup> Nous pourrions ici considérer que toute forme de professions, en dehors de l'analyse en terme de monopole et de souveraineté qui lui est généralement liée, génère en contrepartie et parce qu'elle s'adresse à des usagers (ce que la sociologie des professions tend quelque peu à oublier) des retours, des adaptations, des résistances... Autant de phénomènes hétérogènes que nous pourrions, de notre point de vue, qualifier de « cristallisation ».

<sup>273</sup> Brubakers R., *op.cit.* C'est le frottement classique entre catégorie pratique et catégorie d'analyse. Comme nous le verrons les usagers utilisent aussi la notion « d'identité » pour restituer leurs propres expériences.

Pour cela il faut que nous restions un minimum solidaire de notre cadre général de restitution. Notre principe premier a toujours été de privilégier une entrée au présent et la plus concrète et terre à terre possible. Autrement dit et dans un premier temps ce n'est pas l'opinion, l'analyse de l'usager sur lui-même, qui nous intéresse mais ses *façons de faire*, de dire ce qu'il fait, comment il le fait pour laisser ensuite progressivement la place à l'interprétation. Ce sont d'abord les « schèmes d'opérations » qui nous intéressent avant l'usager qui en est porteur<sup>274</sup>. Sa propre restitution, son analyse, vient après, très vite. Mais il ne faut jamais perdre de vue que cet usager, ce patient en traitement de substitution est d'abord quelqu'un de pragmatique, qui agit, agence en fonction des contingences, quelques fois difficilement, maladroitement, douloureusement, ce qu'il considère être sa propre « sortie de la toxicomanie ». Mais toutes ces efforts, les épreuves qu'il traverse quotidiennement et qu'il raconte sont également et toujours empreintes de lucidité parce que qu'elles ne sont jamais forgées dans la certitude ou garanties de succès.

Après cette première accroche, de cette première prise, indispensable, nous voyons ensuite se dessiner progressivement au fil des entretiens un usager réflexif, distancié, qui se raconte beaucoup au passé pour expliquer et donner des raisons certes mais ne manque pas de se projeter également, appui indispensable pour beaucoup. Il n'est pas le dernier à en discuter parce que c'est dans cette interaction avec un tiers (le sociologue au demeurant) qu'il recombine aussi bien que mal tout cet assemblage disparate pour lui donner du sens.

En conclusion de ce petit paragraphe nous espérons avoir restitué cette pleine symétrie des rapports entre le dispositif et ces usagers de drogues que nous maltraitons depuis le début de ce chapitre. Finalement cette symétrie nous concerne tous, on l'aura compris. Nous pourrions presque la décliner en deux axes distincts et simples. Nous vivons tous par les attachements qui nous lient aux personnes et aux objets qui nous entourent au présent. Nous sommes tous variablement soumis à un processus qui nous oblige à considérer les trois dimensions temporelles dont nous avons déjà discuté précédemment. Et enfin nous pourrions soumettre cette suggestion de bon sens que nous sommes tous plus ou moins des « proto-professionnels » dans divers domaines, mesurant consciemment ou non la distance qui nous sépare des institutions auxquelles nous avons quotidiennement à faire simplement parce qu'elle nous le demandent.

---

<sup>274</sup> De Certeau M., *op.cit.*

En somme, définitivement et avant d'entrer enfin dans le vif du sujet, pensons fortement à une chose. Puisque nous n'avons pas de modèles et que nous sommes destinés à suivre l'usager et le traiter au sérieux, pourquoi ne pas lui rendre ses compétences de sociologue et rendre au sociologue le droit de devenir celui qui apprend, en d'autres termes le profane<sup>275</sup> ? Pour reprendre encore Antoine Hennion ce « sacrifice en vaut la chandelle »<sup>276</sup> car le même usager qui se méfiait quelque peu et se forçait à réfléchir et mettre à distance ses propos parce que devant répondre au représentant d'une « institution » se relâche un peu, commence petit à petit à traiter le fond des problèmes qu'il rencontre, expliquer ce qu'il fait pour ensuite lui restituer une raison, une motivation.

Cette posture, ce renversement des rôles, n'est pas que théorique, ni méthodologique. Elle revêt même à notre sens également un caractère éthique. Nous puisons dans cette affirmation toute notre expérience professionnelle auprès des usagers de drogues plus que largement interrogée par mon statut de sociologue. On peut considérer les usagers de drogues, à l'instar d'autres usagers des institutions de « contrôle social » comme des bénéficiaires ordinaires ou comme des éléments prédéterminés à être traités par des institutions en fonction de leurs définitions et de leurs classifications à priori : toxicomanes, délinquants, malades, handicapés... Cependant il nous semble bien et nous pouvons le comprendre maintenant, le rapport de ces usagers à l'institution est loin d'être symétrique, point que nous avons déjà abordé pour démontrer que c'est bien l'une des caractéristiques propre aux « hétéro-contrôles ».

## **2. Tactiques et gestion locale de la substitution.**

Commençons par réaffirmer une proposition relativement simple au demeurant et qui concerne les effets des traitements observés par les patients. Considérons que les produits de substitution par l'action qu'ils génèrent provoquent sensiblement un désordre. C'est ce que l'on est en droit d'attendre de toute action si on l'a considère avant tout comme un événement et non le résultat d'une stricte causalité qui produit un résultat prévisible à l'avance. C'est encore une fois la différence notable entre l'intermédiaire prévisible et le médiateur

---

<sup>275</sup> Hennion H., *op. cit.*

<sup>276</sup> Il me semble bien que c'est d'une certaine manière le sacrifice que nous suggère également Luc Boltanski lorsqu'il propose au sociologue de faire abstraction de son « intelligence » au profit de celle de l'usager.

imprévisible que nous soulignons encore une fois ici. Les traitements de substitution sont loin de produire uniquement des effets prévisibles comme ce que l'on serait en droit d'attendre de tout bon médicament classique. Au contraire ils génèrent bon nombre de *désordres* dans la vie de l'utilisateur, désordres faisant suite à une vie plus ou moins bien réglée. Ce sont ces désordres que nous avons jusqu'ici tenté de saisir par le biais de l'utilisateur.

« C'est, c'est difficile...le sub c'est vraiment, comment...ouais y a moins de manque mais ça fout le bordel...mais ça dépend...y en a pour qui ça va...au début...c'est vrai moi je tape de temps en temps mais j'ai pas replongé...ça me calme...sinon je picole ».

Comment fait-il pour y ordonner un tant soit peu quelque chose tant est-il qu'il puisse y arriver ? Mais il *fait* tant bien que mal, organise à sa convenance ce qui semble être le mieux pour lui, agence difficilement le monde dont il est issu avec celui dont il veut faire parti même si ce travail semble nourrir le rejet de ce dernier. Ce sont ces fameuses « tactiques » que nous avons tenté de mettre en lumière tout à l'heure. Mais ces tactiques, que nous considérons ici comme faisant parti de l'heuristique des usagers, sont encore loin d'être prise en compte par les professionnels de la toxicomanie ou les médecins généralistes. Nous concevons que la rencontre avec le médecin (ou les professionnels) reste relativement déterminante, une *interface*, une attache même si elle s'avère souvent imparfaite mais qui existe néanmoins et dont on sait maintenant l'importance. Mais nous savons également que les efforts déployés par les patients ne peuvent se réduire à ce qui se passe dans le cabinet médical et ne peuvent donc se résumer à la bonne observance d'un traitement. La transposition du modèle sociologique des maladies chroniques développé par Isabelle Baszanger peut s'avérer ici relativement intéressant à condition de ne pas trop le durcir<sup>277</sup>. On sait que les maladies chroniques, réputées incurables (c'est là une première limite avec la toxicomanie), font la plupart des cas l'objet d'une appropriation plus ou moins serrée des traitements par les patients dans la mesure où la maladie provoque un désordre qui traverse toutes les sphères de la vie sociale de l'individu. Or le médecin, comme toute institution, ne peut couvrir l'essentiel de la problématique de la maladie et ne peut, de fait, se faire qu'une idée approximative de la trajectoire de son patient essentiellement à partir de ce que ce dernier lui livre dans le cabinet médical, ce qui nous l'avons vu ne va pas de soi. Cependant cette appropriation des traitements par les usagers n'est pas normative, elle ne repose pas seulement sur

---

<sup>277</sup> Baszanger I., « les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, 1986, XXVII, p. 3-27.

l'apprentissage de techniques ou celui d'un savoir particulier transmis par le médecin que l'individu appliquerait à la lettre dans le cadre d'un protocole rigoureux. C'est bien, de notre point de vue, leur sens qui est retravaillé par les patients pour pouvoir être adapté à leur vie quotidienne. Mais ce qui ne serait pas illégitime de nommer « culture profane », des patients atteints de maladies dont le traitement est souvent long et l'issue quelques fois incertaine n'a pas toujours été reconnue par le monde médical<sup>278</sup>. C'est certainement l'une des raisons pour laquelle le travail en réseau s'agissant de ces maladies tend à se développer. Ce travail est d'abord censé produire de nouvelles connaissances et de nouveaux savoirs basés également sur l'expérience de la maladie, expérience transmise par les usagers et dont l'un des exemples les plus aboutit semble bien être celui restitué par Callon et Rabeharisoa s'agissant de l'Association Française contre les Myopathies<sup>279</sup>. Mais si notre principe de symétrie (nous l'entendons en termes d'équivalence générale), est l'un de nos principes forts ici, il est beaucoup moins probable que ce dernier ait réellement cours dans l'intervention quotidienne lorsqu'il est question de ce que nous appellerons les usagers *sans voie*. Nous vouons dire par là que le passage de ce que nous appelons les « hétéro-contrôles » à un travail en réseau suppose quelques nouvelles mesures en termes de grandeur. En d'autres termes nous pourrions également faire la proposition que la réception de cette « culture profane » dépend avant tout de la position des porte-paroles censés traduire cette légitimité, cette grandeur, mais également de son importance dans le réseau médical, social, voire médiatique. Les problèmes liés à l'usage de drogues sont encore loin de faire l'objet d'un soutien visible dans la mesure où cet usage reste fortement proscrit.

Ceci ouvre maintenant notre deuxième proposition. Il ne nous semble pas improbable de considérer que toutes les tactiques ordinaires dont nous avons parlé et qui peuvent être légitimement considérées comme l'expression d'une « culture profane » particulière, pourraient aussi être considérées comme une composante du « soin ». Ainsi nous pourrions soutenir fortement que ces tactiques, même les plus incompréhensibles, n'ont rien de compulsif ni d'inconscient mais qu'elles relèvent maintenant de choix délibérés, qui s'inscrivent dans une ligne d'action qui recommande aux usagers de drogues de « prendre soin » de leurs personnes. Mais cette dernière affirmation ne peut rester en l'état. Elle nécessite de comprendre ce qu'elle veut dire. Nous ne pourrions y avoir accès qu'en

---

<sup>278</sup> Freidson E., « L'influence du client sur l'exercice de la médecine », in Herzlich C., *Médecine, Maladie et société*, Paris, Mouton, p. 225-238.

<sup>279</sup> Callon M., Rabeharisoa V., *Le pouvoir des malades. L'association française contre les myopathies et la recherche*, Edition de l'Ecole des mines de Paris, Paris, 1999.

empruntant les méandres utilisés par les usagers pour nous la traduire, bien qu'au final le sociologue que nous sommes ne pourra s'empêcher de l'interpréter. Nous n'avons ici d'autres choix que d'avancer concrètement. Considérons donc maintenant l'essence de ces tactiques. Quelles formes prennent-elles ? Nous ne nous proposons pas ici de restituer des modèles mais des similitudes, des régularités sans pour autant les rattacher à des lois invariables.

Mais pour une dernière fois réitérons encore une fois notre principe fondamental, au risque de laisser définitivement le lecteur. Ce principe nous commande de dire que nos usagers, leurs tactiques, leurs stratégies sont ordinaires quelque soit nos perceptions encore disposées à priori, et bien que l'on s'en défende, à faire la part des choses entre ce qui est normal et ce qui ne l'est pas. Cette contrainte intériorisée naturellement, mais à partir de normes arbitraires, n'est pas l'apanage unique des gens du commun mais se propage plus ou moins dans le monde scientifique qui en établit les bases naturelles de ses théories<sup>280</sup>. Nous l'avons déjà mentionné auparavant la stabilisation d'un nouveau collectif soutenu par les objectifs de la « réduction des risques » est encore loin de soutenir et de respecter les principes fondamentaux liés à cette politique, autrement dit les principes « autonomistes » dont les usagers devraient profiter pleinement en tant que sujet de droit, en tant que citoyens. Nous sommes encore loin du compte nous semble-t-il. Le respect des points de vue des usagers de drogues reste encore loin d'être considérée comme légitime dans la planification des politiques de santé publique et pire dirons-nous, (mais ce n'est pas vraiment un scoop) la très grande majorité des recherche continuent de soutenir une perspective médico-psychologique, épidémiologique et surtout clinique, les trois se combinant généralement dans une même interprétation<sup>281</sup>. Ces méthodes et leurs présupposés épistémologiques sont bien connus. Elles mettent généralement en jeux un avant et un après, basées sur la compliance au traitement et utilisant des indicateurs cliniques, pharmacologiques, comportementaux ou sociaux à l'aune desquels une mesure pourra être produite dans un cadre de contrainte bien établi destiné à produire un homme nouveau au regard des normes prescrites par le dispositif, par celle de la « société ». Ce regard que nous pourrions porter sur ces dispositifs entendus comme technologies disciplinaires et/ou régularisatrices n'est pas vraiment nouveau dans la mesure où ne nous somme pas loin ici de la « réalité référence » décrite par Michel Foucault<sup>282</sup>.

---

<sup>280</sup> Zafiropoulos M., *op. cit.*

<sup>281</sup> Perreti-Wattel P., *op.cit.*

<sup>282</sup> Foucault, M., *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975.

Malheureusement, et nous avons longuement cherché, dans le domaine sociologique les études portant sur les traitements de substitution ne pas seulement très rares mais les seules qui existent ne semblent malheureusement pas échapper, au moins partiellement, à la règle énoncée ci-dessus<sup>283</sup>.

Mais notre point de vue est sensiblement différent. Il n'impose pas d'emblée une norme, une prescription, un scénario prévu à l'avance et pour lequel l'utilisateur devra tenir un rôle conformément à ce que devrait être une bonne relation thérapeutique comme a pu la décrire en son temps Talcott Parsons. Si nous considérons ce produit de substitution comme un médiateur générant des événements, des effets différents, il nous faut bien les considérer à égale valeur en fonction des particularités individuelles, autrement dit accorder à chaque « cristallisation » sa propre existence. C'est pour cette raison que nous ne parlerons pas de « mésusages », terme n'ayant pas véritablement de sens ici, mais simplement d'usages différenciés<sup>284</sup>.

Si la plupart des études classiques dans ce domaine, peu nombreuses en sociologie, privilégient les instruments de mesures et de catégorisation, renvoyant les usagers à des statuts ou des profils définitifs qui voyagent ensuite dans les représentations collectives, c'est parce qu'elles se proposent presque toutes de faire une photographie en un temps donné, achevant ainsi le travail au lieu de le commencer. Mais si nous avons mis à distance les lois invariables, les déterminismes sans concession et ainsi les classifications de toutes sortes, ce n'est pas véritablement sans raison. Nous voulons donner aux individus les moyens de s'évaluer, de changer, de s'extraire des catégories dans lesquelles nous les avons rangés, quelques fois bouclés. Les usagers de drogues, en devenant des patients sous traitement, construisent des histoires avec les dispositifs dans lesquels ils sont engagés, en vertu des principes que nous avons soumis, ce que finalement nous sommes et faisons tous dans l'ordinaire de ce qui nous lie. Si nous avons tant parlé de processus jusqu'à maintenant c'est

---

<sup>283</sup> Milhet M., *L'expérience des traitements de substitution : une sortie de la toxicomanie*. Thèse de sociologie, Université Victor Segalen, Bordeaux 2, 2003. Cette thèse est manifestement très intéressante sur la question des « sorties de la toxicomanie » par le biais du traitement de substitution et leur intégration dans la perception des usagers. Cependant il me semble qu'elle intègre néanmoins comme naturelle la question des « mésusages » du produit et donc une notion faisant référence à une pratique particulière construite elle-même à l'aune d'une norme médicale bien précise.

<sup>284</sup> Sur la question des « mésusages » des produits de substitution comme pratiques à resituer dans la trajectoire singulière des patients pour en comprendre le sens, on peut voir l'article intéressant de Laurent Colin, « Mésusages, mais usages », *Psychotropes*, Vol 14, 2008, p. 77-99.



aussi pour souligner leur caractère progressif et hétérogène et surtout la certitude qu'ils n'ont rien d'irréversible, c'est ce qui fait d'ailleurs à notre sens leur véritable nature.

### **III. LES HEURISTIQUES DES PERSONNES EN TRAITEMENT.**

Maintenant que nous avons plus ou moins effectué les réparations nécessaires à notre propos, tentons d'entrer dans le vif du sujet. Les tactiques dont nous parlons depuis quelques temps, autrement dit les conséquences des différentes formes de « cristallisation » opérées par les individus au dispositif sont nombreuses. Nous avons également démontré que nous ne les apprécierons pas ici au regard des normes inscrites dans les dispositifs mais en fonction de la perception des usagers et de leur propre raisonnement profane de ce qu'ils entendent par « arrêter », « s'en sortir », « sortir de la toxicomanie ». Ce raisonnement n'est pas toujours évident ni explicite, surtout dans les cas extrêmes comme certains de ceux que nous nous apprêtons à décrire dans les pages qui suivent.

Mais ce qui vient d'être dit mérite une explication évidemment, mieux, quelque chose qui puisse rendre compte de la véracité de nos hypothèses, des histoires. Evidemment le choix de ces histoires a été déterminé par le panel des usagers rencontrés. Si nous avons choisi de les prendre pour exemple c'est bien parce qu'elles nous semblent bien traduire dans leur concentré des trajectoires équivalentes sur l'ensemble de notre échantillon. Sans nul doute nous pouvons penser que des situations plus extrêmes et des trajectoires plus durcies existent quand à ces types de consommation. Ceci dit nous ne sommes pas sûr, après réflexion, qu'elles changent considérablement notre point de vue, quelque soient les situations et le degré de « mésusage » en question.

#### **1. Les pratiques à la marge.**

C'est pour cette raison que nous souhaiterions mettre en premier point à l'ordre du jour les utilisations du produit qualifiées de « mésusage » et qui représentent indéniablement un point de fixation très important du mécontentement des professionnels, des médecins généralistes

au regard des normes de santé publiques dans le domaine.<sup>285</sup> Je ne veux pas parler ici des détournements « ordinaires » de la buprénorphine sur lesquels nous reviendrons par la suite mais essentiellement des pratiques qui consistent à l'inhaler ou à se l'injecter, autrement dit à l'utiliser par voie nasale ou par voie intraveineuse à l'aide d'une seringue, à l'instar de l'héroïne par exemple dans les deux cas. Ces utilisations détournées du produit de substitution sont généralement qualifiées de pratiques de « défonce ». Évidemment cette utilisation reste essentiellement jugée à l'aune des normes et des perceptions en vigueur s'agissant de l'usage de drogues et fait la plus grande partie du temps l'objet de nombreuses interprétations mais dont le socle commun repose généralement sur la simple reproduction des « symptômes » liés à la « toxicomanie ». En ce sens l'usager de drogues désactive complètement le produit de ses effets médicamenteux, qui ne sont réellement actifs que dans le cadre d'un protocole médical précis, pour l'utiliser uniquement et mécaniquement comme une drogue totale puisque cette pratique l'atteste elle-même sans autre forme d'explication. Il n'est pas réellement nécessaire d'être un professionnel du champ de la toxicomanie pour en arriver à une telle conclusion. D'ailleurs beaucoup de médicaments, et souvent ceux qui sont capables de générer des dépendances, ne se définissent que par la fonction du script qui oblige leur consommateur à entrer dans un scénario spécifique et rigoureux.

### ***Ahmed ou les « ressorts qui cassent ».***

Nous avons rencontré Ahmed un peu par hasard dans le centre de soins bien que n'étant pas inscrit au nombre des patients, en tous cas au niveau de la délivrance de la buprénorphine. Il y venait régulièrement en tant qu'usager libre pour discuter avec les professionnels de sa situation. Il a trente ans, vit chez sa mère et consomme environ 16 mg de buprénorphine par jour en « sniff » depuis maintenant huit ans. De plus il consomme des benzodiazépines régulièrement mais sans ordonnance. En fait il revend une partie de la buprénorphine prescrite par son médecin contre des comprimés de Lexomil®. Le médecin « l'engeule » régulièrement mais lui donne en contrepartie des conseils comme celui de diminuer sa consommation de benzodiazépine et d'utiliser correctement la buprénorphine par voie sublinguale.

---

<sup>285</sup> Le terme de « mésusage » est très répandu chez les professionnels. Il indique généralement une utilisation de la buprénorphine contraire aux prescriptions médicales, qui sont en fait celle du dispositif. Ces « mésusages » sont très hétérogènes et parmi eux les plus extrêmes à savoir l'injection du produit par voie intraveineuse.

« Il me fait pas de reproches mais pense que je déconne parce que je me fais du mal, parce que j'en prends trop et qui faut que j'arrête de sniffer le sub ».

Il pense néanmoins que c'est un « *bon médecin* » parce qu'il n'arrête pas de l'encourager :

« Il me conseille toujours de partir, de trouver une famille d'accueil, une postcure parce que c'est pas ici que j'arriverai à régler mes problèmes ».

Ahmed touche le Revenu minimum d'insertion dont il reverse la moitié à sa mère. Les relations avec cette dernière ne sont pas bonnes à cause de cette situation justement. Au moment où nous parlons, la première fois, il a déjà deux sevrages à son actif, en dehors des tentatives personnelles pour s'en sortir. Mais au moment de cet entretien son histoire est loin d'être terminée, ce que je comprends lorsqu'il me dit :

« Il n'est pas question que j'abandonne...il faut que je trouve de nouveaux ressorts ».

Comment comprendre ce qu'Ahmed nous livre ? Son histoire, plus de huit années de consommation détournée de la buprénorphine, est dense et notre analyse ne porte seulement que sur des entretiens plus ou moins réguliers menés pendant plus de trois mois. Mais cette histoire ne doit pas être exploitée seulement de façon linéaire et thématique car nous passerions à côté de beaucoup de choses, peut-être l'essentiel, mais doit nous être livrée patiemment, petit à petit et à son rythme, au gré des épreuves qu'il traverse au présent. En d'autres termes nous devons laisser à Ahmed l'opportunité de nous restituer sa propre composition de sa trajectoire en temps réel et ne pas nous laisser tenter ici ou là par l'imposition d'une exploitation mécanique de sa parole. Nous verrons d'ailleurs que cette méthode n'est pas très résistante car les modèles invariablement se fissurent, s'interpénètrent, disparaissent, se contredisent. Laissons donc faire l'hétérogénéité surprenante de ce que nous livrent l'utilisateur et accordons lui la raison qui nous amènera à la comprendre. Nous activerons les modèles ensuite.

### Que se passe-t-il au présent ?

Ahmed consomme plus ou moins ses 16 mg de BHD par jour, en plus des benzodiazépines.

« Je snif les 16 mg que me prescrit le médecin, y a pas d'heure, c'est à chaque fois que je sens le manque. Je sais pas, c'est une vieille habitude, une accoutumance... j'arrive pas à m'en débarrasser et j'essaye... j'essaye...c'est devenu une accoutumance, je crois que c'est le fait de se faire un tube, de sentir un truc mais sans que ça fasse l'état d'ivresse comme au début. Je dirai qu'on sens de moins en moins le truc ».

De plus, lorsque l'on rentre dans le détail de la pratique, ce qui est relativement courant par ailleurs, s'en suit ce que l'on pourrait considérer comme une description minutieuse et détaillé du rituel et le plaisir l'injection ou le « sniff ».

« Rien que d'y penser, c'est déjà quelque chose. J'ai déjà du plaisir à, à écraser le produit, de mettre ça en ligne, de se faire un tube, de le placer sous le nez et de sentir la farine qui monte dans le nez. C'est vrai que ça agit rapidement...mais c'est pas aussi efficace que sous la langue. J'ai l'impression de m'esquinter le cerveau, c'est pourquoi je veux arrêter ».

La tentation est grande ici de considérer ces pratiques uniquement sous l'angle de l'habitus révélateur d'une disposition, d'une incorporation lié à la toxicomanie dont l'individu à du mal à se défaire et qu'il reproduit plus ou moins inconsciemment, et d'en faire finalement la raison unique explicative de cette pratique. Seulement cette situation particulière ne peut pas s'expliquer de manière aussi limpide, aussi simple, comme nous le verrons. En effet, beaucoup d'usagers pratiquant l'injection de la buprénorphine plus ou moins régulièrement affichent ouvertement une ambiguïté vis à vis de ces pratiques, un sentiment mélangé à la fois de plaisir et de dégoût. Cette pratique semble bien lourdement chargée de contradictions dans la mesure où elle prend souvent la forme d'une envie incontrôlée, irrépressible, mais dont ils aimeraient a posteriori se débarrasser définitivement. Cette contradiction est souvent présente et pas seulement dans les extrêmes que nous analysons en ce moment, nous y reviendrons très largement.

« Je voudrais vraiment arrêter mais c'est plus fort que moi, je le prends matin, midi et soir, avec les benzos quelque fois j'alterne. Physiquement je le sens...ça me fatigue, mon corps répond plus, sexuellement c'est pas super. En plus ça m'abrutit...j'achète un appareil, le mode d'emploi je le comprends même plus. En même temps je, je, prie Dieu pour qu'il se passe quelque chose et que ça s'arrête. Mais je suis vraiment dans l'optique de me soigner...je veux faire un sevrage complet »

Cette situation n'est vraiment pas un cas isolé et s'exprime plus ou moins dans la très grande majorité des entretiens. Nous voyons systématiquement des usagers en prise avec un passé dont ils ont du mal à se défaire, un présent qu'ils gèrent tant bien que mal et toujours cet allusion à un avenir, ici le plus direct et le plus réaliste possible qui consiste simplement à se soigner, à faire un sevrage complet. Pourquoi affirmons-nous depuis le début que ces dimensions temporelles sont toujours présentes, qu'elles forment le cadre perceptif et cognitif, dans lequel l'individu entreprend son travail quotidien ? Certes cette proposition fait partie de notre problématique générale. Certes nous proposons également qu'elle soutient l'activité ordinaire des usagers de drogues qui souhaitent arrêter leurs consommations. Peut-être ce qui suit semblera facile mais si nous délivrons l'individu de ce cadre qui délimite la perception quotidienne de son existence, que se passe-t-il ? C'est pourquoi nous aimerions soutenir ici que ces pratiques semblent bien relever davantage de leur caractère contextuel car elles tendent pour la très grande majorité à s'effacer progressivement lorsqu'un changement provisoire survient, changement qui extrait l'individu de son cadre quotidien. Ce changement le projette alors dans un autre réseau et ce faisant semble bien modifier progressivement les perceptions de notre usager pour transformer et reconstruire doucement ses attaches et ce faisant ce qu'il est. Ces situations ne sont pas si rares et peuvent survenir comme par exemple un départ en vacances pour quitter ce « lieux maudit ».

« J'ai fais des sevrages à la dure comme quand je me suis forcé à aller en Algérie deux fois. Au début c'est, c'est un peu difficile, j'en ai un peu bavé quand même...c'est je crois le côté physique. Je mange pas beaucoup,...je sors pas, je dors souvent. Après tu vois autre chose...tu penses à autre chose, je sais pas tu vois les choses différemment...comme si t'étais quelqu'un d'autre...je t'assure j'avais l'impression d'être une autre personne. T'as pas les mêmes sensations, y a presque plus d'angoisses, tu t'apaises, tu retrouves des sensations. Après je peux presque être normal ».

Pour faire une légère digression, c'est un peu ce que me disais **Yannick**, jeune homme de 28 ans également dans la même situation au niveau de ses consommations à la différence que la buprénorphine était inhalée avec de plus une utilisation ponctuelle de la BHD par voie intraveineuse.

« L'année dernière je suis allé voir ma sœur, je l'a vois jamais, on se parle presque plus, c'est dommage parce qu'on s'entendait bien. (Elle habite dans le sud de la

France). Ca m'a fait du bien...elle était contente de me voir, c'est la seule qui veut encore me voir dans la famille. J'ai pas déconné, pendant deux semaines j'ai pris mon traitement normalement, pratiquement sans problèmes. J'étais vraiment bien...pas de souci, j'étais entouré de mes neveux, j'étais vraiment quelqu'un d'autre, pas le tox qu'on voit ici. J'ai un peu picolé c'est tout... mais vraiment pour le plaisir. Quand je suis revenu ça a été de nouveau la galère,...je me suis remis à casser le sub, j'étais de nouveaux stressé...je comprends pas pourquoi, c'est con ».

### Au-delà des pratiques.

Au-delà des pratiques et de notre tentative de les mettre en forme il y a quelque chose qui résiste à notre travail, que la sociologie encore du mal à soutenir et que nous avons placé depuis le début de notre récit sous le registre des émotions. Nous devons humblement concéder que nos propres sources s'agissant de ce pan particulier de la sociologie des émotions sont relativement réduites, la grande majorité de ces productions reste subordonnée à la langue anglaise<sup>286</sup>. Cependant, et nous l'avons déjà mentionné, cet aspect relève également et avant tout de notre propre expérience, expérience qui entraine régulièrement en conflit avec les cadres traditionnels de la sociologie classique. L'émotion que nous considérons ici est celle qui ressort à la fois des épreuves quotidiennes que vivent les individus et les difficultés qu'ils rencontrent pour transformer péniblement leurs expériences, leurs trajectoires. Ces émotions sont ce qu'ils peinent souvent à exprimer et que nous interprétons généralement dans notre vocabulaire sous le terme « d'anxiété », « d'angoisse », de « souffrance » mais qui ne rentrent pas vraiment dans le cadre interprétatif de la sociologie classique.

Souvenons nous qu'Ahmed a déjà fait deux sevrages en hospitalisation en plus des sevrages « à la dure » en Algérie. Manifestement ça se stabilise quelque peu quand il est là bas mais tout recommence quand il revient :

---

<sup>286</sup> Fernandez F, Lézé S., Marche M, (dir.), *Le langage social des émotions*. Economica-Anthropos, collection « Sociologiques », Paris, 2008. Ce recueil est particulièrement intéressant dans la mesure où il aborde les émotions non comme une production exclusivement réservée à l'intériorité des individus mais comme une composante essentielle des relations humaines notamment lorsqu'il est question des maladies, et les souffrances qu'elle occasionne, où cette dimension surgit particulièrement que ce soit du côté des professionnels ou celui des usagers.

« Des fois j'ai envie de rester et d'ailleurs je me demande pourquoi je reviens, y a ma mère ».

Cependant qu'en est-t-il après les sevrages qu'il opère ici ?

« Mon dernier sevrage s'est super bien passé. La première semaine c'était dur, le sub c'est vraiment une cochonnerie... après c'était mieux. Quand je suis sorti j'étais bien, je me suis jamais senti aussi bien, je retrouvais goût à tout, à la beauté, à la nature... j'ai tenu un mois comme ça, c'était super. Pendant un mois c'était super... et voilà, j'ai craqué bêtement à cause d'un courrier du tribunal dans ma boîte aux lettres. Je savais pas ce que c'était... j'ai pas osé l'ouvrir. Je suis parti... je me suis procuré une boîte de lexomil et je me suis défoncé... voilà, super... je sais pas pourquoi j'ai fais ça, je voulais pas regarder en face, j'ai eu la trouille... le produit après tu t'en fous. (...) Le courrier c'était rien, juste un truc sur mon divorce mais qui était réglé. Le problème c'est que j'avais repris goût à l'ivresse et... et j'ai replongé »

Comment interpréter cet épisode ou plutôt comment laisser le champ libre à l'utilisateur pour l'interpréter. Mais avant d'y arriver nous pressentons ici qu'il y a quelque chose du passé, en l'occurrence un courrier du tribunal, une affaire qui rattrape Ahmed. Pourtant au fil de nos entretiens, nombreux, aucune affaire en justice n'a été mentionnée. Peu importe le résultat est là. C'est un courrier officiel émanant de la justice qui ne peut rien annoncer de bon selon lui.

Verdict :

« Je sais pas... j'ai jamais eu d'affaires au tribunal... j'ai eu peur c'est tout. Cette lettre m'a complètement paralysée... elle est restée dans la boîte deux jours. Ça m'a angoissé... et c'est quelque chose que je comprends pas ».

Ce parcours depuis presque quatre ans est jalonné par des expériences diverses pour tenter de mettre un terme à cette utilisation de la buprénorphine. Il reste actuellement que toutes les tentatives pour arrêter les consommations se soldent régulièrement par un échec. Et pourtant Ahmed continue malgré tout à remettre à l'ouvrage toutes les tactiques et stratégies pour arriver à trouver finalement ce qu'il considère être une « *vie normale* ».

« Ça fait presque quatre ans que j'essaye... que j'essaye... d'arrêter... mais j'ai l'impression des fois que je tourne en rond. A chaque fois que je pense que... que c'est bon y a toujours un truc qui va pas. A chaque fois y a, y a un problème, une connerie

qui me pourri la vie...des fois c'est vraiment rien, je m'en fou je replonge et après je regrette. J'ai toujours l'impression d'avoir les ressorts qui cassent...mais je change pas d'idée ».

Comment appréhender cette restitution, comment pourrions interpréter cette conduite qui consiste à utiliser la buprénorphine par l'utilisation hors normes qu'en font ceux qu'on appelle encore régulièrement « toxicomanes ». Encore une fois nous pourrions la disqualifier d'emblée en fonction des normes en vigueur en prétextant que ces conduites attestent par elle même de la perpétuation d'une conduite toxicomaniaque, en d'autres termes le « mésusage » du produit n'étant que le symptôme de la persistance de la toxicomanie.

Mais nous considérons ici que ces pratiques à la marge ne sont qu'une forme de « cristallisation » possible. Ce faisant elle n'échappent pas pour nous aux mêmes principes qui régissent les autres formes de « cristallisation ». L'un de ces principes mentionne qu'elles sont intermédiaires donc destinées à évoluer et hybrides parce qu'elles peuvent coexister avec d'autres formes possibles, exister en alternance avec d'autres pratiques. L'exemple qui suit est intéressant dans ce cas.

### ***Patrick ou « le cercle vicieux ».***

Cet usager de 27 ans, vivant chez sa mère et sans emploi revêt un parcours particulièrement singulier. Je l'ai vu plusieurs fois au cours de mon séjour dans le centre de soins mais je n'ai pu avoir avec lui qu'une heure d'entretien relativement difficile. Pendant ma première période d'observation je l'ai vu arriver deux fois, en l'espace d'un mois et demi, pour un sevrage. Patrick s'injecte la buprénorphine. A l'issue du deuxième entretien pour son admission au sevrage, je questionne l'infirmier :

« Oh, ça fait son quatrième sevrage en l'espace de 9 mois...c'est chaque fois la même chose. Il sort, on lui prescrit un traitement à 16 mg par jour et qu'est ce qu'il fait ? Au début ça tient trois semaines chez nous et il finit toujours par se l'injecter et dès que ça va plus il revient nous voir ».

Sa situation n'est pas très stable au demeurant.



« Avec sa mère ça ne va pas du tout, elle le rejette carrément, je pense qu'elle lui fait porter la responsabilité de ce qui lui arrive, ça se passe pas très bien en tous cas. Il est complètement paumé ce gamin ».

Lors de mon entretien, à l'unité de sevrage, je rencontre un jeune homme qui ne donnera que très peu d'indications. Je conçois que ce n'était probablement pas le meilleur moment pour recueillir son témoignage dans la mesure où il était encore en période de sevrage donc période très difficile d'un point de vue physique et émotionnel pour l'utilisateur et que mon temps était par ailleurs relativement limité.

« Je sais pas, je sais pas quoi dire, au début ça va au sevrage je me sens bien. Quand je sors je vais bien encore...je le prends normalement au début et après...et après je le schotte. J'essaye d'arrêter... mais j'y arrive pas. Heureusement que je peux toujours revenir ici... je saurai pas quoi faire sinon. ».

Cette situation n'est finalement pas très différente de la précédente. Patrick alterne régulièrement des périodes relativement stables immédiatement après son sevrage mais très vite la situation dérape, échappe à son contrôle pour l'envahir presque complètement. Cette situation n'est pas si insensée ici, dans notre cadre. L'attachement lié au centre de soins, dans bien d'autres cas au médecin généraliste, n'est pas rare malgré les trajectoires chaotiques, irrégulières voire incompréhensibles que les utilisateurs produisent. Patrick est devenu un client récurrent du centre de soins. Il alterne presque régulièrement et depuis plusieurs mois trois phases très distinctes. La première marquée par une observance plus ou moins régulière au traitement, une seconde où la BHD est sévèrement injectée et une troisième où il demande un sevrage en urgence.

Les interprétations concernant ce cas se bousculent de toutes parts. Parmi elles nous pourrions évidemment mettre en bonne place la question des dispositions intériorisées qui se manifestent régulièrement et dominant inconsciemment l'utilisateur pour le conduire inéluctablement à la reproduction de ses actes. En d'autres termes la buprénorphine n'est qu'un substitutif instrumental dans les pratiques de Patrick simplement parce qu'elle représente un produit moins cher que l'héroïne et facile à se procurer. Ce dernier continue dans ce cas à se conduire comme un toxicomane parce que les pratiques qui l'attestent reprennent

régulièrement le dessus. Le sevrage n'est finalement destiné qu'à le remettre physiquement sur pied mais ses anciennes dispositions reprennent le contrôle invariablement à sa sortie.

Ceci dit, le passé n'est certainement pas à écarter, bien au contraire, il est là et pèse de tout son poids. Il est certain que ce que Patrick a connu de sa consommation d'héroïne par intraveineuse pendant plusieurs années est indéniablement présent :

« Je m'injecte le sub des fois en pensant que je le fais avec l'héro...c'est fort mais...mais je suis plus dans le même trip. C'est vrai que c'est la merde ce produit... j'ai plus de bras et c'est vachement dur au...au sevrage. Je tiens pas longtemps après...je sais pas ça me retombe dessus...je l'injecte et je sais que je fais une connerie. Je retourne au centre quand, quand j'en ai marre, quand, quand ça fait trop mal ».

Les bras de Patrick sont tellement boursoufflés suite aux injections que ce dernier commence à s'injecter la buprénorphine dans la jambe ce qui interpelle sérieusement le médecin généraliste du centre qui me confie :

« Je lui fais passer un examen complet quand il vient, il est très docile mais je suis vraiment inquiet, à un moment j'avais carrément peur d'une septicémie, il est pas très soigneux. Je sais pas jusqu'où il peut aller comme ça, faut trouver une solution et vite. Le problème c'est que rien ne semble marcher sur lui, il tourne en rond. Il y a certainement un problème la dessous ».

Maintenant, et ne rejetant pas la question des dispositions, nous pourrions également considérer que le travail de Patrick se gère au niveau de ses attachements, ce n'est pas forcément incompatible. Le retour régulier au centre de soins n'est probablement pas motivé essentiellement par des problèmes techniques de consommation, ce qui ne ferait qu'accréditer son rôle utilitaire pour perpétuer une pratique toxicomaniaque qui s'enracine dans la pénombre d'une reproduction inconsciente, limitant par là même nos champs de compréhension. Cependant si nous éloignons cette seule dimension interprétative nous pouvons être réceptifs autrement à ces propos.

Je sais pas, je voudrais faire autrement. Quand, quand je vais au centre, je vois des gens...les infirmiers sont sympas...surtout Cathy, ils me prennent pas trop la tête je sais qu'ils ont raison mais...mais c'est plus fort que moi. J'arrive pas à me sortir de ce

cercle vicieux. Ici je, je galère au début après...après ça va, là ça fait un mois. Non les gens sont sympas...je sais qu'ils veulent mon bien mais, mais c'est pourquoi je reviens, en plus tu fais des connaissances, ça m'éloigne de cette merde. Je me suis attaché ici...c'est mieux, je sais quand je sors, là je sais que je vais perdre les pédales».

C'est ici que la restitution de l'utilisateur nous oblige non pas à concevoir les contradictions qui apparaissent dans son discours comme éléments susceptibles de nourrir une théorie univoque mais comme cette hétérogénéité substantiellement attachée à l'action humaine.

Patrick semble trouver dans le centre de soins des attachements, semble-t-il positifs, qui l'éloignent provisoirement de ceux qu'il vit à l'extérieur considérés comme négatifs. Mais ce faisant il a pleinement conscience qu'en sortant il recommencera probablement ses injections. On peut évidemment juger de ce parcours comme celui de la reproduction d'une structure intériorisée. Cadrée par l'institution lorsqu'il y séjourne, la vraie nature de Patrick se manifeste ensuite lorsqu'il est à l'extérieur. Son passé de toxicomane, constitutif de sa personnalité, continue invariablement à orienter son futur puisque son séjour au centre de soins n'est qu'une parenthèse, ce que me confiait la psychologue du centre, sous une autre forme :

« Tant qu'il n'aura pas réglé son problème, il y arrivera pas, il va tourner en rond, ça fait pratiquement un an que ça dure, le problème c'est qu'il dit pas grand-chose, ce qui est flagrant, je pense qu'il faut que ça sorte ».

Mais nous pouvons faire ici un autre pari, celui qui consiste à penser que dans le travail mené par Patrick s'opère une gestion des attachements, ceux qui le lient à ces pratiques de consommation de la buprénorphine comme interface avec son passé et ceux qui le lient aux personnes qu'il rencontre lors de ses séjours au centre de soins. Nous savons que cette gestion, que cette substitution est complexe, et lorsqu'elle s'enclenche fait naître un processus dont les personnes prennent conscience progressivement :

« Faut que ça s'arrête, je peux pas continuer comme ça, faut que je me casse...je sais que je que dois en sortir et je continue à taper cette merde...que je fasse autre chose, il faut que je coupe ».

Cette dernière phrase, péniblement prononcée, a pratiquement clos notre entretien. Trois semaines après le directeur du centre m'informait que Patrick, à sa demande, avait rejoint une postcure dans l'Aveyron.

***Salma : un arrachement « grâce à mon ami ».***

Salma est une jeune femme de 29 ans qui vit en couple depuis 1 an. Elle a consommé de l'héroïne pendant trois ans, mais jamais en intraveineuse, avant de demander une prescription de buprénorphine. Au bout de deux semaines de traitement elle s'est mise à inhaler les 16 mg que lui prescrivait le médecin.

« j'ai sniffé de l'héro pendant 3 ans, là ça fait presque 3 ans que je sniffé du subutex et j'en ai marre je sais plus quoi faire pour arrêter... j'ai trop peur du manque... j'ai l'impression que je vais jamais m'en sortir, je travaille et...et je suis en couple depuis 1 an... mon ami savait que je prenais du sub quand on s'est rencontrés... mais pas par le nez et depuis peu il la découvert et il s'inquiète beaucoup pour moi, j'en culpabilise... j'ai peur de le perdre. Je voudrai faire une cure mais je sais pas si c'est efficace et y a le boulot, je peux pas...je peux pas partir comme ça. J'essaye vraiment de trouver une solution, en plus ça commence à me fatiguer ».

Malgré sa stabilité, Salma reproduit les pratiques héritées de la période où elle consommait de l'héroïne. Mais qu'elle est la signification qu'elle donne à ces pratiques ? Dans le même temps son attachement à ces pratiques commence à être largement questionné par la découverte de cette même pratique par son ami :

« Il n'a vraiment pas apprécié...je sens que les choses ont changé, j'ai peur qu'il me plaque même s'il s'inquiète...il m'encourage à arrêter ».

Mais pour elle cette pratique de consommation de la BHD revêt un sens.

« Le truc c'est que je me défonce pas avec le sub...j'en prends 3 à 4 fois par jour juste pour pas être malade. Le sniff c'est...c'est une habitude que j'ai prise... j'ai l'impression que c'est dans la tête. J'ai eu tellement de manque dans le passé que j'en

suis traumatisée...je crois que c'est ça, c'est ça d'abord. Franchement ce que je veux, c'est une belle vie comme tout le monde ».

Manifestement la signification donnée à cette pratique n'est pas liée à la « *défonce* » mais simplement comme étant le moyen d'éviter les états de manque que son histoire lui rappelle, ne pas être « *malade* » ce qui induit une différence de taille. Mais qu'en est-il de la perception liée à cette pratique, comment est-elle interprétée ?

« J'ai pris une sale habitude de, de prendre le sub par le nez mais je pense pas comme l'héro à penser qu'à ça... pour moi c'est, c'est un médoc pas une défonce...je suis prête à arrêter je le sais...je le veux, j'ai pas retouché à, à l'héro depuis et... ça me manque pas du tout, je pense plus à ma santé et à mon avenir maintenant ».

Même si la pratique du « *sniff* » se perpétue avec la BHD, en revanche sa perception est différente. Pour Salma, consommer de la BHD par inhalation ne revêt absolument pas la même signification que consommer de l'héroïne par cette même voie. Elle parle d'une « *sale habitude* » qui semble se perpétuer mais dont le sens n'est plus attachée à la consommation d'une drogue mais éviter la souffrance liée au manque, la peur d'être malade, ce que l'on pourrait envisager comme une première étape. Ainsi la BHD, malgré ses inconvénients, semble bien proposer une autre *interface*, créant d'autres processus et ceci malgré une pratique que l'on associe généralement à la persistance de la toxicomanie. Mais le fait de discuter le sens ne règle pas tout, ce n'est en définitive que la première étape qui marque un processus plus ou moins long.

Un mois après notre premier entretien Salma en est toujours à ses réflexions, la situation ne s'améliore pas.

«J'étais paumée mais là c'est encore pire, je fais que de m'embrouiller avec mon ami et ça m'aide pas il ne me croit plus du tout... je crois qu'il ne me croit pas quand je lui dis que je veux m'en sortir j'ai beau lui dire et lui parler ça ne sert à rien...putain je vois bien qu'il souffre à cause de moi et de cette merde de sub... c'est pas mon attention au contraire... je suis en train de le perdre à cause de cette merde j'en ai marre, j'ai commencé à le prendre sous la langue je sais c'est psychologique mais... mais c'est dur de changer...quand je le sniffe j'ai l'impression que c'est normal mais ça

l'est pas je le sais ça... je regrette tellement mon passé je vais essayer de continuer comme ça et on verra bien, j'ai pas le choix... je risque de tout perdre ».

Cette situation n'est pas rare. Les pratiques passées restent incorporées malgré une claire conscience des individus à devoir en changer. Seulement ces écarts ne sont généralement pas acceptés. On pourrait même dire qu'ils caractérisent la plupart du temps l'opinion que l'on se fait couramment des toxicomanes. Les contradictions entre les propos qu'ils tiennent et leurs difficultés à les mettre en pratique sont souvent perçues comme un révélateur supplémentaire de cette toxicomanie. Ainsi Salma ressent nettement cette incapacité à se faire entendre, ses déclarations étant systématiquement annulées par ses pratiques :

« J'ai l'impression de parler dans le vide, pour lui je reste une tox et tout ce que je dis c'est de la blague, il m'écoute même plus...c'est vachement tendu, on se parle même plus, j'ai peur du pire...il croit que c'est simple, que je m'en fous. J'arrête pas d'y penser...ça me bouffe de l'intérieur ».

Mais dans le même temps elle n'abandonne pas, loin de là. Elle mesure à la fois son attachement à son ami et celui qui la lie à cette pratique, le tout faisant l'objet d'un questionnement perpétuel. Quoi de plus réflexif ? Elle ressent bien que c'est difficile, qu'il y a quelque part un blocage, selon elle quelque chose d'ordre « *psychologique* » qui la retient dans le fait de le mettre sous la langue. On voit bien ici cet effort ce travail conceptuel au présent, et dans le même temps son étroite imbrication avec un passé qui semble la retenir, qu'elle regrette, qu'elle rejette. Mais tout ceci n'annule pas, au contraire sa volonté de continuer à se projeter, même de manière incertaine car c'est bien ce qui fait la troisième composante indispensable.

Trois semaines après cet entretien des choix ont été fait.

« Merci de parler avec moi c'est très dur (...) je lui ai dit de cacher toutes mes boites et que tous les matins il me donne un médoc pour la journée et là, là maintenant je les prends à heure fixe et devant lui quand je taf pas mais franchement je sais pas si je vais tenir...c'est dur faut que je me détache... je l'aime...c'est grâce à ça que je tiens mais j'ai peur de mes réactions qui sont très connes des fois...putain je peux être conne...on n'arrête pas de se prendre la tête... mais bon je pense être dans le bon

chemin enfin, j'ai le courage...je sais que pour nous c'est pas facile mais pour vous non plus vous êtes témoin de notre destruction ».

La question de ce qui nous lie, quelque soit son degré, n'est pas une question de dépendance mais une question d'attachement. Nous avons déjà balayé ces deux voies, d'un point de vue épistémologique entre autre. Salma bascule parce qu'elle opte pour un attachement, nous pourrions dire pour une autre forme de dépendance. Elle sait néanmoins que la substitution sera particulièrement dure :

« Je veux vraiment essayer...je veux continuer à vivre avec lui mais je fais encore des trucs des fois complètement cons et...et j'ai peur de lui en parler... je peux pas... moi-même je comprends pas...je comprends pas ce que je fais et surtout pourquoi...c'est comme si j'étais deux personnes...c'est dur, j'en bave... je veux pas le décevoir...si ça casse je sais pas ce que je vais devenir...toute seule là comme ça je pense que c'est impossible ».

Deux semaines seulement après les choses ont l'air d'avoir sensiblement évoluées, à mon grand étonnement je dois l'avouer. Salma a physiquement changé. Les traits sombres, tirés et fatigués qu'elle affichait ont quelque peu laissé la place à une mine légèrement plus claire.

«Ca fait 2 jours que je prends mon sub sous la langue et que ça se passe assez bien, hier un peu fatiguée mais rien de méchant... je suis trop trop contente...c'est surtout grâce a mon ami que j'y suis arrivée...je lui ai donné tous mes médoc et c'est lui qui me donne bout par bout et à heure fixe... tous les gens qui disent qu'il y a un manque en passant du sniff à sous la langue c'est pas vrai...je crois c'est pareil même mieux et je tenais à le dire...j'avais vraiment peur c'est vrai...je peux dire là maintenant c'est réglé...mais ça va et c'est pas rien je suis en meilleure forme... pour moi c'est déjà un très gros pas en avant»

Visiblement ici le changement du mode de consommation se passe relativement bien. Nous pourrions encore une fois trouver bien des explications cachées pour interpréter ce passage mais restons sur nos présupposés. Salma est inscrite depuis le début, et bien avant notre rencontre, dans un processus qui consiste à questionner ses attachements. Nous reviendrons plus tard sur le fond de ce questionnement mais dans l'instant présent c'est ce dernier qui lui a

permis de faire son choix. Pour elle la substitution et *l'interface* qu'elle propose lui ont permis de faire ce travail, ce dernier prend forme et le processus continue progressivement son œuvre. Elle a pris parti pour l'attachement qui la lie à son ami et l'horizon qu'il représente et qu'elle ne cesse d'entrevoir : « *La vie avec mon ami c'est mon avenir* ». C'est sans doute pour cette raison que cet attachement a finalement pris le dessus en lui permettant de basculer à ce moment de sa réflexion et qu'elle adhère dans le même temps assez facilement à ce nouveau mode de consommation.

« C'est vrai, ça a été quand même plus facile quand j'ai pris ma décision, je sais ce que je veux maintenant et je sais que ça va être long...je suis pas encore sortie ».

Evidemment ce premier pas n'est qu'un pallier supplémentaire du processus de substitution si on considère avant celui qui consiste à mettre un terme à l'usage d'héroïne.

Mais comment interroge-t-elle ce changement ? Une semaine après.

« Je tournais encore il y a 6 jours a 10, 12 mg des fois plus en sniff... du jour au lendemain j'ai pris un de 8 en petit bout...8 mg coupé en 4... un bout de 2 mg a 9 h un autre à 13h un autre à 17h et le dernier a 21h et c'est tout par la bouche bien sur et j'ai eu juste une grosse fatigue, j'ai fumé un gros joint et j'ai dormi le lendemain j'étais nickel ...Le sniff peut t'apporter une gangrène du nez tu as un trou a la place de ta narine et plein d'autres trucs bizarres, je l'ai vu sur doctissimo...t'es seul ou t'as un ami...moi sans mon ami je sais pas si j'aurai tenté... je me suis obligée, je lui donné les médocs et là j'étais bien obligée de les prendre correctement...y m'a foutu une baffé une fois (rires)... maintenant il est fier de moi et moi je suis trop contente et bien dans ma peau...j'ai pas encore fini loin de là mais j'ai déjà gagné une bataille comme on dit pas la guerre mais j'y compte mais... je garde le courage ».

L'attachement à son ami et à l'horizon qui lui est sous-tendu se confirme. Dans bien des cas ce détachement équivaut presque à un *arrachement* dans la mesure où il se produit dans un laps de temps très court, intensif voire brutal, simplement parce que la personne est sommée de faire un choix très vite :

« J'ai pris la décision sans penser, je voulais plus de ça, j'en pouvais plus mais je sais pas comment ça va se passer maintenant...en tout cas je sais ce que je veux parce que



mon ami est là... il me soutient heureusement mais ça reste dur, je sais pas, je suis toujours sur mes gardes, j'ai encore des angoisses ».

Evidemment ce changement ne va pas sans occasionner certains désagréments, une « grosse fatigue », des « angoisses » et des moments qu'elle assimile à de « légères dépressions » et qu'elle compense généralement en fumant « un gros joint ».

Ces processus évidemment ne sont ni linéaires ni mécaniques. Ils produisent avec eux une multitude de frictions que les utilisateurs (et les concepteurs) s'évertuent à résorber chacun à leur manière. Salma fume un « *gros joint* » pour compenser la fatigue et les autres désagréments liés à ce changement, ce qui lui a permis de passer une bonne nuit.

Le travail cognitif de Salma se poursuit mais ne touche pas encore à son terme. Elle continue toujours son travail sur ses attachements, pris sa décision mais tout n'est pas encore réglé.

Nous nous voyons deux semaines après.

« Oui comme on dit, en tous cas c'est ce que me dis la psy...c'est psychologique. Oui pendant quoi au moins 3 ans je l'ai pris en sniff je prenais de 10 a 12 mg par jour des fois plus et du jour au lendemain je suis passée a 8 mg et en plus sous la langue donc si j y suis arrivée d'autres le peuvent aussi. Moi c'est pareil je l'ai fais surtout pour mon ami mais, mais aussi pour moi quand tu arrives à tenir tu es fière de toi et tu vois, tu vois la vie autrement pourtant ce n'est pas de l'héro mais le sub, tu es une autre personne dans ta tête et ça je m'en rends compte. Tu es quand mieux dans ta peau ».

Une seconde substitution s'achève ici. La première consistait à penser que l'inhalation de la buprénorphine n'était pas forcément une habitude toxicomaniaque. L'*interface* que propose justement ce produit de substitution ouvre sur des états de « cristallisation » différents mais qui décalent forcément l'utilisateur de son ancien mode de vie et le conduisent doucement et souvent difficilement dans un processus différent. Depuis le départ des entretiens Salma nous affirme que l'utilisation de la BHD est un médicament bien qu'elle l'inhalait au début, « vieille habitude » héritée selon elle de ses années de consommation d'héroïne. Le fait de passer en mode sublingual représente une seconde étape durant laquelle elle a substitué l'attachement à cette « vieille habitude » par celle la liant à son ami tout en consolidant encore sa situation par une diminution de la dose.

« J'ai sniffé le sub pendant 3 ans... 12, 14 mg par jour et presque du jour au lendemain je l'ai pris sous la langue... 8mg et à heures fixes et c'est bien passé. C'est juste l'habitude de renifler dans le vent, de rien avoir dans la narine, c'est tout car l'effet est mieux sous la langue et reste plus longtemps que dans le nez. C'est comme la came on en perd à la sniffer mais si on la fume on n'en perd pas. En 3 semaines j'ai réussi à passer à 6 mg... et ça va toujours bien. Au début j'avais très peur d'être en manque, je crois que c'est ça qui m'angoissait le plus... mais comme on dit je suis rentré dans le tas, faut pas avoir peur... ça sert d'avoir quelqu'un qui soutien. Au début c'est mon ami qui me donnait le médicament jusqu'à ce que je le prenne seul. Je suis plus du tout tenté d'en prendre plus ni de le mettre dans le nez ».

Mais le travail continu, le processus enclenché par Salma se poursuit. C'est pour elle l'occasion de faire le point quelques jours plus tard.

« C'est vrai que j'ai traversé une bonne grosse tempête. Ca va un peu mieux mais... maintenant il faut que je pense à diminuer la dose... je veux aller trop vite aussi... lundi je vais aller voir un psy et un médecin expert du sub, j'espère qu'il va m'aider car mon médecin traitant je lui dit ce que je veux et il me fait une ordonnance, à part ça il sait rien faire d'autre, c'est pas la solution. Je me drogue plus maintenant que je le prends sous la langue, je le prends pas en drogue mais comme médicament. La défonce c'est bon mais c'est pas une solution je crois... il faut vraiment la mettre de côté car après dès qu'on prend un rail ou un schoot c'est, c'est la tentation de recommencer et après le manque psychique et psychologique c'est le pire. On est pas à l'abri je sais mais je suis confiante même si, même si c'est encore chaud derrière moi. Quand je suis passée de 8 à 6 mg j'avais pas vraiment de gros symptôme de manque, j'étais nerveuse... j'avais quand même un 2 de côté. Je pense que ça va être plus dur d'arrêter le sub tout de suite et que ça risque d'être long mais je m'accroche. Je vais descendre petit à petit, j'ai le temps maintenant et mon ami est là ».

Enfinement lors de ce dernier entretien Salma en est à envisager le futur avec une relative sérénité. Tout n'est pas réglé car son passé continue encore à la talonner. Mais dans le même temps les principales substitutions ont été opérées, d'autres sont encore à venir mais dépendront avant tout de la consolidation des précédentes. N'oublions pas, au risque de nous répéter encore que nous sommes dans un processus qui nous interdit de figer les personnes, de

dresser des typologies, au risque de les dissoudre instantanément dans l'opération pour ne faire parler finalement que la catégorie dans laquelle nous les rangeons.

*Cyril : « à cause de mon nez ».*

Cyril à 32 ans. Héroïnomanie à ses débuts, voilà huit ans, ses consommations ont évolué pour finir par « un peu de tout », en somme généralement ce qui lui « tombait sous la main ». En traitement depuis maintenant deux ans il a immédiatement inhalé le produit depuis la première prescription de son médecin généraliste. Mais depuis le début de son traitement la situation a grandement évolué. Ses efforts il les a concentré essentiellement sur la quantité de produit absorbée. Ainsi il a réussi à diminuer les doses prescrites jusqu'à 3mg par jour.

« J'arrive pas à arrêter le sniff, je sais pas pourquoi. Je suis parti à 10 mg par jour au début, il y a trois ans maintenant...je réduis petit à petit, là je suis à 3 prises de 1 mg par jour. Mais impossible de se débarrasser de cette habitude du sniff, quand je le prends sous la langue, j'ai l'impression de rien avoir pris du tout. J'espère arrêter avant que mon nez fasse game over ».

Voilà une situation qui peut sembler curieuse à bien des égards, pour le moins paradoxale, contradictoire. D'une part la persistance d'une pratique incompatible avec la notion de soin courante et d'autre part, et malgré cette pratique, Cyril est engagé dans un processus qui consiste à diminuer les dosages en vue d'un heureux dénouement.

« Dernièrement j'ai diminué de moitié d'un coup, c'est un grand saut de passer de 6 à 3 mg d'un coup non? En tout cas je suis de tout coeur avec tous qui réduisent ou arrêtent, c'est pas évident. Je me sens moi même mieux, de plus en plus, vivement que j'atteigne 1 mg par jour pour me sevrer. Par contre je ne peux pas arrêter le sniff mais je réduis quand même, qui vivra verra comme on dit ».

Mais quelques jours plus tard, un événement viendra questionner sérieusement ses projets quand à la nature de ses consommations. Il me raconte cet épisode calmement, détaché et en temps réel le lendemain matin à 11h autour d'un café.

« Il est 3 h du matin et je viens de me rendre compte que ma narine gauche, celle avec laquelle je sniff est beaucoup plus ouverte que celle de droite, je flippe grave j'ai peur

de m'êtré niqué le nez j'arrive à rentrer mon petit doigt jusqu'à la deuxième phalange alors qu'il rentre à peine dans celle de droite...purée je psychote grave...j'ai pas réussi à me rendormir. Là ça devient sérieux...je vais essayer de le prendre sous la langue à partir de demain mais j'ai l'impression que ça ne me fait rien sous la langue... je suis désespéré il faut que j'en finisse avec ce produit. Demain j'en parlerai au médecin pour savoir exactement les séquelles du snif...en plus je me présente pour un job demain à 8h, bref je crois que je vais souffrir mais il le faut parce que je n'ai pas envi de me retrouver avec des trous dans le nez ».

Cet incident va visiblement changer la perception de Cyril vis à vis du produit et donner un autre sens à ses modalités de consommation à partir du moment où il prend la décision de se détacher du « sniff ».

« Ce matin j'ai pris 1 mg sous la langue et en effet ça ne fait pas de différence avec le sniff... j'ai ressenti quand même un effet, alors je pense que le snif n'est qu'un geste psychologique... Je fume de temps en temps, ça aide beaucoup mais je ne veux fumer que de la beu car je veux pas fumer du shit coupé à je ne sais quoi...mais il faut de l'argent pour en acheter. J'ai perdu ma copine à cause du sub...elle m'a dit c'est le sub ou moi et j'ai choisis le sub...je vis un peu comme un sauvage, j'ai que deux amis mais des vrais...je suis très proche de ma petite sœur et de ma mère d'ailleurs c'est pour elles que j'arrête le sub sinon j'en aurai rien à foutre. Le sniff c'est fini pour moi je suis décidé... j'ai pas envie d'avoir des trous dans le nez ».

Une fois la décision prise, comme dans le cas précédent, la perception vis-à-vis de la buprénorphine change considérablement, ce qui change dans le même temps radicalement son action et ses effets. Cyril réalise qu'il n'y a en fait aucune différence entre le mode de consommation sublinguale et l'inhalation. Il reconceptualise comme beaucoup et à posteriori le fait d'inhaler la buprénorphine (ou de se l'injecter pour d'autres) comme étant un geste d'origine psychologique.

« Je suis moins angoissé, ça fait 2 jours que je prends mon sub sous la langue et je tiens le coup, ça met juste plus de temps à monter...demain je passe à 2.5 mg/jour c'est à dire 1 mg à 11 h, 0.5 mg à 17h et 1 mg à 22 h...j'espère que je ne vais pas être trop sur les nerfs...j'ai des sueurs... le médecin avait raison, c'est vrai... depuis que je le prends sous la langue j'ai l'impression d'avoir franchi un cap... je suis

vraiment...mais bon faut pas que je m'emballe non plus...je sais que je vais en chier encore. ».

Il essaye et se rend compte que c'est possible. Mais il faut tenir le coup. *L'interface* lui a permis de réaliser cet agencement. Maintenant il faut tenir.

Un mois après

« J'ai mis au moins un mois à me décider à stopper le sniff... C'est que mon problème au nez m'a aidé. Je pense que je vais m'éloigner de certaines fréquentations, je veux devenir quelqu'un de normal...qui bosse, qui fonde une famille et qui savoure les joies simples de la vie. Je suis un peu dans l'état d'esprit de Renton dans *Trainspotting*, le gars qui se casse à la fin avec le pognon et qui décide de repartir à zéro pour être comme tout le monde... je peux pas fréquenté des gens insérés socialement et heureux et en même temps voir des gens qui se défoncent à longueur de journée...faut que... m'éloigner progressivement ».

La stabilisation relative de Cyril au présent ne se joue pas sans une projection dans un avenir proche même si celui-ci reste particulièrement hypothétique. Dans le même temps il a également conscience qu'il est nécessaire pour lui de quitter progressivement un réseau pour pouvoir entrer pleinement dans un autre. En d'autres termes quitter les mauvais attachements symbolisés par l'une des médiations possible de l'interface buprénorphine pour en trouver d'autres maintenant que le médiateur dans son autre utilisation est amené à provoquer d'autres événements, d'autres perceptions. Cependant nous sommes dans des processus qui ne sont ni linéaires, ni totalement irréversibles et dont les cristallisations se révèlent souvent par leur caractère hybride. Par exemple ce que l'on a coutume d'appeler dans le jargon thérapeutique « rechutes » n'est finalement que la conséquence de ce caractère hybride et polymorphe. Notre expérience est jalonnée de cas similaires où des trajectoires stables dans l'ensemble font l'objet de « rechutes » plus ou moins fréquentes et importantes sans mettre réellement en danger le processus d'ensemble.

« J'ai déjà rechuté y pas longtemps, je me suis tapé 2 plaquettes de 2mg... une histoire de famille de dingue qui m'a rendu fou...je vais pas rentrer dans les détails mais maintenant je suis de nouveau stabilisé et je prends à nouveau 2mg en 3 prises sous la langue. J'ai, j'ai l'impression d'être de plus en plus normal, je me réveille plus en

sueur par contre j'ai du mal à dormir...e médecin m'a rajouté de l'Atarax 100 mais ça change pas grand-chose...je veux pas trop de médocs... je continue à fumer, ça me détend, je peux mieux dormir ».

### **...en conclusion.**

Si l'en s'en tient aux catégories cliniques habituellement admises sur la substitution, autrement dit les catégories des normes de santé publique, les pratiques qui consistent à inhaler ou à injecter la buprénorphine ne sont évidemment pas considérées un instant comme étant susceptibles d'entrer dans le giron du « soin », nous sommes encore loin du compte et chacun sait immédiatement maintenant de quoi nous voulons parler. Bien sûr cette perception normative du soin est d'abord et avant tout légitimée par les professionnels et les experts qui oeuvrent dans le champ. Nous savons également que la politique de « réduction des risques » a effectivement contribué partiellement à changer sur le fond la perception que l'on pouvait avoir des usagers de drogues, bien que beaucoup de chemin reste à faire, en leur conférant un statut de patient ou d'utilisateur ordinaire susceptible de prendre part à leur propre vie. Cependant et bien souvent ces pratiques extrêmes mettent à mal même les intervenants les plus convertis et les plus aguerris à cette éthique. Car ces pratiques, et quel que soit le point de vue idéologique que l'on défend, continuent de marquer une frontière très nette et pratiquement infranchissable entre la démarche de soin « normale » d'un côté, autrement dit la buprénorphine consommée en mode sublingual et aux prescriptions fixées, et la persistance de la « toxicomanie », autrement dit la persistance de la « défonce » de l'autre. Mais tout ceci ne va pas de soi. La nature et les modes de consommations proscris que nous explorons dans cette partie, quelque soient leur degré d'importance et lorsqu'ils s'inscrivent dans des pratiques régulières<sup>287</sup>, amènent avec eux une autre perception de la réalité parce que le médiateur en question, même si certaines pratiques continuent de se reproduire, ne fait plus agir l'utilisateur tout à fait de la même façon et avec les mêmes attachements qu'autrefois. Malgré cette reproduction relative, nous avons pu voir que les perceptions des individus, avec tout leur cortège émotionnel, changent, quelques fois très doucement, variablement, sans que

---

<sup>287</sup> Evidemment nous observons et nous écoutons des usagers dont la consommation centrale et régulière est la buprénorphine inhalée ou injectée. Nous excluons de notre panel, bien que nous en ayons rencontrés, les usagers qui utilisent ce produit, avec ce mode de consommation, dans des parenthèses, par exemple lorsque l'héroïne ou tout autre drogue vient à manquer. Nous dirons néanmoins quelque chose de ces cas particuliers.

l'on puisse comprendre bien souvent les ressorts de cette recomposition sauf à les relier à cette « toxicomanie » omnipotente.

Il semble bien qu'en tant que nouveau médiateur la buprénorphine, même dans les cas que nous jugeons les plus extrêmes, produit une nouvelle interface et commence à ce titre et indubitablement un travail sur le fond de reconceptualisation et de gestion des perceptions et des attachements. Mais pour le comprendre il nous faut lever un obstacle d'ordre épistémologique qui nous empêche ne serait-ce que d'y penser<sup>288</sup>. Le fait de continuer à s'injecter le produit n'est en rien contradictoire au fait de se penser et de se situer dans une démarche de soin. Ce mode de « cristallisation » des usagers, à l'extrême, n'est, et nous le verrons, en rien différents au regard des autres modes de consommation du produit, plus ou moins conventionnels. Nous pouvons même avancer que ce sont généralement les mêmes interrogations, les mêmes entités qui assaillent quotidiennement les usagers.

## **2. Logiques d'usagers et tactiques ordinaires. La gestion des effets secondaires.**

D'une manière générale nous pourrions avancer et sans nous tromper de beaucoup qu'il n'y a pratiquement aucun usager qui se plie complètement aux exigences, aux indications formulées concernant le traitement. Tous à un moment ou un autre enfreignent les règles prescrites par le médecin. Mais ces entorses aux règles, aux normes du dispositif ne sont pas fortuites, exceptionnelles ou révélatrices, symptomatiques d'un ordre supérieur intériorisé. Elles ne sont pas non plus des oublis, des erreurs consécutives à l'insouciance voire à l'inconscience des usagers. Bien au contraire elles procèdent de logiques propres à ces derniers, organisées consciemment ou non, mais dans l'objectif immédiat est toujours de « mieux se porter », de « mieux être » au moment où ils nous parlent. Ces tactiques sont donc logiques du point de vue de l'utilisateur et nécessitent donc une symétrie des rapports pour comprendre ce qui les sous-tend, ce qui les motive et leurs finalités. Nous avons déjà exploré cette voie dans le

---

<sup>288</sup> Gaston Bachelard a émis cette proposition assez révolutionnaire, bien qu'étroitement liée aux individus, de concevoir la recherche non comme un processus scientifique classique mais comme celui qui consiste avant tout à lever les obstacles épistémologiques que des années de croyances ont contribué à forger comme naturels et qui de fait ne peuvent plus, ou difficilement, être soumis à la critique. Nous en parlons depuis le début dans la difficulté des professionnels du « dispositif spécialisé » à opter pour une autre approche, celle de la « réduction des risques ». Gaston Bachelard impute ces difficultés aux « conditions psychologiques » des individus qui empêchent ces transformations, autrement dit les résistances qui puisent leurs sources « dans l'acte même de connaître intimement, qu'apparaissent, par une sorte de nécessité fonctionnelle, des lenteurs et des troubles » que réside le problème. Bachelard, G., *La formation de l'esprit scientifique*, Paris, Librairie philosophique Vrin, 1938.

paragraphe précédent, ce faisant nous avons proposé que les habitudes, les « pratiques héritées » de la période de l'usage de drogue ne pouvaient s'expliquer par la seule perspective de « l'habitus » comme guide conduite.

Mais avant de parler de ces tactiques nous devons encore prendre quelques précautions supplémentaires. Nous utiliserons bien sûr et souvent des termes comme « angoisse », « déprime » et bien d'autres entendues de la bouche même des patients que nous avons observés et écoutés. Conformément à notre propre prescription nous ne disons rien de ces notions en soi car ce ne sont pour nous que des mots. Elles n'ont évidemment de sens que parce qu'elles sont proposées par nos interlocuteur pour manifester leurs propres manière d'être, de faire où de penser. Bien sûr nous injecterons également et inévitablement une certaine dose d'interprétation pour faire les liens, construire certaines équivalences, enfin pour regrouper des cas. Mais faisons l'effort de nous rappeler ici que la désagrégation des cas particuliers n'empêche pas de proposer ensuite, non pas des modèles, mais une autre agrégation. Evidemment ce montage n'est que le notre mais cet appareillage se veut en revanche le plus fidèle possible au regard de ce que les usagers nous ont restitué. Cependant nous sommes probablement encore loin de rapporter ici l'entière complexité des tactiques mises en œuvre par ces deniers. Nous l'avons déjà souligné, nous tentons d'explorer des processus différents, dynamiques, réversibles. Prétendre les saisir dans toute leur complexité, leur hétérogénéité à chaque instant et croire ainsi donner une vérité objective à tous les moments de leur déroulement ne serait pas raisonnable. Pour beaucoup ces effets peuvent être cumulatifs, alternés en fonction des situations et des périodes de leur existence. Nous avons cependant essayé de rendre compte de la majorité de ces effets tout en restituant au mieux les tactiques généralement développées par les usagers pour y faire face.

#### - **L'équilibre somatique et psychologique.**

L'une des premières dimensions de ces tactiques consiste à les considérer au plus près du corps et de son équilibre somatique et psychologique. Les aménagements et les consommations des médicaments sont alors destinés à gérer des moments de stress, retrouver du tonus, pallier des baisses de régime lors de la reprise d'une activité professionnelle ou autre, décompresser ou trouver un meilleur équilibre au niveau du sommeil. Si on considère ces stratégies telles qu'elles se présentent et leurs usages premiers on voit qu'outre le fait de soutenir les patients pour affronter les diverses épreuves de la vie quotidienne elles sont



également destinées à la recherche d'un équilibre et d'une hygiène de vie en fonction de ce que les patients estiment être leurs « besoins ». Ces stratégies n'ont alors d'autres buts que de répondre à des tentatives de remise en ordre d'une trajectoire en fonction des situations vécues par les usagers et correspondent donc à une logique thérapeutique qui leur est propre.

Le récit de ce patient, **Vincent**, en substitution par la méthadone (100 mg par jour) dans un centre de soins est de ce point de vue assez révélateur. Il vient tous les quinze jours renouveler sa prescription de méthadone. Il travaille depuis peu, n'a jamais vraiment eu de problème auparavant mais ce jour particulier, un souci l'oppose à l'infirmier. Vincent consomme légèrement plus que la quantité qui est donnée depuis qu'il s'est mis à travailler. Evidemment le jour du renouvellement de la prescription Vincent tente d'expliquer les désagréments liés à sa surconsommation. Il s'en suit un échange avec l'infirmier dont je me propose de transcrire ici une partie intégralement.

*Vincent* : « Je suis en manque grave, c'est vachement physique, c'est pas possible, les flacons doivent être sous dosés ».

*I* : « On en a déjà parlé ».

*Vincent* : « Je t'assure mercredi j'en ai pris puis plus rien ».

*I* : « Qu'est ce qui explique qu'à un moment donné tu en as pris plus ? »

*Vincent* : « La journée au boulot ça va mais le soir ça va plus, j'ai froid. Tu sais bien je travaille maintenant chez Smatra à F...pour Interest. Hier ça allait j'ai encore pu travailler mais aujourd'hui je suis pas bien, écoute je suis sur qu'il y a un problème de dosage, je prends pas de médocs, je bois pas, je sais ce que je dis, tu peux pas être à ma place ».

*I* : « attends Vincent, il y a qu'à toi que ça arrive ces trucs là, avec les autres ça marche ».

*Vincent* : « Bon, ben je dois être fou alors, c'est incroyable ».

*I* : « Je t'ai déjà dit d'aller voir Vincent (le Psychiatre) mais avec toi tout va toujours bien naturellement ».

*Vincent* : « Je te l'ai déjà dit la dernière fois, les quatre dernières semaines ça va de moins en moins bien, le soir c'est comme si j'avais froid, je tremble. Pourtant je t'assure j'ai aucun problème, tout va bien. Tu sais bien, avant ce sentiment de mal-être je l'avais de temps en temps, maintenant c'est tous les soirs pratiquement ».

*I* : « Ca doit te travailler cette dose de retard, qu'est ce que je vais leur raconter etc... »

*Vincent* : « Tu me parles de problèmes psychiques, moi je te parle de physique. J'en ai marre on peut pas se comprendre ».

I: « Ecoutes vois avec le médecin, moi je peux pas te faire d'ordonnance, je peux pas te délivrer plus de métha. De toute façon moi je pense que c'est pas une histoire de manque sinon le matin tu serais dans un autre état. La prochaine fois tu me ramènes ton contrat de travail ».

Peu après cet entretien je persuade Vincent de passer un moment avec moi. Notre entretien ne durera qu'un quart d'heure. Il devait prendre son dernier bus pour F... Voilà ce qu'il me restitue de cette histoire.

« Ca fait trois mois que je prends de la métha, là j'ai trouvé du travail depuis, quoi ça...un peu plus d'un mois. C'est depuis que je travaille...j'ai commencé à ressentir un manque. La journée ça va mais le soir j'étais super fatigué, j'avais très froid. On m'a dit c'était normal mais moi j'ai commencé à avoir du mal à dormir, alors j'ai augmenté moi-même ma dose juste pour me sentir mieux. Mais j'avais un flacon de retard ; quand j'ai demandé à être augmenté on m'a dit d'aller voir le psy parce qu'il y avait qu'avec moi que ça marchait pas, que le problème devait certainement être dans ma tête, vous avez entendu tout à l'heure. Alors j'ai pris d'autres trucs et ça ils le savent pas encore ».

Visiblement l'engagement dans une activité professionnelle a particulièrement dérangée la stabilité du traitement qui durait depuis trois mois. Si nous concevons les produits de substitution comme des médiateurs, nous savons par avance qu'en fonction de ce qui y entre les événements à la sortie peuvent être aussi incertains qu'imprévisibles. Vincent en fait ici l'expérience et il constate un changement notable. Depuis qu'il s'est mis à travailler, de nouveaux événements surviennent régulièrement qui l'empêchent de se « sentir bien » et qu'il tente de résorber en ajustant l'interface méthadone. Seulement il y a ici un malentendu entre lui et l'infirmier basé sur des logiques d'appréciation diamétralement opposées et qui ne peuvent en aucun cas se rencontrer. D'un point de vue strictement thérapeutique le produit n'est qu'un intermédiaire, le moteur d'une relation causale, et pouvant ainsi faire l'objet d'une stricte et complète mise en équivalence indépendante des diverses situations, de leurs contingences et de leurs évolutions. Ce qui entre doit être égal à ce qui sort, peu importe ce qui cadre et les entités qui gravitent autour, le reste ne peut s'expliquer que par l'intériorité et les dispositions principalement liées à l'état psychique des individus.

**Philippe : « le manque de tonus »**

Philippe a derrière lui quatre ans de consommation d'héroïne en « sniff », jamais d'injection. Ses relations avec le monde de la « toxicomanie » sont pratiquement inexistantes mais il a quand même fini par perdre son travail à cause de sa « dépendance ». Il est, à l'heure où nous parlons, en traitement chez un médecin généraliste depuis plus de trois ans. Il commence celui-ci à raison de 8 mg de buprénorphine par jour mais très vite un problème survient.

« Bon au début la substitution est là mais y a une faiblesse, on est tout le temps fatigué. Des fois j'avais vraiment l'impression d'être un légume... je m'endormais tout le temps, j'étais naz tout le temps pendant six mois, j'étais tout le temps crevé. (...) il y avait aussi le côté psy, tout le temps en train de penser à la drogue... j'avais toujours le produit dans la tête, j'avais pas de volonté, je crois que je subissais, j'avais plus de, plus de tonus nulle part ».

Philippe constate, à l'expérience et au bout de six mois, que la buprénorphine lui pose un double problème. D'une part elle joue sur son tonus qu'il exprime par une « fatigue » incessante. D'autre part le traitement ne fait pas rempart à l'obsession de la drogue à laquelle il pense assez souvent. Mais nous pourrions tout aussi bien considérer les choses autrement à savoir que le traitement impose doucement à Philippe une action, que la buprénorphine l'agit d'une certaine manière et qu'en retour Philippe se laisse peu à peu agir par cette action sans pour autant en générer une autre en retour pour maîtriser quelque chose, ou si peu si on l'écoute.

« J'étais vraiment pas bien... j'en avais marre, je faisais que dormir, je prenais rien, je vous dis franchement j'avais l'impression d'être un légume, je faisais que dormir... le problème c'est comme je faisais rien ben je pensais à l'héro, qu'à l'héro mais bon pas tout le temps, elle était là quand même mais je j'essayais de pas y penser... je résistais, je regardais la télé, enfin tout ce qui me permettait de pas perdre le contrôle ...c'est tout ce que je pouvais faire ».

Ce cas n'est pas vraiment rare. Certains patients en traitement méthadone disent avoir commencé par la buprénorphine mais l'ont rapidement abandonné devant les effets négatifs qu'elle développait selon eux : somnolence, fatigue, apathie (termes utilisés par les patients) mais également la difficulté de rompre « psychologiquement » avec la drogue.

Mais une autre entité, un autre actant entre en jeu à ce moment dans le cercle de Philippe sous les traits d'une formation qui lui est proposée par l'Agence Nationale Pour l'Emploi. L'action est redistribuée, le résultat ne se fait pas attendre.

« Là franchement j'en avais déjà marre, fallait que je me booste, sinon j'y serai pas arrivé. J'ai repris du produit pour décoller. Je prenais du speedball pour l'accélération... ça fait un effet coke électrique et après de l'héroïne, ça c'est pour descendre doucement...bon je faisais le speed le matin et un petit rail d'héro...vers l'après midi pour descendre. J'ai fait ça deux ans pendant ma formation. Franchement j'arrivais à gérer, je pouvais largement tenir le choc, c'était pas du tout de la défonce. J'aurai pas pu faire la formation sans ça ».

Nous disons depuis le début que les produits de substitution, en tant que médiateurs, offrent une autre interface susceptible d'opérer dans le même temps un travail cognitif et une gestion des attachements qui lui leur sont liées. Mais dans cette réorganisation ils provoquent fatalement de par leur action des événements dont la conséquence se traduit souvent par un désordre que les usagers tentent de gérer le mieux possible. Ce désordre peut se traduire simplement par de la « fatigue » dans le cas présent qui semble dominer la situation, domination à laquelle tente de résister Philippe. Mais cette proposition de formation absolument « cruciale » pour Philippe le contraint à opérer provisoirement le choix pour d'autres médiateurs plus aptes à le soutenir que la buprénorphine. Cependant et pendant toute la durée de la formation, qui représente pour lui son avenir immédiat, les produits consommés ne l'ont été que circonstanciellement et dans un objectif précis et parce que générant une action spécifique que ne pouvait lui apporter la buprénorphine.

Au terme de sa formation Philippe abandonnera la buprénorphine pour s'orienter vers un léger traitement méthadone, plus apte selon lui à le soutenir mais surtout pour « en finir le plus rapidement possible ».

***Leiki : « Je préfère le sniffer plutôt que d'être à la masse ».***

Nous continuerons ici par un exemple que l'on pourrait qualifier d'extrême tant il tranche avec le reste des témoignages. Leiki, jeune homme de 31 ans est en traitement de substitution depuis bientôt un an chez un médecin généraliste après six ans de consommation d'héroïne.

Le traitement s'est accompagné d'un certain nombre d'effets indésirables qu'il n'a jamais réussi à surmonter.

« Le sub je l'ai toujours pris dans un cadre médical au début mais franchement c'est pas ce qu'il y a de mieux...y a trop d'effets secondaires...des somnolences, je me tape des nuits de 12 à 15 h si c'est pas plus, j'ai beau mettre le réveil je l'entends pas...avant je le sniffais et j'avais beaucoup moins que 6 mg...je n'avais aucun effet de ce genre...je suis drôlement embêté...je veux retravailler et comment y arriver comme ça ? De plus je me désocialise, je sors plus alors que j'avais réussi, avant les 6 mg, à, à avoir un rythme de vie à peu près normal, je me couchais à minuit, debout vers 8 h après pas mal d'efforts...je savais vraiment plus quoi faire, j'étais devenu un vrai légume et encore ».

*Vous en avez parlé au médecin ?*

« Je lui en ai parlé plusieurs fois, il m'a répondu : « *c'est mieux que d'être insomniaque!* »... des fois je pensais que ça ne venait pas du sub, je voulais pas me lancer dans les médocs, je ne savais plus quoi penser ni quoi faire! ».

Devant cet inconfort essentiellement physique et persistant dont il n'arrivera pas à se débarrasser et ne voulant pas opter pour des ajouts médicamenteux supplémentaires, Leiki finira par revenir à la solution dont il estime qu'elle est la moins dommageable pour lui.

« J'ai diminué la dose de sub et je ne dors plus tout le temps, ni somnolence. En fait maintenant j'ai repris le sub en snif avec la dose que j'avais avant ce qui me permet d'en prendre beaucoup moins...Même si mon doc me l'a déconseillé je préfère ça que d'être à la masse, au moins je peux avoir une vie active, chercher du boulot ce qui n'était plus le cas et sans trop de manque ».

Leiki nous prouve ici, si nous en doutions encore, que tout processus est réversible. Comme pour les autres, la question de la pratique, de ses liens présumés avec une quelconque persistance de la toxicomanie, est ici reléguée au second plan, d'ailleurs il en sera très peu question lors de l'entretien. La consommation normative de la buprénorphine l'a enfermé dans un état dont il n'arrivait visiblement plus à s'extraire, dominé comme il le disait régulièrement par la fatigue et de grands moments de « déprime ». Le fait de revenir à une pratique largement qualifiée de « mésusage » par les professionnels et donc en contradiction

avec les normes cadrant le « soin » revêt ici pour Leiki une signification diamétralement opposée. C'est bien parce qu'il a recourt à cette pratique qu'il peut de nouveau se permettre d'appréhender de manière plus active son quotidien et redessiner progressivement un horizon qui n'existait pas avant.

*Fran : « pour ma famille ».*

Marié et père de deux enfants, Fran en est à sa quatrième tentative de sevrage. Cette persévérance il l'a doit essentiellement à sa famille depuis qu'il s'est marié avec une seule idée en tête : « *tout arrêter* ». Les attachements forts qu'il nourrit pour sa famille lui ont permis de rentrer dans un processus de substitution et de descendre suffisamment bas au niveau des dosages pour tenter un sevrage mais l'histoire semble se répéter sans qu'il ne fasse à aucun moment allusion à un quelconque lien avec sa « toxicomanie » passée.

« C'est ma quatrième tentative pour arrêter, après quelques difficultés, je me suis quand même lancé dans le sevrage de chez moi...seulement les effets secondaires sont si forts qu'au bout d'un mois j'ai pas réussi à tenir... je suis retourné chez le médecin et j'ai recommencé à en reprendre ».

*Qu'est ce qui n'allait pas ?*

« Oh, pas mal de trucs. C'est pour le sexe...la fatigue, le manque de motivation, les troubles d'humeur... C'est surtout pour ma femme et mes enfants, c'est sur eux que ça retombe. Pourtant je prends que 1 mg tous les deux jours, c'est rien... des fois j'en prends plus, c'est juste pour être mieux mais ça joue pas sur tout...surtout c'est pas ce que je veux... je fume un peu de temps en temps en cachette ça aide mais faut que je fasse autre chose ».

*A quoi vous pensez ?*

« Oh, je sais pas, je crois qu'il faut que je trouve une alternative médicamenteuse...je prends qu'un misérable gramme tous les deux jours, je veux arrêter, je voudrais trouver quelque chose qui remplace mais sans opiacés si possible ».

Pour **Dan** dont le dosage est inférieur à 1 mg par jour les problèmes semblent similaires. Vouloir arrêter ne va pas sans quelques désagréments.

« Aujourd'hui j'en suis à 2 comprimés de 0.4 par jour que j'essaye de pas sniffer et faut que je descende jusqu'à zéro...J'ai plusieurs fois essayé de diminuer la dose avant mais ça va pas tout seul... ça te déprime, tu te sens un peu vide, tu traînes...quand j'avais envie d'un coup de pêche j'en prenais plus et si je diminuais trop c'était la crise de manque, donc une mauvaise nuit, mauvaise journée, j'en avais marre je ne savais plus quoi faire. Mon médecin me dit que c'était pas un problème que, que j'en prenne toute ma vie mais pour moi ça commence à bien faire ».

- **Stress, angoisse, déprime et effet de « vide ».**

Les pratiques et les tactiques ayant pour but de résorber les effets liés à des recrudescences d'angoisses, d'anxiété et de déprime sont probablement les plus répandues parmi les usagers en traitement de substitution. Tout d'abord les contraintes et les sollicitations ordinaires de la vie quotidienne, un rendez-vous anodin, se rendre dans une administration quelconque peuvent représenter souvent des épreuves génératrices d'angoisse et de stress importantes qu'il est difficile d'affronter sans avoir recours aux produits. Ce faisant rien n'est automatique ni déterminé à l'avance et ces usages sont très variables dans leur nature, leur intensité et leur fréquence et doivent donc être obligatoirement contextualisés à chaque personne.

Cependant il est intéressant d'écouter certains usagers dans leurs tentatives d'effectuer eux-mêmes certaine généralisation.

**Eric** est sous méthadone à raison de 120 mg par jour et ce depuis 10 ans. Le dosage n'a jamais changé. D'une distance remarquable par rapport à sa situation, il en parle tout en la rapportant à une connaissance pointue du milieu de la drogue ainsi que des traitements de substitution.

« Il faut que vous sachiez une chose, l'usage des stupéfiants c'est tous les jours, des fois de grosses doses et pendant des années... moi je me suis tapé 15 ans d'héro...pour beaucoup de toxicomanes, comme pour moi l'arrêt de la came provoque des montées d'angoisses insupportables...presque tout le monde consomme pendant la substitution,

il n'y a pratiquement pas d'exception même ceux qui vous disent le contraire, vous n'avez qu'à regarder les résultats<sup>289</sup> ... pour moi c'est une auto-médication, une auto-gérance de la souffrance...vous savez la grande majorité picolent, beaucoup prennent des benzos et je vous parle pas du shit ».

La question de l'angoisse est particulièrement récurrente dans les entretiens et chaque usager en fournit sa propre perception, sa propre expérience. Chaque usager tente plus ou moins de formaliser, de conceptualiser ce qu'il vit. Certains malgré des situations difficiles font l'effort de mettre à distance au cours de l'entretien cette expérience afin de lui donner un sens.

Souvenons-nous d'**Ahmed** et de son combat pour formaliser un tant soit peu son expérience. La question de l'angoisse était omniprésente lors de nos entretiens et il nous en a déjà longuement parlé ici. Evidemment cette question qu'Ahmed ne comprend pas mais qu'il tente péniblement de démêler fait résonance chez moi. De quoi s'agit-il ? La question lui sera posée ouvertement et la réponse sera surprenante, un modèle d'intelligibilité, bien que complexe, pour lui-même d'abord, et pour le sociologue ensuite.

« Quand j'arrête le Lexomil et que j'essaye de prendre le sub normalement...y a, y a du manque mais surtout une grosse angoisse. Je sais pas expliquer, elle est là. C'est, c'est difficile on pense pas on a juste envie que ça s'arrête. (...) mais je crois qu'il y a deux angoisses différentes, je crois. Il y a le passé, on est bloqué dedans et on arrive plus à être soi-même. Là j'arrive plus à savoir où est mon angoisse réelle. C'est le passé, le présent, c'est pourquoi j'ai peur de faire les choses sans le produit et je reprends les benzos... au moins ça calme tout (...) Je n'arrive plus à savoir où est mon angoisse naturelle tellement les produits l'ont anesthésié, je la connais plus...quand le produit fait plus son effet j'angoisse de nouveau sans savoir pourquoi...en fait j'ai constamment peur de ce qui pourrait m'arriver parce que j'arrive pas à affronter cette angoisse ».

Mais qu'en est-il plus précisément de cette angoisse naturelle ? Que veut-elle dire ? Nous avons pour notre part supposé qu'elle était mise en sommeil par l'expérience de la drogue. Comment Ahmed en parle-t-il ?

---

<sup>289</sup> Au moment où Eric me parle, j'ai déjà connaissance des résultats de la petite enquête que j'ai menée concernant les tests urinaires des patients en protocole méthadone.



« Après le sevrage t'es comme un enfant, t'as l'impression d'apprendre à marcher...les démarches je comprenais plus rien, c'est vrai que tu redeviens toi-même, t'es à vif...t'est angoissé pour tout, t'as l'impression de redémarrer à zéro (...) l'A.S (Assistante Sociale) m'a bien aidé, c'est pour ça que j'ai le RMI (Revenu Minimum d'Insertion), elle m'aide bien (...) J'ai repris du sub après mais même le sub ne prend pas le dessus sur tout... c'est vraiment contre ma volonté, c'est dur ».

L'angoisse fait sensiblement lien avec son passé et surtout avec ce qu'il expérimente au présent. Hasardons nous à une hypothèse. Nous savons que l'usage de drogues se cristallise sur une ligne biographique dominante, qu'il va jusqu'à représenter l'attachement significatif, mais jamais unique, par excellence dans l'existence des individus. Parler de lignes biographique ou d'identité est probablement opératoire d'un point de vue sociologique pour décrypter des mécanismes et restaurer les individus dans une rationalité commune. Mais ce faisant n'avons pas l'impression qu'il nous manque quelque chose ? Les émotions naturelles et substantives des différentes formes d'attachements que nous expérimentons quotidiennement ne sont-elles pas mises entre parenthèses par la prépondérance de ce qu'exige la drogue ? Ne sont elles pas quelque peu oubliées, graduellement mise en sommeil pendant cette (relative) longue histoire qui se développe quelque part en marge de la société conventionnelle ?

Chaque cas étant différent parce qu'enraciné dans une expérience de l'usage de drogue différente, chaque arrêt, chaque nouvelle expérience dans le cadre des traitements de substitution seront différents. Chaque expression des émotions nouvellement redécouverte sera vécue et traitée différemment.

Ahmed nous parle bien de deux angoisses différentes. L'une liée à son passé, toujours présente comme s'il n'arrivait pas à se détacher de cette partie de lui-même, de ce qu'il fut mais ne veut plus être. Enfin ce qu'il appelle son « angoisse naturelle », celle qui a tellement été « anesthésiée » par les produits qu'elle en devient une entité fantôme qui surgit chaque fois que le produit disparaît et qui ne peut disparaître qu'en lui cédant à nouveau la place.

Mais les situations où les usagers sont capables de formaliser, de mettre des mots ne sont pas légion. Dans la plupart des cas les questions liées à l'angoisse ou à la déprime ne s'expliquent pas vraiment même si des tentatives de rationalisation sont effectuées ici et là.

Ainsi **Fred**, jeune homme de 29 ans, héroïnomane pendant 7 ans.

« L'angoisse je connais, je fais même des crises carrément et ça fait que 6 mois que je suis sous traitement. Je les avais pas avant quand j'étais dans la came même dans les périodes de manque...je comprends pas pourquoi j'ai ça maintenant, je ressens quelques fois le manque mais ça...ça n'a rien à voir avec avant (...) j'essaye d'atténuer cette angoisse comme je peux, des fois je prends plus de sub, ça fait des problèmes avec le médecin (...) je suis seulement à 6 mg, des fois j'en prends un ou deux de plus, franchement ça me détend... je suis mieux (...) je fume quelques fois... c'est mon cousin qui m'en vend (...) J'en ai parlé à mon médecin ça l'a étonnée, elle m'a même pas pris au sérieux... je sais plus ce qu'elle m'a racontée, je crois qu'elle m'a même pas cru...c'est les aléas de la toxicomanie, c'est difficile d'être pris au sérieux. »

Fred nous restitue plusieurs choses. Il n'a jamais connu d'angoisses lorsqu'il consommait de l'héroïne même pendant les périodes de manque. Aujourd'hui il connaît cette angoisse avec la buprénorphine même si la sensation de manque est occasionnelle et pas très excessive.

Apparemment l'angoisse est une sensation nouvelle produite par cette nouvelle interface qu'est la buprénorphine. Elle réactive d'autres sensations, d'autres émotions éteintes durant la période où il consommait de l'héroïne. Entre deux consommations d'héroïne l'utilisateur est en manque, il n'a pas le temps de vivre cette émotion qu'est l'angoisse, ou tout autre d'ailleurs, il n'aspire qu'à donner à son corps ce que ce dernier lui réclame violemment. Fred redécouvre cette sensation, maintenant qu'il s'est plus ou moins ajusté avec sa dépendance physique, cette souffrance née d'une émotion trop longtemps éteinte, et tente de la résorber par les moyens dont il dispose.

Les tactiques pour résorber l'angoisse liée à la buprénorphine sont extrêmement diverses mais encore une fois la très grande majorité d'entre elles se conjuguent dans la même optique : permettre à l'utilisateur de mieux se porter quelle que soit sa stratégie.

Ainsi au moment où je rencontre **Arcana**, jeune fille de 29 ans, célibataire, les objectifs qu'elle s'est fixés semblent inaltérables. Depuis 7 ans sous traitement de substitution, après 8 ans d'héroïne et autres drogues, elle a pris la décision de « s'en sortir ». Sa propre substitution n'a pas été facile. Ballottée entre sa famille avec laquelle elle entretient des « relations

ambiguës à cause tout ça » et ses « copains », « ex-copains », elle a toujours tenté de garder un cap qui était celui de « descendre le sub ».

« J'ai quand même galéré longtemps avec le sub...ça a été dur mais je suis quand même arrivé à 2 fois 0.4 mg par jour...c'était dur je voulais le faire...j'étais mal, angoissée, j'arrivais à rien faire...j'ouvrais même plus la boîte aux lettres (...) J'ai pris de la métha après pendant 6 jours, pas grand-chose juste pour pas être mal. J'ai vraiment eu de grosses envies entre le deuxième et le troisième jour c'était dur puis ça s'est estompé un peu. Je prends maintenant des anxiolytiques et des, des somnifères pour dormir...ça va un peu mieux, ça fait deux semaines mais c'est vivable. J'ai quand même de gros coups de blues style petite dépression, donc je prends les anxiolytiques quand ça va pas et que l'idée de consommer m'obsède. Je me donne un mois pour aller mieux mais faut que je tienne ».

**Brice** quand à lui rencontre d'autres problèmes. Il est sous traitement de substitution depuis 5 ans. Auparavant il a consommé 3 à 5 grammes d'héroïne pure par jour pendant 3 ans, une quantité non négligeable. La substitution a également été difficile pour lui. Parti avec 12 mg par jour au début il en est aujourd'hui à 4 mg.

« J'ai commencé par 2 cachets de 6 mg par jour et j'ai mis beaucoup de temps à descendre. Ça a été dur de tenir avec 0.4 mg. Ça m'est même arrivé de taper une plaquette de subu dans la journée à un moment. J'ai toujours eu beaucoup de mal à comprendre certains de mes comportements (...) je sais pas...je suis mal...angoissé, je suis pas naturel comme si quelque chose m'empêchait...je sais pas comment dire...par moments t'as l'impression d'être...vide, tu ressens presque plus rien...t'est plus motivé à rien. (...) je picolais pas pour le plaisir, c'était surtout pour me détendre même si j'ai exagéré par moments, ça s'est mal passé... ».

Les témoignages associant traitements de substitution et angoisse, anxiété ou déprime et troubles importants de l'humeur ne sont pas peu nombreux, loin de là. Ils semblent même traverser la très grande majorité, voire la totalité des entretiens. Il nous semble difficile de ne pas les ramener à une constante, relative en tous cas, présente dans la quasi majorité des propos tenus par les usagers. Il serait évidemment fastidieux de les énumérer tous ici, aussi de proposerons nous d'en traduire quelques uns, simplement avec quelques commentaires.

***Mysty : « surtout les troubles de l'humeur ».***

« Je prends maintenant plus que 2 mg par jour, c'est pas grand-chose (...) j'ai souvent essayé de descendre, ça fait longtemps que je veux arrêter mais ça me fait à chaque fois l'effet d'un placebo... Je descendais d'abord par un 1 mg, puis 0.8 mais pas moyen de descendre plus bas et j'ai toujours fini par retourner au 2 mg... je veux arrêter mais pour ça il faut que je descende mais j'y arrive pas... ça me crée même un problème respiratoire, comme si j'étais tout le temps oppressée...là des fois j'en prends plus (...) les effets de manque j'arrive à les supporter c'est pas terrible...je suis motivée mais j'y arrive pas à cause du problème respiratoire...il y a le moral aussi beaucoup...ça plombe vachement... surtout les troubles de l'humeur...c'est pas facile...des fois j'en chiale ».

***Leslie : « angoisses et tics nerveux ».***

« Depuis que je prends le sub, j'ai de grosses crises d'angoisse avec des sursauts et des tics nerveux... franchement je connais pas beaucoup d'autres toxicomanes...même ici... c'est pourquoi je me demande si c'est normal ou si c'est pas moi qui déconne. (...) Je peux toujours respecter la prescription...mon médecin comprends pas, ça lui va bien...il croit que ça règle tout, il a qu'à se mettre à ma place il verra (...) Je pense qu'on est tous différents face au produit parce qu'on a tous une histoire différente ».

La fin de cet entretien, qui n'aura duré que trente minutes, est suffisamment intéressante pour être relevée. Quoi de plus réflexif que cette capacité à comprendre la différence de tout un chacun face au traitement, de comprendre que cette différence ne s'explique que par les histoires différentes des individus.

***Balva : « je me réfugie »***

« Je prends plus rien avec la métha, mes résultats sont presque toujours négatifs, vous avez qu'à regarder... je fume de temps en temps mais c'est un secret pour personne, tout le monde le sait (...) ce qu'il y a...c'est vrai au moindre petit problème je prends de la coke...je me réfugie à cause de l'angoisse »

**Romain : « mystère »**

« Je suis régulièrement angoissé et déprimé mais je saurai pas vous l'expliquer...moi-même je me demande ce qui m'arrive, c'est un mystère pour moi (...) je consomme ça me fait aller mieux, des fois je prends plus de sub, ça me donne la pêche...j'arrête de me torturer ».

Evidemment la complexité et la sévérité de ces effets semblent bien être liées aux trajectoires particulières des individus et les conditions dans lesquels s'effectuent ces traitements ainsi que les perceptions des uns et des autres sur la question. C'est pour cette raison que nous avons développé comme ressource première les attachements qui favorisent en premier lieu ce travail de substitution global, nous y reviendrons plus spécifiquement. Mais la substitution de ces attachements n'est pas un travail aisé, il ne se conforme pas à une organisation planifiée et mécanique tracée par les normes des dispositifs censés mettre en œuvre ces politiques. Les substitutions opérées par les usagers sont d'un autre ordre, elles obéissent à leurs propres logiques, guidées par un vécu, des attachements et des émotions qui ne peuvent être quantifiés, catégorisés ou simplement référencés une fois pour toutes sous forme de lois. Elles ne peuvent pas non plus faire l'objet de théories causales définitives car la substitution se vit douloureusement et de l'intérieur par les usagers. Cette légère introduction est censée nous présenter le dernier point que nous aimerions soumettre à notre critique. Il concerne toutes les entorses aux protocoles de soin mais qui n'ont pas pour raison directe une compréhension des effets secondaires du traitement et les attachements qui leurs sont liés mais semblent bien relever en plus, et dans le même mouvement, d'une recomposition progressive des trajectoires des individus pour s'extraire du monde de la drogue.

#### **IV. TACTIQUES ET RECOMPOSITION.**

##### **1. Attachements, détachements, arrachements, au cœur d'une même stratégie.**

Nous pouvons supposer que toutes ces tactiques tranchent, peu ou prou, les relativisent en tous cas, avec les lieux communs en circulation dans les espaces professionnels (et non

professionnels). Interprétées par les professionnels elles prennent dans le meilleur des cas la forme d'une « automédication sauvage » échappant à la logique curative du traitement. Ceci suggère en outre, si on écoute les médecins, que le recours continu à des médicaments psychotrope de manière « anarchique », à l'instar des drogues, n'a d'autres buts que de camoufler le véritable problème (dont ces pratiques ne sont que le symptôme) et doit trouver à s'exprimer avec l'aide d'un psychologue ou d'un psychiatre, en tous cas faire l'objet d'une « psychothérapie ». Cette hypothèse n'est pas sans fondement et semble bien se confirmer dans les propos des professionnels et des médecins généralistes. On peut en trouver une illustration extrême chez ce médecin.

« Moi franchement j'accorde beaucoup d'importance au suivi psy...je pense que tant qu'on ne sait pas pourquoi ils se droguent c'est pas la peine de continuer...c'est leurs problèmes qu'il faut résoudre et nous on peut pas. Moi en tous cas je fais les choses clairement avec eux... s'ils ne vont pas voir un psy dans le mois qui suit le démarrage du traitement j'arrête de les suivre...je pense qu'il faut une psychothérapie, le subutex n'est qu'un support ».

Bien sur on peut évidemment en y regardant de près, faire des parallèles entre ces tactiques et les pratiques toxicomaniaques en postulant qu'elles reposent sur des « habitus » hérités du passé. Mais transposer des pratiques ne recouvre pas le même sens que transposer les raisons supposées de ces pratiques (la consommation comme un acte compulsif) ce qui semble bien être à l'œuvre ici. Autrement dit des pratiques semblables peuvent soutenir des objectifs différents<sup>290</sup>. Si on considère les enseignements que nous apporte la recherche dirigée par Robert Castel il existe toujours des relations entre les modalités selon lesquelles on est « dedans » et les procédures pour « se mettre à distance ». Quoi de plus normal, dans ces conditions, que les toxicomanes mobilisent des stratégies qui ont déjà fait les preuves de leur

---

<sup>290</sup> Ceci nous donne enfin l'occasion de clarifier définitivement notre propre ambiguïté s'agissant de cette notion « d'habitus ». Notre critique de mise en garde jusqu'à présent consistait simplement à ne pas invoquer ce concept pour expliquer une quelconque reproduction de la toxicomanie puisant ses sources dans un quelconque arrière plan nourricier, qu'il soit psychique ou social, autrement dit la base explicative de cette reproduction. Cependant, détachée de ces sources, cette notion peut prendre un autre sens. Dans cette perspective plus légère on peut évidemment admettre que les individus intériorisent des façons de faire ou de penser qui ne sont pas pour autant des dispositions, entendues comme résultantes de leurs positions, statuts, fixés par les règles de la structure sociale. C'est en cela que la notion de « sens pratique » développée par Pierre Bourdieu est fondamentale à condition de la débarrasser des déterminismes qui l'orientent. Ainsi les usagers de drogues qui inhalent ou s'injectent la buprénorphine déploient leurs propres « sens pratique » pour pallier aux difficultés qu'ils rencontrent à ce moment de leur trajectoire. Nous le voyons, la reproduction de ce « sens pratique » n'est presque jamais liée à l'influence extérieure de la dépendance au produit, même si cette dernière existe. Le « sens pratique » existe soit, il est intériorisé soit, mais il suivra le sens pragmatique que lui donnent les individus et non pas celui répétitif de la structure sociale.

efficacité mais à des fins différentes. Il serait imprudent de penser que la consommation d'héroïne pour les toxicomanes en activité ne génère pas d'effets indésirables que ces derniers tentent de gérer et de minimiser. La « descente » après une prise d'héroïne peut être atténuée par exemple par un « sniff » de coke pour en minimiser les effets. La buprénorphine peut être consommée entre deux prises d'héroïne pour calmer les effets de manque. Appliquée à la substitution ces pratiques prennent généralement un autre sens mais il n'en reste pas moins qu'elles reposent sur des compétences héritées du passé (la bonne connaissance des effets pharmacologique des produits) que le patient en traitement de substitution gère de façon autonome. C'est une dimension complexe et d'importance dans la négociation entre le médecin et le patient. Si d'un côté ce dernier (comme tout autre patient qui se respecte) défend son point de vue à partir de son expérience, le médecin en revanche défend le sien en obligeant le patient à substituer son propre savoir par un autre savoir attaché à la gestion de la buprénorphine et que le médecin est censé lui transmettre. C'est là une autre substitution d'importance qui passe probablement avant toutes celles opérées par le médicament. Logique de soin autonome des patients contre logique médicale, ce n'est pas sans nous rappeler la distinction entre les « auto-contrôles » et les « hétéro-contrôle » des « sorties de la toxicomanie »<sup>291</sup>. Seulement les politiques de « réduction des risques » sont censées reposer sur une visée « autonomiste » des dispositifs favorisant de fait l'autonomie des usagers de drogues considérés comme personnes responsables et reposant sur le pragmatisme de l'intervention en tentant de minimiser les dommages liés à la consommation des stupéfiants que leur contrôle a priori. Or à l'intérieur même de ces dispositifs censés intégrer la logique des usagers et leurs propres perceptions des risques, les patients sous traitement de substitution se heurtent à un véritable « hétéro-contrôle » dans la mesure où les médecins tentent de neutraliser tous les aménagements effectués par ces derniers considérés comme des processus toxicomaniaques à éradiquer. Pourquoi, sinon parce que la toxicomanie continue d'exercer une fascination et une incompréhension ambiguës<sup>292</sup>, ces stratégies persiste-t-elles à être combattus au nom des représentations et des jugements de sens commun ? C'est peut-être la raison pour laquelle on retrouve dans la relation médecin-patient, peut-être plus qu'ailleurs, cette tension et cette ambiguïté complètes entre « politique compensatoire et autonomiste » de la réduction des risques<sup>293</sup>.

---

<sup>291</sup> Castel R., (dir), *op. cit.*

<sup>292</sup> Résumées par ce médecin : « J'en ai eu quelques uns c'est un véritable défi à la médecine, avec tout ce qu'ils ont consommé et les mélanges qu'ils ont fait, ils devraient être morts cent fois, mais ils sont toujours là et pas en si mauvaise santé que ça ».

<sup>293</sup> Trépos J-Y., *op. cit.* 2003.

La politique de réduction des risques, on l'a vue postule la rationalité et la responsabilité des usagers de drogues dont les pratiques reposent sur des choix personnels de consommation. Ces choix ne sont pas toujours exempts de risques (de « dommages » disent les autres pays européens) que les usagers eux-mêmes intègrent selon leur propre perception. On sait que la déviance est considérée par la sociologie interactionniste comme une activité normale du point de vue des déviants (et de celui du sociologue) et peut donc être appréhendée comme une conduite conventionnelle bien que stigmatisée comme « anormale » par le groupe majoritaire (ce qui fait son caractère déviant). Cette déviance, loin de s'expliquer par des prédispositions inhérentes aux individus repose bien sur une activité particulière comme la toxicomanie, mais ne coupe pas le déviant du reste du monde. Bien que l'essentiel de son temps soit consacré à la réalisation de son activité, ce dernier continu néanmoins d'entretenir avec le commun des relations sociales souvent imparfaites, chaotiques ou épisodiques. Pour mettre en avant ces différentes dimensions de la toxicomanie en termes d'activité et rompre avec les conceptions « totales » de la toxicomanie et pour étayer la suite de ce propos la notion de « ligne biographique dominante » s'avère relativement opératoire. La toxicomanie, entendue comme l'essentiel du temps consacré à la recherche et à la consommation du produit représente la ligne biographique dominante de l'individu et coexiste avec d'autres lignes annexes représentant les activités sociales accessoires et traditionnelles menées par le toxicomane. Ces lignes biographiques, dans cette perspective, ne sont ni séparées ni autonomes mais opèrent des chevauchements que le toxicomane s'évertue de gérer tant bien que mal. Si l'on considère parallèlement que l'entrée dans la toxicomanie, comme tout processus déviant, se réalise dans un processus séquentiel socialement appris<sup>294</sup>, pourquoi ne pourrait-on pas imaginer la réversibilité d'un tel processus comme le suggère la recherche dirigée par Robert Castel à partir des moyens et des ressources que mobilise le toxicomane à partir de son expérience<sup>295</sup> ? A l'évidence un tel processus s'avère possible, qu'il prenne la forme d'« auto-contrôles » ou d'« hétéro-contrôle » démontrant que la toxicomanie n'est ni un état irréversible ni définitif. Mais selon cette distinction comment envisager les traitements de substitution ? « Auto-contrôles » ou « hétéro-contrôles » ? Politique « compensatoire » ou « autonomiste » ? Quelle est la part de ces deux dimensions dans l'intervention ? La question est complexe et s'avère somme toute ici secondaire car les toxicomanes jouent de ces contradictions à leur propre profit. Nous retiendrons simplement l'hypothèse que la délivrance de la buprénorphine conduit bien à un travail de substitution qui passe par une phase plus ou

---

<sup>294</sup> Becker, H-S., *op.cit.*

<sup>295</sup> Castel, R., (dir), *ibid.*



moins longue au cours de laquelle le toxicomane se livre à une véritable « reconceptualisation de son expérience »<sup>296</sup>. C'est donc, parallèlement aux stratégies locales décrites plus haut, une véritable stratégie globale de soins que déploie le toxicomane. Mais ces deux stratégies ne sont séparées ici que pour le besoin de la démonstration. En réalité nous pourrions parler d'une stratégie unique faisant intervenir deux niveaux distincts d'intelligibilité souvent présentés comme paradoxaux (par les professionnels) mais qui en définitive s'agencent dans un projet cohérent dans lequel l'utilisateur réinterprète et reconstruit son rapport au monde. S'il existe des tactiques dites locales c'est bien dans un souci de « soin » du point de vue des usagers mais celles-ci prennent définitivement sens, comme nous allons le voir, dans un travail réflexif constant.

## **2. Les contradictions. Un mode de gestion ordinaire dans la substitution des attachements.**

### **- Les contradictions. Un nœud dans les réseaux.**

Ca peut sembler quelque peu contradictoire que d'assembler les contradictions avec un quelconque travail sur les attachements. Ceci mérite quelques explications. Les contradictions sont souvent mobilisées par les professionnels, les médecins, comme éléments irréductibles symbolisant d'une certaine manière l'essence toxicomane. L'utilisateur, le patient délivre à l'institution, au médecin, un discours somme toute raisonnable sur ses intentions généralement en conformité sur ce qui est attendu par ces derniers. Ce n'est pas toujours une entourloupe de l'utilisateur, la plupart du temps il y croit sincèrement, c'est même une ligne de conduite qu'il tente de créer avec le médecin et promet de s'y tenir. Cependant à l'épreuve les événements prennent une autre tournure. Les contrats élaborés au sein du cabinet médical ou du centre de soins ne résistent pas aux tensions supportées par les usagers en dehors. Entre ce qui a été dit, conclu et ce qui apparaît ensuite, on relève quelques écarts, entre le discours des usagers et le résultat du contrôle auxquels sont soumis ces derniers ces écarts jaillissent. La contradiction est là. L'utilisateur nous dit quelque chose, nous promet de s'y tenir mais fait manifestement autre chose.

---

<sup>296</sup> *Ibid.*

Elargissons quelque peu. Comment comprendre ces écarts entre ce que nous affirmons, promettons et nos actes ensuite qui ne sont pas toujours conforme à ce que nous avons dit, promis ou affirmé. Nous savons tous, ou nous le vivons tous, que ces écarts, pointés comme autant de contradictions, sont souvent mobilisées dans la vie courante par tout un chacun pour épingler les incohérences supposées de nos interlocuteurs. Plus spécifiquement nous avons déjà souligné ce point et proposé un modèle d'interprétation et de résolution de ces contradictions par l'institution. Pour nous ces contradictions révèlent un sens diamétralement opposé. Elles n'existent que parce qu'elles procèdent d'un jugement posé sur les actes d'une personne, en cela elles ne disent rien de la pragmatique de l'individu, du sens qu'il donne lui-même à ses propres transferts et agencements, à son propre « sens pratique ». Donc nous pouvons affirmer qu'elles participent non seulement d'un fonctionnement normal de l'individu mais de plus elles représentent l'essence du travail pratique et cognitif accompli par les usagers de drogues, par tout un chacun d'ailleurs, mais simplement à des degrés différents. La contradiction est naturelle, constitutive des efforts que nous accomplissons pour gérer quotidiennement les sédiments successifs de ce que nous intériorisons, les attachements multiples que nous travaillons<sup>297</sup>. Pour le sociologue elle n'est donc qu'une forme ordinaire de la pensée riche d'enseignement<sup>298</sup>, une manière équivoque pour les acteurs de produire et restituer les comptes rendus de leurs agencements perpétuels et de ceux des autres<sup>299</sup>. Elles symbolisent la difficulté de ce travail où les usagers se présentent dans un *entre-deux*, un espace intermédiaire, tiraillés entre deux modes de vies, occupés à trier, substituer, agencer attaches et objets tout en restituant au mieux ce travail. Cette restitution, nous l'avons vu, prend la forme d'une conjugaison où s'interpénètrent la prégnance du passé, l'obligation de stabiliser concrètement un présent, au gré des expériences quotidiennes, et la construction d'un futur hypothétique, toujours changeant.

Nous pourrions donc faire l'hypothèse que toutes ces contradictions représentent finalement autant de *nœuds* dans lesquels s'exprime cette activité cognitive, conceptuelle et pragmatique de l'usager en traitement de substitution.

En somme nous sommes tous activés dans des réseaux différents, nous tentons tous d'agir autant que nous sommes agit dans ces mêmes réseaux. Ces derniers nous obligent

---

<sup>297</sup> Elias N., *Ibid.*

<sup>298</sup> Kaufman J-C., *Ibid.*

<sup>299</sup> Latour B., *Ibid.*

quotidiennement à effectuer des agencements, des bidouillages au quotidien pour tenir et continuer à être actif. Nous sommes tous obligés de défaire continuellement des nœuds parce que nous ne maîtrisons pas tout ce qui nous fait agir. Nous agissons parce que nous sommes agis tout en tentant de maîtriser notre action. Nous expliquons, justifions, clarifions quotidiennement nos actions tout en invoquant une multitude d'acteurs et d'entités pour nous soutenir. Nous en arrivons tous à jongler parmi tous ces réseaux qui nous font vivre tout en tentant de démêler les nœuds qui les composent<sup>300</sup>. Imaginons le quotidien d'un ancien usager de drogues en traitement de substitution et les nœuds qu'il est constamment obligé de gérer. Ses attaches sont différentes, elles ne sont pas équilibrées comme les nôtres, les nœuds sont énormes, forts, ses efforts au quotidien pour effectuer ce travail sont gigantesques.

D'une manière générale il semblerait bien, si on écoute les usagers, que la « sortie de la toxicomanie » reste subordonnée à leur capacité de changer de mode vie, de recouvrer une vie normale, le reste étant relativement accessoire, en tous cas secondaire du moins à leurs yeux. Autrement dit beaucoup de nœuds à défaire. Mais cette résolution se heurte généralement à un double problème. Celui d'abord d'avoir la sensation de « ne pas y arriver ». Dans ce sens est souvent pointé le décalage entre ce qui est voulu et la réalité, « ce que je fais », par exemple le décalage entre le désir sincère d'abandonner définitivement la consommation de drogues et continuer à y avoir recours même ponctuellement.

Souvenons-nous **d'Eric** qui nous propose d'emblée une restitution intéressante pour appréhender cette question.

« C'est vraiment pas simple...j'arrête pas de gamberger sur ce que je traverse, j'arrête pas d'y penser. On est tous comme ça...en tous cas moi je suis clair, je le dis clairement...je crois qu'il y a ambiguïté entre ma morale, l'image que je voudrai donner et ce que je suis réellement...il y a quelque part aussi que l'aide je la demande et je la refuse...c'est ambivalent ».

Cette assertion recueillie dans un petit moment de découragement (Eric venait d'être contrôlé positif à la cocaïne) devant un café n'est pas seulement une formule destinée au sociologue. Quoi de plus réflexif encore que cet usager qui place au cœur même de ces interrogations les

---

<sup>300</sup> *Ibid.* Les nœuds participent à la constitution des réseaux. En tout point d'un réseau existent des nœuds qui distribuent l'action. En ce sens nous sommes tous des médiateurs, nous tentons de maîtriser ce qui nous agit.

contradictions personnelles auxquelles il est confronté. L'image qu'il souhaiterait donner à l'institution ne résiste pas toujours aux turbulences qui le traversent, à ce qu'il pense être réellement.

En règle générale les contradictions, en tous cas pointé comme telles par autrui, ne sont pas facile à expliquer tant elles semblent échapper à notre propre contrôle. Ce faisant et nous le voyons, ces *nœuds* semblent bien faire l'objet d'une restitution par les usagers eux-mêmes. Sans pour autant revenir à la question controversée de l'habitus, nous concédons qu'il existe probablement quelque chose qui s'apparenterait à la « mémoire du corps » emprunte de sens et de signification qui continue à agir l'usager<sup>301</sup>. En somme le poids de ce passé, de cette longue expérience qui continue à vivre à travers cet attachement aux consommations quelle que soit leur nature et leur mode opératoire.

« C'est vrai qu'on aimerait tout arrêter du jour au lendemain et faire des choses normales...ce qui y a c'est qu'on peut pas se débarrasser de ce qu'on a été du jour au lendemain (...) J'arrête pas de gamberger, de me poser des questions...j'arrive pas à me positionner...je comprends pas toujours ce que je fais, des fois c'est plus fort que moi...je consomme alors que je veux arrêter ».

« Je déconne des fois...je sais pas pourtant je veux maîtriser...la dernière fois j'en ai pris un (comprimé de 2 mg) pour faire la fête et zou c'est 10 mg ensuite...je pige pas ce j'ai dans le crâne quand je fais ça...ça m'a repris il y a quelques semaines ma copine n'était pas là, j'ai vraiment abusé ... je me sens coupable à chaque fois de pas être assez fort pour pas le faire...j'ai toujours eu du mal à comprendre certains de mes comportements, je suis vachement contradictoire (...) Mais maintenant je ne sais pas pourquoi j'en ai marre de tout ça, marre de mes faiblesses...depuis quelques temps j'en suis à un cachet de 0.4 mg ce qui me paraît petit mais j'ai du mal à imaginer mon corps sans subu. Mais je suis bien décidé. J'en ai marre de devenir parano, d'avoir si mal aux yeux, je ne supporte plus la lumière, tout ce train de vie. Je me demande si faut pas que j'aille voir un psy...je l'ai jamais fait ».

---

<sup>301</sup> Kaufman, J-C., *La trame conjugale*, Paris, Nathan, 1992.

Le second problème n'est pas simple. Il semble bien questionner l'attachement aux drogues, la consommation de psychotropes en règle générale comme résultante d'un mode de vie que l'on voudrait abandonner mais qui continue d'être actif, d'être représentatif d'une manière d'être, de vivre. Cet attachement est difficile, voire impossible pour certains, à défaire, à substituer, en tous cas au moment de cette exploration. Comment se conformer aux normes du dispositif tout en sachant la complexité de ce qui agit et fait vivre ses bénéficiaires ?

Nous l'avons vu, les explications données aux « consommations annexes » et aux pratiques dites de « défonce » sont généralement diverses, complexes. Si elles témoignent en grande partie d'un souci réel de « soin » il n'en reste pas moins qu'elles soulignent également un attachement aux consommations. Face aux institutions qui continuent (malgré ce qui a été dit sur la politique de réduction des risques) à présenter l'abstinence comme la seule alternative valable à la toxicomanie, les usagers se situent quant à eux dans un continuum d'utilisation des produits qui témoigne que « la reconceptualisation de leur expérience » n'exclut pas des « consommations maîtrisées » ou à caractère « festif ». Ainsi toutes les consommations ne se font pas dans un esprit de « défonce » et sont généralement intégrées comme « normales » (en tous cas pas complètement incompatibles) par les patients aux traitements de substitution. La conception d'un monde sans drogues n'est sans aucun doute pas à l'ordre du jour au moment de ces propos mais l'éventualité d'un changement n'est pas non plus complètement exclue. Ainsi l'abstinence (notion intériorisée au contact des institutions) revêt une signification très fluctuante et ne semble pas représenter un préalable à la « sortie de la toxicomanie ». Dans ce sens il n'y a visiblement pas beaucoup d'incompatibilités par exemple entre « s'en sortir » et continuer de « contrôler » ses consommations.

- **Un attachement contradictoire pas si morbide : le plaisir.**

Evidemment la question du plaisir ne semble pas aller de soi avec les processus de « sortie de la toxicomanie ». Elle ne va pas non plus avec les traitements de substitution dont on a pu mesurer la rigueur du cadrage normatif. Ce n'est pas très étonnant dans la mesure où l'arrêt de l'usage de drogue est souvent synonyme de souffrance alors que sa consommation est associée à celui du plaisir total. Arrêter de consommer de la drogue c'est forcément arrêter d'en éprouver du plaisir. Tous les anciens fumeurs de cigarettes vous expliqueront qu'au-delà

de la dépendance au tabac c'est une forme de plaisir à cette activité qu'ils ont du abandonner<sup>302</sup>.

Pour ouvrir quelque peu cette discussion redonnons la parole à **Eric**, très sûr de lui. Voilà ce qu'il nous dit.

« Je sais pas, ça m'affole franchement des fois, pourtant vous devez comprendre ça... on comprends pas que l'usage festif ça existe avec ou sans substitution...on consomme pas seulement quand on a mal... c'est souvent le cas mais il y a pas que ça... on veut aussi se faire plaisir... moi franchement je maîtrise l'usage à côté ».

Une autre tactique semble bien avoir été éprouvée par **Romain**. Il est depuis dix ans sous protocole méthadone avec un relais chez un médecin généraliste depuis un an. Tout se passe bien, lui n'a jamais dérogé à son traitement, son médecin ne s'en plaint jamais. Il a réussi à baisser son dosage jusqu'à 10 mg par jour ce qui est peu. Sa situation est relativement stable, il a hérité de ses parents leur grande maison avec de l'argent et vit sur son R.M.I.

« Je fume un joint tous les matins, ça amplifie les effets de la méthadone...seulement un joint...pas plus c'est pas pour la défonce...je me sens bien après, c'est vraiment par plaisir (...) je sais pas si je pourrai arrêter la métha un jour, en tous cas c'est pas à l'ordre du jour »

**Stéphane** : « *ma bouteille de vin* ».

« Je suis sous traitement depuis...quoi six mois, ça va bien, en tous cas je crois que je m'en sors...ça va...au début c'était vraiment dur mais là ça va (...) je bosse, je travaille chez METAFER à Saint-A (...) ma famille ça va, ça commence à aller mieux (...) Je fréquente une nana depuis quelques semaines...on se voit j'ai de l'espoir (...) Quand je rentre ben je m'allonge et je picolle ma bouteille de vin (...) tous les soirs (...) c'est pour me faire plaisir ».

Evidemment cette notion de plaisir est difficile à traiter. A côté des cas exemplaires que nous venons de voir elle peut évidemment prendre d'autres formes, plus ambiguës, paradoxales,

---

<sup>302</sup> Nourrisson D., « Les fines herbes du plaisir », *Ethnologie française*, Presses Universitaires de France, Vol. 34 2004/3. p. 435-442.

comme toute émotion qui se respecte. Elle peut prendre forme, comme nous l'avons souligné, dans une pratique qui consiste à préparer un « tube » pour se faire un « sniff », à élaborer le rituel de l'injection. Cette notion du plaisir existe bien, traduite par les usagers elle confirme bien un attachement aux drogues qui continue à vivre parallèlement aux efforts de ces derniers pour s'en détacher justement. C'est l'un des paradoxes, l'une de ces contradictions qui nourrissent justement ce que nous appelons « substitution », cette « boîte noire » que nous ouvrons progressivement.

### **3. Les ressources. La constitution difficile d'un équipement.**

L'une des vertus accordées par les politiques officielles aux traitements de substitution consiste à les considérer comme moteurs de l'insertion sociale. Par les toxicomanes ils sont certainement considérés comme une ressource indéniable. Par certains côtés il s'avère qu'ils opèrent une coupure (ce que disent certains toxicomanes) qui permet des glissements plus faciles dans la société conventionnelle. Mais le terme de coupure doit ici être relativisé. En règle générale le territoire dans lequel le toxicomane tente de reconstruire est généralement le même que celui dans lequel il a vécu sa toxicomanie. Plus qu'une coupure il faudrait alors envisager ce changement d'une manière progressive et discontinuiste dans le sens d'un remplacement et d'un réagencement des activités. On pourrait ainsi dire que se côtoient à la fois toutes les tentatives destinées à créer de nouveaux liens sociaux et le maintien d'anciennes relations que l'on essaye de convertir en leur donnant une autre signification que celle anciennement attachées à la toxicomanie. Souvent les premiers changements concernent les proches avec les lesquels on tente un rapprochement parce que la drogue a creusé un fossé. Toutes ces opérations se déroulent donc plus dans un processus qui consiste à changer de « cadre d'expérience » selon l'expression de Goffman que d'une coupure à proprement parler. Ainsi il faudrait comprendre au plus près quelles sont ces ressources, anciennes et nouvelles, que mobilise le toxicomane pour opérer tous ces changements et parvenir à créer ce nouveau cadre, seul capable par l'expérience, d'aboutir progressivement au réagencement des « lignes biographiques ».

On comprendra aisément que les efforts consacrés à ces changements sont extrêmement coûteux et que ce travail ne va pas de soi. Les premiers temps surtout sont marqués par une incertitude et une peur constante à la fois liée au passé qui remonte (dettes, anciennes

relations du milieu...) et le sentiment d'être complètement perdu au présent où l'ancien mode de vie est abandonné (au moins symboliquement) et où le nouveau n'est pas encore construit. La réalité ensuite faite de recherches diverses et infructueuses qu'on a du mal à faire tenir au bout d'un moment et qui donne le sentiment que le vide laissé par la drogue ne se remplit pas. Le temps angoissant qu'on essaye de faire passer plus vite mais dont on a conscience qu'il joue contre nous. Enfin les obligations administratives diverses qu'il faut remplir et auxquelles on a du mal à faire face. Tous ces problèmes et les questionnements qui les accompagnent arrivent en général d'un coup et provoquent régulièrement des montées d'angoisses insupportables.

« Il y a des choses qui bloquent que je comprends pas, c'est comme si j'étais paralysé, je peux pas faire. Il y a tout le passé, le milieu et les conséquences et tout ce qu'il faut faire. Des fois je passe des journées à tourner en rond...alors je reste chez moi et je consomme pour que ça aille plus vite. Il y a que le week-end ou je suis un peu détendu ».

Pour ne pas basculer (ce qui arrive) il faut pouvoir trouver des supports relationnels aussi ténus soient-ils pour amorcer quelque chose. Le médecin, le centre de soins peuvent à certains moments représenter ces supports. Ainsi ne voit-on pas dans certains centres des patients réclamer eux-mêmes une délivrance quotidienne quelque fois contre l'avis de l'équipe soignante ? (C'est disent-ils troquer une dépendance contre une autre). Mais on pourrait tout aussi bien considérer le centre de soins comme un nouvel espace de socialisation<sup>303</sup>. Il reste souvent à porter le stigmate que forge l'expérience toxicomaniaque et qui oblige souvent les anciens toxicomanes à développer de véritables stratégies pour cacher tout ou en partie leur passé, à systématiquement contrôler l'information qu'ils donnent en dehors des espaces professionnels (en tous cas s'agissant de leur identité) ce qui les oblige à un travail continu de gestion de cette « identité souillée »<sup>304</sup>. Car comment construire des relations stables et durables en avouant ce passé ? Pour certains l'expérience avec l'entourage les encourage à garder le secret car de leur propre aveu la reconstruction des liens avec les proches, mêmes si elle est toujours possible, reste entachée sinon de suspicion en tous cas de troubles car la toxicomanie tend à refaire surface comme élément explicatif du comportement à la moindre dispute.

---

<sup>303</sup> Il existe bien des cas où le traitement de substitution ayant échoué chez un médecin se réalise dans de bien meilleures conditions dans un centre de soins.

<sup>304</sup> Goffman E., *Stigmates- les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Editions de Minuit, 1975.



« A chaque fois que je rentre, je suis obligé de me prendre la tête avec ma famille, surtout ma sœur et son copain. La dernière fois on est presque arrivé aux mains. J'en ai marre de me faire traiter de tox à chaque fois qu'on est pas d'accord ».

Mais à des moments où ils énumèrent les difficultés de ce travail de reconstruction succèdent des moments de mise à distance ou les toxicomanes tentent de dénouer leurs propres contradictions en donnant un sens aux épreuves qu'ils traversent. Ainsi ils mettent en avant la prégnance de l'ancien mode de vie, la difficulté de se débarrasser du jour au lendemain de ce qu'ils ont été tant d'années, la nécessité de prendre du recul et de plaider pour le temps car la construction est un processus pas facile et nouveau.

« Le milieu il est toujours là. Ceux qui disent qu'ils peuvent le quitter du jour au lendemain ils mentent. Il faut du temps et de la volonté, je vous jure c'est pas facile ».

Au passage l'institution, le médecin sont épinglés non sans ironie car le décalage entre leurs demandes et la réalité représente une contradiction supplémentaire à gérer. Autant d'arguments qui plaident une nouvelle fois pour cet « habitus », cette identité de toxicomane fortement cristallisée et particulièrement difficile à défaire. Seulement les toxicomanes débattent également sur la question et leurs conceptions semblent aussi diverses que leurs expériences de la toxicomanie. Ils ne se situent pas toujours dans une vision dichotomique identitaire toxicomane /normal dont le but serait la substitution d'une identité par une autre par intériorisation mais comme pour le reste semblent bien composer sur plusieurs plans et par ajustements (à l'instar des stratégies de soins). Ainsi à côté de ceux qui plaident pour une coupure franche après leur engagement dans un traitement de substitution « je ne suis plus toxicomane », d'autres ne renient pas leur passé et reconnaissent cette partie de leur identité comme le résume explicitement cette mère célibataire : « j'ai deux identités, l'une de toxicomane et l'autre de mère de famille », d'autres encore s'en accommodent :

« Le milieu m'attire parce qu'il me donne une identité de toxicomane à défaut d'être clodo ou malade mental. Moi j'ai été détruit par la psychiatrie, c'est des camps de concentration, du parking. L'identité de tox ne me dérange pas, je m'arrête pas à ce genre de critères. Il y a tellement de drames humains qui se jouent dans ce milieu. A travers la souffrance c'est tellement plus riche, bien plus intense que certains milieux sociaux ».

## CONCLUSION.

Parler d'heuristique suppose une acception précise en sociologie, plus précisément en épistémologie, celle qui préconise généralement l'étude critique du déroulement d'une recherche, quelle que soit les présupposés qui conditionnent cette recherche. Selon notre propre épistémologie il n'y a sensiblement aucun problème pour restituer aux usagers cette même capacité. C'est d'une certaine manière mettre en avant leurs propres programmes de recherche, en tous cas de réflexion, leur propre pragmatique face à la logique de l'institution, du médecin et quelque fois du sociologue. Mais pour cela nous devons abandonner beaucoup de notre intelligence, nous le savons maintenant. Cette posture nous commande de considérer les pratiques des usagers indépendamment des catégories institutionnelles qui les déterminent. Nous l'avons déjà mentionné, la sociologie classique a bien du mal à s'affranchir des catégories cliniques pour réellement devenir une sociologie des pratiques médicales. L'analyse de ces dernières met résolument en évidence la « pluralité des cultures médicales » et des cadres de référence mobilisés dans les pratiques médicales et parallèlement le rôle majeur joué par certains dispositifs techniques<sup>305</sup>. Finalement que sont les heuristiques des usagers de drogues ici, quel sens prennent finalement toutes les tactiques dont nous venons de parler ? Nous avons tenté de les restituer au fur et à mesure en donnant toutes les indications possibles de leurs existences mais il nous faut ici provisoirement conclure et donc regrouper, synthétiser ce qui vient d'être dit.

Toutes ces tactiques relèvent d'un *usage*. Parler de « mésusage » revient automatiquement à adhérer aux catégories cliniques dont il faut s'affranchir. Il n'y a pas un « bon » ou un « mauvais » usage du produit de substitution, il n'y a que des usages différents.

La buprénorphine est une *interface* qui agira chaque usager de façon différente. Chaque usager en parlera de manière différente en fonction de sa prise au dispositif. Nous l'avons vu, même les débats parmi les usagers sont loin d'être éteints. Il n'y a qu'à se rendre sur n'importe quel forum de discussion sur le sujet où s'expriment les usagers. Les différentes prises ou « cristallisations » sont à chaque fois individuelles, évolutives car chaque usager engage sa propre perception en fonction de son vécu. Mais il existe cependant des constantes.

---

<sup>305</sup> Akrich, M. Dodier, N., « Présentation, les objets de la médecine », *Technique et culture*, 1996, n°25-26, p.1-11.

Il nous semble bien que toutes ces tactiques, quelles que soient leur nature, relèvent bien moins d'une dépendance aux drogues que de véritables tentatives pour les usagers de transférer des pratiques dont ils estiment qu'elles sont pour eux un *moindre mal*.

Ce sont ces transferts qui révèlent finalement tout ce travail de détachement (et d'attachement) dont nous venons de parler. Les usagers manifestent ainsi leur capacité à gérer de façon autonome leur propre prise en charge dont une grande partie échappe à l'institution.

Toutes ces tactiques, si l'on entend bien ce qui vient d'être dit, révèlent bien la capacité des usagers à prendre soin d'eux, de leurs corps, de leurs psychismes, de leurs vies courantes en somme. Tous attestent de leurs volontés plus ou moins directes de « s'en sortir » malgré les obstacles qu'ils rencontrent.

En définitive les usagers sont loin d'être indifférents aux sollicitations des institutions et des médecins. Ils contribuent à leur manière à leur propre prise en charge en déployant une culture profane mais qui reste inaudible à l'institution malgré tous leurs efforts pour l'expliquer.

Au regard des recommandations des médecins, ces pratiques révèlent bien moins des pratiques irrépressibles « toxicomaniaques » que la confrontation de deux heuristiques différentes, la confrontation de deux logiques différentes, « auto-contrôles » des usagers et « hétéro-contrôle » des médecins.

## **QUATRIEME PARTIE.**

### **LA RECEPTION DES MEDECINS.**

## **PARTIE INTRODUCTIVE.**

### **UNE PRATIQUE MEDICALE SINGULIERE.**

S'il existe au moins une spécificité propre à la médecine générale, au regard des autres spécialités médicales et au vu des entretiens que nous avons menés, c'est bien de travailler dans un mélange et des tensions constantes entre généralité, complexité et singularité. Cette particularité, fondatrice même de son essence, est substantiellement attachée à l'histoire de sa création dont on a vu qu'elle s'est déroulée en marge des développements scientifiques qui constituaient les spécialités dans une sorte de réductionnisme biologique. On peut considérer qu'inversement la médecine générale était condamnée, par un effet presque mécanique, à se construire dans le mouvement contraire pour aborder l'individu dans son ensemble, et c'est bien là que réside le problème. Si les autres spécialités ont pu construire une relation causale entre les différentes parties de l'anatomie et une spécificité technique et scientifique qui lui était subordonnée dans un cadre très restreint, il nous est malheureusement impossible de prétendre une telle relation pour la « médecine générale ». Cette dernière est un peu particulière dans la mesure où nous entrons brusquement dans une autre dimension dans laquelle il s'agit pour le médecin non seulement d'appréhender l'individu entier à la fois à travers la « pathologie » que ce dernier lui présente mais également avec tout ce qu'il importe dans le cabinet médical de son environnement et des interactions qu'il entretient avec lui. Tout cet assemblage, atypique, se présente au médecin dont il doit sans cesse tenter de dénouer la complexité tout en la restituant au personnage singulier qu'il a en face de lui et qu'il tente de décrypter dans le même mouvement en fonction de la « maladie » que ce dernier lui présente.

Les sciences sociales, et plus particulièrement la sociologie, se sont depuis longtemps attachées à comprendre l'activité médicale et ses conséquences, son rapport aux patients ainsi que son rôle, sa fonction ou son organisation dans ce que nous appelons communément la « société ». Ces approches se sont toujours évertuées à tracer des contours, fournir des modèles destinés à rendre intelligible une pratique dans ses multiples compositions,

déclinaisons et contextes. Cependant, malgré toutes ces théories et ces recherches, malgré tous les efforts de conceptualisation et de modélisation pour expliquer cette « structure médicale », de comprendre ce que devrait être cette médecine particulière eu égard à cette conception de l'homme « général »<sup>306</sup>, on ne peut s'empêcher de la voir en état de perpétuel éclatement. Lorsqu'on écoute les médecins nous rapporter ce qu'ils font et ce qu'ils sont, on voit poindre progressivement les grands contrastes de cet univers médical traduit par des individus dispersés, tour à tour dogmatiques, incertains, contradictoires, quelques fois perdus. C'est ainsi que cette médecine, ou plutôt ses porte-parole, travaillent continuellement à contenir cet éclatement, non parce qu'il est néfaste ou contre productif mais simplement pour lui donner une signification, du sens, puisque c'est bien ce que l'on pourrait considérer comme une faiblesse qui constitue en définitive la force même de cette médecine. Nous nous sommes acquittés de cette contradiction précédemment, rapidement nous le concédons, en expliquant en quoi la médecine générale était à même d'absorber les traitements de « substitution » en proposant justement un mode de gestion suffisamment faible, incertain et général pour les faire tenir puisque ces derniers reposent globalement sur le même principe. Cependant nous devons quitter ici ce niveau de restitution général pour voyager à l'autre bout de ce collectif et rencontrer maintenant son actant principal, le médecin généraliste. J'aimerais dans cette dernière partie tenter de décliner maintenant, et partiellement cependant, les variations et les grands contrastes de ce regard porté par cette multitude des individus qui composent cette « médecine générale » et les agencements toujours complexes et différents qui en résultent pour constituer ce que nous entrevoyons communément comme la pratique médicale, en partant de notre exemple, la « substitution ».

Cependant, et comme tout le reste, nous ne rejeterons bien sur aucune des théories qui se sont occupées de ce problème, quelque soit le niveau d'analyse et la place qu'elles entendent donner à la médecine en général. Nous ne rejetons pas l'histoire non plus dont nous savons maintenant qu'elles mettent en avant, avec les théories, tout le travail idéologique et doctrinal, toutes les inventions et les « performances »<sup>307</sup> que les médecins eux-mêmes ont fourni et

---

<sup>306</sup> On pourrait considérer que ce n'est qu'une partie du corps qui entre chez un spécialiste. La rencontre est déjà cadrée, organisée, orientée et la place du patient est très réduite sauf lorsque le spécialiste lui demande son concours. Contrairement aux médecins généralistes, il ne viendrait jamais à l'esprit d'un spécialiste de demander à son patient : « qu'est ce qui vous amène ? ».

<sup>307</sup> J'utilise cette notion à la suite de Michel Callon pour qualifier les changements opérés par les acteurs. Si on considère qu'il n'y a pas de construction dans le sens ou on l'entend traditionnellement en sociologie, on peut en revanche considérer le fait que les représentants des médecins généralistes, en tant que porte-paroles, contribuent à changer le collectif de la médecine générale en agissant sur ses propres représentations et ses pratiques. Ils donnent une nouvelle interprétation de ce qu'ils estiment être la réalité de la médecine générale. On verra plus

fournissent encore pour constituer et maintenir ce collectif. Ceci vaut certainement plus pour les médecins généralistes que pour n'importe quelle autre spécialité. Nous ne pouvons rejeter ces processus parce qu'ils participent à déchiffrer l'avènement de ce collectif particulier, à constituer dans le même mouvement les médecins et les efforts déployés par ces derniers pour clarifier leurs pratiques et les individus auxquelles elles s'adressent. Ce travail est difficile, toujours à l'œuvre car il entend également clarifier sans cesse l'entité que le médecin doit soigner dans des partages qui ne sont jamais évident au niveau même de sa pratique.

D'une manière générale et dans son exercice quotidien le médecin généraliste doit continuellement faire des partages pour construire son activité médicale : la maladie « objective », la plainte, la souffrance de l'individu dans ses multiples composantes, ses connexions avec l'environnement que ce dernier lui décrit... Mais ce travail reste constamment amarré à des repères, des ensembles de compréhension que le médecin mobilise pour construire ses « diagnostics ». Ces derniers sont tout le temps en mouvement et se construisent continuellement en se nourrissant de l'expérience personnelle du médecin et des apports externes qu'il recherche quelques fois. Nous l'avons vu, dans le cadre de la « réduction des risques », et plus étroitement dans celui de la « substitution », on pourrait considérer que petit à petit les premiers dispositifs de « santé publique » ont donné naissance à une sorte de « clinique médicale » du toxicomane en médecine générale. Evidemment sa réalité n'est pas vraiment de l'ordre de la mise en pratique, comme toute clinique, mais se compose essentiellement d'une série de prescriptions et de représentations censées guider les actes des médecins que chacun travaille à sa manière. Ces prescriptions peuvent être externes, lorsque le médecin voyage dans les réseaux de la « toxicomanie » ou sont internes lorsque celui travaille avec ses propres dispositions et ressources qu'il se constitue sporadiquement au fur et à mesure, ce qui est la plupart du temps le cas. Ces deux plans de la socialisation des médecins coexistent et alimentent à différents degrés les pratiques puisque toujours présents pour construire les appuis dont se servent les médecins pour guider leurs jugements sur l'individu, la « substitution ». Cependant cette manière de construire ce pan de leur socialisation professionnelle produit des perceptions et des conceptions très variées de l'individu que les théories, les croyances et les idéologies nourrissent constamment et de manière particulièrement hétérogène. On peut retrouver ainsi chez certains médecins des

---

tard par exemple que la question de la « complexité » devient l'un des principaux repères pour qualifier cette pratique médicale. Bien sûr en tant que sociologue, et porte-parole également de ce collectif, je devrai également donner ma propre interprétation de cette performance, interprétation (performance) qui pourra ensuite être soumise à la même épreuve par d'autres.

visions du monde médical radicalement différentes dans lesquelles le voyage entre une certaine idée de la médecine, les conceptions de l'individu et les pratiques qui vont avec participent à stabiliser des agencements chaque fois différents. Ce sont finalement tous ces agencements hétérogènes et particuliers effectués par les médecins qui nous permettent de comprendre en définitive ce qu'ils sont, le rapport qu'ils entretiennent à leurs patients et leurs « pathologies ». C'est en définitive la perspective que nous nous efforcerons de maintenir tout le long de cette partie à partir de notre exemple précis, la « substitution ».

Mais comme pour les usagers de drogues il ne s'agira pas d'oublier, parce qu'elles sont substantielles, le travail cognitif et surtout les dimensions morales toujours présentes dans les articulations réflexives effectuées par les médecins. Les théories et les modèles disponibles, parce qu'ils tendent à mobiliser trop rapidement l'explication sociale unifiante et ce faisant quelque peu réductrice, manquent quelque peu certains intermédiaires susceptibles de nous donner accès au statut réel du médecin généraliste singulier. Non que ces théories et ces modèles ne soient pas pertinents, bien au contraire, nous l'avons maintes fois répété. Ils représentent pour nous des appuis très importants mais que nous devons constamment éclater et agglomérer autrement si nous voulons saisir la complexité de la médecine générale<sup>308</sup>. Nous allons d'ailleurs rapidement voir par exemple que la question de la « complexité » devient une problématique en soi dans la recherche de sens de la pratique que se sont astreints les représentants de la médecine générale. En prenant comme objet la « substitution » nous concevons que la médecine n'arrête pas de négocier avec l'aspect thérapeutique du problème et donc le rôle qu'elle doit jouer dans cette interaction, ce qui participe à notre sens à éclater encore plus les représentations dont elle est l'objet. Donc, et parce qu'elle se situe encore plus aux marges de son activité traditionnelle médicale, la « substitution » questionne encore plus la médecine générale sur son rôle « extra-médical » et son implication comme dispositif ouvert à caractère médical mais de fait parsemé d'incertitudes et traduit par ses propres représentants comme un univers « complexe ».

La médecine générale, dans tout l'univers flottant dans lequel elle se retrouve, s'est néanmoins constituée une légitimité certaine. Sa proximité, son ouverture, fait du médecin quelqu'un pourvu de « compétences » tant par sa qualification propre que par sa capacité à

---

<sup>308</sup> Ce double mouvement d'éclatement et d'agglomération, nécessaire à mon avis pour comprendre l'hétérogénéité des pratiques dans toutes leurs dimensions s'inspire de l'approche proposée par Nicolas Dodier s'agissant des médecins du travail et sur laquelle je reviendrai rapidement.



être un « médiateur » dans le sens ou on l'entend ici, c'est-à-dire quelqu'un susceptible par son statut et son action de transformer à différents degrés les personnes qui le consultent. Cette transformation peut simplement faire l'objet d'une guérison, comme soigner une grippe ou toute autre maladie aiguë. Elle peut faire l'objet de transactions beaucoup plus longues, comme dans le cas des maladies chroniques où le médecin gère et coordonne avec le patient sa trajectoire médicale. De plus, et comme interlocuteur principal dans le parcours de soin, le médecin généraliste se retrouve comme « administrateur » de la gestion du dispositif de soin général « sociétal » sans cesse remis à l'ordre du jour. Enfin et à travers tous ces aspects de cette activité médicale nous pouvons comprendre que le médecin est constamment assailli par nombre de dimensions et leurs contraintes, dans lesquelles il est perpétuellement et quelques fois douloureusement tendu et en interrogation constante.

En définitive notre premier questionnement n'est pas : qui est le médecin généraliste, a-t-il des compétences particulières, peut-on tracer les contours d'une professionnalité, quel est l'objet spécifique de sa spécialité ? Cet abord de la question nous laisserait certainement démuné sur nombre de plans que l'approche aura préalablement réduite à des modèles spécifiques et laisserai sans doute dans l'ombre certaines dimensions relativement importantes. De plus, pour cette raison, et c'est un choix à la fois méthodologique et épistémologique, nous avons décidé d'appréhender la question sous l'angle d'une problématique particulière. En ce sens nous avons déjà soumis l'idée que la « médecine générale » soutenait plus un rôle, une mission globale qu'une intervention purement technique comme les autres spécialités. Dans le cabinet du médecin cette mission configure le cadre de perception de son activité d'une manière particulièrement hétérogène. Elle est effectivement complexe parce que l'individu qui pénètre dans le cabinet médical introduit avec lui tout un monde que le médecin doit comprendre, décoder en fonction de la personne singulière qui le traduit. De plus ce médecin est au croisement de nombre de réseaux et n'arrête pas, lorsqu'on lui demande, de se constituer comme le représentant d'une spécialité, d'une mission, d'un rôle, avec toutes les louanges et les critiques qui accompagnent cet exercice en fonction des jugements et des critiques portés par les patients, notamment.

Les colorations particulières de cette médecine demandent dans un premier temps à ce que l'on dégage les différentes teintes qui la composent afin de fixer provisoirement dans un premier temps un guide de compréhension. On peut à ce stade raisonnablement admettre, au vu de ce qui vient d'être dit, que l'une des tensions qui semble traverser cette pratique peut

être réduite au travers de deux pôles : singularité et complexité, le tout enchâssé dans un cadre d'intervention relativement incertain. Il n'est pas surprenant que ces questions aient été reprises et posées par certains médecins (et bons sociologues) à partir de leurs pratiques quotidiennes pour tenter de « performer » une réalité sociale. C'est à ce titre que les organisateurs de la WONCA Europe ont choisi pour leur thème de septembre 2009 organisé à Bâle en Suisse : « La fascination de la complexité : prise en charge des individus dans le champ de l'incertitude ». On voit bien que ces questions taraudent les médecins généralistes depuis longtemps, depuis au moins sa création involontaire. En dehors de la bataille pour lui donner une légitimité statutaire, les représentants de cette médecine ont toujours essayé de lui donner des contours et une compétence spécifique, en tous cas une intelligibilité professionnelle.

Cependant comment pouvons-nous proposer un modèle viable de restitution dans ce que le lecteur pourrait interpréter, malgré tous nos efforts, comme une cacophonie ? Les médecins généralistes font tout, n'importe quoi, avec les moyens dont ils disposent. Ce qui vient d'être dit n'est pas faux, si on le neutralise et si on le réoriente quelque peu, dans la mesure où on pourrait considérer que c'est approximativement la définition d'un « dispositif faible », notre présupposé de départ. Au bout du compte ce qui semble être dénué de sens en a certainement beaucoup d'autres mais si l'on consent à adopter un autre point de vue. Cependant ceci ne règle pas tout. Dans ce dispositif il y a des femmes et des hommes qui se revendiquent comme médecins et qui négocient également avec la mission qui leur est confiée (ou imposée). Ils défendent continuellement leurs identités de médecins tout en la négociant sans cesse avec les différentes sollicitations dont ils sont l'objet, comme il la justifie au sociologue qui les interroge.

La question de la « substitution » est relativement problématique, nous l'avons vu. Elle met le médecin face à une nouveauté qui l'interroge à plus d'un titre et c'est bien le problème. Qu'en est-il lorsque l'on soumet le médecin généraliste à l'épreuve d'un « objet » fuyant ? Je veux dire par là une interrogation qui ne suppose pour lui aucune mobilisation purement médicale dans la mesure où il prescrit un traitement qui ne rentre dans aucune nosographie disponible. On pourra certainement me dire que d'autres objets pourraient être soumis à cet exercice dont la somme pourrait révéler en définitive ce qu'est la « médecine générale » ou du moins en tracer des contours relatifs. Toutes les consultations des médecins ne se situent pas dans un processus médical classique dont le but serait la révélation d'une « maladie » par le biais d'un

processus diagnostic. Ces médecins répondent à nombre de demandes qui ne satisfont pas aux protocoles classiques de la médecine.

D'une certaine manière, et sans présomption aucune, l'hétérogénéité des pratiques des médecins généralistes semble bien être un défi à l'analyse sociologique<sup>309</sup>. Plus nous avançons dans les entretiens et plus nous ouvrons des portes qui ouvrent sur d'autres portes, plus les réseaux et leurs ramifications se divisent et plus se développe le sentiment que la saturation d'un modèle spécifique préalable relève d'une mission impossible à atteindre même si nous interrogeons tous les médecins de France. C'est également pour cette raison que nous avons opté pour un cadre problématique relativement hétérogène à l'instar même de ces pratiques médicales. Alors il faut risquer une interprétation, celle du sociologue, qui ne sera somme toute que sa propre restitution, sa propre modélisation qui ne se substitue pas à celle des acteurs mais évolue simplement à un autre niveau.

Alors il nous faut bien tenter de fournir un guide pour notre restitution, un modèle d'analyse susceptible de nous fournir ensuite les agrégations pertinentes pour déchiffrer un peu mieux cette pratique médicale. Nous le ferons par la suite mais cet exercice suppose, si on veut rester fidèle à notre approche, une étape préalable au cours de laquelle il nous faut éclater le plus possible les principaux modèles disponibles. Nous devons alors dans un premier temps tenter une critique, mener une discussion pour tracer les limites des principales approches sans les rejeter toutefois. C'est ensuite que nous serons le mieux à même de proposer une restitution différente sur la place des médecins généralistes que nous tenterons d'étayer ensuite à la lumière de notre objet, la « substitution ».

---

<sup>309</sup> Je ne peux m'empêcher de faire un certain parallèle avec l'analyse de Freidson s'agissant des professions artistiques et leur complexité, leur hétérogénéité et les interactions, intrications des différents mondes qui les composent. Le côté intéressant de cette approche est leur déconstruction pour les décrire ensuite comme « faisceaux de tâches ». Freidson, E., « Les professions artistiques comme défi à l'analyse sociologique », *Revue française de sociologie*, XXVII, 1986, pp. 431-443.

# **CHAPITRE I.**

## **LES CONTOURS D'UN ESPACE MEDICAL.**

### **I. PREALABLES EPISTEMOLOGIQUES.**

Comment décrire la pratique médicale sans faire référence à un quelconque modèle théorique classique ? Comment restituer ce que font les médecins (ou plutôt ce qu'ils disent de ce qu'ils font) sans tomber uniquement dans les travers de l'explication et de l'interprétation ? Mais si nous devons le faire comment interpréter sans dénaturer le sens que ces derniers donnent à leurs actes ? Nous pourrions nous contenter de décrire. Mais peut-on le faire réellement à partir du discours ? Ces questions seront traitées plus loin lorsque nous aborderons le statut que nous donnons aux individus et à la production de leur discours mais nous aimerions dans l'immédiat et avant de tenter de répondre à toutes ces questions, aborder certains aspects théoriques de la pratique médicale afin de mieux les questionner ensuite s'agissant de l'objet qui nous préoccupe. Ce détour est nécessaire et nécessite quelques explications pour deux raisons au moins. La première, de nature plus ou moins épistémologique, consiste à préciser en quoi ces approches présentent certaines limites pour appréhender la question des pratiques médicales et plus spécifiquement la gestion des traitements de substitution. La seconde est que ce premier débroussaillage permettra de mieux comprendre, du moins nous l'espérons, le chemin un peu moins classique et peut-être un peu plus tortueux pour lequel nous opterons. Une dernière précision néanmoins et encore. Il n'est pas question ici d'effectuer une rupture définitive par rapport aux éclairages existants ni de trancher des questions toujours en débat. Ces derniers représentent toujours évidemment un socle de compréhension important pour expliquer la posture et les pratiques médicales ainsi que le rôle assigné à la médecine mais nous pensons que face à un objet qui s'avèrera particulièrement complexe et difficile à saisir il nous faudra prendre quelques dispositions et précautions supplémentaires pour ne pas enfermer à priori les individus dans des statuts et des mécanismes définitifs.

L'une des principales perceptions attachées à la médecine en général est de la considérer comme une « science ». Généralement perçus comme les détenteurs d'une certaine « vérité » ces derniers passent assez bien pour des « experts » comme il en va dans bien d'autres disciplines. Nous verrons bien par la suite que cette « expertise » pose bien des problèmes dans sa construction concrète mais attachons là pour l'instant à notre préoccupation immédiate. Réactivons un instant l'histoire des premiers chapitres.

Avec l'entrée en lice des médecins généralistes dans le champ de la « toxicomanie » et de la « réduction des risques » voilà près de dix ans, le paysage du soin a certainement fait l'objet d'une reconfiguration certaine. Nous pouvons raisonnablement faire la proposition que les nouvelles lignes de force qui le traversent progressivement depuis le début de cette décennie ont également généré un déplacement de l'expertise au profit des médecins généralistes. C'est ce que l'on pourrait appeler une expertise de premier plan, les intervenants « spécialisés » assumant quant à eux de plus en plus une intervention que l'on pourrait qualifier de seconde main. Nous accepterons donc provisoirement notre médecin comme ce nouvel expert, ce qu'il est probablement aux yeux de beaucoup, malgré les critiques qui consistent justement à dénoncer cette expertise (ce qui participe d'ailleurs à la construire). Ce choix pourra sembler quelque peu spartiate à beaucoup mais il n'est au bout du compte qu'une manœuvre pour éclairer un sujet qui peut s'avérer particulièrement complexe compte tenu des perceptions (d'aucuns diront les représentations) qui peuvent être liés à la toxicomanie et à son traitement par la médecine.

Mais ce n'est pas à proprement parler d'une sociologie de l'expertise que nous allons traiter, loin s'en faut et ce n'est pas le but ici bien que cet objet aurait gagné à être traité dans sa conception constructiviste comme a pu l'explorer Jean-Yves Trépos<sup>310</sup>. Plus modestement pour notre propos il s'agit simplement d'emprunter à la sociologie critique quelques arguments lorsqu'elle se propose d'épingler l'expertise à partir des lignes de partages forgées par certaines théories classiques. Pour cela nous tenterons plutôt de suivre Nicolas Dodier dans son approche des médecins du travail<sup>311</sup>. Que dit-elle ? Elle parle de la « dualité de l'expertise » qui engage simplement à considérer la critique d'un observateur extérieur (par

---

<sup>310</sup> Trépos J-Y., *La sociologie de l'expertise*, Presses Universitaires de France, 1996. Je tenais à le souligner eu égard à notre perspective générale. Si on défait toutes les lignes de partage, nous pourrions au bout du compte considérer que nous sommes tous des experts.

<sup>311</sup> Dodier N., *op.cit.*, 1993.

exemple le sociologue) face à la prétention de l'expert (le médecin) à dérouler son expertise<sup>312</sup>. Ainsi l'observateur trace une ligne de partage. D'un côté il y a une expertise pure, réelle (la médecine), et de l'autre côté toutes les entités qui empêchent cette expertise de se dérouler. Par exemple un avocat croit être motivé par ce qui fait de lui un expert du droit mais cette expertise est sans cesse parasitée par les contingences dont il est assailli. Evidemment ce qui empêche réellement l'expertise de se dérouler tend à échapper consciemment aux experts qui cependant prétendent généralement le contraire. L'observateur lui n'est pas dupe. Il va prouver aux individus que ce qu'ils font n'est pas ce qu'ils devraient faire s'ils respectaient objectivement leurs expertises. Ainsi cet observateur dénonce, il dit que cette expertise ne peut se dérouler parce que dans la situation l'individu se laisse assaillir par des forces qui objectivement l'empêchent de travailler. Il trace ainsi une ligne tendant à démontrer essentiellement ce qu'il fait réellement en lieu et place de l'expertise réelle attachée à sa fonction. Ce processus ne nous est pas étranger depuis le début de cet écrit et nous l'avons déjà maintes fois évoqué. Il correspond ici spécifiquement à ce que Bruno Latour a décrit s'agissant des processus motivant le scientifique dans la construction de sa science : il fait sans cesse le « partage » entre son noyau scientifique et ce qui a ses yeux le parasite et ce faisant il « purifie » constamment son expérience<sup>313</sup>.

Si l'expertise pure existe (mais jamais démontrée), ce qui est ici le présupposé ici, cette dernière ne peut jamais exister car sans cesse parasitée par des facteurs extérieurs qui sont classés globalement en trois grandes catégories. D'une part les facteurs sociaux et économiques. En croyant parler de réalités biologiques ou naturelles la médecine, en tant qu'organisation, ne fait que désigner des réalités sociales. La fonction qui lui est attribuée et le mandat qui lui est confiée ne participent alors qu'à la désignation et la stigmatisation des différentes formes de déviances. De cette perspective qui consiste à considérer les acteurs comme agis et déterminés par des forces extérieures, la question qui se pose alors est de savoir si les jugements des médecins ne sont pas avant tout socialement construits, en d'autres termes produits par quelque chose qui leur échappe et dont ils sont les instruments. Ainsi, en croyant soigner des patients par le biais des traitements de substitution les médecins ne contribueraient, en tant qu'organisation, qu'à la désignation d'une réalité sociale : la toxicomanie.

---

<sup>312</sup> Il faut bien sur préciser ici que cette approche ne concerne pas seulement la médecine. L'expertise dont il est question recouvre toutes les disciplines qui revendiquent une certaine autonomie de jugement objectif ce qui par définition caractérise l'expertise dans sa définition.

<sup>313</sup> Latour B., *Nous n'avons été jamais modernes*, Essai d'anthropologie symétrique, Paris, La découverte, 1991.

Ces opérations ont largement été décrites par la sociologie interactionniste dans ce qu'il est convenu d'appeler les opérations « d'étiquetage » visant la désignation, voire la stigmatisation, des déviations par rapport à la norme. En d'autres termes la toxicomanie n'existerait pas en soi (du moins pour le sociologue) mais ne se révélerait qu'à partir du moment où les individus entrent en interaction avec les professionnels du soin. La toxicomanie représenterait donc plus un statut accordé à une déviation particulière (ce qui ne la distinguerait pas sociologiquement des autres formes de déviation) qu'une réalité médicale objective.

Les seconds facteurs parasites de l'expertise sont ceux décrits notamment par les ethnométhodologues et qui concernent simplement l'énumération des compétences ordinaires déployées par l'entremise du langage. Dans ce sens on dira que les médecins ne mettent en œuvre aucune compétence spécialisée. Si l'on observe et décrit dans le détail les interactions entre médecins et patients et les ajustements et adaptations réciproques pour que chaque parti comprenne l'autre, il est possible de voir alors que les médecins ne font appel à aucune compétence spécialisée. Rien ne vient réellement distinguer le médecin de son patient, l'expert du profane. Cette approche serait particulièrement adaptée au cas des maladies chroniques qui supposent une relation entre médecins et patients différente de celle des maladies aiguës. Dans le cas des maladies chroniques (tel le diabète ou l'hypertension) les compétences du médecin n'agissent plus, neutralisées en cela par la maladie réputée incurable, ce dernier n'est plus à même de soigner son patient mais contribue avec son aide à la gestion de la maladie. La relation n'est plus dissymétrique mais asymétrique reposant en cela sur un « ordre négocié » dans la mesure où le patient, avec le temps est susceptible d'acquérir autant (voire plus) de compétences que son médecin<sup>314</sup>. Nous pourrions par un effort de transposition, céder à une telle approche s'agissant des traitements de substitution. La buprénorphine haut dosage délivrée par les médecins n'est qu'une drogue de synthèse destinée à agir sur le manque<sup>315</sup> et prescrite comme un médicament ordinaire. Face aux toxicomanes, dont on peut raisonnablement penser qu'ils en savent plus long qu'eux sur le sujet, on est en droit de se demander ce que font les médecins. Quelles compétences, quels savoirs engagent-ils ? Leur capacité à comprendre les patients en fonction des contingences de la situation, des difficultés qu'ils traversent. Leur capacité à comprendre ou non la signification des propos de leur

---

<sup>314</sup> Baszanger I., *Ibid.*

<sup>315</sup> Pour rappel la buprénorphine haut dosage est un agoniste partiel. Elle se fixe préférentiellement sur une partie des récepteurs.

interlocuteur. En somme rien d'extraordinaire. Aucun savoir spécifique et formalisé n'est à l'œuvre. Aucune expertise particulière.

Le troisième volet de cette dualité de l'expertise censé mettre en lumière les interférences qui l'empêchent de fonctionner est à rechercher dans la définition même d'un modèle médical qui guide les pratiques du médecin. Il y a à l'origine ce qu'un médecin imagine être la « démarche médicale » exemplaire sur un point précis, par exemple l'élaboration d'un diagnostic. Le but est alors de parfaire ce modèle à partir de l'expérience et des connaissances nouvelles qui surgissent de manière à réduire constamment l'incertitude entre le modèle et les pratiques. Ce modèle devient ainsi un système de guidage formel pour le médecin dans la manière de procéder qui imagine que tout médecin compétent devrait obéir à la même démarche. Mais cette notion de « soin » n'a jamais réellement pu faire l'objet d'une définition thérapeutique unique accordant tous les professionnels du champ de la toxicomanie et n'a cessé d'être controversée depuis la création du dispositif comme elle continue à l'être aujourd'hui par les médecins eux-mêmes, on y reviendra. On le comprendra, les éléments externes qui paralysent ici l'expertise sont toutes les opérations qui ne rentrent pas dans le modèle de raisonnement<sup>316</sup>.

Appliquer l'un de ces modèle reviendrait à dire : je dénonce ce que la médecine fait réellement au lieu de ce qu'elle devrait faire parce que sans cesse parasitée par des éléments externes dont elle n'a pas conscience. Mais ce serait avoir dans le même temps avoir une idée de ce que devrait être une pure expertise médicale ce qui semble bien poser problème puisque jamais définie. De plus cette « dualité de l'expertise », nous dit Nicolas Dodier, qui anime la « vigilance épistémologique » de l'observateur se double d'une « vigilance morale » à l'égard des individus qui entrent dans le champ de l'expertise de l'acteur. Cette dernière donne lieu à ce que l'on pourrait définir comme la « fonction sociale » de la médecine. Autrement dit les médecins sont animés par des motivations et des intentions conscientes ou inconscientes selon la perspective théorique que l'on adopte. Si elles sont conscientes on parlera alors de « stratégie de l'acteur » en référence aux travaux de Crozier et Friedberg, inconsciente si on se place dans des les déterminations en terme de classes sociale et de champs largement analysés par Pierre Bourdieu.

---

<sup>316</sup> S'agissant justement de la construction concrète d'un modèle de raisonnement clinique en médecine on peut voir Cicourel, A., « Raisonnement et diagnostic : le rôle du discours et de la compréhension clinique en médecine », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, Année 1985, Volume 60, Numéro 1.



Enfin, les médecins ne sont en aucun cas des experts puisque ne parvenant jamais à réaliser leur expertise mais en plus ils participent, au détriment de leurs patients, à œuvrer pour leurs intérêts particuliers. Par exemple dans le cas qui nous préoccupe les médecins peuvent bien affirmer avec force dans leurs déclarations que les toxicomanes sont « des patients comme les autres », nous expliquerons, en bon sociologue critique, que non seulement les jugements des médecins sont socialement construits mais de plus ils obéissent à une « fonction sociale ». Socialement construits parce que la médecine, en tant qu'organisation, participe à désigner une activité déviante, la toxicomanie, en renforçant encore le stigmate qui lui est lié. Ensuite parce que les médecins n'engagent aucune compétence et aucun savoir particulier dans leur relation avec les toxicomanes qui demandent un traitement de substitution mais s'efforcent de gérer difficilement un traitement avec l'aide relative de ces derniers. Enfin parce qu'un modèle de soin médical pour la toxicomanie n'a jamais pu faire l'objet d'un consensus ces quarante dernières années. De plus l'intérêt porté aux toxicomanes traduit forcément des intérêts particuliers quelque soit leur mode d'expression<sup>317</sup>. Mais la « fonction sociale » de la médecine agit également à un autre niveau de dénonciation. Celui, par exemple, de la « médicalisation » de la toxicomanie par l'intermédiaire des produits de substitution. Si le médecin ne soigne rien puisque se contentant de prescrire de la buprénorphine il participe en tant que représentant d'une organisation à cette opération de seconde main qui consiste à gérer et contrôler une déviance particulière. Cette médicalisation n'étant dans ce cas que le synonyme d'un contrôle social exercé sur les toxicomanes par le biais des médecins en échangeant une drogue contre une autre. Nous l'avons déjà mentionné les défenseurs du dispositif traditionnel ont largement déployé cet argument n'hésitant pas, pour certains, à faire référence à Michel Foucault en mobilisant la notion de « bio-politique » ou de « bio-pouvoir », c'est-à-dire la prise en charge et le contrôle des populations par la médecine dans un processus global de « régularisation ». Nous ne sommes pas sûr encore maintenant, et d'une manière générale, que la pensée de Foucault s'agissant de ces grands mouvements macro-sociaux ait été justement restituée. Mais c'est bien cette utilisation qui nous intéresse ici dans ce qu'elle peut nourrir les arguments de l'observateur pour dénoncer le rôle implicite des médecins et plus globalement celui de l'organisation médicale.

---

<sup>317</sup> Par exemple les médecins qui affichent des files actives importantes ou ceux réputés laxistes dont on pense qu'ils ne respectent pas les protocoles de soin et quelques fois qualifiés de « dealers en blouse blanche ». A l'opposé ceux qui refusent cette clientèle parce qu'elle ne représente pour eux aucun intérêt.

La critique précédente était sous-tendue par l'idée que nous nous faisons du médecin comme « expert » dans sa discipline. La sociologie critique, parce qu'elle mobilise des théories d'arrière plan, effectue des partages dans le but de mettre en exergue les facteurs qui empêchent justement l'existence même d'une quelconque expertise.

Abandonnons un moment cette vision de la médecine sous l'angle de l'expertise (postulée comme existante et acquise pour la critique) pour nous concentrer plus concrètement sur la question des savoirs et des pratiques médicales. Au fond l'analyse précédente ne pose jamais la question du contenu de l'expertise se contentant de prouver que cette dernière ne peut jamais réellement s'appliquer. Nous pouvons difficilement nous en contenter puisque notre médecin à nous n'est pas pris dans la production d'un jugement à rendre sur des aptitudes professionnelles dans un contexte de travail particulier mais s'engage comme généraliste particulier dans les soins et les prescriptions à des patients somme toute ordinaires.

Nous pouvons donc attaquer maintenant ce point et voir comment nous pourrions décliner la question des savoirs et des pratiques médicales, en somme tenter de leur donner un relief s'il en est. Il n'est certes pas question d'en fournir une analyse approfondie et exhaustive ici mais de formuler quelques uns des principes classiques qui permettent généralement de guider cette approche. L'une des possibilités pour appréhender cette tâche nous pousserait à considérer la pratique médicale non comme l'utilisation passive et mécanique d'un savoir acquis une fois pour toute à l'université mais comme un ensemble relativement complexe en perpétuelle construction. Une étude d'Isabelle Baszanger<sup>318</sup> montre bien par exemple comment les jeunes médecins, dès les toutes premières années de leur exercice, construisent et sélectionnent progressivement tout un système de catégories et de notions qui devient la référence de ce qu'elle appelle les « savoirs opératoires », au filtre desquels ils appréhendent maladies et malades, organisent leurs diagnostics et interventions thérapeutiques. Cependant ces catégories et ces notions génératrices de savoir n'œuvrent pas seules. Elles sont largement cadrées et influencées par les idéologies professionnelles des médecins, l'idée que chacun se fait de la place de la « médecine générale » au regard des autres spécialités et des conceptions du rôle du médecin généraliste dans la société. Ensuite il nous faut considérer la substance même de ce savoir et de ces pratiques, autrement dit la manière dont le médecin développe et organise sa pratique. Ainsi la démarche médicale résulterait continuellement d'une intrication

---

<sup>318</sup>. Baszanger I., *Des généralistes en particuliers : une approche biographique des processus de socialisation professionnelle*, Thèse de doctorat, EHESS, 1979.

étroite et hétérogène puisant dans des catégories à caractère biologique, social et éthique. Et pour compliquer encore le tout, cette intrication ne fait que s'accroître dans le temps avec l'évolution des théories portant sur la maladie où interviennent de plus en plus des facteurs externes toujours en interaction dont le psychisme, l'environnement et les comportements sociaux<sup>319</sup>, chacun ayant sa place mais que chaque médecin va mobiliser et mettre en relation à sa façon pour tenter de cerner son intervention thérapeutique et lui donner une interprétation.

Jusqu'ici il semblerait que le rôle joué par les facteurs et les catégories d'arrière plan est si présent que l'on en vient à se demander si appliquer un savoir et une pratique médicale peut encore avoir un sens quelconque. Ceci vient probablement du fait (mais ce n'est certainement pas le seul) que les rapports entre maladie et société (ou ordre social), même s'ils ont toujours été une préoccupation, notamment pour les sociologues et les anthropologues, tendent à prendre de plus en plus de place dans l'importance et l'interprétation que nous leur en donnons. Cette orientation questionne fatalement le rôle de la médecine comme la charnière organisatrice se situant entre le biologique et le social et inversement et même quelque peu la hiérarchie entre les deux termes<sup>320</sup>. Autrement dit, et de ce point de vue, la valeur accordée au « soin » revêt une importance de plus en plus grande que celle attachée à la maladie et fait ainsi du soin une obligation en tant que réponse à la maladie, ce qui met cette dernière à l'arrière plan des préoccupations sociales. Ainsi exprimé nous évoluerions donc dans une société où il est fait à tout un chacun l'injonction de se soigner en cas de maladie, où chaque maladie n'existe que par le modèle de soin qui est son pendant et où il nous est tout à fait permis de penser, au bout du compte, que la maladie ne peut avoir d'existence objective puisqu'elle n'est finalement qu'une production des effets (directs ou indirects) du social. Finalement la maladie est moins un état naturel pouvant être appréhendé au travers de catégories d'analyse purement cliniques qu'une construction sociale qui prend sens dans la société à laquelle elle appartient. Mais si construction il y a, cette dernière ne peut être l'œuvre unique de la médecine dans la mesure où si l'on excepte l'approche spécifique et métha-théorique de Parsons, l'importance des conceptions « profanes » y joue un rôle déterminant. C'est dire que les patients participent également à la construction sociale de la maladie en opposant aux modèles de soins officiels d'autres modèles plus locaux représentatifs d'une conception du soin plutôt expérimentale<sup>321</sup>.

---

<sup>319</sup> Herzlich C., *Ibid.*

<sup>320</sup> *Ibid.*

<sup>321</sup> Freidson, E., *Ibid.*

Voilà donc plusieurs perspectives qui suggèrent chacune à sa manière un mode de construction particulier de la pratique médicale. L'expertise dualiste, par le partage qu'elle effectue entre un savoir médical objectif et homogène, et les facteurs externes qui le parasitent continuellement, nous renseigne sur l'incapacité de cette expertise à se dérouler. Nous avons donc tour à tour des médecins qui stigmatisent involontairement les toxicomanes, des médecins qui ne dévoilent que des compétences ordinaires lorsqu'on les écoute et ceux qui ne peuvent se référer à aucun modèle particulier lorsqu'il est question de toxicomanie puisque ce dernier n'existe pas. Les « savoirs opératoires » quant à eux nous révèlent le mode de socialisation professionnelle des médecins (leur fabrication) par des mécanismes d'intériorisation sélectifs qui vont ensuite orienter leurs pratiques thérapeutiques en général. Cette socialisation, comme tout processus de socialisation, n'est pas figée mais se déplace et se transforme avec l'évolution des théories médicales de plus en plus complexes et multifactorielles. Tout ceci nous ramène inévitablement au poids et à l'influence de la structure sociale dans l'organisation de la médecine et de la pratique médicale retravaillée par le subjectivisme des individus pour en arriver à considérer ces savoirs et ces pratiques comme « construits ». La maladie et la médecine ne sont donc pas ces objets clos et clairement délimités que l'on peut épuiser par le truchement de catégories analytiques purement cliniques et indépendantes de tout le reste mais semblent bien être « construites » par les lois mêmes inscrites dans la structure sociale. Dans tous les cas le social parle et nous donne le chemin à suivre pour arriver à l'explication quelque soit notre angle d'attaque du problème.

Il y a bien, et pour finir ici ce bref tour d'horizon, la perspective qui consiste à nous faire voir toutes ces tentatives d'assemblage et leur stabilisation par l'intermédiaire de « l'ordre négocié »<sup>322</sup>. Sa grande force est de nous proposer une approche qui dépasse les clivages disciplinaires existants, les groupes en présence et leur influence relative pour se centrer sur le principe même de négociation. Bien sur cette dernière n'est jamais débridée puisque enchâssée dans un cadre de contraintes qui lui impose des limites et que nous devons mettre en lumière mais l'objectif des acteurs n'est plus à interpréter dans la construction sociale du soin mais dans leurs tentatives de parvenir à un accord satisfaisant pour chacun des partis. Donc à la question, y a-t-il de la négociation entre les médecins et les patients dans la gestion des traitements de substitution, la réponse est de toute évidence : oui. Mais à savoir si cette approche de l'ordre négocié représente une théorie explicative, un cadre d'analyse susceptible

---

<sup>322</sup> Strauss A., *Ibid.*

d'épuiser le sujet la réponse sera : non. Il faut, nous croyons, entendre la négociation comme un régime particulier, plus ou moins ponctuel ou plus ou moins fréquent, par lequel passe le médecin pour accéder à une autre étape, stabiliser une situation, rattraper un patient, aboutir à un objectif précis, et non comme la grille d'interprétation unique de cette relation complexe. Ce seront donc plus les raisons qui poussent le médecin à négocier, l'importance et l'interprétation qu'il lui donne dans telle ou telle situation, que la nature même de la négociation et son déroulement qui nous intéresseront.

On peut essayer de voir le problème autrement. Au lieu « d'épingler » seulement des médecins qui construisent, influencés en cela par un ordre social extérieur et préalablement intériorisé, pour conclure finalement, comme Freidson, que la iatrogénie sociale est consubstantielle à l'activité médicale, entendre également des médecins qui *agissent*. Il en va de même pour les usagers de drogues, nous en avons fait notre hypothèse précédemment. L'intérêt certain des analyses de Freidson a été d'introduire dans le débat les conceptions profanes. Ce point est d'importance et nous y reviendrons largement. Mais l'approche se situe toujours dans la même optique de construction puisque ces conceptions profanes sont, dans l'interprétation du sociologue, largement influencées par les origines de classes et l'apprentissage qui leurs sont liés s'agissant de la maladie et de la médecine. La socialisation du médecin fait pendant à la socialisation du patient. Chacun, à sa manière, filtre et catégorise son activité et celle de l'autre.

## **II. LES FONDATIONS DEFINITIVES.**

### **1. La constitution d'un triptyque.**

Nous venons de passer en revue quelques unes des approches théoriques de la pratique médicale. Nous avons donc déjà en notre possession des éléments explicatifs à priori qui vont nous permettre de restituer et interpréter les dires de nos informateurs (médecins généralistes) à partir de cadres de références déjà existants que nous pourrions tenir comme sources explicatives. Mais nous avons pris le risque de suggérer plus haut que ces postures, somme toute classiques, et bien qu'elles conservent évidemment toute la pertinence qui est la leur (et à laquelle nous nous rangerons quelques fois par commodité) nous obligent à l'explication

causale si nous les tenons comme essentiellement centrales. On pourra considérer que c'est là un euphémisme puisque c'est au fond le propre de la sociologie classique : trouver des explications sociales par le biais de systèmes, de dispositions, de facteurs, de statistiques autrement dit recourir à des forces incontrôlées et invisibles, qu'elles soient internes ou externes aux individus, pour rendre compte. En d'autres termes accepter d'emblée l'idée qu'il existe toujours un arrière-plan social qui explique et oriente les conduites des individus sur la scène principale. Nous avons déjà réglé cette question dans les pages précédentes.

Dans nos chapitres précédents nous avons également et progressivement installé nos deux premiers protagonistes. La buprénorphine que nous avons décrit comme médiateur et interface en insistant particulièrement sur sa capacité à transformer les usagers de drogues par le biais notamment d'un travail sur les attachements. Face à cette situation et tous les tourments qu'elle provoque il y a un médecin généraliste. Nous avons précédemment souligné les tendances qui opposaient les interactions entre ces deux acteurs par l'intermédiaire de ce qui les concernait : la « substitution ». Cependant, et comme nous l'avons promis, il s'agit ici d'affiner l'analyse pour nous concentrer spécifiquement sur le médecin. Reste maintenant à introduire définitivement ce dernier élément que nous nous sommes astreint à appréhender également comme un médiateur. Pourquoi cette approche ? Simplement parce qu'elle nous permet de proposer un cadre d'analyse peut-être plus proche de la réalité de ce que semble être cette « profession » : un collectif d'individus plus ou moins stabilisé dans un dispositif et qui se distingue plus par la mission qui lui est dévolue que par l'exercice pur d'une certaine technicité médicale. Cependant nous serions encore en droit de nous poser la question suivante : l'entrée par les pratiques de « substitution » est-t-elle réellement pertinente pour tracer les contours de la « médecine générale » ? Certes non si on considère l'ensemble des rôles qu'elle est amenée à tenir mais cette assertion vaudrait à n'en pas douter pour n'importe quelle autre prescription. Une seconde question serait : si nous considérons dans notre cas la pratique médicale spécifiquement sous l'angle de la prescription, peut-on mettre sur le même plan la buprénorphine avec la grande majorité des médicaments conventionnels délivrés par les médecins ? Là encore il serait tentant de dire : non, car la buprénorphine n'est pas un véritable médicament, elle n'est qu'un psychotrope de synthèse simplement destiné à remplacer l'héroïne. Le médecin ne soigne pas véritablement, il se contente de prescrire, rien d'autre. C'est peut-être ici que nous allons lever définitivement les dernières résistances et abandonner la dimension « thérapeutique » du problème. Où bien la dissoudre totalement

pour lui donner une forme d'équivalence qui nous permettra, nous l'espérons, de faire disparaître définitivement les dernières lignes de partage. Expliquons-nous.

Certains, malgré tous nos efforts, pourraient probablement encore penser que ce travail entraîne peut-être plus une attention sur les questions de drogues et de « substitution ». Si cette partie a une importance fondamentale, comme nous l'avons montré, c'est parce que son étude est indispensable pour reconfigurer autrement la « médecine générale », cet agrégat de médecins épars, ce collectif dans notre jargon. C'est également pour cette raison que nous essayons de nous débarrasser de tous nos présupposés pour considérer le médecin singulier, parce que c'est bien cette singularité qui le constitue comme élément et médiateur d'un dispositif particulier, paradoxal, aux contours incertains.

Finalement dans notre triptyque ainsi constitué, nous avons un médecin généraliste (thérapeute), un patient (ancien usager de drogues) et la prescription d'un « médicament », représenté par la molécule (l'objet par qui transite le « soin »). Dans cette configuration nous tenterons de garder à l'esprit l'approche que nous avons préalablement suggéré s'agissant du « soin », à savoir un déplacement par l'entremise d'un médiateur censé opérer une transformation de l'individu. Nous en avons fait préalablement la démonstration avec la buprénorphine mais finalement la très grande majorité des « médicaments » conventionnels prescrit par les médecins n'ont-ils pas le même rôle ? Si oui, nous serions légitimement autorisés à nous poser la question : qu'est ce qui distinguerait fondamentalement ce triptyque de n'importe quel autre ? Avançons déjà la proposition que si différences il y a, elles ne sont que d'ordre représentatif et moral, les médecins nous en parlerons eux-mêmes plus tard. Pour l'instant et si nous voulons respecter notre proposition, il nous faut effectuer une montée en généralité afin de désingulariser notre objet spécifique, la buprénorphine.

## **2. Les médicaments ont-ils tous un rôle politique ?**

Nous avons déjà établi le statut du médiateur buprénorphine auparavant. Non seulement il a largement participé à la constitution des collectifs présents, d'un point de vue historique, mais de plus il tient l'un des rôles principaux dans la scène que nous essayons de déployer depuis le début. Son action influence les rapports entre médecins et patients dans la mesure où les premiers ne peuvent entendre, ou difficilement, les bouleversements imposés par cette

molécule et les seconds peinent ou ne peuvent tout simplement pas traduire aux médecins ces mêmes bouleversements. Mais fondamentalement, si nous essayons de donner une substance compréhensive aux médecins généralistes en décalant le questionnement d'un abord purement médical, il nous semble ici opportun de le faire également avec le produit qu'ils sont censés manipuler.

Nous avons déjà largement ouvert cette « boîte noire » que représente la « substitution » et questionné son principal médiateur, la buprénorphine. Cependant un dernier pli subsiste. Pourquoi avons précédemment suggéré que le rapport des médecins à ce traitement et les patients qui le consomment pouvait nous donner une idée de comment le médecin entretient un rapport général à sa pratique ? Peut-être parce que nous sommes dans une configuration, un triptyque somme toute ordinaire qui se distingue plus par le rôle dévolu aux différents protagonistes dans le cadre d'un dispositif animé par des médecins généralistes. Cette hypothèse, même si elle peut sembler pour l'instant un peu facile, nous permet d'éviter définitivement le sacrifice de la « médecine générale » au profit d'une préoccupation qui pourrait être comprise comme relevant spécifiquement d'une question attaché au monde des drogues. Nous continuerions ainsi à simplement entrevoir la « substitution » comme un simple appendice instrumental d'une « vrai » pratique médicale. Alors ouvrons le dernier pli. Autrement dit la buprénorphine a-t-elle réellement un rôle si différent à jouer par rapport aux médicaments traditionnels? Le rôle du médecin dans ce cas de figure est-t-il à ce point spécifique ? Rien n'est moins sûr malgré tout ce que nous avons pu en dire. Nous avons vu précédemment que la buprénorphine obligeait les protagonistes à se mettre d'accord, directement ou souvent indirectement sur un parcours souvent loin d'être parfaitement linéaire parce que chacun investissait le traitement différemment. Mais ceci ne nous convient pas encore ici. Nous avons préalablement défini le rôle du médecin et sa place concrète dans le dispositif. Il nous faut faire de même ici avec la buprénorphine. Au fond et pour être totalement précis nous devrions poser la question sous cette forme : la très grande majorité des médicaments prescrits ne sont-ils pas d'abord et avant tout des médiateurs, les supports du rôle politique du médecin ?

Pour répondre à cette question nous devons adopter une posture particulière : nous devons avant tout interroger et désingulariser le rôle spécifique de la buprénorphine comme « non médicament » (au sens médical) ce qui revient pour nous à tenter une mise en équivalence



afin de soutenir une proposition contraire : la buprénorphine est un médicament comme les autres.

Pour ce faire nous allons encore nous reposer sur la modélisation proposée par l'un de ses principaux porte-parole, (bien qu'il ait écrit à titre personnel) Jacques Barsony. Le rôle minimum (mais néanmoins indispensable) tenu par la « médecine générale » concerne une multitude de domaines, tous plus différents les uns des autres. Cependant nous avons tous la représentation de cette médecine comme devant se cristalliser particulièrement (mais entre autre) dans ce qu'il est convenu de percevoir comme la résultante de l'acte thérapeutique, à savoir la prescription d'un médicament censé résoudre un désordre biologique après examen d'un diagnostic technique et complet. Considérons donc ici cet aspect particulier de la médecine générale, à savoir la prescription.

Il s'avère, selon Jacques Barsony, que la très grande majorité des médicaments courants prescrits par les médecins généralistes peut-être globalement classée dans deux grandes catégories. D'une part ceux qui ont une action réelle sur l'organisme mais qui ne sont quand même et au bout du compte que des « palliatifs ». Ils ont une action, certes, mais elle est relativement indirecte dans la mesure où ils aident principalement l'organisme à combattre la maladie. D'autre part ceux dont on peut estimer qu'ils sont parfaitement « illusoire » dans la mesure où ils n'ont pour ainsi dire aucun effet réel. Ces médicaments sont pourtant prescrits couramment par les médecins et sont même identifiables dans le dictionnaire des médecins, le Vidal. Ces médicaments représenteraient même la grande majorité de ceux prescrits. Pourtant, selon Jacques Barsony, ces médicaments, bien qu'ils n'aient aucun effet réel, sont paradoxalement loin d'être sans effets sur la personne et permettent même dans une large mesure un grand nombre de succès thérapeutiques. Donc selon lui cette « illusion », en tous cas cette négociation, n'est pas sans conséquences car même si ces médicaments ne sont pas les causes directes de la guérison, ils permettent néanmoins une transformation de l'individu, dans la plupart des cas cette guérison. A quoi l'attribuer si ce n'est aux « vrais » effets thérapeutiques (au sens du soin qui répare directement un dysfonctionnement biologique) du produit prescrit ?

Alors « soigner » et « guérir » dépendent toujours du point de vue, du contexte, des acteurs, de l'interprétation que l'on donne à ces mots et surtout de la légitimité qu'ils ont dans ces

contextes<sup>323</sup>. Le travail immense effectué par Claude Lévi-Strauss nous aura certainement permis de déplacer ces lignes de partage et donc de redistribuer autrement les légitimités accordées arbitrairement au départ. Nous retenons principalement de cette œuvre (que nous n'avons fais que survoler très imparfaitement) qu'il nous lègue, et malgré le déterminisme qui la conditionne, que les pratiques sociales ne se distinguent que par la valeur qui leur est accordées, toujours par ceux qui les ont forgé.

Evidemment le travail de Claude Lévi-Strauss met en avant non pas une quelconque compétence du thérapeute mais sa faculté à devenir médiateur dans la transformation de son patient. Cette dynamique ne saurait être niée, tout le reste n'est qu'une question de partage. Pourtant chez Strauss l'objet, au sens matériel, n'existe pas. Peut-être parce que ça n'était pas sa préoccupation au sens scientifique.

Nous avons, grâce à l'ethnologie classique, tenté de transposer historiquement l'un des principes fondamentaux que nous défendons sous le label de « l'acteur-réseau ». Ce principe

---

<sup>323</sup> Je pense qu'il n'est pas inintéressant de faire un bref détour par le regard que peut nous apporter l'ethnologie dans ses fondations classiques et je fais clairement allusion ici à Claude Lévi-Strauss. Le rapprochement qu'il fait entre sorcellerie et psychanalyse peut évidemment sembler à première vue absolument incongru voire presque diffamatoire pour les tenants de psychanalyse. C'est bien parce que nous sommes toujours dans des lignes de partages, tracées arbitrairement par les individus qui créent les catégories, les séparations destinées à qualifier les entités qui peuplent ces mondes. Dans cette opération ces entités (humains comme objets) se retrouvent pourvues de significations, de compétences, de légitimité qui ne sont que le résultat de cette opération indépendamment de leur « nature ». Ces séparations existent dans bien des domaines et nous l'avons déjà suggéré avec Bruno Latour s'agissant de l'opposition qu'il fait entre « nature » et « culture ». C'est ici, à mon avis, que l'ethnologie à son mot à dire. Après des débuts difficiles, elle nous a permis d'acquérir une certaine réflexivité quand à ces séparations qui lui semblaient évidentes. Le terme même « d'ethnocentrisme » reflète bien la critique de cette ligne de partage qui s'exprime chez les individus. Au fond que fait Lévi-Strauss dans les années cinquante lorsqu'il se permet de faire ce rapprochement entre sorcellerie et psychanalyse ? Il ne fait que détruire cette ligne de partage que nous pourrions figurer de manière différente : d'un côté nous avons la nature (le primaire, l'inconscient), de l'autre côté nous avons la culture (ce qui est pensé, organisé). D'un côté nous avons les mythes et les croyances et de l'autre côté nous avons la raison, la science. A vous de classer sorcellerie et psychanalyse. Cependant il nous démontre, qu'en dehors des lignes de partage tracées arbitrairement par les humains, ces deux pratiques sont absolument équivalentes car elles font intervenir les mêmes déplacements même si ces derniers ont des significations et font l'objet d'interprétations différentes. Pour Claude Lévi-Strauss la relation entre le thérapeute et son patient se décline de cette manière : d'un côté nous avons le thérapeute (sorcier), qui jouit « d'un pouvoir reconnu par la tribu entière et qui incarne l'autorité sociale et la puissance de l'ordre ». D'un autre côté nous avons le « malade qui souffre d'un désordre que nous appellerions physiologique mais qui apparaît aux indigènes comme l'effet d'un avantage arraché par la société ». Ceci n'est que le constat de départ et chacun pourra transposer à sa guise et reconnaître, je l'espère nos protagonistes actuels. Plus intéressant est la finalité que propose Claude Lévi-Strauss de la dynamique entre le sorcier (thérapeute) et le malade. Selon lui la méthode « indigène » est bien plus efficace que celle utilisée par les théories modernes dont la psychanalyse. Selon la théorie « indigène » (rapportée par Strauss), « il ne suffit pas que l'infériorité sociale due à la maladie soit effacée », au contraire il s'agit d'aller plus loin et la transformer en « avantage positif ». Selon moi nous voyons que les effets ne peuvent s'inscrire dans des rapports de causalité stricts mais ne sont que la conséquence de médiations opérées par les humains et les objets. A ceci près que chez Strauss l'objet n'a aucune place car « le sorcier ne fait que parler ou chanter ». La thérapie est purement « psychologique » car elle ne fait intervenir « aucune manipulation du corps » ni aucune « drogue ». Lévi-Strauss C., « Sorciers et psychanalyse », *Le Courrier de l'UNESCO*, n°5, 2008, p. 31-34. *Anthropologie structurale*, Agora, Paris, 2003.

est somme toute relativement simple dans la mesure où il nous recommande d'ignorer les lignes de partages tracées par les individus destinées à légitimer certaines pratiques. Cependant l'ethnologie classique occulte l'objet, son implication propre en tant qu'entité matérielle présente mais également et surtout médiatrice au même titre que les autres protagonistes de la scène. Pour nous il a son importance dans la mesure où il conditionne toute interaction et plus spécifiquement celle qui se déroule entre le thérapeute et son patient. Ce pan spécifique de la « psychothérapie » a sans doute été pleinement exploré par Tobie Nathan, nous dédouanant ainsi de toutes les oppositions classiques pour nous inviter à nous concentrer sur les processus et les médiations à l'œuvre<sup>324</sup>.

Pour finir sur ce point, revenons plus spécifiquement aux médecins généralistes et reconnectons-nous avec Jacques Barsony que nous avons quitté un peu prématurément plus haut. Pour lui le médicament moderne se définit avant tout par la légitimité que l'on inscrit dans sa fabrication et sa délivrance. Il est préparé par des laboratoires qui le conditionnent comme « un produit industriel de qualité », labellisé par le Ministère de la santé et remboursé par la sécurité sociale, prescrit dans une ordonnance par un professionnel seul habilité à le faire et enfin délivré dans une pharmacie non moins professionnelle. Au bout du compte le médicament ayant satisfait à toutes ces épreuves aura les plus grandes chances d'être perçu comme ayant des « effets positifs », indépendamment de ses effets réels sur l'organisme. La buprénorphine, nous l'avons vu, a réussi tous ces examens. Non seulement elle, mais si l'en croit Jacques Barsony toutes les molécules semblables à la buprénorphine qui « sont en famille dans la pharmacopée habituelle du médecin généraliste » et chose plus importante, cette famille représente probablement « la partie des thérapeutiques les moins illusoirs ». Selon lui, il semblerait donc que la buprénorphine ait un effet bien plus réel que la majorité des médicaments prescrits par le médecin généraliste. Spécifiquement la buprénorphine n'a

---

<sup>324</sup> Nathan, T., *op. cit.*, 2001. L'une des propositions fortes qu'il soumet est que les « psychothérapies » (qui ne sont finalement pour lui qu'un sous ensemble d'un monde plus vaste qu'il nomme « thérapeutiques ») construisent toujours « leurs vérités » en références à des « objets ». Les objets ici n'ont rien de symbolique mais représentent « les objets du monde sensible », matériels, solides, à savoir les objets que recouvre le sens ordinaire que nous leurs donnons couramment. Le « médicament » fait partie de ces objets circulant dans la « thérapeutique ». Plus intéressant encore est le rôle confié à ces « objets » et plus particulièrement le « médicament ». Si d'un côté le thérapeute « construit sa pratique en référence au fonctionnement de l'objet qu'il maîtrise », d'un autre côté « le patient n'a d'autres choix que d'expérimenter l'objet sur son corps ». Ceci nous renvoie à notre propre travail : d'un côté des médecins qui tendent à construire une pratique en référence à la molécule qu'ils prescrivent et de l'autre des patients qui en font une expérience réelle, directe. Plus généralement les objets, dont le « médicament », occupent selon lui une « charnière » entre « le dispositif théorique des professionnels » et « la suspicion légitime des usagers ». Ce point de vue « thérapeutique » accorde finalement aux objets circulant dans la « thérapeutique » une place assez similaire que celle que nous soutenons s'agissant des réseaux socio- techniques.

d'importance que parce qu'elle introduit « un peu de jeu, de temps et de démocratie dans le soin ». On peut comprendre, selon nous, que l'effet principal de cet objet thérapeutique n'est au final que de permettre le déplacement quelque peu de la relation traditionnelle entre le médecin et son patient pour tenter une autre rencontre basée sur une inter- compréhension des positions de chacun, le premier à l'œuvre devant sans doute être le professionnel dans la mesure où il distribue à priori le jeu. Mais chose importante, le rôle de ces médicaments spécifiques n'est finalement « pas si différent de 90% des médicaments que nous utilisons tous les jours ». C'est principalement pour cette raison que Jacques Barsony en parle comme de médicaments ayant avant tout le rôle de « médiateurs ». Cependant cette notion relève chez lui d'un sens précis. Si le médicament est perçu comme un « médiateur » c'est « parce qu'il est « étymologiquement un médiateur de l'effet médecin ». Il ne donnera pas plus de précisions mais nous pouvons raisonnablement supposer la chose suivante : l'effet du « médicament » suit la plupart du temps la légitimité qui est accordée à sa production, le médecin n'étant au bout du compte que le garant de cette production, réduite dans ce qu'il appelle « l'effet médecin ».

### **3. La double singularité du médecin généraliste.**

Nous savons maintenant que la majorité des médicaments prescrits par les médecins généralistes jouent globalement le même rôle. Ce sont avant tout des médiateurs censés transporter une action entre un thérapeute et son patient. Ces deux derniers protagonistes ne sont séparés par aucune ligne de partage. Nous avons tenté de l'expliquer en essayant de nous adjoindre tant l'ethnologie classique qu'une certaine vision de la psychothérapie moderne destinées finalement à soutenir les grands principes que nous avançons depuis le début.

Il reste à configurer concrètement le dernier élément de notre triptyque, dont nous avons déjà beaucoup parlé de puis le début, le médecin généraliste. Nous savons maintenant que ce qui le lie à la prescription de la buprénorphine et aux patients qui en font la demande n'est au fond pas si différent des prescriptions ordinaires qu'il soumet. Mais ceci ne règle pas tout. Il y a tout le reste et notamment ce qui est attaché aux patients qui en font la demande : les usagers de drogues. Notre approche des médecins généralistes repose bien sur cette question spécifique. Elle nous permet de comprendre ensuite à partir de ce travail comment les médecins déploient leurs propres conceptions de ce qu'ils considèrent être la « médecine

générale ». Cette conception est à chaque fois singulière, nous pouvons le comprendre maintenant. Cependant dans tous ces contrastes il peut exister des constantes relatives, des références communes que nous tenterons de signaler.

On peut donc considérer le cabinet du médecin généraliste comme cet espace à chaque fois renouvelé, où se joue continuellement et différemment la stabilité de cette nouvelle « politisation » de l'usage de drogues à travers les traitements de substitution<sup>325</sup>. Mais tout dispositif, aussi faible soit-il, puise dans les membres qui le constituent une homogénéité aussi faible soit-elle, sinon il n'existerait pas. Pour nous la question est de savoir ici quel est le cadre imposé par les médecins généralistes pour faire tenir ce dispositif. Autrement dit comment le médecin parle de sa mission dans la prise en charge de cet objet particulièrement décalé de sa pratique traditionnelle. Et quelles sont finalement les régularités qui nous permettent de sonder cette homogénéité minimale. Mais nous ne nous arrêteront pas là.

Si nous avons entrepris d'écouter les médecins généralistes dans une pratique qui peut sembler décalée à première vue, ce n'est pas uniquement pour tenter de comprendre les relations spécifiques qu'ils entretiennent aux patients sous traitement de substitution. Cela nous permet bien au contraire de reformuler définitivement ici une hypothèse forte : l'abord des traitements de substitution révèle l'idée que les médecins généralistes se font de leur pratique d'une manière générale. Cela veut dire, d'une part, que le médecin que nous rencontrons nous restitue ses rapports avec cette pratique : le cadre de prescription et comment il le négocie, la manière dont il l'évalue avec le patient, ses propres « représentations » et sa philosophie du patient qui le consulte, sa propre réflexivité autrement dit les questions qu'il

---

<sup>325</sup> On peut considérer d'autres formes de « politisation » qui ont fait précédemment intervenir les médecins généralistes. Selon Alain Ehrenberg les consommations importantes de tranquillisant qui se sont installées dans les pays dit développés ces vingt dernières années obligent sérieusement à repenser les notions de « toxicomanie », de « pathologie » et au bout du compte celle de « normalité ». Nous serions ainsi passés d'une société basée sur la « discipline », à forte intégration des individus, à une société plus « individualiste » ou règne le culte de la « performance », ou l'on demande aux individus d'être autonomes, efficaces, motivés. La conséquence en est une forme de dérégulation des liens sociaux ( phénomène similaire à ce qu'a pu décrire Durkheim en son temps) qui voient changer les contraintes (de plus en plus intériorisées par les individus) dans une forme de compétition toujours plus effrénée rendant l'individu entièrement responsable de son devenir. L'envers de la médaille est que ces transformations produisent sur les individus des effets qui se sont banalisés au fil des années : anxiété, déprime, dépression et l'explosion parallèle des « psychothérapies ». Pas étonnant que les « médicaments de l'humeur » se soient installés progressivement dans l'arsenal thérapeutique du médecin. Ainsi sous le slogan de « souffrance psychique » on a créé une sorte de pathologie hybride dont il importe moins d'en connaître les raisons externes aux individus que de lui donner une légitimité nosographique. Le rôle des médecins se bornerait ainsi de plus en plus à gérer des comportements, gestion qui se confond avec le soin comme les produits prescrits pour ces troubles ont acquis une légitimité thérapeutique ordinaire. Alain Ehrenberg nous raconte l'histoire de ces transformations, le déplacement des lignes de partage entre « normal » et « pathologique », entre « drogue » et « médicaments » ainsi que le rôle des médecins pour légitimer au bout du compte ces déplacements. Sur ces questions on peut voir notamment : *L'individu incertain*, Calmann-Lévy, Paris, 1995.

pose sur ce qu'il fait et comment il le fait... Mais d'autre part et même si les perceptions et les agissements des médecins se durcissent notablement face à ceux qu'ils considèrent comme étant des « toxicomanes », on peut parier que les rapports qu'ils entretiennent avec ces derniers voyagent sensiblement à des degrés différents avec l'ensemble des patients. Mais entendons-nous bien ici et c'est important. Nous ne voulons pas dire que les médecins entretiennent les mêmes relations avec les patients sous traitement de substitution qu'avec l'ensemble de leur clientèle. Nous voulons simplement dire que les postures qu'ils nous transmettent lorsqu'ils parlent des patients sous traitement de substitution traduisent en quelque sorte une approche générale de ce qu'ils considèrent comme étant la bonne pratique de la médecine générale lorsque ont élargi quelque peu le questionnement. Mais ceci nécessite encore quelques éclaircissements pour que nous puissions développer l'hypothèse proposée plus haut.

N'oublions pas que dans la perspective que nous proposons les médecins sont des actants, des médiateurs que nous ne devons pas juger seulement en fonction de dispositions internes (personnelles ou professionnelles). Nous avons déjà suggéré que pour nous, et dans ce sens, que c'est le dispositif qui prime et non les individus qui le composent. C'est la seconde singularité de notre médecin.

Mais devons nous pour autant nous débarrasser des éclairages existants ? Certainement non, encore une fois, mais simplement après les avoir éclaté, tenter de s'en servir en les assemblant autrement. De notre point de vue la singularité ne nous sert pas seulement à désigner des individus isolés, particuliers dans leurs pratiques mais bien des médiateurs et non des individus au sens propre du terme. En tant que tels ils sont agités par l'objet à traiter et la multitude d'entités qui le constitue, qui se déversent et qu'ils doivent resituer sans cesse à partir des réseaux présents. Ces derniers sont externes, la « profession », la « société », la clientèle...ils sont également internes, leurs représentations, leurs convictions, leurs croyances..., tout ce qui fait cette « dimension morale » essentielle à la stabilisation et la pérennité de tout collectif. La buprénorphine est aussi un médiateur car elle importe avec elle et met en constante interaction toutes ces entités que le médecin combine, nous allons le voir. C'est ici qu'il se révèle comme cet « acteur » doublement singulier parce qu'il est à la fois un individu isolé et sans encrage (médicalement parlant) et à la fois un médiateur qui agit mais se laisse agir dans un contexte qui le dépasse souvent. Alors si pour nous le médecin est cet acteur politique (et non véritablement un technicien comme les spécialistes classiques), il

nous faut maintenant comprendre quel est cet espace de politisation constitué par le cadre du cabinet médical, c'est-à-dire comprendre le rapport qu'il entretient avec les différentes entités qui peuplent la relation qu'il noue avec le patient et la signification qu'il donnent à ces entités : toxicomanie, substitution, sevrage, dépendance... Enfin si ce rapport, cette médiation s'expriment différemment d'un patient sous traitement de substitution à l'autre, nous croyions juste de faire l'hypothèse qu'ils se développent dans une configuration dont nous pouvons tracer, même difficilement, les contours.

Enfin répétons une dernière fois que le rapport à l'objet, ici la « substitution », révèle en arrière plan un rapport plus global à la médecine générale, relation que nous avons déjà doucement suggéré en introduction. Autrement dit tout ce que les médecins expriment sur la « toxicomanie » et la « substitution » est soutenu par des références qui nous permettent de comprendre quelle est le type de médiation offerte par le médecin dans ce qu'il considère être la médecine générale.

Finalement d'autres objets pourraient être soumis à la même analyse même s'ils sont certainement moins emprunts de connotations négatives : le diabète, la sexualité, la dépression, toutes les questions liées à la « souffrance psychologique »... tous ces domaines apportent avec eux tout un cortège de questions que se pose traditionnellement un médecin généraliste : la parole, la confiance, le doute, l'incertitude... Cependant, cristallisées sur le patient en traitement de substitution ces dimensions prennent certainement une autre tonalité. Il n'est pas question ici de faire des transpositions mécaniques et brutales mais rappeler seulement que le rapport du médecin à la « substitution » révèle simplement le médiateur (singulier), cet acteur isolé mais dont le nombre forme ce dispositif techniquement faible mais politiquement fort comme il en va pour bien d'autres domaines.

### **III. LE STATUT DES MEDECINS.**

#### **1. Méthode d'entrée dans les entretiens.**

Une autre posture est possible, nous l'avons compris. Alors comme pour notre entrée parmi les usagers de drogues nous souhaiterions tracer le même chemin ici à quelques nuances près. Tous les présupposés théoriques s'agissant de la « médecine » ne sont pas lettres mortes. Ils nous servent toujours et sans cesse dans nos mouvements qui consistent à déconstruire et

reconstruire autrement notre objet. Mieux même, c'est parce que ces théories existent que nous avons la prétention de faire ici ce que nous faisons. Alors comment puis-je aborder mon entrée parmi les médecins généralistes ? Non que je nie ou renie l'existence de ces forces sociales obscures mais suis-je obligé de croire à priori à leur existence ? Puis-je entrer dans le cabinet médical débarrassé de tous présupposés ? Puis-je faire mien cet « aveu d'ignorance »<sup>326</sup> et tracer mon chemin au fur et mesure que je l'emprunte ? Je conviens aisément que cette posture peut sembler amener avec elle beaucoup d'incertitudes et d'inconfort mais je plaiderai que c'est un peu le lot de ces professionnels, toutes catégories confondus. Voir et entendre des médecins tour à tour expliquer ce qu'ils font, pourquoi ils le font et justifier tout le registre des difficultés relatives auxquelles ils sont confrontés nous saisit dans le contraste relatif des discours produits. Voir et entendre chaque médecin exposer et expliquer ses points de vue sur la « toxicomanie » et les produits de substitution nous fait mesurer la difficulté de trouver une explication magistrale qui expliquerait tout en une seule fois. Cet aspect est souvent souligné par les médecins eux-mêmes lorsqu'ils tentent de définir leur profession, exercice que l'on pourrait considérer impossible lorsqu'on les écoute, et admirablement restitué par l'un d'entre eux : « Il n'y a pas de médecine générale, il n'y a que des médecins généralistes », une médecine sans réel objet et un collectif de médecins construisant chacun une pratique et une expérience singulière.

L'une des premières voies que nous avons exploré consiste à penser que toute cette agitation ne peut prendre réellement sens, ne pas sembler totalement incohérente et décousue, si nous parvenons à lui donner un certain contour minimal d'intelligibilité. Ce dernier est celui qui oriente finalement l'ensemble de ce travail. Nous avons déjà préalablement suggéré l'idée que tous les cadres qui nous servent dans cette exploration (comme les théories) ne sont pas donnés une fois pour toutes mais se construisent (et se déconstruisent) continuellement. Ils ne sont donc pas les représentants d'une « structure » qui génère une action et des influences extérieures que l'on entend généralement comme « forces sociales » ou tout simplement le « social ». Ce point est important à rappeler malgré tout car il tend à nous libérer quelques peu de l'explication causale à laquelle nous sommes tellement habitués. Rappelons que le virus du SIDA a probablement été le déclencheur principal des changements que nous avons évoqués et c'est à ce titre que la rétrospective historique a une utilité très féconde dans notre approche. Nous en avons donc conclu que le virus ne pouvait être appréhendé comme la cause directe

---

<sup>326</sup> Dodier N., *ibid.*



d'un changement de « paradigme » mais comme la naissance d'un nouvel actant ou médiateur, selon les termes retenus par la sociologie de l'acteur-réseau, en somme un nouveau personnage au même titre que les humains, jouant sur la même scène, obligeant les autres à agir à leur tour, créer d'autres réseaux et collectifs, développer des controverses et disputes et finalement engager d'autres processus qui à leur tour vont faire naître d'autres médiateurs avec au bout du compte l'arrivée des médecins généralistes comme actants principaux. Aucun cadre restreint ne peut expliquer à priori ce qui se passe puisque c'est de leurs constructions, de leurs modifications qu'il s'agit de rendre compte<sup>327</sup>. Ainsi l'Etat lui même, que nous représentons souvent comme ce bloc homogène indivisible et abstrait n'est pas réellement cette entité toute puissante imposant un pouvoir unilatéral et cohérent venu d'en haut, comme nous le rappelle Michel Foucault, mais aussi un collectif, un médiateur, incarné par ses représentants et de même nature que les autres médiateurs, propageant l'action qu'il a reçu en amont et participant ainsi à l'assemblage final. Bien sur tous les médiateurs ne sont pas de force égale, loin de là, mais la question du pouvoir ici n'est jamais inhérente aux individus ou aux structures mais se mesure essentiellement par la taille des collectifs en concurrence dont le pouvoir ainsi constitué se cristallise sur leurs représentants. Alors cette vision du monde consistant à poser ce principe de symétrie et cette fluidité, car les rapports sont sans cesse changeants, nous ont donc engagé à appréhender précédemment, dans un autre registre similaire mais plus concret pour nous, ces mouvements comme autant de processus de « politisation ». Nous considérons ainsi que les traitements de substitution aux opiacées offrent un nouveau cadre de gestion de l'usage de drogues faisant intervenir de nouveaux actants et au premier plan les médecins généralistes comme nouveaux médiateurs agissants mais également agit par les patients, eux même agit par le traitement. Nous dirons pour finir ici, que notre analyse à nous se centre en définitive sur un nombre restreint d'actants, ces médiateurs que nous avons assemblé dans le cadre d'un triptyque pour mieux isoler ensuite la médiation propre du médecin généraliste.

Ces présupposés étant clarifiés, le fil conducteur qui sous-tend la démarche centrale de ce qui suit peut être, à ce stade, résumé ainsi. Il s'agit simplement de comprendre ce qui se passe pour les médecins lorsque ces derniers expriment leurs interactions avec des patients sous traitements de substitution et la place qu'on leur a demandé d'occuper dans ce nouveau dispositif. Au fond, serions nous tentés de dire, la manière dont chaque médecin « médiatise »

---

<sup>327</sup> Il serait intéressant d'analyser sous cet angle le passage progressif de certaines notions restreintes, telle la toxicomanie ou l'alcoolisme, à une notion plus englobante : « l'addiction ».

ce nouvel appendice de la pratique médicale, en tous cas la manière dont il restitue son action et les interrogations qui vont avec. Nous avons précisé précédemment que cet effort de compréhension était assorti d'un certain nombre de précautions minimales qui n'ont finalement pour but que de nous simplifier la tâche. L'un des soucis majeurs qui hantent continuellement cette réflexion étant de parvenir à ne pas nous laisser trop influencer nous même par les propos des médecins dans le but d'alimenter nos propres croyances. La première mesure largement explicitée auparavant consiste alors en une mise à distance de tous les présupposés qui nous habitent et plus formellement les théories d'arrière-plan censées nous fournir à priori des modèles d'explication tout fait de leurs conduites. En tous cas ne pas les durcir et les figer inconsidérément.

Plus spécifiquement et plus concrètement, nous aimerions dans les lignes qui suivent, fixer notre méthode d'entrée car tous nos présupposés, bien qu'ils aient été longuement étayés, ont besoin maintenant d'une manifestation concrète. Bien que cela puisse peut-être en surprendre quelques uns nous ferons d'abord notre ici la posture de Pierre Bourdieu lorsqu'il nous prévient de ne pas sombrer dans la catégorisation et traiter des profils en donnant exagérément à l'analyse une « structure protocolaire de cas cliniques précédés d'un diagnostic classificatoire »<sup>328</sup>. Cependant, éviter une telle opération suppose l'adoption de quelques préalables épistémologiques en amont, selon Bourdieu, lorsqu'on aborde la situation d'enquête, que nous souhaiterions rapporter tant ils soutiennent par certains de leurs aspects notre propre démarche. Ici réside probablement la difficulté d'une démarche compréhensive, selon lui, où il s'agit avant tout d'expliquer sans « épingler » les individus au mur d'une catégorisation statistique. Mais cet effort nécessite préalablement de la part du sociologie une posture qui doit lui permettre d'adopter un point de vue aussi proche que possible de celui de la personne interrogée mais « sans se projeter abusivement dans sa vision du monde ». Cette forme de complicité, dirons-nous, n'est pas néfaste pour la production et la compréhension du récit, bien au contraire. Elle est longuement évoquée par Jean-Claude Kaufmann qui en fait le départ d'un guide formel pour la démarche d'enquête. Elle est même fortement suggérée par Bruno Latour lorsqu'il nous conseille de nous laisser « émouvoir » par le récit de notre interlocuteur afin d'accéder réellement aux entités qui peuplent son monde. Cet effort pour ne pas considérer le discours comme faisant partie d'un agrégat statistique devant mener à une structure cachée transcendant les individus est encore clairement formulé par Pierre Bourdieu

---

<sup>328</sup> Bourdieu P., *La misère du monde*, Editions du Seuil, 1993.

lorsqu'il nous rappelle « de prendre les gens comme ils sont », de comprendre l'individu interrogé « tel qu'il est », enfin de privilégier « la singularité » de chacun dans « une sorte d'amour intellectuel ». D'une manière générale cette rupture avec les « procédures classiques standardisées des disciplines scientifiques les plus reconnues » est nécessaire pour rendre compte de la variété et des « subtilités quasi infinies » que les acteurs utilisent pour déployer les stratégies dans le cours ordinaire de leurs actions. Qu'implique une telle posture s'agissant du statut que nous donnons au matériau recueilli ?

Elle nous impose de répondre à une première question : que sont les médecins dans le cas qui nous préoccupe ? Des professionnels de la santé dominant dans l'échelle alimentaire, les dignes représentants d'une « profession », les rouages d'une fonction sociale, un groupe de pression parmi d'autres ? Ce sont là quelques une des définitions, non exhaustives évidemment, que l'on pourrait soutirer des théories classiques. Mais notre point de vue est différent bien qu'il ne perd jamais de vue ces différents horizons. Il s'inscrit dans le cadre d'un dispositif dont nous avons tenté de cerner les contours précédemment. Nous avons également postulé, à l'instar des toxicomanes, que c'est le dispositif qui révèle l'acteur et ce qu'il y engage et non l'inverse. En d'autre terme sommes nous préoccupés à comprendre le médecin *par nature* ou le professionnel engagé dans une pratique particulière qu'il tente de nous restituer. La position ne change pas, c'est le dispositif, la situation, le moment de l'entretien qui prime. Alors nous nous efforcerons avant tout de les considérer comme des individus concrets, pragmatiques dont le but avoué est de soulager la souffrance des autres, de soigner, dans tous les cas « faire de la médecine » et à qui nous demandons de nous rapporter le plus précisément possible le récit de certaines de leurs expériences, de nous expliquer au mieux les actes concrets qu'ils mettent en œuvre et les interactions qu'ils entretiennent avec les patients sous traitement de substitution.

La seconde étape s'avère, pour nous en tous cas, beaucoup moins évidente car elle met d'emblée le sociologue en situation de réception du discours produit. Si nous respectons le premier mouvement que nous venons de dessiner, la nature du discours produit par notre interlocuteur doit être conforme à la perception que nous avons de ce même interlocuteur. Autrement dit si nous avons en face de nous un individu qui nous rend compte d'un certain nombre de choses, nous n'avons pas dans le même temps un médecin qui nous informe ou nous apprend quelque chose sur ces mêmes choses. Autrement dit encore nous ne nous mettons pas dans la posture qui consiste à réceptionner des informations techniques ou

médicales sur la gestion de la buprénorphine, sur les bons diagnostics et comportements thérapeutiques que nous pourrions ensuite classer en fonction d'un cadre protocolaire préétabli. Pas de typologie donc. Donc les mots prononcés, les phrases et les expressions utilisées n'ont pas un but explicatif à l'aune d'une norme médicale mais sont appréhendées comme de simples médiations orales car le médecin est lui-même un médiateur dans cette histoire. Le discours ne prend donc pas sens dans le giron d'une quelconque théorie critique de la médecine mais dans la bouche même de notre interlocuteur dans la mesure où il nous donne accès à ce qui le fait agir lui et les individus concernés. Comme pour tous les acteurs concernés par les réseaux, c'est le médecin qui s'occupe de faire les partages, les descriptions, les regroupements ainsi que les qualifications et les jugements sur les entités partagées.

Continuons de tracer notre parcours dans la lignée du débroussaillage déjà opéré. Déjà plus proche de notre individu singulier, notre travail consistera donc à entendre les mots, les expressions, les théories mobilisées et utilisées par les médecins et non pas à nous en servir. Nous le soulignons encore car la tentation est toujours grande au cours de l'exploitation de repérer les catégories « profanes » pour les généraliser ensuite dans un principe inductif ou les soumettre à l'analyse des catégories « savantes » ou encore à partir de ces mêmes catégories profanes trouver une signification cachée dans une série de combinaisons opérées en arrière-plan pour leur « dérober ensuite la rationalité qui leur appartient ». Autrement dit substituer une interprétation par une autre qui semble plus légitime parce qu'emprunte de plus « scientificité »<sup>329</sup>. Pour reprendre l'exemple plus haut, si un ou plusieurs médecins tendent à stabiliser leurs pratiques par le biais de la négociation, nous n'en concluons pas automatiquement à l'existence d'un « ordre négocié » seul capable de nous expliquer ce qui se passe mais nous allons plutôt l'entendre comme une ressource mobilisée à un certain moment de l'interaction. Si le médecin met au centre de ses préoccupations la question des « comportements » récurrents des patients toxicomanes, nous n'allons pas non plus ériger une interprétation explicative autour de « l'habitus ». Le médecin tente de se conduire en faisant appel à tous les éléments compréhensifs dont ils disposent mais ils restent sa propriété.

Il faut ici respecter et avoir un intérêt égal pour toutes les productions orales, des plus étranges au plus signifiantes pour le sociologue, des plus choquantes au plus interrogatives. Ne pas le faire serait, à notre sens, céder à la tentation de chercher des explications cachées, substituer

---

<sup>329</sup> Boltanski, L., *Ibid.*

des raisonnements singuliers, ordinaires, par d'autres raisonnements plus scientifiques. Un égal intérêt aussi pour tous les propos, des plus cohérents aux plus pulsionnels, des plus rationnels et réfléchis aux plus contradictoires. Ce dernier point fera l'objet d'une exploitation plus précise en seconde partie car si, comme nous l'avons déjà souligné, les contradictions ne représentent au fond qu'une forme structurelle ordinaire de la pensée riche d'enseignement<sup>330</sup>, ces enseignements révèlent à leur tour l'attitude concrète et incessante des individus à proposer des comptes rendus contradictoires pour rendre compte de leurs actions et de celles des autres<sup>331</sup>. C'est d'ailleurs l'un des enseignements de la « sociologie de l'acteur réseau » de nous fournir les repères nécessaires pour saisir l'agitation des individus, ici les médecins mais également les patients sous traitement de substitution à travers les récits qu'ils nous livrent.

Un dernier mouvement est nécessaire pour compléter le tableau. Parler de quelqu'un, aborder un sujet ne signifie pas seulement fournir des informations, donner un avis, expliciter des choix. C'est mettre en scène quelque chose. Nicolas Dodier nous rappelle que le récit rétrospectif fait agir celui qui le délivre autant que les différents protagonistes concernés par l'affaire et les objets ou les dispositifs qui repèrent l'action. Ainsi en déployant son récit le médecin campe le patient, « le fait agir, lui donne des motivations »<sup>332</sup> autant qu'il fait agir les différentes composantes qui peuplent le monde qu'il nous donne à voir. Mais précisons que l'entretien fait partie de ce monde car à ce moment le sociologue devient l'un des partenaires concernés par l'histoire. L'entretien devient ainsi un « jeu à trois pôles »<sup>333</sup>, un récit raisonné où le médecin, en adoptant une posture réflexive se livre également à un travail de médiation avec le sociologue.

## 2. Analyse des entretiens.

Tous les entretiens ont eu lieu sur la Moselle-Est plus précisément dans les villes de Sarreguemines, Forbach et Saint-Avold. Lors de ma première expérience au centre de soins, le premier médecin interrogé était le vacataire qui y intervenait. Ce dernier m'a permis ensuite de prendre contact avec d'autres de ses collègues qui prescrivaient et dont je me recommandais au fur et à mesure. Lors de la deuxième salve d'entretiens les noms étaient

---

<sup>330</sup> Kaufmann, J-C., *op.cit.*, 1996.

<sup>331</sup> Latour., *op.cit.*, 2006.

<sup>332</sup> Dodier N., *Ibid.*

<sup>333</sup> Kaufmann, J-C., *ibid.*

choisis par hasard au téléphone. Si ces derniers ne prescrivaient pas ils étaient toujours en capacité de m'orienter vers certains de leurs confrères qui le faisait. Aucun des médecins prescripteurs contactés n'a refusé l'interview. Au contraire beaucoup d'entre eux étaient particulièrement intéressés de pouvoir exposer cette expérience et certains de parler simplement de la difficulté de leur métier. Le seul incident de parcours, si je puis dire, concerne le dernier médecin rencontré à Saint-Avold et qui a refusé l'enregistrement me laissant prendre des notes à toute vitesse. Au total ce sont donc 18 médecins qui forment cet échantillon. Ils ont des profils et des lieux d'exercice très hétérogène et ne se ressemblent que par leur investissement inexistant dans les réseaux de la « substitution ». Ils se caractérisent tous par une expérience qu'ils ont construit isolément et dont on verra que c'est pratiquement le seul point entièrement partagé. Evidemment c'est un choix car d'autres médecins s'impliquent à l'autre bout mais ne représentent certainement pas la majorité des prescripteurs.

La posture et la méthode utilisées pour l'exploitation du matériau n'a pas changé. Ils n'étaient pas retranscrits d'un bloc et à plat pour être découpés ensuite mais soigneusement écoutés pour en saisir toute la profondeur. J'essayais tout le long de dégager les thèmes et les idées qui me semblaient les plus saillantes. J'utilisais la méthode des fiches comme je pouvais la pratiquer pour l'observation. La fiche était séparée en deux. En haut les phrases prononcées avec le plus de détails possibles sur la forme, l'intonation... En bas mes appréciations, mes observations ou mes analyses souvent à chaud. Des parties de l'entretien pouvaient être réécoutées plusieurs fois pour saisir au mieux l'attitude, la posture ou l'intonation du médecin. Je notais finalement tout ce qui pouvait me passer par la tête au moment de l'écoute quitte à y revenir pour affiner, trouver des liens avec d'autres fiches qui traitaient du même thème. Cela pouvait aller de la simple remarque banale à une analyse classique de type « social ». Fidèle à ma posture générale je ne rejetais aucune approche susceptible d'éclairer encore plus le propos avec constamment en tête mon statut de porte-parole.

Enfin la dernière étape consistait à trouver la méthode la plus pertinente possible pour mes agrégations tout en faisant attention à ne pas me substituer aux médecins. Probablement la moins facile. Il ne s'agissait pas ici de regrouper les fiches par thèmes et sous thèmes pour construire ensuite mon argumentation (ou ma propre traduction). Pas seulement si je puis dire. Car contrairement aux méthodes classiques, je savais déjà que la procédure qui consistait à saturer un modèle était relativement inopérante par rapport à mon hypothèse centrale. Plutôt que de saturer un modèle il me fallait mettre en évidence la faiblesse relative du dispositif

« médecine générale » à travers les médecins interrogés. Mais encore une fois cette faiblesse est relative d'un médecin à l'autre mais c'est cette relativité qui à contrario produit la cohérence de ce dispositif s'agissant de la prise en charge de l'usage de drogues. Donc si les fiches étaient classées par thèmes pour des questions d'organisation pratique, il me fallait également en faire une lecture transversale pour saisir la *tonalité* que chaque médecin donnait à son récit, à son expérience, à sa posture médicale. Les médecins ayant comme cheval de bataille le sevrage auront une tonalité très différente de ceux qui essaient de stabiliser avant tout leurs patients. Mais tous auront à cœur le respect des prescriptions et leur responsabilité de médecin face à un patient hybride et un médicament à double tranchant.

Ainsi ce sont plus de 700 fiches qui ont été produites à l'issue des écoutes, médecin par médecin. Evidement d'inégales longueur et importance, certaines présentant plusieurs thèmes à la fois. Quelques unes n'ont pas été retenues à la relecture parce que n'apportant rien de particulier ou présentaient beaucoup trop de ramifications pour être traitées dans cette simple partie et sur un objet aussi spécifique. Il aurait fallu deux fois plus de pages mais ce n'était pas vraiment le but que de disséquer cette faiblesse médicale.

## **CHAPITRE II.**

### **UN NOUVELLE EXTENSION DE LA MEDECINE GENERALE.**

#### **I. L'ARRIVEE DE LA BUPRENORPHINE HAUT DOSAGE EN MEDECINE DE VILLE.**

Bien que les dispositifs mis en place d'un médecin à l'autre accusent quelques fois des écarts considérables, il reste néanmoins possible de dégager des constantes dans la construction difficile du cadre que ces derniers tentent de mettre en place avec les usagers de drogues qui sollicitent un traitement de substitution. Si la politique de « réduction des risques » introduit l'usager de drogues dans une relation plus symétrique, nous avons vu que cela ne réglait certainement pas tout dans le quotidien des interactions avec les professionnels des dispositifs. Dans le cabinet du médecin généraliste cette tension semble peut-être plus aigüe encore. Ces derniers n'ont pratiquement aucune attache avec ces politiques, tout au plus ont-ils créé des connexions ici et là mais généralement très faibles et qui se sont la plupart du temps effacées progressivement. L'introduction des usagers de drogues pour les transformer en « patients » ne va certainement pas de soi non plus. On peut globalement considérer la rencontre avec le médecin comme cette dernière étape créant le lien le plus faible, ce que les dispositifs ont coutume d'appeler le « bas seuil ». Cependant et bien qu'étant également un dispositif faible, la médecine générale, à travers ces représentants, ne va pas sans poser de résistances à l'introduction de cette figure composite du « patient » dans le cabinet médical.

Nous pouvons raisonnablement poser l'hypothèse que l'entrée de l'individu dans le cadre de la consultation n'est jamais ordinaire mais procède à chaque fois d'un processus singulier. L'individu n'entre pas seul mais accompagné de la « pathologie » (au sens large) qu'il doit exprimer au médecin. Chacune de ces « pathologies » est inscrite dans les références professionnelles et surtout expérimentales des médecins, la « toxicomanie » y compris. Cette dernière, échappant plus ou moins aux références médicales traditionnelles, apporte avec elle



tout un équipage de perceptions, de représentations qui agiront singulièrement sur chaque médecin.

« La toxicomanie...on a eu quelques cours de toxicologie mais franchement ça n'avait rien à voir...c'est pas une maladie...enfin ça dépend...je pense que ça dépendra de chaque médecin ».

### **1. Une histoire déjà ancienne.**

Il serait illusoire de penser que la rencontre des médecins avec les usagers de drogues a été programmée par la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage. Cette histoire est relativement ancienne et on peut considérer que les usagers de drogues étaient déjà les patients de beaucoup de médecins généralistes sous d'autres formes bien avant l'avènement de la buprénorphine. Cette population ne leur est donc pas totalement inconnue.

« Avant on utilisait les anxiolytiques, des neuroleptiques pour passer le cap du sevrage...la demande c'était de les aider à s'arrêter, ça a toujours été ça la demande...oui j'avais déjà des patients tox... ils venaient quand ils avaient plus le choix...Avant la buprénorphine on avait quand même pas grand chose, on avait des traitements qui permettaient de pallier au mal-être des gens lorsqu'ils s'arrêtaient ».

Visiblement dans la majorité des cas le médecin apparaissait comme le dernier recours lorsque toutes les autres possibilités avaient été épuisées. La situation est pratiquement toujours gérée dans l'urgence car le toxicomane en manque de drogue ne veut pas attendre et se fait immédiatement repérer par le désordre qu'il introduit dans un espace très réglementé.

« Ben au niveau comportement ce sont des gens qu'on repère quand ils sont en état de manque : « *je peux passer devant vous* » ou alors « *j'en ai juste pour une minute* »...ils passent devant tout le monde, ils bousculent...moi je les laisse pas passer c'est clair ».

Du côté des traitements utilisés par les médecins la gamme est très large et tous les médicaments susceptibles de soulager les douleurs physiques de l'utilisateur de drogues sont mobilisés.

« Il y a eu un moment le protocole qu'on utilisait avec le Catapressan...le Catapressan est-ce qu'il avait réellement une heu...je n'en sais rien, pharmacologiquement ça a été discuté...mais c'était quand même une aide hein...y avait aussi les antispasmodiques et les antalgiques heu... divers et variés...j'ai essayé tout ça avec plus ou moins de succès ».

D'une manière générale les récits sont nombreux pour insister sur le fait que les usagers de drogues ne se présentaient qu'en situation de « crise ». Soit la personne est plus ou moins capable de présenter une demande précise, quelques fois même écrite, soit la situation est telle que le médecin n'a d'autres recours qu'une injection rapide pour calmer les douleurs. Les cas où il fallait même une hospitalisation ne sont pas si rares, quelques fois le coma était évité de justesse.

## **2. La découverte du « Subutex® » par les médecins généralistes. Quand on parle du réseau.**

Dans la très grande majorité des cas les médecins généralistes ont été interpellés par le laboratoire qui fabrique le produit soit directement à leurs cabinets soit par l'intermédiaire d'invitations pour des réunions censées présenter le produit. Ces réunions ont eu lieu plus ou moins régulièrement dans les premières années qui ont suivi le lancement pour s'espacer progressivement. La totalité des médecins rencontrés, lorsqu'ils y ont participé, en parlent au passé et avec des appréciations très contrastées sur les bénéfices qu'ils ont pu y retirer globalement.

« Je l'ai vu une fois dans la presse professionnelle je crois...moi j'ai été démarché par le labo, c'est vrai qu'à l'époque y a eu un gros lancement, c'était très bien fait...bon j'ai un peu participé au début, ça m'a apporté la connaissance du médicament certainement dans tous ses aspects...aujourd'hui je peux pas dire, le travail de réseau j'en fais pas parti, d'ailleurs très peu de médecins sont investis ».

C'est globalement la même posture exprimée chez pratiquement l'ensemble des médecins généralistes rencontrés. Quelques participations à ces réunions au début pour s'informer voire se former mais dans l'ensemble ça s'est arrêté là. Il y a comme explications avancées soit le

manque de temps, soit tout simplement un intérêt relativement minime pour la question eu égard à l'importance de ces patients sur l'ensemble de la clientèle.

« J'en ai pas fait beaucoup...quelques uns...j'ai pas envie de me lancer dedans non plus...moi je fais beaucoup de pédiatrie...y a des réseaux, des trucs comme ça mais j'ai pas envie de...bon y a certainement des médecins qui adorent faire ça ».

Cependant et d'une manière générale les informations s'agissant des différentes modalités de l'utilisation du produit lors de ces rencontres semblent avoir été relativement bien appréciées dans un premier temps pour fixer les premiers repères de l'activité médicale. Cependant et à l'épreuve une grande partie des médecins note le décalage entre ce qui est préconisé et l'action réelle du traitement, en tous cas la difficulté de le discipliner comme les autres produits de la pharmacopée. Ce point sur les regards contrastés à posteriori des médecins fera l'objet d'un point complet mais nous pouvons d'ores et déjà le noter chez ce dernier.

« C'était essentiellement le laboratoire, on a fait plusieurs réunions...on a eu plusieurs réunions avec le laboratoire, à l'époque ils étaient très actifs et ils invitaient des heu...spécialistes, donc on a eu quelque réunions pluridisciplinaires et après pas mal de réunion orchestrées par le docteur G qui était un peu à l'initiative du projet. Je dirais au début c'est vrai qu'on...on l'avait mesuré différemment...mais heu...on voit bien après les limites du produit ».

Sur l'ensemble, beaucoup de médecins disent avoir quand même pris « leurs distances » vis-à-vis de ces rencontres qui ne leur convenaient plus trop au bout d'un moment. Il y a d'abord ceux qui y ont trouvé l'aspect purement technique du traitement, sans plus. Ensuite ceux qui avouent ne pas avoir été très à l'aise dans ces rencontres, la moitié d'entre eux ayant même refusé d'y participer, préférant s'appuyer sur des confrères ou d'autres professionnels qui le prescrivaient déjà.

« Non...labo heu... maintenant moi j'ai très peu fréquenté les labos, je me suis toujours senti un peu...j'ai très vite été suspicieux un peu dans les rapports heu entre labo et médecin quoi, j'ai vite été un peu écœuré quoi...bon. Ça aussi je m'en suis lassé vite. Au début c'est sympa, vous sortez de la fac vous avez des jeans un peu crades heu et puis on vous offre des week-ends à Vittel et tout c'est sympa vous y allez quoi, après quand le labo y vient c'était bien à Vittel mais quand même pensez à

mon produit...bon...voilà c'est ça la réalité du truc...après je dis bon stop quoi. Il y a une pression, il y avait je crois que maintenant les choses sont un peu...moi je les ai connus au début des années deux mille franchement une pression énorme des labos, ils avaient les moyens de nous acheter hein clairement ».

D'autres encore ont senti au fur et à mesure que les discours étaient plutôt « orientés quand même » alors qu'eux attendaient davantage d'échanges critiques à partir d'expériences singulières.

« La fois dernière c'est G qui m'a envoyé un courrier...il m'a demandé si je voulais pas dire un petit mot qui va dans le sens du subutex tu vois, c'est quand même le truc qui m'a vraiment fait chier donc ».

### **L'exception**

Dans notre échantillon et sur les 18 médecins interrogés, deux d'entre eux disent avoir découvert le Subutex® par un patient qui venait en réclamer. L'un d'entre eux a même cru à une mauvaise plaisanterie n'ayant visiblement pas encore été démarché par le laboratoire et n'étant abonné à aucune revue médicale. Dans les deux cas la curiosité a été la plus forte, les deux se doutant qu'ils risquaient probablement de voir débarquer d'autres usagers de drogues dans leurs cabinets. Le premier a directement téléphoné aux pharmacies des environs dont la première lui a effectivement confirmé l'existence de ce « produit miracle » mais visiblement pas encore disponible dans toutes les pharmacies. Le second s'est appuyé sur un ancien collègue infirmier avec lequel il travaillait à l'hôpital et qui l'utilisait déjà.

« Donc première consultation, ben il faut repasser monsieur, je connais pas, je vais voir ce que je peux faire...donc au départ j'ai appelé, j'ai demandé...après on découvre comment ça se prescrit, les carnets à souches...parce que au départ quand j'ai commencé c'était les carnets à souche...vachement chiant... mais bon ».

## II. LES DEBUT DE LA PRESCRIPTION.

### 1. La toxicomanie : des assemblages hybrides, des figurations variées.

La notion de « toxicomanie », comme celle de « substitution » d'ailleurs, ne vont pas de soi. Ce ne sont en définitive que des mots, des « boîtes noires » fonctionnant comme de simples intermédiaires entre leurs utilisateurs. Dans ces boîtes noires sont empilées d'autres boîtes noires reliées entre elles par un même mécanisme inducteur. Ainsi d'autres termes comme « dépendance », « médicalisation », « défonce » par exemple, forment autant d'autres boîtes et ainsi de suite. Les collectifs et les réseaux ne sont pas uniquement fait d'individus et d'objets mais également de perceptions, de représentations, de manière plus générique de schémas mentaux possédés par les individus qu'il nous est possible de tracer autant que les réseaux traditionnels<sup>334</sup>.

Il n'est jamais évident ni toujours possible de les déployer complètement et précisément tant leurs ramifications semblent ne jamais s'arrêter, toujours renouvelées, puisque ces réseaux changent et se transforment avec l'expérience des individus. De plus ces réseaux mentaux sont dépendants des collectifs dans lesquelles les individus naviguent et sont donc subordonnés aux mêmes changements. C'est un autre moyen d'expliquer la conversion des professionnels d'un paradigme à un autre.

Pourquoi parler de figuration ? Dans le cadre de sociologie de l'acteur elle sert généralement à relever des manières différentes de décrire le même « actant »<sup>335</sup>. Nous la substituons à la notion de « représentation ». Si l'on considère ici la « toxicomanie », nous devons suivre la manière dont les médecins expriment de différentes façons une relation causale quels que soient les assemblages effectués pour la décrire. Il s'agit pour nous de suivre simplement les formulations effectuées et restituer la manière dont les médecins agrègent littéralement une argumentation avec au fond et comme moteur le même processus causal pour en décrire l'origine. La plupart du temps nous pouvons nous rendre compte, comme pour la notion de « substitution » par exemple, que ces assemblages sont généralement effectués au cours de l'entretien lorsque la question est posée.

---

<sup>334</sup> Latour B., *op. cit.*, 1989.

<sup>335</sup> *Ibid.*

- **Lorsque le social et le psychologique fusionnent.**

Nous avons déjà signalé dans les pages précédentes, et nous y reviendrons lors des traitements, comment la « souffrance psychique » s'était constituée comme catégorie médicale hybride faisant intervenir des explications très disparates.

« Je suis incapable de qualifier la toxicomanie...en dehors de...de...des clichés tous faits, démarche additive...mais la vraie question pour la qualifier ce serait de pouvoir dire comment on devient toxicomane. On devient tox de 50 manières différentes...et le vécu de la toxicomanie par...par ceux qui la subissent, il y a autant d'histoires que de patients...moi je sais pas qualifier la toxicomanie...je ne suis pas persuadé qu'il y ait une définition universelle qu'on puisse retenir, moi j'en ai jamais trouvé qui me convenait...c'est des gens qui dérapent à un moment de leur existence pour des raisons qui sont extrêmement variables qui peuvent être environnementales, familiales, professionnelles et qui aboutissent à une addiction que très rapidement ils ne maîtrisent plus, ce qui est le propre de toutes les addictions...mais pour moi il n'y a pas beaucoup de différences entre quelqu'un qui est alcoolique et quelqu'un qui est toxicomane. ».

Ce qui est intéressant de noter chez ce médecin c'est immédiatement la reformulation de la question pour l'aborder sous l'angle du comment et son parallèle avec la question de « l'alcoolisme ». Cependant ce comment est semble-t-il ramené dans un second temps à un accident de parcours, un « dérapage » qui trouve sa raison d'être dans l'expérience de l'individu à chaque fois différente, dérapage contraint par les contingences spécifiques inhérentes à chaque trajectoire. On deviendrait ainsi toxicomane parce que contraint par les aléas de l'existence. Les causes de la toxicomanie seraient ici dans un premier temps purement sociales et à lire dans chaque interprétation individuelle. Cependant et au cours du même entretien la relation causale se fait plus précise et semble bien rabattre sur le plan social un autre plan plus psychologique.

« On devient pas toxicomane sans troubles psychologiques, on développe pas une addiction sans troubles psychologiques (...) Dans toutes les addictions il y a une souffrance au départ (...) ils souffrent, ils souffrent toujours...pourquoi ils deviennent toxicomanes, parce qu'ils cherchent un moyen de souffrir moins ».

- **L'anhédonie comme source explicative.**

Cette explication a été retrouvée explicitement chez un médecin même si d'autres figurations du même type la rejoignent sensiblement. La toxicomanie a longtemps été considérée (et continue de l'être) comme la résultante d'un trouble, d'une certaine manière la conséquence d'un désordre dans l'économie psychique du sujet dont l'origine reste assez mystérieuse. Il n'est donc pas étonnant de constater que les réponses apportées sont souvent, mais partiellement, des transpositions d'inspiration psychiatrique sans qu'il soit besoin de les justifier, c'est le cas ici. Le fil rouge qui traverse l'argumentation de ce médecin est l'absence de plaisir comme origine de la consommation de drogues.

« Ils sont frustrés dans leur quotidien. Ils n'ont pas de plaisirs au quotidien, une certaine anesthésie affective, une, une anhédonie, une absence de plaisirs, ce sont des gens qui ont une anhédonie ».

Mais ici la cause de cette anhédonie est imputable à une frustration quotidienne dont l'origine s'incarne dans un refus généralisé des contraintes, un refus de la société et de ses règles et qui aboutit au bout du compte à la consommation de drogues comme refuge à ces frustrations.

« C'est une rage par rapport à la société, un refus entre guillemet de la société, de ses règles, de ses interdits, et de ces heu...contrariétés. Devoir se lever le matin pour aller à un boulot, accepter les remarques acides d'un employeur heu...accepter d'être un petit peu corvéable...c'est des gens qui sont intolérants à ces frustrations du quotidien et vont se réfugier dans les, dans les produits qu'ils soient tranquillisants, alcool...heu...etc...et comme ils sont pas contents de leurs journée au niveau familial ça va pas non plus ».

Cependant et en dernier lieu cette anhédonie, cette absence de plaisir, générée par toutes ces frustrations, a un effet plutôt dynamique dans le sens où pour ce médecin elle pousse ensuite les individus à adopter des conduites déviantes.

« Je veux dire ils sont en anhédonie, ils n'ont pas de satisfaction...et cette anhédonie heu...vraiment conduit à une rechute soit heu...par une certaine provocation dans la vitesse en voiture...dans, ils vont dans des comportements de provocation...et je vais susciter le regard des autres et se décharger une adrénaline ».

Ici l'anhédonie semble bien représenter une absence de plaisir étouffée par la somme des contrariétés quotidiennes que l'individu va ensuite rechercher dans d'autres dérivatifs comme la drogue ou la vitesse censés lui rendre le plaisir qui lui manque. Mais ce problème pourrait s'expliquer par d'autres voies sans faire appel à cette notion d'anhédonie, catégorie substantielle de la psychiatrie<sup>336</sup>. Mais c'est bien la mobilisation qui en est faite par le médecin qui nous intéresse ici, bien qu'idéalisée, et donc cet assemblage qui lui permet de restituer une relation de causalité qu'il s'approprie au niveau de sa pratique. Car au fond la question du manque de plaisir lui permet ensuite de produire une argumentation constitutive de sa pratique.

« Je le dis pas seulement aux toxicomanes...je veux dire le plaisir, la récompense...on en tous besoin et ...alors on peut le trouver dans son métier, dans sa vie de couple, dans son sport, dans un certain nombre de choses, on a besoin d'une reconnaissance, d'une récompense, d'un plaisir...et les gens qui n'ont pas ça, je veux dire ils sont en anhédonie et j'en vois beaucoup ».

On retrouve globalement la même restitution chez ce médecin où la relation causale est un peu plus appuyée. La toxicomanie représente alors la réponse à une carence générale, un handicap dont les raisons peuvent être multiples. Au passage le sociologue est pris à témoin.

« Oui c'est ça...c'est ça...c'est comme le type qui boit, je vais mal aller hop je vais encore me prendre un verre de rouge...c'est la béquille en fait...de toute façon au départ, je veux dire heu...tout un chacun devient pas toxicomane heu...je pense heu dans, dans, dans vos enquêtes, enfin, ça si vous faites de la sociologie vous devez, y a quand même tout un contexte...ça vient pas comme ça par hasard donc de toute façon c'est des gens qui ont besoin d'être béquillé toute leur vie...c'est pas heu...soit c'est des drogues dures, soit c'est de l'alcool mais je veux dire c'est des gens qui sont handicapés quelque part, qui n'arrivent pas à vivre en fait, qui ont un handicap au niveau du, du plaisir entre guillemet de vivre donc y ont besoin d'être heu, d'être béquillé toute leur vie quoi...je crois qu'il y a un gros problème heu...probablement déjà d'éducation heu...de contexte familial, parental, etc... ça vient pas par hasard

---

<sup>336</sup> L'anhédonie semble bien revêtir cette capacité à devenir une notion protéiforme, discutable et discutée parce qu'elle semble cristalliser des lignes de partage empruntées à bien d'autres domaines. Que signifie l'absence de plaisir ? Vaste question qui semble soumise aux mêmes épreuves que celle de la « souffrance psychique » sur laquelle nous reviendrons plus tard. Certes la psychiatrie en a fait une catégorie « pathologique » liée principalement à des désordres psychiques comme la schizophrénie ou la dépression. Sur cette question précise on peut voir Loas, G., *L'anhédonie, l'insensibilité au plaisir*, collection Références en Psychiatrie, 2002.



comme ça, tout un chacun devient pas toxicomane, y a tout un contexte hein, donc heu...ce sont des gens qui ont quand même besoin d'être soutenus toute leur vie hein... »

- **Les causes sociales.**

Un seul médecin attribue à la toxicomanie des causes principalement sociales et rejette même l'idée d'une quelconque relation avec l'aspect psychologique des individus.

- **Les troubles psychiatriques et psychologiques.**

Pour une bonne part des médecins rencontrés il ne fait pas de doutes que la toxicomanie vient simplement masquer un trouble psychiatrique qu'il s'agit d'identifier. L'un d'entre eux en a même fait son cheval de bataille. A peine installé en février 2000 il est soumis à une très forte demande. Très vite il entreprend de se former seul à « l'addictologie » dont il pense que la toxicomanie n'est qu'une forme particulière. Ayant suivi depuis peu un module de formation sur « l'alcoolologie », il fait très vite un rapprochement et se forge rapidement une intime conviction. Il précise d'ailleurs qu'il entend donner à sa démarche une « méthode scientifique »

« Le premier enseignement que j'ai tiré de tout ça c'est qu'il y a un très fort pourcentage...alors je saurais pas dire...au moins 60% de...de toxicomanie secondaire comme on parle d'alcoolisme secondaire...C'est de l'alcoolisme qui vient heu, comment dire heu, masquer ou compenser heu, un trouble psychiatrique, voilà qui peut-être aussi bien une schizophrénie qu'une névrose grave, voilà toutes les pathologies psychiatriques possibles ».

Il part donc avec l'idée qu'il s'agit pour le médecin de dépister avant tout ces troubles psychiatriques. Très vite les patients qu'il rencontre le confortent dans l'idée que cette approche est la bonne et qu'il y a effectivement lieu d'orienter le soin vers une prise en charge psychiatrique. Cependant il restera néanmoins relativement vague sur les critères retenus et la méthode utilisés.

« Et ça a extrêmement bien fonctionné, c'est-à-dire que ça a bien fonctionné dans le dépistage (...) Le secondaire c'est la névrose obsessionnelle...il va se rendre par

exemple compte que quand il bu deux verres il va se laver moins souvent les mains, il va peut-être être moins timide, il va peut-être avoir moins d'agoraphobie...donc pour moi ça c'est de la toxicomanie secondaire ».

Cet extrait peut effectivement donner à s'interroger sur les critères retenus par ce médecin et l'interprétation ensuite des discours des patients à l'aune de ces critères. Dans les autres cas cette relation, même si elle fait l'objet d'une croyance forte, est exprimée de manière beaucoup plus générale et diffuse.

« Non, je crois qu'il y a un mal-être....c'est quelque chose qui s'est passé à l'enfance, c'est très souvent le cas hein...d'ailleurs quand vous les interrogez y a toujours eu un problème familial là derrière, un problème de père alcoolique ou de père heu...absent ou de père dépendant lui-même ou de, de, de perturbations dans l'enfance hein à mon avis il faut toujours une prise en charge psychiatrique hein, ça me semble indispensable hein...je crois que c'est nécessaire. A mon avis c'est tout à fait un préalable hein ».

D'autres y voient une maladie à mi chemin entre la question organique et psychologique, ainsi la question de la dépendance au lieu d'être simplement présentée comme un « symptôme » au véritable problème vient renforcer la dimension psychologique pour constituer une nouvelle définition de la toxicomanie. On retrouve ici le couple dépendance physique/dépendance psychique encore très actif dans les réseaux professionnels.

« C'est avant tout un problème de dépendance. Il y a un déséquilibre au niveau organique et des récepteurs du cerveau...il y a aussi la question psy, savoir pourquoi ils ont commencé à en prendre et qu'est ce que ça leur apporte, il y a bien une raison... les toxicos se situent entre la vraie maladie organique et la maladie psy ».

« Donc c'est une dépendance à des produits illicites et dangereux et...et qui crée donc une désorganisation complète dans l'organisme mental, physique heu...donc avec des difficultés à s'intégrer dans le...dans la société quoi...y a une coupure avec la société quoi...c'est un suicide...pour moi c'est un suicide à petit feu ».

A l'inverse ceux qui considèrent la cause psychologique comme mineure. Ils en donnent une définition complexe sans toutefois la rattacher spécifiquement à des critères cliniques particuliers.

« Le toxicomane est un malade multiparamétrique qui mélange des problèmes familiaux, sociaux... nous avons affaire à un patient qui souhaite une aide comme un autre, simplement sa maladie, sa pathologie c'est quelque chose de particulier et qu'on ne peut pas gérer comme autre chose... on n'est pas dans le traitement d'une déficience d'une fonction physiologique normale, on est bien dans le traitement d'une déficience artificiellement fabriquée ».

Si les notions de « maladie » et de « pathologie » sont souvent mobilisées, c'est bien parce qu'elles se situent dans un réseau médical. Mais ici elles ne fonctionnent pas comme des références cliniques précises et explicites. On pourrait penser que ces explications ne reflètent finalement qu'un sens ordinaire, commun des choses. Cependant nous n'en savons guère plus car ces notions semblent bien également fonctionner à ce niveau comme des « boîtes noires » accessibles à tous. La difficulté de stabiliser une définition précise peut créer, à l'instar de nos usagers de drogues, des nœuds dans l'activité conceptuelle des médecins amenant avec elle leur lot de contradictions dont voici un exemple saisissant.

« C'est une pathologie qu'il est difficile de ramener à une véritable maladie même si ça en est une, il s'agit bien d'une maladie auto-induite... on est pas dans le traitement classique d'une déficience d'une fonction physiologique normale, on est dans le traitement d'une déficience artificiellement fabriquée ».

**- L'exception : Une lecture très symétrique.**

Celle du docteur S est visiblement en rupture avec toutes les interprétations précédentes dans la mesure où absolument aucune explication ne vient pointer la consommation de drogues avec une quelconque cause de quelque origine qu'elle soit. Mieux, les lignes de partages sont complètement dissoutes dans un raisonnement (très profane m'avouera-t-il) mais qui n'aurait rien à envier à l'argumentation d'un sociologue. Pour lui un usager de drogues, un fumeur de cannabis ou un fumeur de cigarettes se valent strictement sur le fond et ne se définissent que par rapport à ce qui est toléré par la société. Ainsi parce que nous sommes dans une société de plus en plus « normative », la « toxicomanie » a laissé la place la place à une catégorie plus « englobante » selon lui, « l'addictologie ». Cependant à l'intérieur de cette catégorie unifiante, les différentes formes « d'addictologie » continuent d'être traitées séparément en fonction de la dangerosité qui leur est accordée.

« Le problème c'est qu'on en a fait une maladie, on met dans un répertoire et pour chaque addictologie il y a un traitement spécifique. Il y a des maladies plus graves que d'autres comme la toxicomanie ou le cannabis mais c'est surtout parce que c'est interdit. Les toxicomanes font peur à cause du SIDA, des seringues et toutes les maladies qu'on leur attribue mais ça c'est à cause de nous...à chaque addictologie y a un traitement particulier...bientôt il faudra trouver un traitement pour les gens comme moi qui sont addicts à la télé ».

Plus tard au cours de l'entretien il rajoutera sur le ton de la plaisanterie et comme sous la forme d'une conclusion.

« L'addictologie n'est pas convenante pour la société, donc vous êtes hors société, donc il faut vous soigner...plus dans le cadre de la société, il est malade ».

C'est également la perception du docteur D qui l'exprime sur un ton un peu plus « politique » qu'il gardera d'ailleurs durant tout l'entretien. Pour lui toutes les « addictions » se valent et ne peuvent se définir que par le contrôle extrême qu'elles exercent à l'égard de leur consommateur.

« C'est une dépendance heu une dépendance non contrôlable à quelque chose, ça peut être un produit, on peut être dépendant à l'alcool, dépendant à la cigarette, dépendant du boulot, dépendant heu...hein des activités sexuelles, on peut être dépendant de plein de choses. A partir du moment où vous vous contrôler pas vous êtes toxicomane. Le problème du toxicomane c'est qu'il est pris dans une spirale infernale hein c'est-à-dire il tombe dans la toxicomanie bon ben heu d'une manière ou d'une autre comme on tombe dans l'alcool comme on tombe dans la cigarette. Pour moi la toxicomanie, je dirais à l'héroïne ou à d'autres substances est tout à fait superposable aux toxicomanies heu je dirai légale entre guillemets où l'Etat est le principal dealer heu qui sont représentés par le tabac et l'alcool ».

Pour ces deux médecins s'il fallait imputer à la toxicomanie des profils particuliers ou des causes particulières, il faudrait également le faire avec toutes les autres formes « d'addictions », celle à la cigarette y compris. De plus, ils prennent comme exemple les patients qu'ils accueillent maintenant depuis plus de dix ans pour souligner qu'ils ne distinguent pas « psychologiquement » du reste de la clientèle.

## 2. Stabilisation de la clientèle.

D'une manière générale sur notre échantillon, on peut dégager 3 cas de figures sur la constitution d'une clientèle de patients sous traitement de substitution.

Il y a d'abord les médecins installés depuis longtemps et qui se sont constitués une clientèle très ciblée et relativement importante à laquelle ils ne dérogent que très rarement surtout lorsqu'il est question de traitement à la buprénorphine. Ces médecins décrivent leur rôle comme se rapprochant le plus de celui du médecin de famille classique avec une bonne connaissance de la clientèle, aspect que renforce encore la nécessité d'avoir un médecin traitant. La toxicomanie apparaît ainsi comme une « pathologie » qu'ils découvrent à un moment donné à leur grande surprise souvent et lorsque visiblement la personne arrivée en bout de course vient réclamer de la buprénorphine. Décider de prendre un nouveau patient qui ne fait pas partie de ce panel se fait exceptionnellement lorsque la personne n'arrive pas à trouver un autre médecin susceptible de la prendre en charge.

« C'est mes patients que j'ai pris en charge, je les connaissais avant...moi je travaille ici depuis 27 ans...heu...je connais bien. C'était mes patients tel que les traitais pour tout le reste...un jour ils sont venus me voir pour me dire monsieur H j'ai un problème de toxicomanie, je veux arrêter...si c'est mes patients à priori je vais dire oui...j'en ai quelques uns en tête je suis tombé des nus en apprenant qu'ils étaient toxicomanes...ben c'est souvent des jeunes donc ils sont pas malades très souvent et que je vois de façon très épisodique...je les ai vu à l'occasion de pathologies bénignes quoi...et puis un jour ils viennent et ils vous disent...docteur aujourd'hui j'ai pas la grippe mais voilà, je suis toxicomane, j'ai besoin d'aide ».

Ensuite il y a ceux, plus jeunes, qui ont repris un cabinet relativement peu de temps avant la mise sur le marché de la buprénorphine. Parmi eux certains sont des transfuges de l'hôpital et découvrent à la fois le monde de la médecine de ville et l'arrivée des produits de substitution. Ils ont néanmoins une expérience et une perception ponctuelles, aiguës de ce problème qu'ils n'ont pratiquement vécu que dans le cadre des urgences.

Alors avec l'arrivée des produits de substitution c'est également l'arrivée en masse des usagers de drogues qui viennent réclamer le traitement, le défilé dans la salle d'attente et un désordre constant que doit gérer continuellement le médecin avec l'aide ou non d'une secrétaire. Les récits que livrent ici certains médecins ont quelques fois un aspect assez

spectaculaire dans la mesure où beaucoup des usagers aux débuts se présentaient assez souvent dans « un état second ». Ainsi les récits sont souvent faits de petites anecdotes que les médecins se remémorent, quelques fois avec humour, sur les nombreuses interventions qu'ils ont du faire sous le regard un peu médusé des autres patients.

« Alors tout nouveau médecin qui s'installe on a le défilé. Alors on va aller voir celui-là, ce qu'il donne, ce qu'il donne pas...j'en ai viré combien...au début c'était un peu la foire... ça été jusqu'à trouver des seringues dans la chasse d'eau ».

Alors chaque médecin cherche ses repères devant cette « déferlante », cherche ses marques car finalement même ceux qui avaient déjà certains contacts avec les usagers de drogues se retrouvent un peu dans la même situation. Des patients dont on ne sait finalement pas grand-chose, dont on interroge les motivations réelles et un traitement, un psychotrope, sur lequel on n'a guère d'informations. Alors le premier objectif est celui de ne surtout pas se laisser « déborder » pour au moins deux raisons. D'une part il faut se laisser un peu de temps pour comprendre réellement de quoi il en retourne car au début, et dans l'incertitude générale, il y a surtout le sentiment de « se faire avoir ». Ensuite aucun médecin ne souhaite être « catalogué » comme étant le prescripteur de produits pour « toxicomanes » eu égard au reste de la clientèle que l'on se constitue et que l'on a peur de perdre. Alors lorsque c'est possible on se sert les coudes pour limiter le plus possible les prescriptions « à l'arrache » ou « à l'aveugle ».

« Au début on est parti de quasiment rien...même si la sécu nous disait qu'il fallait mettre des bornes on avait l'impression qu'ils bricolaient comme nous (...) On a essayé de communiquer un peu entre nous, on était seulement trois prescripteurs en ville « j'ai vu untel, est-ce que tu le connais ? Ah oui il était chez moi il y a trois jours, ah, ok ben je lui prescris pas »...c'était vraiment du bricolage ».

Enfin il y a ceux qui ont repris un cabinet bien après l'arrivée de la buprénorphine et qui ont donc hérités de la clientèle qui va avec. Ils sont peu nombreux dans notre échantillon, trois au total. Cependant comme médecins fraîchement installés tous affirment avoir été « testés » avec une recrudescence d'usagers de drogues à la recherche de buprénorphine ou pour d'autres demandes plus ponctuelles.

« Le problème c'est que au début quand je me suis installé, il y a le bouche à oreille qui fonctionne, ce qui fait que j'en ai vu débarquer beaucoup...je les voyais une fois, deux ou je les revoyais le mois d'après (...) la pharmacie m'appelait : « *écoutez docteur G, votre patient là il allé voir le docteur X et il a eu un traitement pour vingt huit jours* », ah bon ? Une fois ça passe mais quand c'est cinq, six, sept fois là j'ai été plus prudent ».

Il faudrait enfin rajouter pour être complet ceux qui n'avaient jamais eu de contacts avec les usagers de drogues, en dehors de ceux installés après 1997. Il y en a deux également dans l'échantillon, l'un officiant en ville et ayant rencontrés sensiblement les mêmes problèmes que les autres et l'autre dans un petit village, le docteur S, qui visiblement a drainé une bonne partie des usagers de drogues de la ville voisine, refusés selon lui par beaucoup de médecins. Cependant cette situation ne lui a jamais posé de problèmes estimant que son rôle est de soigner tout le monde sans aucune distinction contrairement à certains de ses confrères qui ne veulent pas ou arrêtent de suivre les usagers de drogues parce que cela leur pose beaucoup trop de problèmes, surtout au niveau du reste de la clientèle. Sur ce dernier point sa position a toujours été très claire.

« Franchement j'en ai rien à cirer si d'autres patients ne supporte pas que je soigne des toxicomanes, moi j'ai toujours eu cette attitude...tout le monde a le droit à l'accès au soins sans distingo ».

Au passage il me rappelle avec force que tous les médecins sont dans l'obligation de « jurer sur le serment d'Hippocrate », un texte réduit, avant d'être admis au conseil de l'ordre même si ce dernier n'a aucune valeur légale. Brusquement, passant dans l'arrière salle de son cabinet, il revient avec un fascicule<sup>337</sup>, l'ouvre en première page et lit intégralement le texte deux fois comme si je n'y avais pas prêté suffisamment attention la première fois. Partit avec une soixantaine de patients la première année, il en est aujourd'hui à quinze patients qu'il suit régulièrement sans pratiquement aucune perte de son autre clientèle, m'expliquera-t-il.

---

<sup>337</sup> Le bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Moselle, N°1, 2010. Le texte intitulé SERMENT MEDICAL dit ceci : « Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Cependant les questions éthiques semblent soulever bien plus de question qu'elles n'en résolvent car elles mettent au centre des préoccupations des médecins des notions qui peuvent être facilement sujette à interprétation surtout lorsqu'on aborde des domaines relativement controversés. C'est le cas de la buprénorphine, de la « toxicomanie », du « soin ». Nous l'avons déjà largement exploré dans les parties précédentes et nous y reviendrons dans le dernier paragraphe s'agissant des perceptions des médecins généralistes. Mais dans l'immédiat nous pouvons déjà supposer que la ligne de partage drogue/médicament inscrite dans la buprénorphine interagit avec la ligne soigner/ne pas nuire au fondement de la conception éthique de la médecine comme me l'explique ce médecin, le docteur M, qui a décidé de ne plus prescrire au bout d'un an. Cependant cette décision n'est pas tant liée à un jugement porté sur la buprénorphine, bien qu'il n'y soit pas très favorable, mais sur les conditions d'exercice des médecins totalement incompatibles, selon lui, avec la gestion d'un tel traitement.

« Si on parle d'éthique pure, en médecine nous avons deux gros concepts, soigner tout le monde et au mieux de ce que nous savons faire et en premier lieu ne pas nuire. Par rapport à ça les traitements substitutifs de ce type sont totalement éloignés de ce qu'on devrait faire...ça nous met dans une position sociale...j'allais dire impossible...il faudrait des centres spécialisés ou des consultations spécialisées pour que le patient s'y retrouve et que le médecin s'y retrouve »

D'une manière générale, à part peut-être deux exceptions, et quelques soit la période d'installation et l'expérience antérieure, tous les médecins avouent plus ou moins avoir craint une désaffection de leur clientèle. Cette inquiétude ne les a jamais vraiment quitté. Elle représente un facteur important qui pousse les médecins à « ne pas en avoir trop » même si derrière, c'est généralement l'aspect « thérapeutique » du problème qui pend le dessus.

« Il y a un autre problème qu'on n'a pas, qu'on n'a pas évoqué à ce propos là c'est aussi à un moment donné l'incidence qu'a à un moment donné la prise en charge des toxicomanes sur votre salle d'attente...parce quand vous avez à un moment donné cinq six tox tatoué heu avec heu à un moment donné la salle d'attente ils viennent plus les gens. J'ai croisé comme ça un papa mais je me souviens ça c'est un entretien dont je me souviens parce que ça m'a fait réaliser les choses, j'ai croisé un monsieur une fois ma fille faisait de la gymnastique un samedi après midi et je croise un type dans la tribune que je connaissais, son visage me disait quelque chose et y me dit : « *ben oui*



*oui, j'étais chez vous je suis un ancien patient » je dis ah ben oui oui, c'est possible et « ah, vous savez je suis plus venu parce que à un moment donné voilà heu vous voyez trop de heu de toxicomanes et je suis venu un jour il y avait plein de toxicomane dans la salle d'attente, je suis plus jamais revenu »...Il me l'a dit franco comme ça hein...vous vous dites à un moment donné stop peut-être que j'en vois trop, voilà il faut que j'arrête je veux pas non plus être étiqueté médecin heu...voilà, parce que ça va vite aussi ben voilà lui c'est le médecin des tox hein...va la bas et il te prescrit quoi que tu demandes ce que tu veux ».*

Pour pallier à ces difficultés, certains médecins n'ont pas hésité dès le départ à mettre en place un cadre très strict et qu'ils disent ne jamais avoir quitté depuis. Ce sont ceux qui travaillent plus particulièrement dans ou au bord de zones urbaines, quatre au total. Ils sont installés depuis assez longtemps, 15 ans pour le moins ancien et ont une clientèle relativement stable.

« Si je suis devenu aussi carré etc...encore une fois, ça s'appuie sur l'expérience. Chaque fois que j'ai lâché du lest par rapport aux consommateurs de subutex, c'est très rapidement devenu invivable. Les gens avaient des comportements qui étaient impossibles à vivre, ils venaient, ils agressaient ma secrétaire, ils s'en prenaient à tout le monde dans la salle d'attente, ils entraient et voulaient passer avant tout le monde...ça chez moi ca n'existe pas. C'est ce qui m'a poussé à mettre un cadre, à bien définir le cadre de départ, c'est comme ça et pas autrement, ça te convient tu fais avec moi, ça te convient pas on fait pas » ».

#### - **Le protocole de soins.**

Ce protocole de soins, même s'il ne règle pas tous les problèmes, a probablement été d'une aide appréciable pour l'ensemble des médecins interrogés. Il leur permet visiblement de faire régulièrement le « tri » dans les nouveaux patients qui se présentent et de « fidéliser », « canaliser » définitivement les anciens<sup>338</sup>. Finalement les médecins ne laissent plus trop le

---

<sup>338</sup> Ce « protocole de soins » fait partie du plan d'actions national, lancé en 2004, pour lutter contre les abus et les fraudes liés au trafic des traitements de substitution aux opiacés. Il consiste en la définition d'un protocole similaire à celui des ALD (Affections Longues Durée) tel qu'il est mentionné dans l'article L324-1 du Code de Santé Publique. Ce protocole est obligatoirement élaboré avec le médecin traitant avec la désignation d'un seul pharmacien qui délivrera la buprénorphine et que le patient peut choisir. Il est signé par le patient qui s'engage à respecter le « contrat » établi de fait avec le Médecin conseil et le Médecin traitant sous peine de suspension des prestations. Dans les faits les médecins interrogés disent ne l'avoir pas mis en vigueur avant 2008-2007. Les entretiens s'étant passés sur trois périodes différentes, deux tiers des médecins interrogés en étaient simplement encore aux ordonnances sécurisées lors de leurs premières rencontres avec les usagers de drogues.

choix aux nouveaux venus dans la mesure où ils leur imposent, au nom de ce protocole, d'être leur médecin traitant.

« Tout toxicomane qui vient on établit un protocole avec la caisse de sécurité sociale qui précise le nom de la pharmacie, alors moi je lui impose aussi d'être le médecin traitant...ça fidélise d'une certaine façon, ça évite qu'ils aillent à droite, à gauche...on prescrit pas avant d'avoir l'accord de la sécu ».

Ce protocole de soins a particulièrement été apprécié par toute une frange de médecins, relativement obsédés par le détournement du produit à des fins de trafic, ce qui visiblement leur donne un argument imparable dans toutes les conditions sans entrer dans une quelconque négociation avec l'utilisateur de drogue.

« Il y a quand même des emmerdeurs qui viennent...plus trop maintenant parce qu'ils savent...je leur dis d'emblée non, « oui mais docteur vous pourriez peut-être me donner quand même, ça va pas », non, y a un cadre, vous respectez le cadre sinon je prescris pas, « ha oui docteur vous savez... », oui je sais aussi qu'il y a des trafics, des gens qui revendent donc à partir du moment où y a des gens qui font des bêtises, on est obligés d'être plus stricts et ça marche ».

Cependant si ce protocole de soins est mobilisé et argumenté différemment d'un médecin à l'autre c'est parce qu'il semble bien cristalliser des préoccupations de nature et d'intensité différentes. Il semble bien également qu'il prolonge, différemment selon les cas, une autre préoccupation sincère, l'intime conviction que le médecin ne peut complètement fermer les yeux sur le détournement et le trafic dans la mesure où « encourager quelque part ces activités c'est pas soigner ». Ainsi il permet, quelques fois difficilement, de déplacer la ligne de partage médicament/drogue du produit au profit du médicament en permettant au médecin de réinvestir ce qu'il considère être sa mission première.

« Ceux qui ont vraiment envie d'arrêter...ou au moins se stabiliser, arrêter de faire les cons ok...on est d'accord pour les aider en prenant notre rôle thérapeutique au sérieux, mais si c'est pour donner du produit à celui qui va le revendre...non. On peut pas contrôler à 100% mais là on se donne un peu les moyens ».

Enfin pour l'ensemble des médecins il représente dans tous les cas un « cadre » précieux qui permet d'ordonner la rencontre avec l'utilisateur de drogue, donner une forme et une légitimité précise au « contrat » avec signature du patient à l'appui.

« J'ai mes nouveaux... je leur explique le topo, ce que je faisais pas au départ, la règle des vingt huit jours, la même pharmacie... on est ensemble, on voit ça tranquillement, pas d'excuses... j'ai perdu, machin et tout... ça pose quand même beaucoup moins de problèmes ».

# **CHAPITRE III.**

## **LA BUPRENORPHINE, L'INTERMEDIAIRE D'UNE MISE EN ORDRE MEDICALE DES PRATIQUES.**

### **I. ELABORATION D'UN TRAITEMENT. LE CONTRAT OU LA REDUCTION DE L'INCERTITUDE.**

#### **1. La demande du patient.**

Face au médecin généraliste un usager de drogue entre dans le cabinet et demande quelque chose plus ou moins bruyamment, plus ou moins clairement. Dans la plupart des cas c'est le souhait de vouloir arrêter, si on excepte ceux qui viennent encore pour une demande de médicaments précise que les médecins n'acceptent presque plus de toute façon. Mais cette première rencontre, et la relation qui s'en suit, posent quelques problèmes dans la mesure où elle confronte un médecin pas très sûr de son offre de soin avec un patient potentiel pas toujours très au clair avec sa demande et avec sa démarche. C'est là l'incertitude constante la plus flagrante de cette nouvelle extension de la pratique des médecins généralistes, peut-être plus qu'aucune autre, même si elle n'est pas si différente sur le fond, nous l'avons vu. Ainsi avec l'usager de drogues déferle tout un monde que les médecins n'avaient connu auparavant que sporadiquement et dans l'urgence et avec lequel ils vont devoir composer maintenant et régulièrement. C'est à cette rencontre que ce chapitre se propose de répondre, en tous cas partiellement et du point de vue des médecins. Nous tenterons dans ce sens de décrire et resituer les différents espaces offerts par ces derniers à travers les récits qu'ils nous font de leurs rencontres avec les usagers de drogues. Mais au-delà, c'est bien ces médecins qui sont encore une fois secoués, déstabilisés plus ou moins dans des conceptions souvent très locale de leur métier.

« La demande c'était de les aider à s'arrêter, ça a été toujours ça la demande...la demande qui est formulée...quand à savoir ce qu'est la demande réelle, c'est une question que je me pose tous les jours...ça n'est jamais simple chez un toxicomane de cerner la réalité de sa demande...quand il dit « je veux arrêter » est ce qu'il veut arrêter la toxicomanie, est-ce qu'il veut sortir de son cadre de vie, est-ce qu'il essaye d'échapper à des poursuites judiciaires...c'est extrêmement complexe parce qu'on trouve vraiment de tout ».

L'ambiguïté ressentie par la plupart des médecins s'agissant de la « vrai » démarche de l'utilisateur de drogue s'exprime ici assez clairement. D'une manière générale il y a le sentiment de ne jamais vraiment parvenir à se mettre d'accord sur un objectif commun. En creusant un peu la question ce même médecin finira par exposer plus ouvertement le problème qui se pose à lui.

« On s'est rapidement rendu compte avec l'arrivée du subutex® que...qu'on s'adressait à une population très particulière et...d'une complexité de prise en charge qui est effrayante...c'est très très difficile de prendre en charge des toxicomanes...c'est vraiment très difficile parce que c'est une population de...de...de gens dont on ne sait jamais s'ils mentent, s'ils mentent pas, on sait jamais quelles sont leurs véritables motivations...et puis bon il s'est développé à côté de...à côté de la prescription du subutex® un marché du subutex® qui est effrayant ».

La difficulté de croire réellement en la sincérité de la démarche est semble-t-il systématiquement associé à cette figure hybride du patient-usager de drogues-toxicomane dont l'une des caractéristiques récurrente dans les discours est de penser qu'il est toujours susceptible de naviguer, dans les réseaux du marché noir. Nous verrons que cette constante est largement présente chez la plupart des médecins, sans doute renforcée par le lieu d'exercice (la Moselle-Est), région frontalière avec l'Allemagne où la buprénorphine n'existe pas et donc revendue comme drogue. Mais que cette relation avec le marché noir existe ou pas il y a toujours cette appréhension d'avoir à faire à un patient dont on ne sait pas quelles sont les véritables motivations, un patient peu fiable, parce qu'il est « toxicomane », malgré les bonnes intentions qu'il affiche dans le cabinet parce qu'il est face à un médecin et qu'il souhaite visiblement un traitement. Ces présupposés sont quasiment les mêmes chez la majorité des médecins et s'expriment de différentes façons mais nous devons avouer que notre préférence va à ce dernier qui nous en offre une restitution assez dramaturgique.

« Quand ils sont là ils sont toujours motivés, c'est toujours le moment où ils ont décidé, là c'est maintenant que ça va se passer, ça y est ils sont prêt, ils ont bien réfléchi...hein bon voilà. Ca se présente quasiment toujours comme ça ».

Beaucoup de médecins confient ainsi avoir été, surtout au début, extrêmement mal à l'aise face à ce patient d'un autre type. Les perceptions communes s'agissant du « toxicomane » jouent ici à plein largement renforcés par une incertitude totale, aucun appui, aucune expérience. Le médecin ne sait pas grand-chose de ce patient qu'il ne voit souvent qu'à travers la ligne « toxicomane », avec tous les présupposés que cela implique. Il n'en sait pas plus sur le produit qu'il est censé délivrer et surtout où cela risque de l'entraîner. Les récits sont nombreux sur ces premières expériences comme ayant été vécues un peu douloureusement.

« Mal parce qu'on est le médecin d'un côté qui est le prescripteur mais qui est un peu paumé parce qu'il a jamais fait et on a en face de soi un toxicomane qui est tout à fait au courant déjà de ce qui se passe et on se dit d'une certaine façon on va se faire avoir si je fais pas gaffe, je vais me faire rouler et des fois on se faisait rouler effectivement ».

Il y a souvent une autre expression qui revient assez souvent chez les médecins pour restituer cette demande qui semble résumer finalement l'usager de drogue qui arrive en bout de course : « j'en ai marre ». Est souvent associé alors à cette affirmation tout un lexique décrivant des situations plus ou moins catastrophiques que le médecin tente de démêler : marre de consommer, cercle infernal, perte d'un emploi, plus de copine, plus d'argent etc... Mais là encore, même pour les médecins les plus compréhensifs, le doute plane quand aux véritables motivations du patient mais non sans raisons semble-t-il.

« Oui...honnêtement oui...je doute toujours, même maintenant...avec certains je me suis fait avoir...il suffit de se faire avoir une ou deux fois...après on a de pauvres bougres qui suivent ».

Cependant la complexité des situations est souvent mise en avant quelques fois avant les motivations réelles ou supposées du patient. Bien que la dépendance à une ou plusieurs drogues soit dans l'ensemble le dénominateur commun, il y a lieu de rapporter chaque demande au patient qui la formule.

« C'est difficile hein, c'est difficile de savoir ce qui les motive. Autant de personnalités différentes autant de demandes différentes, non je crois que... chaque cas, on peut pas généraliser, chaque cas est différent oui ».

## **2. La première consultation. Diagnostic et dosage initial : une côte mal taillée.**

Pour la très grande majorité des médecins, lors de la première consultation l'objectif crucial consiste à trouver le « bon dosage », celui qui délivrera le patient du manque de drogues, des envies de consommations annexes et qui finalement réglera tous ses problèmes quand à sa relation avec cette drogue. Ce « bon dosage » est très important au début du traitement parce qu'il signifie souvent non seulement une coupure avec la dépendance à la drogue mais également avec son ancien mode de vie. La procédure n'est pas différente sur le fond de « l'initialisation » de la méthadone dans les centres de soins. Il faut, disent les psychiatres, « caler » le patient pour trouver « la dose de confort » destinée à supprimer toutes les « envies », celles qui le débarrasseront finalement de toutes ses attaches avec la drogue. Mais nous savons nous que ces attaches sont multiples, complexes, enchevêtrées et qu'elles ne se réduisent pas à la stricte consommation du produit, quel qu'il soit. Nous savons également que nous ne pouvons supprimer les attaches mais les substituer ce que paradoxalement la substitution ne fait que très partiellement, et encore<sup>339</sup>, ce qui régulièrement désajuste la relation entre le médecin et son patient.

Mais cette technique de recherche du « bon dosage » n'est pas simple au demeurant même pour les médecins les plus expérimentés. Tous ceux qui ont été interrogés déclarent spontanément n'avoir eu aucune idée sur la question lorsqu'ils ont commencé à suivre des usagers de drogues. Mis devant le fait accompli ils ont du « bricoler » un protocole qui les dépassait constamment mais qu'ils s'efforçaient de contenir. Généralement lorsqu'on aborde cette question, les médecins mettent souvent en avant l'acquisition d'un « savoir-faire » qui se serait élaboré au fil des années sur le terrain, un « savoir opératoire » pour reprendre l'expression d'Isabelle Baszanger en la relocalisant quelque peu. Chacun a fait un peu comme il a pu en s'adjoignant lorsque c'était possible une aide extérieure. Chacun s'est évertué à construire une pratique, à performer la réalité de son métier de médecin généraliste et dont il

---

<sup>339</sup> Un usager de drogue qui entre en traitement de substitution règle son problème de dépendance mais certainement pas celui de ses attachements à la drogue. Cette subtilité n'a pas été prévue par les concepteurs de ces produits.

tente ensuite d'en faire la traduction. Au départ pour certains c'était les rencontres sporadiques avec quelques collègues et autres « spécialistes », d'autres ont pu bénéficier des conseils d'un centre de soins, d'autres encore se sont appuyés sur une documentation trop rare et trop « théorique ». Chacun a donc construit son cadre d'intervention à partir des maigres ressources qu'il a pu mobiliser mais tous insistent plus ou moins sur ce côté « empirique » qui n'appartient qu'à eux seuls. La question des dosages et de leur gestion est centrale pour le médecin. Elle représente sensiblement un appui dans la stratégie thérapeutique que ce dernier tente de négocier ou d'imposer à son patient. Elle le questionne également sur sa propre conception de la « toxicomanie » et de la « substitution » et ce faisant nous donne une idée de la médiation qu'il propose en règle générale. Mais ces stratégies, diverses, ne sont jamais linéaires car le patient résiste toujours dans la très grande majorité des cas, quelle soit la forme de cette résistance. Les soubresauts des médecins sont toujours liés à ceux des patients, eux-mêmes à la recherche d'une forme de « bien-être ». Le patient agite le médecin parce qu'il est lui-même constamment agité par la molécule. Ainsi le désir profond des uns, les médecins, et le travail des autres, les patients s'engagent dans des mouvements contraires qui cristallisent bien souvent les malentendus entre deux logiques qui tentent de cohabiter pour construire un espace commun et relativement acceptable pour les deux parties.

On peut mieux comprendre maintenant les tensions continues qui nourrissent les rencontres entre les médecins et leurs patients. On peut nous même prendre comme appui de compréhension que la gestion de ce traitement ne peut se départir d'une certaine zone d'ombre que le médecin tente d'éclairer comme il peut. La gestion du traitement n'est jamais totalement stable, sauf cas particuliers. Elle est régulièrement soumise aux impulsions données par les patients et aux réponses des médecins. Ces derniers sont souvent dans l'interrogation. Que dois-je faire ? Lui demander de diminuer son dosage mais dans ce cas ne risque-t-il pas d'être en manque, de faire appel à d'autres produits ? S'il me demande d'augmenter le dosage, ne suis-je pas en train de maintenir sa dépendance ? Pourquoi n'y a-t-il pas de diminutions ? Sans compter la question du sevrage qui semble s'éloigner jour après jour.

« Non, c'est vachement plus difficile parce que j'ai pas l'habitude de ça...c'est pas frustrant, c'est beaucoup plus difficile, c'est beaucoup plus angoissant...parce que tu te demandes toujours est-ce que tu fais bien, t'es pas formé, c'est pas que t'es pas formé à ça, t'est pas programmé pour ça, c'est pas ton job donc si tu fais ça c'est que



ça t'intéresse parce que tu sens que tu peux apporter quelque chose, c'est donc presque empirique tu vois même si moi j'ai fait un petit séminaire de formation, je connais un peu les gens mais c'est vachement empirique tu vois, moi je découvre un peu sur le terrain au fur et à mesure hein...y a pas de, y a pas de protocole thérapeutique, tu traites un diabète par protocole, tu sais ce qu'il faut faire, c'est comme ça c'est pas autrement...c'est vachement sécurisant pour le prescripteur. Alors que là c'est empirique heu, ça dépend vraiment de chaque bonhomme...c'est pas cadré du tout ».

- **Le dosage en fonction de la consommation antérieure.**

La question est : lorsque l'usager de drogues formule sa demande, qui ne va pas de soi comme nous venons de le voir, que fait le médecin ? Comment répond-t-il à cette demande qui est, nous pouvons le comprendre, subordonnée à tous les malentendus précédents. Il y a semble-t-il un fil rouge qui traverse presque toute les premières consultations à savoir la nécessité d'évaluer la consommation antérieure de drogues afin de fixer la dose de buprénorphine adéquate. Autour de cette question centrale viennent se fixer ensuite, ou pas, d'autres interrogations destinées à remonter sur des préoccupations plus générales en terme de santé mais toujours liées à cette condition de « toxicomane » souvent sur-représentée.

« J'évalue leur consommation, j'évalue leurs comportements à risques, voire s'il y a d'autres toxicomanies, voire s'il y a des risques sexuels, voire s'il y a heu...des risques hépatiques et compagnie, et...d'analyser un peu ce profil là...médico-psycho-social on va dire hein globalement et heu... je les interroge sur l'ancienneté de leur consommation ».

Mais l'évaluation de la consommation antérieure n'est pas une chose simple. Techniquement déjà, aucune règle n'existe qui puisse mettre en adéquation la quantité de drogue consommée auparavant et la dose de buprénorphine adéquate. Ensuite et quand bien même, cette équivalence, si elle était possible, devrait en principe prendre en compte ce que le patient est à même d'évaluer comme étant sa consommation journalière, ce qui peut ne pas être chose simple pour lui. Enfin, parce que cette première incertitude est largement renforcée par la nature même du patient dont les propos sont quelques peu soumis à l'épreuve de cet algorithme à siège éjectable.

« Le mensonge c'est le premier problème, sciemment ou non hein...heu...mensonge...sous-estimation de leur consommation, quand je les interroge sur leur mode de vie hein...donc ils sous estiment la gravité de leur trouble comportemental (...) Ils ont l'impression qu'ils prennent que du sniff de temps en temps alors que c'est quatre fois par jour hein, heu etc...mais ils sont soit pas conscients, soit ils mentent la dessus...ils n'ont pas analysé proprement leur niveau de dépendance ».

Ainsi envers et contre tout et dans la très grande majorité des cas le but avant tout est de fournir au patient la dose de buprénorphine dont il a besoin et qui lui permettra de continuer à venir régulièrement aux consultations. Donc et dans un premier temps le médecin se livre au préalable à une sorte d'évaluation, un interrogatoire dont le but est de fixer essentiellement la quantité de drogue consommée auparavant.

### *Une prescription maximale.*

Cette prescription maximale, 16 mg par jour, s'adresse d'emblée à ce que les médecins qualifient de « cas lourds ». Autrement dit des usagers de drogues relativement âgés, ayant donc plusieurs années de consommations derrière eux et dont certains se droguent par voie intraveineuse.

« Au début j'essaye en les interrogeant de...de voir où ils en sont au niveau de leur consommation, ensuite en fonction de la consommation on va démarrer soit à des doses élevées...alors des doses élevées pour des gens qui ont de grosses consommations...alors ça c'est les toxicomanes qu'on connaît depuis longtemps...et...et là on peut démarrer...on démarre souvent à 10-12, parfois même à 16 d'emblée...ça c'est des gens qui fonctionnent avec des doses d'héroïne ou de cocaïne...qui sont...qui sont vraiment très élevées quoi, qui se shootent tous les jours...plusieurs fois par jour même...mais c'est plutôt rare ça ».

C'est le même scénario pour cet autre médecin qui prescrit la dose maximale de buprénorphine en fonction de la durée et de l'intensité de la consommation du patient.

« Quand c'est un ancien...toxicomane avec un lourd passé, je commence à 16, voilà ».

### *Un ajustement progressif. Commencer par des doses faibles.*

Pour les patients qui ne sont pas des « cas lourds » et qui représentent sensiblement la majorité de la clientèle, le dosage se fait par ajustements successifs jusqu'à ce que les signes de manque disparaissent complètement ce qui peut prendre plusieurs jours.

« Mon fil conducteur pour déterminer, c'est la consommation. Quelqu'un qui a une consommation qui n'est pas journalière, je vais commencer à des doses qui sont faibles. Tu prends tant d'héroïne, il faut que tu démarres à tant de milligrammes...et après on ajuste en fonction de ce qu'ils ressentent...le gars qui vient en général il est en train d'essayer d'arrêter, il commence à avoir des signes de manque et...ils sont mal, ils ont des douleurs, ils ont envi de vomir, ils dorment plus, ils sont hyper speed, on va démarrer à 4-6 mg...et puis je lui dis tu reviens dans 48 heures...et puis 48 heures plus tard le type me dit écoutez j'ai encore mal dans le dos, on va augmenter un petit peu, on ajuste...jusqu'à ce que il n'ait plus de signes de manque...et en principe quand il a plus de signes de manque on a la dose de buprénorphine de premier pallier avec laquelle il faut commencer...en principe en 8 jours ça doit être réglé ».

Mais comme cette évaluation tient essentiellement compte des indications délivrées par le patient, elle est constamment assortie d'une incertitude constante que le médecin tente de réduire par le biais de cet ajustement.

« La difficulté c'est quand on essaye d'évaluer les quantités de drogue qu'ils prennent, c'est pas toujours évident parce qu'ils disent pas toujours la vérité...mais ensuite l'ajustement permet de savoir si les gens ont été...on été francs au départ...ou s'ils ont tenté de minorer ou majorer les choses...ça va déjà donner une indication sur la suite ».

Ainsi cet ajustement semble en premier lieu destiné à se faire une idée sur la véracité des informations données par le patient, idée qui conditionnera vraisemblablement ensuite la relation avec ce dernier. Cependant le médecin part néanmoins du principe que son adéquation entre la drogue consommée et le dosage initial relève d'une certaine objectivité alors qu'en réalité nous serions en droit de supposer que non seulement elle fait l'objet d'une approximation très subjective au départ mais que de plus elle ne tient pas compte des contraintes et des contingences réelles du patient dont on sait maintenant qu'elle peuvent peser lourd dans la balance. Ainsi le médecin agit en se construisant des appuis, des règles à

partir de perceptions qui sont les siennes et qui vont lui permettre d'ordonner progressivement ses propres jugements.

« C'est du feeling, c'est tout...c'est là où l'expérience peut être très utile...c'est comme dans ma pratique, le choix d'accepter de prendre en charge un nouveau patient...heu...ou ne pas accepter, il repose essentiellement sur du feeling et l'expérience...sur rien d'autre...y a rien d'académique...rien ».

Le cas le plus aboutit de cet ajustement progressif semble se retrouver chez ce médecin qui applique une méthode qui évite de faire une spéculation sur les quantités de drogues consommées. D'une part il pense que cette évaluation est très subjective à chaque fois et d'autre part qu'elle n'est absolument pas pertinente car le but du jeu, selon lui, est de mesurer presque en temps réel cet ajustement pour parvenir objectivement à déterminer les dosages adéquats en fonction de l'expérience réelle du patient.

« Je commence systématiquement par 2 mg le matin, il revient me voir le soir, si ça va pas je monte à 4...le lendemain matin peut-être 6 et ainsi de suite pendant trois jour jusqu'à atteindre la dose qu'il lui faut ».

La contrainte est grande pour le patient qui doit se rendre deux fois par jour pendant trois ou quatre jours au cabinet quitte à le mettre en arrêt maladie s'il travaille car « la priorité c'est de le soigner comme n'importe qui ». Seule règle, si le patient déroge à un seul de ces rendez-vous il est immédiatement rayé du protocole. Mais la contrainte est également du côté du médecin qui selon lui « doit être disponible », au « service du patient, pour ces patients » comme pour tous les autres. Pour lui, seule cette méthode permet de déterminer réellement la dose nécessaire pour chaque patient. Il n'y a aucune règle en la matière, aucune adéquation possible, chaque patient expérimente cette première phase du traitement de manière singulière car « chaque patient est unique ».

Les partisans de cette méthode avancent généralement que la consommation du patient tend à évoluer systématiquement vers des doses plus importantes quel que soit le dosage initial.

« Si vous démarrez à 2 y a des chances pour qu'il se stabilise à 8, 10 dans le pire des cas mais je pense que pour le même patient si vous démarrer à 8 ou 10 y a des chances pour qu'il monte à 16 ».

Finalement tous les médecins qui appliquent cette méthode de l'ajustement progressif ont surtout l'objectif de commencer par la quantité la plus faible possible pour éviter de donner trop de buprénorphine. L'adéquation avec la quantité de drogue consommé auparavant, même si elle est avancée au début dans l'élaboration du « diagnostic », semble disparaître tant le médecin la questionne ensuite comme étant quand même très aléatoire. Ne pas sur-doser serait donc ici le fil conducteur.

« Heu...c'est approximatif c'est-à-dire que...j'essaye de voir ce qu'il a consommé... Je commence par la dose la plus faible possible tout en prévenant en disant à la personne en question que si ça se passe pas bien qu'elle revienne heu...qu'on adaptera les doses en fonction de son état».

- *Ça arrive que certains reviennent ?*

« Oui, oui ça arrive souvent...oui, parce que c'est difficile de faire une concordance entre ce qu'ils prenaient ou ce qu'ils s'injectaient et la dose de subutex hein, c'est quand même pas toujours facile hein... Y a parfois des prises concomitantes d'anxiolytiques ou de choses comme ça donc c'est pas facile quoi de juger heu...précisément la dose hein ».

- **Le diagnostic du patient comme appui.**

Cette manière de procéder tient compte quand à elle directement du diagnostic effectué par l'usager de drogue même si à l'intérieur les médecins peuvent différencier plusieurs cas de figures. Il y a ceux qui disent avoir un long passé de consommations derrière eux et qui savent déjà visiblement ce qu'il leur faut, souvent une dose précise annoncé au médecin. Parmi eux la plupart du temps des patients qui ont déjà expérimenté le produit et qui ont réussi à trouver le dosage adéquat.

« Alors très souvent j'en ai qui viennent en disant : « *J'en ai acheté au marché noir pour voir l'effet que ça me faisait, si ça pouvait m'aider, bon ça peut m'aider je me*

*sens bien avec et j'en prends...je prends 2 fois 8*...c'est des doses...on va dire correctes ».

Ces médecins affirment en général se fier aux indications données par les patients parce qu'ils estiment que ce sont les critères les plus fiables, rien de pouvant remplacer leur propre expérience dans tous les cas de figure. Bien sur quelque fois des ajustements sont nécessaires ensuite, mais ils sont généralement relativement faibles, un peu comme les fumeurs de cigarettes qui souhaitent arrêter à l'aide des patchs anti-tabac que ce médecin connaît bien.

« C'est un peu comme la consommation de cigarettes quand on met des patchs...c'est un peu en fonction de la consommation habituelle et les patients ont souvent déjà essayé donc on s'en remet à eux ».

Ces médecins sont quand à eux très réservée sur la méthode qui consiste à faire un ajustement progressif ou celle qui impose d'emblée une dose moyenne, le 8 mg comme le pratique d'autres médecins. Leur crainte est que ces méthodes peuvent produire un sous-dosage des patients qu'ils tenteront de combler ensuite de deux manières différentes. Soit ils prendront plus de comprimés que ce qui est prescrit, soit ils se rabattront sur des benzodiazépines ou d'autres produits pour ne pas transgresser ce qui est convenu avec le médecin. Dans un cas c'est le médecin qui est embêté car il risque de ne plus faire confiance au patient, dans l'autre c'est la crainte de développer une toxicomanie qui n'était peut-être pas présente au début ou de la renforcer encore et le risque de voir retourner le patient dans un milieu d'où il veut justement s'extraire.

« Bon on peut toujours refaire une ordonnance...ou alors ils vont au marché noir...je pense qu'il vaut mieux partir sur une dose trop importante même et diminuer ensuite, y a moins de risques ».

- **Une première dose automatique de 8 mg.**

Cette méthode été rencontrée chez sept médecins au total. Pour ces derniers il n'y a aucune règle véritable susceptible de déterminer le dosage initial. Toutes les méthodes pour déterminer les quantités de drogue consommées font entrer tellement de paramètres en jeu que cela relève de « l'utopie ». D'abord il faudrait que les patients puissent donner une indication

exacte de ce qu'ils consomment régulièrement, ce qui pose au moins deux problèmes. D'une part lorsqu'ils souhaitent réellement arrêter ils sont dans l'incapacité de faire cette évaluation puisqu'ils n'ont absolument pas le recul nécessaire. D'autre part il est illusoire de croire qu'ils n'ont consommé que de l'héroïne car bien souvent il y a d'autres drogues associées et des médicaments de toutes sortes et quelques fois l'héroïne n'est même pas la drogue principale. Enfin et combien même, il n'existe aucune règle formelle susceptible de prouver objectivement cette adéquation.

« Ca pour moi ça repose essentiellement sur du feeling...c'est un peu comme pour la cigarette et les patches... y a pas vraiment de règle...pour moi la dose classique c'est 8 mg...mais bon je m'aperçois ensuite que beaucoup montent vite à 16 ».

Cette dose de départ moyenne, mais néanmoins importante présente l'avantage « d'apaiser » tout de suite le patient quitte à faire quelques ajustements par la suite. La plupart du temps c'est une règle qui s'est instauré au fil de l'expérience car les patients ont plutôt tendance à augmenter ensuite les doses, ce qui prouve bien qu'il est inutile de commencer par des doses plus faibles, risquées.

« Heu...moi à vrai dire je commence toujours pas une dose moyenne, du 8...bon je les questionne quand même sur leur antécédents...mais bon, tu sais c'est parce que la plupart grimpent tout de suite à 16 et ils en bougent plus, pendant un an faut pas toucher surtout ».

#### - Une première dose automatique de 16 mg.

Les médecins qui commencent par la dose maximale, c'est à 16 mg, sont peu nombreux, deux au total. Il est vrai qu'ils ont gardé cette méthode d'entrée qui était largement préconisée par le laboratoire au début. Ici et en contrepartie on évite de prescrire d'autres traitements psychotropes, toujours contre indiqués parce que l'on suspecte qu'ils en consomment déjà ou qu'ils sous évaluent sciemment cette consommation pour en avoir. Au mieux et contre l'anxiété seront prescrits des médicaments plus « légers » que les benzodiazépines habituellement consommés par les usagers de drogues, comme le Buspar® ou la Covatine®. Ces traitements, selon les médecins, ont l'avantage de n'entraîner aucune dépendance sauf s'ils sont consommés à des doses très importantes.

- **Durée de prescription.**

La durée de la prescription renouvelable suit globalement quatre scénarios distincts. Elle peut être journalière. Dans ce cas le patient est astreint à consommer le comprimé tous les jours dans la pharmacie. Nous avons déjà vu précédemment que cette option n'est généralement pas retenue à terme par les médecins principalement parce que les pharmaciens n'en veulent pas. Cependant cette méthode peut être utilisée variablement ou systématiquement dans le seul but de tester la fiabilité du patient les premiers jours. Ensuite la prescription peut-être étendue à 7, 14 ou 28 jours selon l'évolution de la personne et sa transformation progressive en « patient ».

« Au début je leur demande d'aller tous les jours à la pharmacie, le contrat c'est celui-là, je leur dis si ça vous convient pas vous faites avec quelqu'un d'autre que moi... mais moi c'est carré. Ensuite je vois le comportement des gens, si les gens font déjà ce que je leur demande, s'ils vont tous les jours à la pharmacie très rapidement j'assouplis les règles...si ça se passe bien, je vais leur faire une ordonnance pour sept jours...mai je leur explique, sept jours c'est sept jours, qu'ils viennent pas au sixième ».

*Vous en avez qui sont à 28 jours ?*

« Oui, ma file active ils sont tous à vingt huit. Ce sont des gens maintenant qui ont des comportements qui sont normaux, c'est des patients comme les autres...c'est des patients qui viennent voir leur médecin parce qu'ils ont besoin d'un traitement et ils viennent régulièrement...je les reçois d'ailleurs aussi bien en rendez-vous qu'à la consult ».

A l'autre extrémité les médecins qui ne voient pas l'utilité de cette démarche puisqu'au bout du compte que ce soit sept, quatorze ou vingt huit jours le même bilan est effectué en fin de prescription. Evidement que ce soit d'un côté ou de l'autre la méthode opposée n'est pas réellement thérapeutique. Soit on considère que des prescriptions systématiques de vingt huit jours signifient un désintérêt « flagrant » pour les patients que l'on voit trop peu alors que l'on gagnerait à les rencontrer plus souvent. Soit les prescriptions trop rapprochées ont souvent un caractère intéressé, financièrement parlant.



« Je vais être mauvaise langue, pour moi c'est le business à mon avis ça...ça fait quatre consultations par mois (...) on va pas trop les infantiliser non plus parce que je crois que ça fait chier les pharmacies aussi ».

### **3. Les prescriptions complémentaires.**

La très grande majorité des médecins, pour ne pas dire la totalité, prescrivent ou ont prescrit à un moment ou à un autre des médicaments annexes à la buprénorphine en quantité et sur des durées variables. Ces prescriptions complémentaires régulières peuvent concerner jusqu'à 80% des patients. Ce sont généralement des produits de la famille des psychotropes dont le but, selon les médecins, est de réduire les angoisses et autres perturbations que les patients disent manifester lors de leurs tentatives pour arrêter l'usage de drogues et régulièrement au cours du traitement. Ces prescriptions complémentaires interrogent également les médecins à plus d'un titre. D'une part elles sont déjà souvent présentes dans les consommations habituelles des usagers et chaque médecin dira que certaines de ces molécules, comme celles de la famille des benzodiazépines par exemple, créent une dépendance au moins aussi sévère que la buprénorphine sinon plus, les avis sont partagés. D'autre part toutes les recommandations médicales affirment, selon les médecins, devoir éviter autant que possible le mélange benzodiazépine-buprénorphine surtout si des consommations d'alcool viennent s'y rajouter, ce dont la très grande majorité des médecins est convaincue. Le lecteur l'aura probablement compris ce n'est pas tant la nécessité ou la pertinence de ces prescriptions ou la place qu'elles prennent dans ce nouveau processus qui nous intéresse ici mais la traduction qu'en font les médecins généralistes.

#### **- Des prescriptions qui posent problème.**

Comment pour le médecin généraliste accepter de prescrire des produits dont il sait qu'ils sont généralement déjà consommés par les patients, des produits qu'il regarde souvent comme faisant également partie de la toxicomanie des individus. On comprendra le dilemme où accepter ce type de prescription peut donner le sentiment de prolonger légalement une autre forme de toxicomanie en plus de celle que l'on cautionne déjà avec la buprénorphine. Il y a une constante chez les médecins s'agissant de ce type d'interrogation et de manière plus ou moins récurrente, plus ou moins problématique. Il y a des extrêmes, les médecins qui n'en

font pas réellement une préoccupation, qui ne voient pas « pourquoi le leur refuser » et à l'opposé ceux qui en font justement un problème avant même celui de la buprénorphine.

« Sur la substitution on arrive encore à cadrer à peu près donc ça va mais il y a tout ce qu'il y a autour de la substitution...c'est-à-dire les benzodiazépines, les calmants...et à partir de là, c'est surtout là-dessus qu'on se fait avoir ».

Cependant aucun médecin ne dit refuser franchement ces prescriptions complémentaires même lorsqu'elles concernent des benzodiazépines. La plupart du temps le patient arrive en ayant déjà une idée relativement précise de ce qu'il lui faut. A ce niveau là une négociation peut s'opérer. Le médecin peut tenter de convaincre le patient d'accepter des dosages de médicament plus faibles quitte à augmenter quelques fois celui de la buprénorphine. A côté de la buprénorphine et des médicaments sont souvent suspecté également des consommations d'alcool relativement importantes que le patient minimise bien souvent selon les médecins. Alors il faut tenter de restreindre le spectre de ces consommations avec tous les moyens dont on dispose. Lorsque la situation est trop complexe le médecin peut avoir recours à la prescription journalière en pharmacie les premiers jours, en attendant de faire un bilan plus « objectif » de la consommation de médicaments. Enfin il y a les médecins qui souhaiterait dans l'absolu ne pas prescrire et qui tentent une approche plus « psychothérapeutique ». Mais là encore et comme pour tout le reste l'expérience précise est à rapporter singulièrement à chaque médecin et les discours font souvent intervenir toute une série de rapports dans des amalgames à chaque différents : professionnels, sociaux, éthiques auxquels est soumise la décision de prescrire ou non.

#### - **Les somnifères.**

Les somnifères font certainement partie des médicaments réguliers les plus prescrits car beaucoup de patients disent rencontrer des difficultés à s'endormir et des troubles du sommeil. Dans ce cas de figure la prescription n'est presque jamais sujette à discussion, sauf exception, dans la mesure où ce type de prescription semble vraiment être monnaie courante pour l'ensemble des médecins et pour une bonne partie de la clientèle en général<sup>340</sup>. Il semble ici y avoir une extension mécanique de la prescription qui n'est jamais interrogée parce qu'elle

---

<sup>340</sup> L'on gagnerait peut être à considérer ces traitements comme pouvant également faire l'objet d'une forme de politisation du sommeil dans la société à venir, qu'il faudrait relativiser historiquement bien sûr. Les usagers de drogues semblent bien se dissoudre quelque peu dans ce type de prescriptions.

n'est en rien spécifique aux patients en traitement de substitution donc ne pouvant représenter un indice susceptible d'évaluer le bon comportement du patient potentiellement encore « toxicomane ». D'ailleurs, mais c'est peut-être une interprétation un peu hâtive de notre part, les somnifères viennent toujours en fin de liste lorsque les médecins sont interrogés sur ces prescriptions, lorsqu'ils sont cités.

« Les somnifères, c'est-à-dire...ça devient une prescription tellement courante dans le reste de la population...donc là c'est difficile d'émettre un jugement ».

Mais les somnifères sont également utilisés parce que l'on considère que cette famille de médicaments est suffisante pour accompagner le traitement de buprénorphine et qu'ils sont donc suffisant pour pallier aux problèmes d'insomnie dont la quasi-totalité des patients souffrent. Ce médecin par exemple dit « ne pas aimer » la prescription des anxiolytiques en règle générale comme le Valium® ou le Rohypnol® mais leur préfère des « médications plus douces » comme le Téralène® qui ne crée « aucune interactivité » avec la buprénorphine et présente donc beaucoup moins de danger. Une méthode éprouvée depuis le début et qui « marche bien ».

- **Pour traiter la « souffrance ».**

« Oui, la toxicomanie génère pas mal de problèmes psychologiques, oui. C'est des prescriptions de psychotropes, ça va des anxiolytiques, des benzodiazépines, des antidépresseurs, euh...parfois des neuroleptiques...c'est des psychotropes, c'est des médicaments pour calmer...pour calmer leurs angoisses. C'est quand même souvent des gens qui sont dans des situations sur le plan social, sur le plan affectif...c'est...c'est des gens qui sont souvent seuls, très très isolés et comme y a beaucoup de pathologies psychiatriques à côté, d'anxiété, de dépression...j'ai souvent des prescriptions au moins pendant un temps de psychotropes à côté ».

Mais ici les pathologies diagnostiquées par les médecins sont bien distinctes des conséquences de l'arrêt de l'usage de drogues. Elles sont souvent amalgamées avec les conditions d'existence des individus pour donner lieu à une forme de « souffrance » sans doute à l'origine de la toxicomanie et qui continue à exister ensuite malgré le traitement. La buprénorphine ne règle dans ce cas que le simple problème de la dépendance mais ne

concerne aucunement cette « souffrance » qu'il faut traiter par d'autres moyens et notamment des prescriptions annexes.

« Non, c'est là, c'est toujours là, il suffit de la prendre en charge chez eux comme chez n'importe qui. Si j'ai un patient lambda qui vient avec une dépression, je vais lui donner un antidépresseur. Si c'est un toxico qui vient, qu'il soit sous buprénorphine ou non, s'il est déprimé, s'il a besoin d'antidépresseurs je lui prescris ».

Ce type de raisonnement met au centre des préoccupations médicales cette notion de « souffrance psychique » que certains médecins utilisent pour orienter leurs pratiques et justifier leur cadre d'intervention. Pas étonnant dans ce cas que la buprénorphine, qui agit essentiellement sur la dépendance, ne règle rien dans la mesure où cette souffrance à l'origine de la toxicomanie continue d'exister. Mais de quoi parlons nous exactement et finalement qu'elle place vient prendre cette notion de « souffrance psychique » dans le discours des médecins ? Nous avons déjà pointé cette catégorie hybride précédemment pour dire en quoi elle pouvait répondre à une nouvelle forme de « politisation » exercée par les médecins généralistes pour des patients ordinaires si j'ose dire. Cependant affinons quelques peu l'analyse s'agissant de ce qui nous préoccupe ici. Cette catégorie ne peut que résister à toute tentative de définition puisque les lignes de partage entre le « social » et le « psychique » sont loin d'être claires comme les notions partagées d'ailleurs. Pour nous le social n'est qu'un mot, inutile de revenir dessus. Quand au « psychique » il alterne lui-même avec d'autres désignations comme « psychologique » ou « psychiatrique ». Mais nous ne rentrerons pas dans ce débat puisque notre propre perspective nous commande avant tout de considérer ces catégories et leurs articulations comme des constructions reposant avant tout sur des conventions consensuelles. C'est pour cette raison que nous devrions considérer cette nouvelle catégorie comme une entité médiatrice simplement mise en mouvement par d'autres événements en amont. Alors de ce point de vue nous aurions tout à gagner à suivre Alain Ehrenberg lorsqu'il nous suggère de comprendre cette entité comme étant l'expression de la détresse générée par les individus<sup>341</sup>. Nous pouvons ainsi mieux comprendre l'angoisse omniprésente chez la majorité des patients en traitement de substitution vu le désordre auquel ils sont brutalement confrontés. Cependant quand est-t-il de la réception des médecins généralistes ? La question de la « souffrance psychique » et son traitement en médecine

---

<sup>341</sup> Ehrenberg A., « La plainte sans fin. Réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale », *Cahiers de recherches sociologiques*, 2005, p.41-42.

générale restent éminemment problématiques<sup>342</sup> mais se simplifient, semble-t-il, lorsque les patients sont des usagers de drogues déjà largement habitués à consommer ces médicaments. La prescription de psychotropes est quasi automatique soit sur demande du patient, ce qui est souvent le cas, soit par décision du médecin généraliste déjà convaincu de la nécessité d'une telle médication puisque le toxicomane l'est en raison même de cette « pathologie ». Il s'agit maintenant de prendre en charge en tous cas sur son versant médical, la buprénorphine ayant seulement réglé le problème de la dépendance<sup>343</sup>.

« Ah je le propose presque toujours, surtout au début. Après...après lorsque les gens vont mieux...après...il y a tellement de problèmes en cours ».

Néanmoins il faut noter que pour certains de ces médecins, traiter le problème sur son versant médical ne peut que produire une chronicisation si on n'agit pas sur le versant social surtout s'agissant des usagers de drogues dont il sont intimement convaincus d'ailleurs que la seule issue pour s'en sortir réside dans une modification complète de leur mode de vie.

#### - **Privilégier la parole.**

D'une manière générale l'angoisse est un symptôme régulier cité par beaucoup de médecins lors des premières consultations mais qui ne disparaît pas forcément et complètement au fil du temps. Nous parlons ici des médecins qui la nomment comme telle dans le panel des symptômes plus ou moins exprimés par les patients et qu'ils tentent de mettre en ordre et de définir.

Pour ce premier médecin les psychotropes prescrits pour les patients en traitement de substitution ont une autre fonction qui n'est finalement pas très différente de celle qu'il constate chez ses autres patients. Il fait parti de cette catégorie qui attribue essentiellement aux problèmes qu'il rencontre dans son cabinet (la toxicomanie incluse) des causes liées à des insatisfactions personnelles, des réalisations de soi imparfaites plutôt que des perturbations réelles, d'origine psychiatriques, inhérentes aux personnes. Il constate que les patients sous traitement de substitution ont à peu près le même rapport aux psychotropes que celui qu'ils

---

<sup>342</sup> Haxaire, C. Genest, P. Bail, P., « Pratiques et savoir pratique des médecins généralistes face à souffrance psychique », in Bloy G, Schweyer F-X (dir), *Singuliers généralistes*, 2010, Presses de l'EHESP, p. 133-146.

<sup>343</sup> Une enquête menée en 1998 sur 129 médecins mentionne 94% de prescriptions complémentaires. *Evolution de la prise en charge des toxicomanes. Enquête auprès des médecins généralistes en 1998*. EVAL-OFDT, 1998.

ont à la buprénorphine, un rapport « anarchique ». C'est ce qu'il appelle les « prises à la contrariété ». Dans ce cas de figure la consommation de psychotropes n'est absolument pas indiquée contrairement aux véritables cas c'est-à-dire les « crises réelles d'angoisse » ou « les attaques de panique » pour lesquelles le traitement s'impose. Mais pour lui toutes les petites contrariétés, toutes les petites frustrations ordinaires sont de moins en moins supportées par une bonne partie de l'ensemble des patients qu'il voit et qui lui demandent ce type de médication parce que ça les aide sensiblement à aller mieux. Mais au fil du temps il constate également avec un peu de dépit que ces traitements s'installent progressivement comme des automatismes pour gérer les émotions ordinaires. Nous avons déjà exploré les processus auxquels sont soumis les usagers de drogues lorsqu'ils entament le traitement à la buprénorphine avec cette constante qu'est l'angoisse quotidienne à reconstruire toute une vie quelques fois. N'étant pas très favorable à la prescription de psychotropes, sauf cas avéré, il tend généralement à tenir le même discours à tous ses patients, une « approche psychothérapeutique », mais d'une façon plus directe, avouera-t-il, aux patients sous traitement de substitution.

« J'essaye de leur ouvrir les yeux. Je leur dis attendez madame, attendez monsieur, dans votre vie au quotidien, vos satisfactions vous les tirez de quoi ? J'espère quand même...que...c'est pas votre seule façon d'exister par rapport, par rapport à votre conjoint...par rapport à votre entourage, par rapport à...parce que si c'est pour passer pour le malade qu'il faut soigner et protéger, vous allez finir par épuiser les aidants...si vous exister que par la maladie que vous représentez, vous êtes pas quelque chose de...de brillant qu'on recherche...c'est plutôt terne ».

L'angoisse peut-être considérée comme un symptôme lié à l'arrêt de l'usage de drogues tout simplement. Elle est pour cet autre médecin synonyme d'une « peur » généralisée encore exacerbée par « la peur du manque ». Il n'y a pas lieu selon lui d'en connaître les raisons mais d'en rechercher les causes qui peuvent être multiples et variées.

« Ca peut-être vraiment tout et n'importe quoi...la moindre dispute, la moindre contrainte quelque fois, un regard...ils sont souvent un peu perdus et sans le produit ben c'est pas évident ».

Cependant il faut du temps, quelques fois beaucoup, pour que se démêlent les choses et que le patient parvienne progressivement à exprimer cette « peur » avec l'aide du médecin.

« Ils en parlent pas au début...il faut attendre, à vous de poser les bonnes questions au bon moment ».

Simplement et même si ce n'est pas évident pour le patient il faut d'abord lui laisser le temps d'expérimenter et de « mettre des mots » s'il le souhaite sur ces différentes épreuves. L'expérience lui fait dire que pour les patients réguliers qu'il voit depuis longtemps cette angoisse se résorbe avec le temps notamment parce que le patient apprend à gérer normalement cette peur, ce que pour lui nous faisons tous. C'est pour cette raison qu'il évite dans la mesure du possible les prescriptions annexes « lourdes » qui ne sont pas toujours pertinentes selon lui.

« Quand on sait pas ce que vous avez c'est que c'est forcément dans la tête...alors on prescrit ».

C'est un peu la même tonalité chez cet autre médecin qui préfère également le dialogue plutôt que de recourir aux anxiolytiques. Il avouera néanmoins que cette décision est de nature politique dans la mesure où « rien n'est clair dans ce domaine » si ce n'est les « lobbies pharmaceutiques ». Il préfère ainsi privilégier le dialogue convaincu que l'angoisse est engendrée en grande partie par une certaine appréhension à aborder les conflits. Cependant pour lui, nous l'avons tous, elle est même le « moteur » de ce qui nous fait avancer, l'objectif étant d'en faire quelque chose de « positif », étant entendu que chez les patients en traitement de substitution, elle est essentiellement vécue comme « négative, destructrice ».

« Moi je me contente simplement de questionner les gens, pourquoi est ce que vous avez peur des conflits parce que les gens qui prennent des anxiolytiques c'est aussi des gens qui ont peur d'aborder les conflits ».

#### - **Le sous-dosage.**

Nous l'avons vu la question du sous-dosage apparaît comme une préoccupation régulière des médecins lors des premières prescriptions. Trouver la dose de « premier palier » ou la dose de « confort » signifie que le patient n'est plus susceptible de ressentir les effets du manque. Cependant et malgré toutes ces précautions, les patients continuent de réclamer d'autres traitements. Nous avons vu également que la place des psychotropes vient dire aussi quelque

chose dans les différentes formes d'automédication développées par les patients, leur propre cuisine pour réguler leur propre rythme de vie. Cependant pour un bon quart des médecins rencontrés, ces traitements, la plupart du temps des anxiolytiques, viennent simplement compenser un sous-dosage du traitement de buprénorphine.

« La plupart ils s'en servent je pense parce manifestement la dose de subutex est manifestement insuffisante mais ils veulent pas l'augmenter... ils se contentent de ça ».

Dans la plupart des cas l'intervention du médecin est guidée par un souci de normalisation du traitement. L'aménagement proposé correspond généralement à deux types de scénarios. Soit il considère que les entorses aux traitements proviennent d'un éventuel sous-dosage principalement responsable des divers effets décrit par le patient, angoisse, déprime... Soit cette intervention tend à lutter contre toutes les consommations parallèles de médicaments, d'alcool et autres drogues. Dans tous les cas ces négociations ont un but thérapeutique pour les médecins. Dans cette opération de « stabilisation », parvenir au « bon dosage » signifie dans le même temps la suppression de toutes les consommations annexes qui tendent à parasiter l'effet réel du médicament. Les consommations qui peuvent paraître excessives, vues comme des moyens de lutter contre les effets secondaires du traitement sont interprétées par les médecins comme des résidus néfastes de leur ancienne toxicomanie et donc inconciliables avec la démarche thérapeutique.

« C'est sur que lorsque tu habites dans un studio seul de 20 mètres carrés et sans boulot c'est pas évident, j'en ai un comme ça... Luc, il est à 8mg mais je l'ai augmenté il y a peu... (Il prend le dossier du patient), c'était il y a un mois à peine... J'ai commencé à le voir décliner, le physique surtout... Je devais lire à travers les lignes mais je voyais bien que ça n'allait plus du tout... j'ai commencé à m'inquiéter quand il m'a dit qu'il s'endormait presque tous les soirs avec sa bouteille de vin... J'ai préféré augmenter son dosage de 2... Franchement j'avais peur de la rechute ».

En d'autres termes pour que cette méthode puisse donner les résultats escomptés elle devrait réunir au préalable quelques conditions qui ne sont jamais, ou presque jamais, présentes. Par exemple l'une d'entre elle impose que le patient abandonne ses pratiques de « défonce », les usages détournés du traitement ou les consommations parallèles de médicaments qui généralement sont étrangers à la question de « dépendance ». Le médecin gère et calcule ce qu'il faut pour débarrasser le patient de sa dépendance pendant que ce dernier expérimente un



produit, nouveau ou ancien, dans une nouvelle trajectoire. Bien que certains médecins comprennent quelque peu certains de ces effets secondaires, non médicaux<sup>344</sup>, produits par le traitement, ils ne peuvent jamais accepter l'idée que ces derniers puissent faire l'objet d'une prise en charge par les patients eux-mêmes. Nous nous heurtons ici sensiblement à un paradoxe que nous avons déjà eu l'occasion d'évoquer s'agissant des institutions de soins. Le médecin doit à priori supposer que le patient est susceptible de lui donner les indications nécessaires pour trouver la dose de départ qui lui permettra de supprimer les effets de manque de drogue. Ensuite c'est également ce dernier qui livre au médecin les informations susceptibles d'augmenter les doses. De l'autre, le patient devrait déjà accepter, avant d'entrer dans le cabinet médical, tout le travail pour lequel la substitution est conçue. Si nous la tenons comme un médiateur, une interface d'un côté, elle n'est perçue que comme un intermédiaire par les médecins, de l'autre. Nous voyons bien en définitive les incertitudes à l'origine de cette rencontre et qui agissent comme des points de pression pour déformer plus ou moins régulièrement l'espace de cette relation médecin-patient. Bien entendu cette vision de la buprénorphine, de ce « traitement », ne sont évidemment pas communs à l'ensemble des médecins mais comme pour le reste semble bien faire l'objet de perceptions contrastées d'un médecin à l'autre, perceptions qui ne sont toutefois pas sans liens avec les « figurations » générales qu'ils font de la « toxicomanie » et de la « substitution ».

## **II. LA DIMINUTION DES DOSAGES, UNE EPREUVE RECURRENTE.**

### **1. Le sevrage, une médiation difficile.**

Cet objectif de supprimer le traitement de buprénorphine par un sevrage progressif impose systématiquement au médecin la nécessité d'opérer par pallier successifs où il y a lieu de baisser le dosage après l'avoir plus ou moins négocié avec le patient. Tous les médecins, la très grande majorité, qui tiennent plus ou moins cet objectif d'abstinence constatent la difficulté d'obtenir de leur patient cette baisse. Comment et à quel moment se forme la

---

<sup>344</sup> Je fais bien sûr la différence avec les effets secondaires pharmacologiques qui viennent directement à l'esprit des médecins. Ils ne sont généralement pas très nombreux et pas très importants, selon eux, voire quasi-inexistants pour la grande majorité des médecins.

conviction qu'il y a lieu à tel moment de modifier le dosage ? De combien s'agit-il de baisser ? Comment trouver les arguments pour convaincre ?

« C'est plus souvent moi qui propose...qui propose ou qui impose...ça dépend. Au début je propose...mais...mais comment faire baisser les doses de buprénorphine...c'est toujours difficile ».

Si toutes ces questions nourrissent les préoccupations des médecins lorsqu'ils abordent cette épreuve, chacun équipera sa pratique en fonction du sens qu'il lui donne.

« De toute façons, il y a déjà la réalité médicale des choses. En principe le syndrome de sevrage ayant disparu, on est censé arrêter les doses rapidement...on est dans une démarche de sevrage. Le sevrage à l'héroïne ou la cocaïne c'est pas différent des autres produits qui entraînent une dépendance ».

Deux choses intéressantes ressortent de cet extrait. La démarche de soin y revêt une signification purement technique, médicale avec comme unique horizon le sevrage et dans une temporalité relativement courte. Cependant la théorie exprimée ci-dessus se heurte à une réalité plus brutale lorsqu'on aborde la question sous l'angle de l'expérience concrète.

« Le but à terme c'est qu'ils arrêtent la buprénorphine. J'en ai eu quatre ou cinq qui sont plus toxicomanes, qui prennent plus...pour moi quelqu'un qui continue à prendre de la buprénorphine il est toujours toxicomane, on n'est plus toxicomane le jour ou on ne prend plus aucun traitement...mais trois, quatre c'est pas beaucoup quand même en vingt ans ».

La question du sevrage est plus saillante chez ce médecin qui en fait par définition l'objectif ultime de sa démarche avec les patients et dans le cadre d'un processus on ne peut plus clair.

« Je pars dans un objectif de régression, ouais, de baisse. Je...ce n'est pas leur rendre service que de les laisser à 16 mg pendant...10 ans. Où alors ils sont pas sevrés où alors ils sont devenus de véritables commerçants...ça se fait quand même sur le dos de la caisse. Alors c'est comme ça que j'annonce le truc. Si dans deux ans vous êtes encore à 16 mg c'est que vous avez pas envie de vous sevrer ou alors vous me racontez des histoires et vous les revendez à droite à gauche ».

Evidemment dans cet objectif, la parole des patients semble n'avoir que peu de poids puisqu'ils n'ont d'autres alternatives que de souscrire au contrat imposé par le médecin, contrat qui ne tient compte que de la logique médicale, d'une certaine logique médicale dirons-nous. Le contrat (qui n'est toujours qu'un « contrat moral ») est clairement annoncé au départ au patient mais comme ce dernier ne dispose pas des ressources pour l'honorer, le sevrage pour lui n'est pas un objectif, c'est le médecin finalement qui prend l'offensive.

« Neuf fois sur dix c'est malheureusement moi qui suis obligé de dire attention on arrive au pallier et vous avez toujours pas réduit ...« oui mais, oui mais, c'était avant, c'est maintenant, ce sera demain heu... »...ça il faut oublier, s'ils cherchent des excuses c'est pas la peine...vous étiez d'accord au moment de la souscription du contrat...on arrive bientôt à la première échéance, il y a pas eu de baisse de votre part donc maintenant moi je vais imposer la baisse, soit vous continuez à jouer avec et on a une chance soit vous laissez tomber et ma foi je cautionne pas ».

Cet extrait peut sembler caricatural de la relation médecin-patient à bien des égards. Mieux même, et sans mauvais esprit, transposé dans une autre situation tel quel, nous aurions presque l'impression d'assister à un face à face entre un banquier et son client. Evidemment la suite ne nous surprendra pas outre mesure.

*Et quand vous imposez cette baisse ?*

« Ils acceptent une baisse...et puis on les revoie plus ».

## **2. Au rythme des patients et négociation.**

La question des diminutions et surtout celle du sevrage, même si elle relève d'un idéal que les médecins n'atteignent que très rarement, n'est pas partagée et incluse de la même façon dans la pratique. Elle relèverait plutôt d'une adaptation progressive du médecin en fonction de sa clientèle et de ses propres perceptions de la toxicomanie et de la substitution. Il y a déjà la certitude que plus l'expérience aura été longue et les consommations importantes et plus les diminutions seront difficiles, tous les médecins l'attestent. Ceux qui démarrent, ou qui montent rapidement à 16 mg sont généralement des usagers de drogues ayant consommé longtemps et beaucoup. Par contre ceux qui se stabilisent à des doses en dessous de 8 mg

réussissent souvent mieux. Bien sur, et nous le savons maintenant, l'expérience singulière de chaque patient aura une importance capitale, ce dont sont convaincus d'ailleurs nombre de médecins. C'est pour cette raison que certains affirment que pousser au sevrage à partir d'une logique purement médicale est une erreur, expérience à l'appui.

Ce médecin par exemple, qui a une trentaine de patients à son actif, tous âgés de plus de 27 ans et dont 70% sont à 16 mg, la dose journalière maximale. A la question des diminutions et du sevrage il éclate littéralement de rire. Les demandes de diminution sont très rares et même s'il aborde le sujet régulièrement au bout d'un certain temps, il n'insiste pas outre mesure. D'une part les processus sont extrêmement longs, surtout au début pour ceux qui sont à 16 mg. La première diminution ne se fait qu'au bout d'un an dans le meilleur des cas. D'autre part certains, selon lui, ne cherchent pas particulièrement à descendre car visiblement le traitement leur sert essentiellement à ne pas « replonger dans le milieu ». Comme d'autres médecins il attribue volontiers cette propriété à la buprénorphine quant à sa capacité de sortir le toxicomane du milieu de la drogue en attendant mieux.

« Ils ont quelque chose qui leur évite d'aller chercher ailleurs...c'est déjà pas mal...et qui évite qu'ils braquent la grand-mère au coin de la rue ».

Donc ici l'objectif affiché n'est en rien lié à un hypothétique sevrage car il existe souvent cette certitude qu'au fond les patients n'arriveront probablement jamais à se débarrasser du produit en tous cas une majorité d'entre eux. La toxicomanie et donc le produit de substitution sont assimilés à une forme de maladie chronique que le médecin s'évertue de gérer tant bien que mal. Mais cette situation n'est pas incompatible avec le métier de médecin à condition que le patient s'ouvre aux soins somatiques. Dans ce cas la situation n'est pas différente finalement de toute autre maladie de longue durée que le médecin est amené à gérer. La pilule du toxicomane remplace celle de l'hypertendu.

« On peut toujours se dire qu'un jour la fenêtre va peut-être s'ouvrir, c'est déjà arrivé mais c'est quoi...sur une cinquantaine, soixantaine en tout peut-être un ou deux ».

Pour cet autre médecin, dans le même cas de figure, la question des diminutions est systématiquement mise à l'ordre du jour lors du renouvellement de la prescription. Mais soit

cette décision est automatiquement remise à plus tard soit le patient essaye mais revient au bout de quelques jours pour demander de remonter à la dose précédente.

« Chaque fois tous les mois, c'est systématique, ils savent très bien que je vais leur dire alors, alors...qu'est ce qu'on fait, on essaye ?... « *Ah le mois prochain, machin, j'ai des soucis, ça va pas quoi* »...mais ceux que j'ai à 16, y sont depuis cinq ans et y bougent pas quoi ».

La plupart des médecins de cette catégorie, comme ce dernier tout particulièrement, en parle souvent avec un sentiment de résignation, quelque fois de lassitude. Progressivement une sorte de routine semble s'installer avec des consultations « en coup de vent ». Les patients sont souvent décrits comme pressés, refusant même quelques fois de s'asseoir et attendent debout la prescription, ce que les médecins refusent généralement.

« Non, je prépare pas une ordonnance, on discute cinq minutes ».

Nous verrons plus tard que la question des soins somatiques revêt toujours une importance pour le médecin, quelle que soit la place qui lui est attribuée. Généralement c'est dans cette dimension qu'il se révèle le plus comme médecin parce que cela lui permet de mettre à distance le côté « délivrance » particulièrement connoté lorsqu'il s'agit de buprénorphine. Lorsque le somatique n'existe pour ainsi dire pas, tous les moyens sont bons pour faire sentir au patient qu'on ne se laisse pas reléguer passivement dans ce rôle. Progressivement certains baissent néanmoins les bras parce qu'ils peinent de plus en plus à activer une quelconque posture médicale. Le médecin se sent de plus en plus comme un simple intermédiaire incapable de provoquer le moindre événement.

« C'est pas très intéressant quoi, c'est malheureux mais...au niveau de l'éducation, de la prévention, leur expliquer ce qui...j'ai l'impression que c'est des gens qui vont prendre ça toute leur vie...c'est malheureux mais... ».

Cette difficulté à baisser le dosage pour une grande partie des patients tend alors à faire penser à ces médecins que s'installe une forme de « chronicisation », autrement dit la certitude que certains patients auront ce traitement à vie un peu à l'image du diabétique ou de l'hypertendu. Mais dans les faits les choses semblent peut-être moins évidentes lorsqu'on les met en perspective. L'exemple suivant est intéressant à ce titre. Un patient suit depuis dix ans avec

des consommations relativement importantes d'héroïne pendant environ dix ans également. Il est à 16 mg pendant trois ans ensuite il réussit à diminuer les doses pendant cinq ans jusqu'à 8 mg et semble ne plus bouger depuis deux ans. Le médecin ne comprend pas très bien, il constate simplement que le patient « ne cherche pas à aller plus loin », qu'il s'est installé dans une « sorte de facilité » parce que ce dernier refuse maintenant les diminutions qui lui sont proposées. Cependant que s'est-t-il passé pendant les cinq ans de diminution ? Le patient a trouvé un emploi, il s'est marié, a fait un enfant avec lequel il vient régulièrement aux consultations. Que s'est-t-il passé pendant ces deux dernières années ? Il a complètement arrêté ses consommations de Tranxen® alors qu'il était à cinquante comprimés par jour. Son traitement n'est connu que de son médecin, sa femme est persuadée que c'est réglé depuis quatre ans. Selon le médecin ce patient va très bien, il n'est pas déprimé, rien qui puisse justifier encore le recours à la buprénorphine.

« Tout est polarisé la dessus et je n'arrive pas lui enlever son sub, y a plus de raisons, y a pas de raisons... il bosse, il est complètement dans le milieu femme, enfant, etc... et là maintenant il ne veut pas faire l'effort d'aller plus loin ».

Ici la seule explication donnée par le médecin est que le patient, malgré ce parcours, a développé une dépendance à la buprénorphine et se contente maintenant de cette situation.

Mais tous ne portent pas un regard aussi résigné, regard qui semble bien épingle indirectement le propre rôle du médecin, nous le verrons plus loin. D'autres ont conscience que ces diminutions ne peuvent se faire automatiquement selon un calendrier préétabli à l'avance. Elles font intervenir tellement de facteurs sociaux, psychologiques, affectifs que le médecin doit prendre en compte, en tous cas ce que tentent de lui restituer les patients. Ce n'est jamais facile car ces derniers ne parlent pas et ne se livrent pas beaucoup et l'investigation du médecin est toujours difficile.

« Ah ça c'est long hein, ça se fait sur plusieurs mois...16 mg c'est sur plusieurs mois, après on voit comment ça se passe, s'ils ont...on essaye de voir leur vie professionnelle un petit peu, s'ils se réintègrent au niveau de la société...s'ils sont inscrits à l'ANPE...donc on essaye de voir un petit peu comment, comment... ils peuvent heu...au niveau familial aussi, le contexte tout ça, s'ils vivent en couple heu...mais bon c'est facile ».

D'une manière générale les diminutions sont loin d'être automatiques, nous serions plutôt dans un cas de figure où « ça arrive », et ça arrive toujours lorsque le médecin est à même de constater un changement dans la vie du patient, travail, petite copine, enfants quelques fois... Quelque chose dans la vie du patient s'est améliorée où le médecin sent « qu'il va un peu mieux ». Certains exemple sont donnés mais d'une manière générale et pour reprendre quelques médecins c'est souvent lorsqu'ils se « resocialisent ». Quelques cas donc où l'évolution de la situation permet d'amorcer une diminution. Cependant elle n'est jamais automatique et doit toujours faire l'objet de négociations.

« C'est des discussions, des négociations... souvent c'est quand même moi qui propose... Souvent, en salle d'attente on est bien, ça va bien, vous avez un job, le fric ça va.... C'est l'été on va essayer de descendre un peu ».

Cette négociation peut durer quelques consultations. Le médecin tente de convaincre le patient qu'il est « capable » d'opérer cette diminution. Dans tous les cas il s'agit de ne pas brusquer le patient ou de « passer en force » car cela peut mal se passer, donc première règle obtenir sa pleine adhésion. Ceci dit, le médecin a plutôt tendance à prescrire la dose habituelle, 14 mg par exemple, et faire un contrat avec le patient pour qu'il gère en fait une prescription de 12 mg. Ainsi ne s'installe pas « la peur du manque », fatale à tous les coups lorsque des diminutions sont envisagées. Dans certains cas, peu en réalité, une réduction plus ou moins régulière peut s'amorcer et plus les doses s'amenuisent et plus ça devient difficile jusqu'à ce dernier palier infranchissable dont nous parlerons plus loin.

« Quand on part d'une dose très forte qu'on est à 16 etc... en général tu vois on va essayer de descendre un peu... quand on est à 8 ou 6 en générale ça va...alors c'est étonnant on peu passer de 16 à 12 sans problème, de 16 à 10 ou de 12 jusqu'à 8 très facilement, et puis on arrive à des paliers qui passent pas, ils supportent pas, ils tiennent pas etc... Quand on passe après de 6 à 4, de 4 à 2 ou de 2 à 1...de 2 à 1 ça passe pas tu fais du 1,8, après c'est de plus en plus difficile... ça devient psychologique là à mon avis...C'est pas une droite hein, c'est des plateaux, tu descends puis y a d'autres paliers, des fois ils te demandent de rester là c'est bon les 15 derniers jours ça c'est bien passé ? « *Ouais, ouais* », on y va on peut descendre ? « *Non je préfère encore attendre un mois, le boulot ça va pas, j'ai pas retrouvé l'intérim pour l'instant, il fait froid heu...en été c'est mieux il fera plus chaud* ».

Cette « peur du manque » certains médecins ont entrepris d'en tenir sérieusement compte lors des tentatives de diminution comme d'une véritable donnée à intégrer systématiquement dans la démarche thérapeutique. D'une part les comprimés sont fractionnés. Si le patient prend un comprimé de 8 mg par jour par exemple et qu'on décide de passer à 6 mg, le médecin lui prescrit alors un comprimé de 4 mg et deux comprimés de 2 mg. Il essaye avec 6 mg et garde sous le coude le comprimé de 2 mg au cas il ressentirait des signes de manque. Ensuite les consultations sont systématiquement rapprochées. Dans cet exemple la consultation tous les vingt huit jours devient hebdomadaire. Selon ces médecins, cette « peur du manque » est gérable à condition de donner au patient tous les appuis pour la surmonter étant entendu qu'elle n'est pour eux que de nature « psychologique ».

### **Petite conclusion**

Cette articulation entre le médecin et son patient en vue d'arriver à un équilibre satisfaisant en terme de posologie avec comme socle les informations donnés par ce dernier n'est au final qu'un guide pour le médecin et ne va généralement pas de soi. La buprénorphine n'est pas un produit qui va agir graduellement sur le manque du patient jusqu'à le libérer complètement et ensuite tout va bien. Les choses sont sensiblement plus complexes. Pour nous la buprénorphine est un actant dont nous avons tenté de cerner précédemment les propriétés médiatrices. Quelle soit prescrite au départ ou déjà utilisée par les patients elle prend place dans un dispositif qui leur est propre et singulier. Seulement ce dernier peine à entrer dans le cadre de l'espace médical car il le déborde constamment de toutes part. Seulement les médecins ne sont pas que des intermédiaires prescripteurs, ce sont également des médiateurs animés par des compétences acquises progressivement au contact des réseaux, même s'ils sont particulièrement mince, nous le verrons<sup>345</sup>. Ceci suppose à priori un préalable. Pour que cette méthode puisse fonctionner il faudrait que la buprénorphine se réduise à un simple intermédiaire substituant d'un coup non seulement l'usage de drogues mais tout ce qui est lui attaché. Or cette opération ne peut se faire mécaniquement, nous le savons.

---

<sup>345</sup> Cependant j'entends ici par « réseaux » l'acception générale que lui en donne l'ANT (Actor Network Théorie), la sociologie de l'acteur réseau. En d'autres termes l'ensemble des ramifications, humaines ou non, par lesquelles transite le savoir progressivement constitué s'agissant des produits de substitution. Nous voyons que l'un des nœuds dans ces réseaux est représenté par les patients eux-mêmes. Ils participent avec les médecins à l'invention progressive des codes de détermination des posologies, des procédures de diminutions...



### 3. Le dernier palier incompressible.

Voilà une constante presque parfaite rencontrée chez pratiquement l'ensemble des médecins. Elle ne concerne pas vraiment la majorité des patients mais la petite minorité qui a pu tant bien que mal baisser les dosages relativement régulièrement et qui reste accrochée à une dose infinitésimale dont ils éprouvent le plus grand mal à se débarrasser. Beaucoup de médecins peinent à comprendre les raisons pour lesquelles le patient continu de rester attaché à cette portion minuscule alors que tout le reste semble ne semble plus poser de problèmes depuis des années. En voilà un exemple assez représentatif.

« J'ai eu une discussion comme ça avec un de mes patients qui a bien réussi. Il a...aujourd'hui encore...trois comprimés de 0.4 mg...il a descendu très régulièrement. On a très vite réussi heu...16, quatre mois, 8, quatre mois, heu...4...deux, trois mois, 2 mg, huit mois, même pas un an, rapide et après on est passé au 0.4, les plus faibles et ça fait cinq ans qu'on est accroché au 0.4 et on arrive pas à réduire ».

D'autant plus que ce patient a semble-t-il entamé parallèlement une réinsertion plus que correcte, un emploi bien rémunéré, un appartement et à même pu rapidement s'adonner à l'une de ses passions, la moto. Le médecin tente péniblement de comprendre alors que paradoxalement le patient semble avoir une vie relativement bien équilibrée, socialement et affectivement. Cependant quelque chose, un nœud, continue d'exister sans que le patient ne sache l'expliquer.

« Il dit qu'il a des sueurs lorsqu'il le prend pas ».

Ici c'est la même explication avancée que pour les patients incapables de respecter la prescription, à savoir une absence de sérénité dans le quotidien où la moindre contrariété, la moindre frustration, un conflit quelconque, est susceptible de générer une angoisse que le patient résout avec la prise du produit. Il attribue, comme bien d'autres médecins, cette difficulté à parvenir au sevrage complet une cause « psychologique » dans la mesure où médicalement il n'y aurait aucune raison et aucune difficulté à abandonner le dernier bout de pilule, la preuve c'est que la présence du comprimé suffit généralement.

« Ouais...ils ont les mains moites quand ils l'ont pas dans la poche...alors que s'ils l'ont dans la poche et qu'ils l'ont pas pris et qu'ils l'ont dans la poche...la main n'est pas moite ».

Cependant pour ce médecin cette angoisse n'est pas particulièrement spécifique aux patients sous traitements de substitution. Il effectue volontiers une montée en généralité pour constater que les phénomènes de stress et d'angoisses sont de plus en plus en plus fréquents chez beaucoup de ses patients qui viennent le voir spécifiquement pour ça, et surtout à certaines périodes ou les gens se sentent particulièrement « insécurisés ».

« Je pense que ce sont des gens qui sont pas assez solides par rapport à certaines angoisses, qu'ils les gèrent mal. On a quand même combien de gens qui sont anxieux à cause de la grippe H1N1 par exemple et qui psychotent à cause de tout ce qu'on nous raconte au quotidien...et...qui sont affectés par des choses comme ça, mais affectés...au vrai sens du terme ».

Dans tous ces cas, le médecin met cette difficulté sur le compte d'une fragilité psychologique, souvent pas très importante, et pour certains il n'y a plus qu'une seule modalité d'intervention, la parole. La consultation devient alors une véritable séance de « psychothérapie » où il s'agit d'écouter, de faire parler, reparler, motiver, rassurer. Le médecin généraliste devient un soutien, un confident pour tous les tracassés de la vie quotidienne.

« Si y sont à des petites doses comme ça c'est parce qu'ils leur manque heu...le petit déclic qui...leur permet de gérer l'angoisse à terme heu...l'angoisse heu...un petit conflit avec l'épouse, avec heu...le conjoint ou le compagnon ».

Pour certains médecins qui ont à leur actif plusieurs « routiers du 2 et du 0.4 » depuis plus de cinq ans, la drogue leur a été « tellement indispensable pendant tellement longtemps » qu'ils ressentent simplement le besoin de continuer à prendre quelque chose comme si ce dernier petit comprimé cristallisait les résidus d'anciennes « dispositions » dont ils ont du mal à se défaire complètement. Ils ont « peur de s'en débarrasser » et d'une certaine manière ce dernier bout de comprimé a la même utilité, selon eux, que le comprimé de Lexomil® ou de Xanax® que prennent d'autres personnes pour gérer leurs angoisses ou le stress. D'ailleurs, soulignent-ils, il n'est pas rare de voir des patients arriver à se débarrasser de ce dernier comprimé, de se

sevrer complètement à la buprénorphine et se rabattre ensuite sur le Lexomil® ou le Rohypnol® aux mêmes doses. Alors le dilemme est de savoir ce qui est préférable. Jouer le jeu du sevrage jusqu'au bout parce que c'est le signe que l'on est plus toxicomane quitte à ce que le patient prennent un autre produit moins connoté, ou opter pour une autre solution que l'on considère moins dommageable pour lui en terme de soins proprement dit. Ce médecin à fait son choix.

« Je pense qu'il faut surtout pas leur enlever...parce que c'en est qui vont taper dans Lexomil, entre 0.4 de subutex et un comprimé de Lexomil...à la limite moi je préfère qu'ils prennent un 0.4 de subutex ».

Depuis qu'il exerce et qu'il délivre la buprénorphine, c'est-à-dire depuis le début, ce médecin aura réussi à mener quatre personnes au sevrage complet dont trois femmes qui sont venues le consulter en début de grossesses.

Enfin pour une petite minorité, trois au total, cette difficulté à se débarrasser définitivement de ce dernier comprimé s'adosse à une autre hypothèse. C'est ainsi une forme de dépendance vis-à-vis du médecin qui se serait installée parce que tout le reste a été essayé et que le patient n'est pas en mesure d'expliquer quoi que ce soit.

« Pour le moment il dit qu'il en a besoin (du 0.4 mg par jour), alors j'attends...vous voyez là aussi c'est un travail...on apprend ».

Enfin les médecins qui en parlent comme d'un « problème psychologique » sans plus d'explications. Cette dernière pilule ne représenterait pas un problème en soi mais simplement l'impression que le patient continue d'aller bien grâce à elle. La transposition avec « l'effet placebo » a été évoquée à maintes reprises, certains soulignant même que ce serait une difficulté largement surmontable sur deux ou trois jours mais impossible à faire admettre au patient.

### **III. LES ENTORSES AU TRAITEMENT.**

Pour la quasi-totalité des médecins que nous avons interrogés, la prescription de buprénorphine subit régulièrement des entorses. Les deux principaux manquements au protocole sont la prise de la buprénorphine en dehors des posologies décidées par les médecins et les consommations avérées de drogues pendant le traitement. Nous savons nous maintenant comment et pourquoi surgissent régulièrement ces manquements à la discipline instaurée par les médecins, en tous cas la restitution que nous avons faite à partir des récits des patients. Mais ici c'est bien évidemment le point de vue des médecins qui nous intéresse car finalement c'est bien ce désaccord qui nourrit le malentendu entre la logique médicale (les logiques médicales si nous devons respecter notre perspective) et l'expérience brute subie par les patients. Cette dernière n'est jamais ou très peu exprimée parce qu'elle peine simplement à l'être. Dans beaucoup de cas elle est difficilement audible pour les médecins généralistes, comme elle n'a jamais pu réellement l'être pour les intervenants en toxicomanie, nous l'avons vu, ce que les toxicomanes savent. Un éternel malentendu, un éternel désaccord qui ne peut s'exprimer et qui engendre perpétuellement des tensions dans l'espace restreint contrôlé par le médecin.

#### **1. Le non respect de la prescription.**

##### **- Cadre et protocole. Adopter le comportement qui convient.**

Tous les médecins ne donnent pas systématiquement une interprétation médicale aux consommations hors prescription de la buprénorphine, ce n'est d'ailleurs pas souvent le cas. Les plus irréductibles d'entre eux restent la plupart du temps sur les raisons que leur donnent les patients sans trop avoir l'air d'y croire tant ces prétextes reviennent de manière récurrente selon eux : boîtes de comprimés perdus, volées, comprimés donnés à un ami dans le besoin...certains médecins avouent de pas entrer sur ce terrain dans la mesure où il leur est quasiment impossible de savoir de quoi il en retourne. Bien sur la régularité des excuses invoquées les portent néanmoins souvent à penser que « des choses pas claires » se cachent derrière ces discours. Les médecins tentent alors de garder une posture unique qui consiste à mettre systématiquement en avant le cadre de prescription ainsi que le contrat de départ. Par

exemple ce médecin qui dit ne pas avoir d'avis sur la question et surtout ne pas vouloir en avoir parce que ça n'est finalement pas son problème. Ce qui le concerne c'est la « relation médecin-malade » régie par un contrat moral à partir du moment où tout patient franchit la porte de son cabinet. Ce dernier doit tout dire à son médecin qui doit à son tour utiliser tous les moyens à sa disposition pour le soigner.

« A la première ok je remets vingt huit jours mais il est prévenu, il le sait, y aura pas d'autres dérogations...c'est une prescription, elle est réglementé...aucune excuse valable, tu fais ce que je te dis ou pas...il peut me dire ce qu'il veut la première mais deux fois de suite, surtout pas des excuses foireuses sinon il me roule dans la farine ».

Sur le même registre cet autre médecin avancera à peu près la même chose. La relation entre le médecin et son patient n'est pas « tenable » si le patient ne s'en remet pas à son médecin.

« Je ne suis pas très négociateur, je suis très intransigeant...moi je suis vraiment très intransigeant. Je cherche pas à comprendre. Alors les transgressions si je vais certainement pardonner la première, la deuxième mais à la troisième je mets fin au contrat et donc j'en prescris plus ».

Quelques médecins, parce qu'ils ne souhaitent pas se justifier devant le patient, invoquent des contraintes et des raisons supérieures indépendantes de leur volonté, la plupart du temps une surveillance serré de la sécurité sociale. Mais cette surveillance, comme pour renforcer encore l'argumentation, s'exerce aussi sur les patients et dans ce cas il est inutile de prendre le risque pour les deux partis. Comme appui dans le discours ils utilisent systématiquement le protocole de soins auquel est soumis la buprénorphine comme pour rappeler à ces derniers les obligations strictes auxquelles ils sont soumis de part et d'autre.

« Je lui explique qu'on a des contraintes, qu'on est surveillé par la sécu, comme eux d'ailleurs...donc s'il est trois jours en avance ben il revient trois jours après ».

Et ce médecin de donner en détail l'exemple d'un patient vu le matin même et à qui il a du refuser de renouveler la prescription.

D'une manière générale il n'y a que le cadre et le protocole qui servent de guide pour la consultation. Le médecin ne tente généralement aucune forme d'investigation pour comprendre ce qui motive ces transgressions. Il y a ici un paradoxe chez beaucoup d'entre eux mais que nous avons déjà résolu plus haut. La plupart se plaignent du mutisme des patients, de leur incapacité à parler, à se confier à eux. Mais dans le même temps comment les patients pourraient-ils le faire dans la mesure où dans beaucoup de cas la relation semble très asymétrique.

« C'est tous les vingt huit jours, pas tous les vingt quatre jours, hein, si t'as un traitement à prendre tous les jours je vois pas pourquoi il t'en manque quatre...« *Ben, il faut que j'en prenne plus* »...y a pas d'intérêt...y a pas à prendre au dessus ».

Prises dans le spectre médical, toutes les entorses semblent se raccrocher inévitablement au caractère « toxicomaniaque » du patient au sens large, y compris la revente. Bien sur, beaucoup de ces médecins expliqueront qu'il est relativement difficile de faire le tri et que cette posture n'est que l'aboutissement d'un certain nombre de mauvaises expériences. L'attitude du patient, secrète, renforce en retour une part de cette figure hybride de l'individu. Ce type de relation, la sanction des infractions, trouve son extrême dans deux cas de figures. Soit le médecin met un terme au « contrat » estimant que « ça n'a plus de sens ». Les prises sont « erratiques », il y a de plus suspicion de consommation annexes et le médecin voit généralement le projet de sevrage mis à mal, on rentre ainsi dans des interactions régulièrement désajustées qui ne sont plus tenables pour le médecin. Ce cas n'est pas fréquent à vrai dire car comme nous le verrons des situations aussi extrêmes sont difficiles à tenir en toutes circonstances. Les médecins les plus irréductibles proposent également des aménagements ne serait-ce que sur le processus de diminution des doses. Soit le médecin revient sur la durée de prescription jusqu'à imposer une délivrance quotidienne. Cette solution n'est pas fréquente non plus dans les faits. Elle peut cependant être mobilisée comme un argument supplémentaire pour « recadrer » le patient lorsque le médecin estime que ce dernier ne « veut pas rentrer dans le projet thérapeutique ».

- **Un aménagement possible.**

Cependant on découvre pour une autre catégorie de médecins que les règles d'observance ne sont pas aussi rigides et uniformes lorsqu'on creuse quelque peu le sujet. Beaucoup d'entre eux admettront l'adapter en fonction des patients et des circonstances. Comment se forme ce jugement ? Tous les médecins avoueront que c'est l'expérience, le ressenti, quelque chose qu'ils ne peuvent pas vraiment expliquer, une relation singulière entre le médecin et son patient. Une seule exception peut-être, ce médecin qui l'explique comme une pratique objective constitutive même du métier de médecin généraliste.

« Chaque personne est différente et nous devons nous adapter et je suis un merveilleux adaptateur...c'est le métier, regarder, voir, sentir, toucher. J'utilise mes cinq sens, c'est pas de juger mais de voir ce qui va pas ».

Pour cet autre médecin la règle est de ne jamais négocier lorsque le patient est à une dose de 16 mg car c'est la dose maximale au dessus de laquelle la prescription le rendrait suspect aux yeux de la sécurité sociale. Par contre lorsque le patient est à des doses plus faibles, un ajustement est possible mais pas dans tous les cas.

« Par contre si c'est quelqu'un qui est à 8 mg dans la mesure où on a la marge par rapport à la prescription ben dans ce cas je refais une prescription...mais ça dépend qui d'abord, ah oui ! ».

La notion d'observance peut ici être infléchie pour prendre en compte la réalité de ce que vit le patient. Par exemple lorsqu'il est également en traitement pour une « pathologie lourde ». Tout se passe comme si la gravité de la maladie l'emportait quelque part, en certaines circonstances, sur la stricte observance du traitement.

« Ouais, bon B...il travaille c'est vrai mais bon on lui pardonne de temps en temps, c'est pas vraiment la priorité ».

Il y a également au bout d'un moment l'intime conviction que cette difficulté de maintenir des prises à heures fixes provient probablement d'un sous dosage, comme peuvent l'indiquer quelques fois les recrudescences de consommations annexes après une diminution. Selon certains médecins il peut arriver que les patients refusent cet ajustement préférant continuer à compenser par d'autres moyens. Il y aurait ici une forme de « dégoût » de la buprénorphine pour des patients qui la toléreraient peut-être moins bien.

« Ca allait plus et je sentais qu'il osait pas le dire...il était pas en confiance, c'est dur avec lui mais bon je sentais qu'il était clair quand même...je lui ai refilé un 2 en plus (...) au départ il en a pas voulu, il m'a dit « j'en ai marre de cette merde »...je pense que c'est quand même mieux que de s'enfiler des doses massives d'alcool ».

#### - **La relation de confiance.**

Dans ce cas de figure les médecins ont tendance à argumenter les transgressions aux prescriptions de départ comme relevant d'une relation de confiance difficile à obtenir. Finalement, et d'ailleurs comme pour tous les autres patients, ils mesurent leur travail à l'aune de ce critère unique et primordial pour la relation thérapeutique. Les transgressions n'ont finalement que peu d'importance en soi si elles sont parlées avec le médecin quel que soit le cas de figure. Lorsque ce n'est pas le cas, la relation ne peut fonctionner et le médecin se retrouve dans un rôle « anti-thérapeutique ». Pour bien démontrer que cet aspect est commun à tous les patients et toutes les pathologies, les médecins se livrent à des analogies toutes plus explicites les une que les autres.

« Je leur dis imaginer un patient cardiaque...qui vient me voir pour son traitement...et qui me dit pas en montant les escaliers « *docteur je suis super essoufflé et j'ai une douleur dans la poitrine* », je vais lui donner son traitement comme d'habitude et en sortant le soir il va faire un infarctus ».



Cet exemple, comme d'autres, est censé démontrer aux patients qu'ils peuvent se confier librement, par exemple lorsqu'ils ont l'impression d'être sous-dosés, au lieu de faire l'appoint avec d'autres comprimés ou tenter d'aller voir d'autres médecins. Mais là encore une ligne de partage est tracée entre ceux qui ont du mal à se confier parce qu'ils n'ont pas confiance, peur d'être jugés et les « magouilleurs » qui viennent uniquement pour avoir des médicaments mais que l'on découvre trop tard. Souvent c'est la déception qui règne. Ici une seule règle, celle du « franc parler » exprimée sans réserve par ce médecin.

« S'il reconsomme entre-temps n'importe quoi et me le dit...ça me gêne pas...s'il a craqué et a consommé plus que prévu, ça me gêne pas mais qu'il me le dise...peu importe ce qu'il a à dire ».

Finalement aucun problème ne l'est en soi à condition qu'il puisse faire l'objet d'un échange avec le médecin auquel cas il devient objet de « soin ». Mais dans toutes les déclarations cette posture est assortie d'un certain nombre de conditions que le médecin « doit faire passer » comme « ne pas juger », « faire preuve de compréhension » même dans les cas limites comme celui de l'injection de la buprénorphine. Deux des médecins me donne l'exemple de patients qu'ils suspectaient de s'injecter la buprénorphine. D'abord murés dans un mutisme complet les patients ont pu au bout de quelques mois « avouer » qu'ils se l'injectaient. Pour les deux médecins, c'est le véritable départ de la relation thérapeutique.

« A partir du moment où c'est dit on peut travailler...pour moi oui...sinon c'est que du superficiel, on dit pas ce qui va pas quoi».

Cette question suppose alors d'être traitée lors de la première consultation. De ce point de vue elle fait pratiquement partie du diagnostic de départ pour « mettre les pendules à l'heure ». S'il y a un contrat, ce dernier ne peut se définir que dans le cadre de cette relation. L'un d'entre eux expliquera que cette posture fait partie intégrante de la conception qu'il se fait de la médecine générale. Il n'y a pas d'un côté le patient représenté par sa « pathologie » et de l'autre le médecin qui le « surplombe ». Mais si relation de confiance il doit y avoir, les garanties doivent d'abord être données par le médecin s'agissant de ses propres perceptions.

« La première chose que je lui dis vous êtes toxicomane ok d'accord. Premièrement déjà heu on peut être toxicomane à n'importe quoi, pour moi vous êtes quelqu'un de normal, c'est pas parce vous êtes pris dans un engrenage même si vous avez de grosses difficultés, pour moi vous êtes quelqu'un, un être humain comme un autre. Tout le monde peut être un jour ou l'autre se retrouver toxicomane, chez les médecins, chez les avocats, le président de la république, Elsin il est alcoolique, ça ne l'a pas empêché d'être président de l'union soviétique On peut tous se trouver comme ça c'est tout, pour moi heu c'est pas une espèce à part... le danger c'est la ghettoïsation des groupes humains ».

Tout se passe comme si le médecin, conscient des stigmates portés par le « toxicomane », devait d'abord le réintégrer dans une commune humanité. Il s'agit ici de parvenir à construire la relation la plus symétrique possible de manière à envisager une réelle relation thérapeutique. Cependant, comme nous le verrons, cette posture n'est pas simple car même dans les espaces médicaux les moins exigeants, elle ne peut tenir en toutes circonstances et conserve toujours sa zone d'ombre. Le médecin ne peut se départir complètement de son rôle qui consiste en outre à rappeler régulièrement le comportement qui convient. Le patient ne peut complètement se départir du sien qui ne se limite pas à l'espace médical.

« J'accorde le bénéfice du doute, franchement mais je sais qu'il y a aussi régulièrement des malaises...pourtant ils savent qu'ils peuvent tout me dire...des fois j'ai quand même du mal sur certains trucs ».

#### - **L'interprétation des entorses au traitement.**

##### *Angoisse et contrariété.*

La prise à la contrariété et l'angoisse sont probablement les manières les plus répandues pour expliquer la motivation des patients lorsqu'ils dérogent à la prescription, lorsqu'ils consomment la buprénorphine en dehors des cadres de la prescription initiale. Evidemment les interprétations de ces transgressions au protocole établi trouvent des figurations très variées pour exprimer finalement la même chose. Des patients qui au moindre problème utilisent la buprénorphine pour « fuir », « esquiver », se « réfugier » au lieu de se soigner par d'autres moyens.

« Ils se sont installé dans cette situation où à la moindre contrariété il faut qu'ils aient leur demi B8 ou leur B8 comme ils appellent ça hein...le subutex ils appellent ça hein...c'est du B8 pour eux...j'ai besoin de lui hein, mon B8 ».

Ce médecin me livre ce témoignage avec une lassitude non dissimulé, une attitude que j'interpréterai comme étant presque de la résignation. On pourrait le comprendre dans la mesure où il fait parti des irréductibles du sevrage allant jusqu'à préférer quelques fois perdre un patient plutôt que d'assouplir un peu trop les règles fixées au départ. Le fait d'observer régulièrement ce genre d'entorses, le met quelques peu mal à l'aise et le laisse relativement dubitatif sur son utilité médicale. Bien sur, il fait l'effort de tenter de comprendre ce qui pousse ses patients à déroger au traitement mais visiblement les réponses, toujours les mêmes, le laissent relativement septique.

« Quand ils ont une contrariété la journée...ils sont énervés, quand le patron les embête il faut le comprimé...bon c'est pas tous les jours quand même ».

Nous savons nous maintenant que cette prise supplémentaire de buprénorphine représente une manière pour le patient de gérer sa propre économie physique et psychique en fonction de ses propres « cadres d'expérience »<sup>346</sup>. Il ne peut pas faire autrement de son point de vue, ce qui ne le disqualifie absolument pas des rapports qu'il entretient par ailleurs, quels qu'ils soient. Mais la logique médicale est relativement restreinte et peine à se déporter sur les spectres du patient. La situation reste dominée par le cadre médical et ce dernier se réduit généralement aux conventions imposées par le médecin.

« Je leur dis c'est comme ça que c'est fait. C'est fait pour être pris à une prise quotidienne et pas une prise à la contrariété, « ouais, mais quand ça va pas moi je peux pas »...c'est sur que ça va vous calmer mais c'est pas comme ça que vous allez vous

---

<sup>346</sup> L'analogie fait clairement référence à Erwin Goffman. Toute définition d'une situation est construite selon des principes d'organisation que structurent les événements de notre propre engagement dans ceux-ci. Le « cadre primaire » par exemple suppose que l'on puisse donner du sens aux différents aspects de cette situation sinon il serait dépourvu de signification. On peut considérer, de ce point de vue, que les « tactiques » que nous avons évoquées dans le chapitre précédent se situent bien dans un cadre précis. On peut également considérer la consultation comme un autre cadre où chaque partie mobilise des entités différentes pour tenter de définir une même situation. Goffman E., *Les cadres de l'expérience*, Editions de Minuit, Paris, 1991.

sevez, au contraire vous entretenez la dépendance comme ça...je leur explique que ce n'est pas ça le sevrage, qu'ils n'ont pas compris le sevrage ».

Allez expliquer le sevrage à un toxicomane. Ceci peut sembler quelque peu abrupt mais dans cette situation, la stabilité du cadre devrait reposer sur une même définition du sevrage que les deux parties doivent partager. Donc et comme pour beaucoup d'autres entités, la situation dépend essentiellement de la capacité des uns et des autres à élaborer des définitions commune qui réduiront les désajustements. Cependant, et chose intéressante, ce même médecin monte en généralité et explique que ce problème de contrariété n'est absolument pas spécifique aux toxicomanes et qu'il le rencontre souvent chez les patients auxquels il prescrit régulièrement des antidépresseurs.

« On a le même usage avec les tranquillisants, vous avez des gens qui à la moindre contrariété dans le couple, à la moindre heu...angoisse, heu...qu'elle soit existentielle ont besoin de prendre un comprimé de tranquillisant...ils sont toxicomanes aux tranquillisants ».

*Pour vous c'est une autre forme de toxicomanie ?*

« Oui, absolument...c'est les mêmes réflexes ».

Généralement ces médecins invoquent les mêmes raisons pour les entorses à la prescription que pour les consommations d'anxiolytiques par exemple, nous l'avons vu. Dans les deux cas, il y a une difficulté des patients à « gérer », « affronter » les petites contrariétés et les conflits du quotidien. Le produit apparaît alors comme un refuge derrière lequel on s'abrite pour éviter de faire face. Tous les médecins de cette catégorie tentent d'intégrer cette donnée dans la relation thérapeutique. Certains en font même le fondement car cette relation doit être basée sur la « confiance ». Il s'agit pour eux de les « restaurer » comme des patients ordinaires de manière à aborder ces problèmes, convaincus pour la plupart que cela doit passer par le dialogue lorsque le patient apparaît « sincère ».

« Alors voilà y a ceux qui prennent plus parce qu'ils sont angoissés, y sont pas bien et...y fuient la dedans...c'est une bonne partie...c'est la partie la plus saine hein heu... ».

Beaucoup de médecins mettent sur le compte de cette difficulté à parler ces entorses la peur du jugement, la peur de dévoiler ce qu'ils ont été et ce qu'ils sont jusqu'à « leur image corporelle ». Cette perception trouve à mon sens sa métaphore la plus emblématique chez ce médecin. Ils refusent de se dévoiler que ce soit à travers la parole ou le corps.

« Ils en sont pas là...Ils sont pas capables de se mettre à nu et s'ils sont pas capable de...Ils sont pas capables de se déshabiller effectivement, moi je dis souvent y sont pas capables de se déshabiller devant le médecin au propre comme au figuré ».

Pour les patients dont on est sûr que les entorses au traitement rentrent dans ce cas de figure, il y a un tout un travail à faire qui concerne aussi bien cet aspect précis que l'éventuelle consommation d'anxiolytiques. Le médecin sent qu'il reste dans son rôle dans la mesure où le « soin » pour lui inclus cette approche « psychothérapeutique » qu'il ne réduit pas aux patients sous traitement de substitution d'ailleurs. On ne s'étonnera pas que ce sont justement ces médecins qui jouent la relation de confiance et qui surtout essayent d'en convaincre les patients avec des approches quelques différentes.

« Je leur dis clairement et sans porter de jugements de valeur, si je passe du temps avec vous, c'est que je vous apprécie, si...si vous veniez me prendre mon temps pour 22 euros euh...avec les contrariétés je vous dirais d'aller voir ailleurs...donc si j'accepte le contrat c'est que quelque part je vous apprécie, il y a quelque chose de bien en vous...si on se fait confiance là on va s'entendre ».

Mais si cette approche marche « relativement bien », elle demande beaucoup de temps et les évaluations des médecins sont diverses. L'un des critères retenu généralement est un patient qui s'attarde de plus en plus lors de la consultation contrairement à ceux qui restent « fugaces ». Ce sont donc ceux avec lesquels les médecins disent réussir « généralement bien » parce qu'ils arrivent progressivement à exprimer leurs difficultés. Dans cette catégorie

deux des médecins ont entrepris formellement de mobiliser la « psychothérapie » pour la découverte de nouveaux plaisirs afin d'aider progressivement le patient à faire le « deuil » de la toxicomanie.

« C'est ceux là avec lesquels on...on réussit et ils arrivent à accepter que finalement c'est vrai, que...qu'on peut trouver d'autres plaisirs tout simples...je pense que le quotidien est une somme de tout petits plaisirs ».

En dernier lieu la manifestation de ces angoisses peut être interprétée comme le symptôme d'un état de manque. Dans ce cas ce sont généralement les symptômes cliniques observables qui vont relier angoisse et manque.

« Ben ça fait parti du heu tableau de l'état de manque hein...c'est de l'angoisse, des angoisses profondes hein...des angoisses, des douleurs, des sudations, des, des palpitations, ce sont des choses qui reviennent quand même assez fréquemment hein ».

Il ne peut d'ailleurs en être autrement puisque la buprénorphine est censée extraire le toxicomane d'un milieu où ce dernier passait son temps à courir derrière le produit. C'est manifestement une pression constante qui devait l'angoisser perpétuellement. La buprénorphine, en faisant disparaître cette course poursuite réduit automatiquement l'angoisse qui lui était liée. Cette conviction n'accepte pas dans la perception médicale l'angoisse comme étant susceptible d'être générée par l'arrêt du produit dans la mesure où plus rien ne vient la produire, au contraire la buprénorphine est plutôt représentée comme devant plutôt déboucher sur des situations « apaisées ».

« Au contraire moins je crois que c'est peut-être source de moins d'angoisse, la démarche en tant que telle...bon c'est vrai que peut-être après ils peuvent être un peu angoissés si y sont sous-dosés ou des choses comme ça. Mais la démarche en tant que telle c'est quand même une démarche volontaire de leur part, personne ne les a obligé, donc je vois par pourquoi y aurait de l'angoisse là-dessous ».

### ***Prise de conscience d'une autre réalité.***

Un bon tiers des médecins ont pu observer pendant quelques mois des patients sans problèmes, qui venaient régulièrement aux consultations et pour lesquels le traitement semblait fonctionner correctement. Et puis progressivement les choses semblent aller moins bien et le patient devenir quelque peu « dépressif ». Au départ disent-t-ils, le patient est content parce qu'il n'a plus besoin de courir toute la journée pour acheter sa dose, il n'est plus obsédé par le produit et la nécessité de trouver de l'argent coûte que coûte. C'est pour lui une véritable « libération ». Ensuite les problèmes remontent à la surface, la réalité de sa situation, avec cependant une différence notable, la drogue n'est plus là pour « masquer la réalité » et ce dernier se retrouve face à des problèmes qui lui semblent insurmontables. Ces patients sont généralement décrits comme « très anxieux », « mal dans leur peau »... C'est à ce moment que le médecin voit poindre les premières difficultés. Lorsqu'une aide est proposée par le médecin, elle est soit de nature psychologique que le patient refuse régulièrement, soit de nature médicamenteuse qu'il peut aussi refuser. Généralement dans ces cas les patients demandent ou se servent pour ne pas déroger à la prescription. Ici c'est le cas inverse, qui n'est pas si rare. Alors l'utilisateur prend plus de buprénorphine quelques fois.

« Ouais, on parlait de Carine tout à l'heure, qui elle est à son quart à 0,4 mg qui n'arrive pas à décrocher et puis y a son mec qui a surconsommé la semaine dernière...il a surconsommé. J'essaye de lui demander pourquoi, il sait pas...il sait pas pourquoi : « *j'étais pas bien j'ai pris* » ».

Néanmoins cette ambivalence du patient, entre celui qui tente de s'en sortir et celui qui continue à consommer donne à penser qu'il y a toujours quelque chose qui le dépasse et dont il n'a souvent pas conscience. C'est un peu la même chose que pour les patients qui restent à cette prescription maximale de 16 mg. Comment l'expliquer ? C'est au moins aussi difficile que de définir la toxicomanie, nous l'avons vu. Alors au-delà du cas particulier il y a toujours une montée en généralité, autres cas à l'appui, pour dire finalement que le vrai problème n'est pas réglé même si on ne sait pas exactement de quoi il s'agit.

« C'est la, la question... pourquoi ? Pourquoi il a pas le moral ? A ce train tu vas trouver parents divorcés, enfants battus, chômage, je crois qu'il y a des terrains psychiatriques purs, y a des mélancoliques pures, qui sont des toxicomanes alors qu'ils ont été alcooliques ».

### ***L'injection de la buprénorphine.***

Nous l'avons déjà souligné et nous le constatons chez tous les médecins, les cas de l'injection, et surtout celle de la buprénorphine constituent probablement le signe le plus évident de la persistance de la toxicomanie. Parmi tous les patients qui ne sont pas réguliers avec le traitement, il y a quelques fois cette suspicion d'injection. Comment le médecin parvient-t-il à se faire cette idée, là encore aucune recette, si ce n'est une intime conviction qui se forme progressivement au fil des consultations. Tout cela reste très subjectif car aucun médecin n'est capable de fournir des critères d'appréciation objectifs, enfin presque aucun.

« On peut difficilement dans ceux qu'on voit...oh si ! Il y en a une, elle vaut ce qu'elle vaut, c'est que moi je sais que dans le lot, j'en ai deux qui ont de grosses mains...ça c'est un signe aussi les grosses mains (rires) »<sup>347</sup>.

Bien sur tous les médecins expliqueront que la buprénorphine agit beaucoup moins bien et beaucoup moins longtemps lorsqu'elle est injectée ou inhalée ce avec quoi ne sont pas toujours d'accord tous les usagers de drogues, en tous cas s'agissant de l'inhalation ici.

« C'est pas vrai ça...moi je la sniffe...mon médecin le sait (...) y me dit rien, y dit que c'est mieux que si je me piquais (...) y voudrait quand même que j'arrête, je sais ça bousille les narines (...) avant les 16 je les prenais par la bouche mais ça change rien ».

En conclusion il apparaît que la grande majorité des patients est relativement régulière avec la prescription, selon les médecins. Deux cas de figures peuvent se présenter. Soit le patient consomme plus que prévu et viendra donc plus tôt. Dans ce cas la transgression sera gérée au cas par cas, en fonction du cadre médical et de la relation entretenue avec lui Soit ce dernier

---

<sup>347</sup> Cette conséquence des pratiques d'injection est bien décrite dans la presse spécialisée comme le « syndrome des mains bouffies ». C'est une forme de recommandation faite aux médecins pour éventuellement repérer les usagers de drogues par voie intraveineuse, donc susceptibles de s'injecter la buprénorphine. Le Quotidien du Médecin n° 8498 du 29/01/2009.



vient après la date prévue. Dans ce cas, il y a fort à parier qu'il aura consommé de la drogue entre temps. Cependant ces entorses représentent souvent des écarts qui sont interprétés de manières diverses, nous l'avons vu. Cependant elles restent, dans la très grande majorité des cas, accrochées à ce patient encore largement conditionné par le « toxicomane » qui l'habite.

## **2. Les consommations annexes.**

### **- La consommation de drogues occasionnelles : incompatible avec le traitement.**

D'une manière générale tous les médecins affirment avoir des patients qui continuent plus ou moins à consommer de la drogue parallèlement au traitement de buprénorphine. Aucun médecin ne l'accepte ouvertement car ils restent convaincus de deux choses. D'une part consommer de la drogue ne peut pas se faire de manière occasionnelle ni festive, si on y retouche, on y retombe.

« Je dirai que quelqu'un qui reste sous traitement de substitution et qui euh...continue de sniffer c'est quand même rarement ...occasionnel et bien géré ».

D'autre part si la consommation de drogue ne peut être occasionnelle c'est que le patient continue une carrière de toxicomane parallèle et donc transforme le médecin en pourvoyeur d'un produit qui devient la consommation secondaire du patient. Ce n'est plus le patient qui s'en remet au médecin mais l'inverse.

« Ca arrive ponctuellement de façon répétitive quand même hein ! Et ceux là...là ou moi je suis assez heu...directif hein...en disant ça peut arriver une fois, ça peut arriver deux fois...ça peut pas arriver dix fois deux fois...ça peut arriver une fois oui, ça peut arriver deux fois oui, ça peut arriver trois fois après c'est foutage de greule...on peut s'attendre que dans le cadre d'un traitement de substitution on puisse se permettre de temps en temps des trucs parce que c'est pas de temps en temps ça c'est pas vrai ».

On comprendra que pour les médecins ayant comme objectif le sevrage basé sur des diminutions des dosages programmés, la consommation de drogue, sous quelque forme que ce soit et quelle que soit la fréquence, représente une incompatibilité complète avec le traitement et surtout le contrat et le cadre imposé au départ. Evidemment et même dans l'objectif du

sevrage les médecins ont des seuils de tolérance très variables s'agissant de ces consommations. Chacun construit un cadre de jugement personnel pour estimer le seuil d'exigence préalable nécessaire pour orienter sa pratique mais ce dernier n'est jamais donné une fois pour toutes et peut évoluer dans le temps en fonction des patients et de la fréquence des consommations.

Les six premiers mois je leur laisse le bénéfice du doute systématiquement, à moins qu'ils aillent vraiment trop loin ».

Cependant ce seuil de tolérance tend à baisser rapidement lorsque l'aspect somatique n'est que peu ou pas abordé avec le patient donnant au médecin l'impression d'être encore plus instrumentalisé, d'être encore moins médecin.

« Y a plus à discuter, un moment y a plus à discuter...non moi je m'arrête, quand c'est des gens que je soigne pas pour le reste je...mets plus d'énergie...le contrat est clair au début hein aussi, c'est annoncé d'emblée ».

Mais pour la grande majorité des médecins favorables au sevrage, le cadre imposé même s'il prend visiblement une autre tonalité avec les patients en traitement de substitution semble bien traduire une conception générale de l'ordonnancement d'un suivi thérapeutique et de ce que le médecin entend comme devant être au préalable la relation médecin-patient. Ainsi les attentes exigées de ces patients ne sont finalement pas si différentes que pour l'ensemble des autres patients même si concrètement la pratique se durcit quelques peu.

« Mais je dis pas ça pour ce contrat là, c'est valable pour d'autres contrats aussi. Il y a des gens qui ont des maladies somatiques, qui veulent pas s'en sortir et qui font pas d'efforts...je leur dis pareil...je dis écoutez ça passe pas entre nous, vous faites rien, y a pas de relation médecin-malade ».

#### - **Le cannabis.**

La consommation de cannabis est présente chez la très grande majorité des patients pendant le traitement. Dans la plupart des cas ces consommations sont parlées beaucoup plus facilement que celles des médicaments par exemple ou les autres drogues. Les positions des médecins ici sont sensiblement les mêmes, « tolérer mais ne pas encourager ». Le raisonnement est à peu

près identique. En premier lieu il s'agit de condamner complètement les « drogues dures » sinon on travaille pour rien. Certains médecins ont connu le cas où l'héroïne avait été complètement arrêtée mais remplacée progressivement par des consommations de cocaïne plus ou moins régulières. Ce cas de figure peut difficilement être toléré. Ensuite viennent les benzodiazépines qui produisent pour beaucoup de médecins une dépendance aussi dure que celle de la buprénorphine. Vient ensuite le cannabis beaucoup plus soumis à la controverse, même parmi nos médecins. Cependant presque tous s'accordent à dire qu'une consommation de cannabis est largement préférable pour calmer les angoisses ou réguler le sommeil que de renouveler régulièrement des prescriptions de benzodiazépines de toutes sortes.

« Je préfère qu'il garde son cannabis pour un certain temps plutôt qu'à côté il soit obligé de prendre du Valium, de Lexomil pour se calmer, pour ses angoisses etc... C'est une tolérance officielle de ma part, souvent après à la longue quand ils sont stabilisés ils n'ont plus touché à l'héroïne pendant un certain temps ou très longtemps etc... on voit qu'il y a une consommation du cannabis qui diminue aussi à côté ».

#### - **Le plaisir.**

La question du plaisir, lorsque l'on aborde l'existence des consommations de drogues pendant le traitement, semble difficile à intégrer dans le raisonnement médical. D'une manière générale continuer à éprouver du plaisir dans les drogues parallèlement à une démarche thérapeutique semble exclut puisque c'est le but même du traitement, régler simplement le problème de la dépendance sans le plaisir provoqué par la drogue. Nous l'avons vu, et pour pouvoir entrer dans l'algorithme médical, ces consommations ne peuvent être interprétées que comme la persistance de la toxicomanie. Cependant et pour confirmer la règle, un médecin en a fait, selon lui, un argument susceptible d'être pris objectivement en considération.

« Ben c'est simple. Ils n'ont toujours pas réglé le problème par rapport au plaisir. Ils ont besoin d'avoir heu...donc au début ils acceptent le discours mais ils vont quand même dériver vers autre chose, ils vont dériver vers l'alcool, vers l'extase etc. je crois qu'ils ont toujours un problème quand ils me disent ça ou quand je les surprends je leur dis vous avez toujours votre problème avec le plaisir ».

Ces situations, même certaines qui sont relativement récurrentes, sont de plus en plus parlées par les patients. Il part ainsi du principe que pour quelque uns d'entre eux, ceux qui continuent de consommer, il vaut mieux savoir et pouvoir traiter régulièrement ces entorses au traitement dans le cabinet mais sans « jugement de valeur ». Cette posture, héritée d'une ancienne expérience avec des alcooliques, le pousse ainsi à intégrer la notion de plaisir dans la démarche thérapeutique. Il s'agit pour le médecin d'encourager le patient à faire progressivement « le deuil » de cette forme de plaisir, deuil qui ne pourra se faire que si dans l'intermédiaire le patient arrive à en développer d'autres.

« Voilà, c'est ça le problème parce que finalement s'il prend de la drogue c'est pour avoir un plaisir, bon je veux dire moi je leur dit quand vous avez un plaisir c'est normal d'accord, c'est l'avantage c'est une recherche, il va chercher du plaisir, hein bon le seul problème c'est que vous n'avez plus à trouver du plaisir autrement que la dedans. Votre problème finalement c'est de retrouver d'autres sources de plaisir, c'est tout ».

Mais de son point de vue cette question primordiale peine quelque peu à entrer dans le giron médical parce que la question du plaisir associé à la drogue reste un « domaine tabou ».

« C'est fondamental, c'est fondamental. C'est étranger à la réalité du médecin ça fait parti de la réalité du patient. Si on est pas à la place de l'autre on peut pas le comprendre ».

### **3. L'anomalie ordinaire : le détournement et la revente.**

Si la question du détournement traverse quelque peu en filigrane le discours d'une grande majorité de médecins, certains en font souvent l'une des clés explicative presque unique lorsque l'on aborde la question du non respect de la prescription. Pourtant quelques fois ces médecins officient dans la même ville, souvent le même secteur que d'autres médecins chez qui ce problème ne semble pas faire l'objet d'une préoccupation centrale. Certes il est relevé à un moment ou à un autre par l'ensemble des personnes interrogées notamment lorsqu'il est question de leur perception de l'efficacité de la buprénorphine et du rôle de la « médecine générale », nous y reviendrons. Mais pour certains d'entre eux cette question semble traverser littéralement tous les aspects du traitement. On l'aura compris également et dans la presque

totalité des cas, cette certitude peut représenter le seul appui que mobilisent les médecins pour justifier le cadre, souvent rigide, du protocole médical.

« C'est rigide mais si on ne fait pas ça c'est la porte ouverte à tout et n'importe quoi...je veux dire y a du deal là derrière, y a de la vente...y a un moment donné ou les uns comme les autres on s'est dit zut ! Y en marre de se faire avoir ».

Ce médecin, comme d'autres, fait partie de ceux qui se servent du protocole signé avec la sécurité sociale pour justifier auprès des patients leur intransigeance quelques fois à renouveler les prescriptions en avance. Pendant toute la durée de cette partie de l'entretien ce médecin se fera pratiquement le porte-parole de ses confrères et pour renforcer encore cette posture il l'appuiera fortement avec des arguments économiques tirés de ses profils de prescription.

« Il arrive qu'on ait des profils de prescription avec le nom des produits qu'on prescrit le plus et la somme à laquelle ça correspond...quand on regarde tous ceux qui ont du subutex, le subutex même si on a que trente patients il est toujours en tête de liste et ça représente un coût considérable...donc à partir de là, par rapport à ça, je pense qu'on est en droit d'une certaine façon de dire à un moment donné stop !...On arrête de se faire avoir, y a pas marqué pigeon là ».

Ce point de vue n'est pas partagé par tous les médecins généralistes que ce soit sur l'aspect strictement médical :

« Ouais, y en a certainement qui bidouillent c'est clair...franchement si on doit toujours faire gaffe à qu'à ça, on bosse plus...ça fait un peu partie même si bon on n'est pas toujours à l'aise quelque fois ».

C'est le cas également s'agissant de ce coût réel de la buprénorphine par rapport aux autres médicaments prescrits.

« Faut arrêter...c'est pas non plus une super priorité de la caisse...la buprénorphine ça coûte pas très cher ».

Tout médecin est amené à un moment donné à faire le tri entre une majorité d'usagers qui tente tant bien que mal de respecter le protocole de prescription et une minorité qui visiblement se sert des médecins à d'autres fins dont la revente de la buprénorphine. Bien que pour l'ensemble la situation se soit relativement stabilisée, chacun dit expérimenter encore quelques fois des incursions d'usagers de drogues relativement déstabilisantes.

« Après il y a des médecins qui ont peur, je les comprend moi...souvent c'est des gens qui viennent en fin de journée, au dernier moment...y sont en manque, agressifs avec les gens en salle d'attente...moi je fais beaucoup de pédiatrie...on a eu deux, trois fois à se frotter avec ces gars, mon collègue aussi...les sérieux viennent aux rendez-vous, y sont tranquilles...mais y a une minorité qui...on arrive pas...ça deal ».

La question du détournement et de la revente a été déterminante pour deux médecins contactés et qui ont arrêtés de prescrire pour cette raison principale.

## **CHAPITRE IV**

### **LA MEDIATION MEDICALE.**

#### **I. DELIVRER, SOIGNER : UNE TENSION CONSTANTE.**

##### **1. De l'aspect somatique à la question du « soin ».**

La question du « soin », celui du somatique, s'agissant des patients en traitement de substitution interroge souvent le médecin quand à sa posture médicale. On peut facilement comprendre qu'une tension constante existe en filigrane sur l'idée que le médecin se fait quand au rôle qu'il est amené à jouer. Par extension nous pouvons également supposer, comme nous l'avons fait précédemment, que cette tension et les artifices pour la réduire sont révélateurs d'une certaine conception de la médecine générale. Cet aspect n'est pas le seul évidemment et ne se manifeste pas de manière semblable chez tous les médecins, loin s'en faut. Mais nous aurions tort de penser que seul l'aspect somatique permet au médecin de s'y retrouver. Bien sur quand c'est le cas, la ligne de partage qui sépare le toxicomane du patient se déplace pendant que se déplacent progressivement avec elle les perceptions du médecin, nous le verrons plus loin. Mais d'autres dimensions entrent en jeu lorsqu'il est question du « soin » ici. S'en remettre au médecin prend ici une signification qui dépasse la simple obéissance à un protocole ou à adopter le comportement qui convient. Elle inclut également ce que le patient est capable de livrer de lui-même dans le cabinet du médecin généraliste. Cette dimension a probablement autant d'importance que la gestion du traitement. Alors beaucoup de médecins considèrent que chaque pouce de terrain gagné sur celui du patient les éloigne du prescripteur et les rapprochent du médecin, du « soin ».

L'exemple que nous allons d'abord détailler ici, celui du docteur H, nous semble relativement « paradigmatique » dans la mesure où il traduit une conception bien arrêtée et précise, presque un modèle, de l'idée que ce médecin se fait de son rôle.

« Je fais avec eux à partir du moment où c'est des gens qui sont suivis chez moi pour leur toxicomanie, ils deviennent mes patients et je les suis pour tout...c'est des patients comme les autres...je les soigne quand ils sont malades, quand ils ont des problèmes somatiques de quelque nature que ce soit ».

Rappelons nous que ce médecin exerce depuis vingt sept ans au même endroit, qu'il a vu sa clientèle grandir et qu'il n'en déroge que très exceptionnellement surtout lorsqu'il s'agit d'usagers de drogues. On pourrait le considérer comme le médecin de famille au sens le plus classique du terme, appellation qu'il ne réfute pas, bien au contraire estimant que c'est justement ce qui définit globalement le médecin généraliste.

« Ah non, non...moi c'est des patients que je prends en charge...sinon je veux pas...moi je ne veux pas prendre en charge la toxicomanie d'un patient et rien d'autre, ça je le fais pas. Moi je gère pas une pathologie, je gère des patients, c'est comme ça pour tout le monde. Je n'ai jamais accepté de soigner une pathologie sans prendre un patient en charge...mon métier c'est d'être médecin généraliste, de...c'est global, les gens qui veulent pas faire ça, ben je fais pas...ils vont ailleurs ».

La question de la tension entre soin et délivrance est ici définitivement réglée dans la mesure où la « toxicomanie » apparaît essentiellement, à l'instar des autres pathologies, comme une extension de l'individu et ne remet pas en question son modèle de prise en charge.

« Moi si je fais que ça j'arrête très vite...j'arrête très vite. A partir du moment où on ne gère que la toxicomanie d'un patient il y a neuf chances sur dix que ce soit un consommateur de plusieurs médecins et ça...si je commence à douter des gens je ne peux plus les prendre en charge...et c'est ça qui est difficile, on est jamais sur...on est jamais sur ».

Nous avons donc ici une idée forte du métier de médecin généraliste, qui s'incarne dans un cadre fort, qui impose une certaine discipline aux patients et dont le but avoué, constant, est de réduire l'incertitude de la prise en charge. Cependant cette posture extrême n'est probablement pas la plus répandue. L'abord des soins somatiques reste relativement difficile pour la très grande majorité des médecins généralistes et la préoccupation première concerne presque toujours la nécessité de convaincre les patients, au moins au bout d'un certain temps, de souscrire à des tests de dépistage VIH, hépatite B et C.



« Rares sont ceux qui le demandent... j'en ai eu quelques uns, on peut pas dire qu'ils demandent jamais mais ça représente pas dix pour cent et les autres il faut faire soi-même le pas et c'est jamais facile ».

La plupart du temps les médecins n'abordent pas ces questions les premiers, ils entendent d'abord « stabiliser » les patients souvent beaucoup trop préoccupés par le produit qui remplace un autre produit avec tout le cortège de désorganisations qu'il amène avec lui. Pour beaucoup de médecins la réussite de la prise en charge somatique va de pair avec une véritable prise en charge thérapeutique générale ce qui inclut logiquement la baisse progressive des dosages de buprénorphine. De là peut s'opérer ensuite une véritable « réinsertion » du patient.

« C'est ceux avec qui on va pouvoir avancer par la suite... c'est d'abord la prescription après y en a certains qui s'ouvrent, qui viennent pour une angine, une rhinopharyngite et ça c'est un bon signe d'évolution ».

Pour les autres la buprénorphine continue de jouer le rôle que jouait la drogue et les patients continuent d'exister à travers elle. Ne pas entrer dans un protocole de soins somatiques signifie qu'ils peinent à construire quelque chose qui leur permette de se soustraire progressivement à la buprénorphine. C'est ce qui est souvent pointé comme étant l'une des principales difficultés de la médecine de ville, trop faible pour pouvoir soutenir un cadre général susceptible d'offrir les soins adéquats. Ce médecin met en parallèle le suivi qu'il opère en prison.

« D'abord la maladie, ben faut les suivre au niveau de la maladie aussi mais si la personne n'est pas stabilisée ça sert à rien... la personne continue de consommer... ça aussi je le vois par la prison quand ils arrivent là bas ils sont des loques par la consommation de... puis au bout d'une semaine 15 jours ils disent merci de m'avoir heu... puis là on peut discuter et commencer les soins... mais y a des gens quand ils vont ressortir, ils vont replonger ».

Pour certains médecins tant que cet aspect là n'est pas réglé ils ne se sentent pas vraiment dans leur rôle car la question semble les toucher quelque fois au plus profond de leur identité.

« C'est aussi quelque part ce qu'on renvoie aux toxicomanes...on est le dealer qui donne le produit si on n'essaye pas de faire autre chose ».

Ce point de vue, dégagé par plusieurs médecins, peut se comprendre et ce dernier l'explique comme s'il essayait de s'en convaincre.

« Lors d'une réunion on s'est même fait traité de dealer par les flics ».

Mais et malheureusement, la médecine générale n'est qu'un agrégat de médecins généralistes ce dont ils ont souvent parfaitement conscience lorsqu'ils se sentent épinglés. Cette critique, souvenons-nous, qui est adressée à d'autres que soit lorsque le dispositif ne fonctionne pas comme il devrait, ici celui de la « médecine générale ».

« Faut savoir aussi que dans le domaine y en a qui bricolent (des médecins)...c'est pas tout à fait innocent non plus ».

Mais il est vrai que d'une manière générale l'aspect somatique de la prise en charge ne va pas de soi. Pour les médecins qui n'en font pas, ou très peu, cette impression d'être relégué à la délivrance de la buprénorphine questionne à plus d'un titre. Finalement la toxicomanie n'est pas quelque chose de gênant en soi si elle peu être appréhendée à partir du patient. Dans l'idéal beaucoup de médecins disent par exemple que cela ne leur aurait posé aucun problème si le mode d'entrée de la toxicomanie avait été inversé.

« Ce qui est embêtant c'est que je pourrai me dire tient c'est un patient que je connais, qui vient me voir habituellement et qui un jour me dit qu'il est toxicomane...c'est complètement différent ».

Mais dans la grande majorité des cas c'est la situation inverse. Le médecin ne peut espérer commencer à parler de soins que lorsque le patient semble relativement « stabilisé » et cela peut prendre du temps. Beaucoup de médecins sont conscients que l'aspect somatique ne peut faire l'objet d'une priorité tant que la question de la stabilisation du traitement n'est pas réglée. En attendant ils se contentent de gérer un peu dans l'incertitude le parcours du patient vers une issue qu'ils espèrent médicale.

« En tous cas heu au début y a pas vraiment de choses médicales même si des gens atteint d'une hépatite C par exemple, moi je les prends pas en charge au niveau de l'hépatite C avant que je sois sur que leur traitement est correctement pris et qui soient réglo...ça n'a aucun intérêt, y vont pas aller régulièrement chez le médecin spécialisé, y vont pas faire correctement leur traitement. Le traitement de l'hépatite C c'est quelque qui va être encore emmerdant pour eux. Il faut quand même que quelque part y soient rapidement stable pour faire ça donc c'est vrai j'ai pas de démarche vraiment de soin classique comme avec un autre patient ».

La question du somatique semble ainsi devenir quelque fois le dernier refuge à partir duquel on clame son identité de médecin. Peu importe son importance et sa fréquence, l'essentiel est qu'il soit là. Mais évidemment la question pourrait très bien se poser non pas tant par rapport à la délivrance mais par rapport à la nature du produit délivré. Ainsi pour ce médecin la buprénorphine et le patient en traitement de substitution ne souffrent aucune comparaison. Cependant il suffirait finalement que peu de choses pour le transformer en patient ordinaire.

« C'est pas comme un mec qui a une hypertension, je lui contrôle sa tension et puis je lui renouvelle son traitement, c'est différent. Là heu...t'as pas de contrôles à faire spécialement, t'as pas de paramètres physiques à contrôler ou biologiques ».

On comprendra assez aisément que cette ligne de partage entre soins et délivrance est susceptible d'opérer des jugements très différents sur les patients. Plus les patients s'en remettent au médecin, plus ce dernier aura l'impression de tenir réellement son rôle. Du coup et bien souvent les transgressions, lorsqu'elles continuent d'exister ne sont plus jugées aussi sévèrement. C'est le cas des médecins, pas les plus nombreux, qui affirment avoir d'autres relations que celle de la simple délivrance. Ils sont généralement plus nuancés sur les questions de toxicomanie et de substitution. A l'inverse les médecins cantonnés malgré eux dans un rôle de prescripteurs, et qui résistent, ont souvent des perceptions plus durcies. Parce que les patients ne se livrent pas, ni oralement et surtout pas à travers leurs corps, la consultation ne dure que très peu de temps. Les patients sont alors souvent dépeints comme « secrets », « fuyants », « pressés ». Mais finalement qu'en est-t-il réellement de la part fournie par le médecin ? Qu'est ce qu'il investit réellement dans cette relation thérapeutique ? On peut s'interroger lorsqu'on écoute celui-ci qui donne pratiquement la réponse à la question qu'il pose.

« Même si je prenais le temps, je suis sur que cela les emmerderai quoi...Ils ont pas envie que...ils ont pas envie de parler d'eux ».

Cette routine peut souvent être entretenue par les médecins eux-mêmes et particulièrement ceux qui pratiquent la substitution de la manière la plus faible. Ce dernier exemple est relativement intéressant dans la mesure où le médecin semble prendre conscience de cette faiblesse durant l'entretien.

Le docteur G est installé depuis 2002. Il a repris un cabinet médical avec la clientèle dont 3 patients en traitement de substitution. En 2009 il en a onze dont neuf qui sont à 16 mg depuis plus de quatre ans. Il fait partie de ces médecins qui pratiquent la substitution faiblement c'est-à-dire un espace sans réelle contraintes à part celles du cadre protocolaire. Il ne tolère pas facilement les transgressions, très rares par ailleurs, et ne cherche jamais d'explications à ces dernières. Tous ses patients sont réguliers, la plupart téléphonent pour prendre rendez-vous et se comportent généralement comme tous les autres patients dans la salle d'attente. Les relations sont « correctes » et d'une manière générale « ça se passe très bien ». Cependant son jugement de médecin est sans appel. S'il admet que l'ensemble des patients « semblent bien », l'un d'entre eux vient même systématiquement en vélo et en tenu de cycliste, il se demande néanmoins si ce n'est pas pour faire bonne figure.

« D'accord y a ce qu'on voit mais je sais pas si y étaient pas shootés la veille...on sait pas ».

Il n'a jamais reçu l'un de ces patients pour autre chose que la délivrance du traitement. Les consultations sont très courtes, il leur pose assez rarement des questions sur eux convaincu par avance, comme d'autres, qu'ils n'ont pas envie de se confier. Au fil du temps cette situation se fige de plus en plus avec l'impression grandissante d'être de plus en plus instrumentalisé.

« C'est comme celui qui vient chercher son certificat médical, que je connais bien quoi, je mets le tampon...ou celles à qui je prescris la pilule, c'est comme ça, ils viennent chercher leur traitement, toc !...C'est malheureux mais j'ai l'impression d'être un mur face à ces gens ».

De son point de vue il n'est même pas sur qu'ils aient « envie de s'en sortir » dans la mesure où ils ne disent pas grand-chose, ne demande jamais à diminuer, ne demande jamais conseil.

Les seules exceptions concernent des demandes de médicaments supplémentaires, la plupart du temps des somnifères parce qu'ils « tournent en rond et n'arrivent pas à dormir ». Cependant ces demandes demanderaient à être creusées.

« Pour moi quelqu'un qui vient, qui n'est pas bien, qui a pas envie de dormir, je suspecte une dépression la dessous donc faut...un petit peu ce qui se passe, on arrive pas là...ils vont parler de tout, de rien sauf d'eux, jamais d'eux ».

Au bout du compte ces situations interpellent fortement son rôle de médecin généraliste dans la mesure où il se sent complètement relégué dans une position de simple prescripteur d'un produit et à des patients qui lui sont largement inconnus.

« Ils viennent chez moi pas parce qu'ils m'apprécient, c'est parce que ça se passe bien, le médecin avec le patient on est en confiance, on a envie d'avoir ce médecin et pas un autre, eux que ce soit moi ou un autre ils s'en fichent, ils veulent leur traitement...qu'on soit sympa, pas sympa, con, comme on veut, eux ils veulent leur médicament, ils s'en fichent ».

Cependant il concède que ces patients ne se différencient pas réellement d'autres patients avec lesquels il entretient « quand même » un peu des relations du même type. Alors finalement...

« C'est des patients ordinaires...ouais ».

- *Sauf qu'il n'y a pas grand-chose qui émerge ?*

« C'est clair »

- *Peut-être que vous ne cherchez pas à les connaître vraiment ?*

« Non, c'est vrai...mais c'est bien qu'on en a discuté parce que finalement ça va peut-être me pousser à...peut-être essayer de...parce que c'est vrai que c'est de l'ordonnance...ouais ça peut...c'est vrai j'y pense jamais ».

Finalement cette chute n'est pas si surprenante. Lorsque l'on interroge les médecins sur leur perception du patient en traitement de substitution, leurs réponses sont mitigées. Cependant il

n'est pas rare de constater que la perception du « patient ordinaire » s'enracine essentiellement dans une définition de l'usager susceptible de respecter le cadre fixé par le médecin et de s'en remettre à lui par la même occasion.

« Ah...c'est particulier, ouais, ouais...c'est très très heu particulier heu à tous les points de vue quoi parce que c'est des gens qui ont pas l'habitude de prendre un traitement régulièrement...qui ont pas l'habitude de faire ce qu'on leur dit, qui ont pas l'habitude de prendre un rendez-vous chez un médecin heu donc ça n'a rien à voir ».

Sur cette question certains médecins sont convaincus au contraire que c'est à eux d'aller à la rencontre des patients qui finalement ont les mêmes relations avec tout le monde et toutes les institutions. Certains parlent de « honte » à se livrer, d'autres affirment qu'ils sont « méfiants », qu'ils ne peuvent s'empêcher de penser qu'ils sont jugés et que les médecins doivent également pouvoir travailler « leurs a priori », leurs « préjugés » et d'être un peu plus offensifs sans être « voyeuriste ».

« De leur fait non...Mais ça c'est si vous acceptez qui se passe pas grand-chose. A un moment donné vous pouvez vous dire bon ok, ils veulent leur boîte de subu, moi je leur donne leur boîte de subu ça prend deux minutes trente, voilà et puis c'est vite, je gagne bien ma vie hein. En deux minutes trente je prends 22 euros et puis je prends suivant, suivant, suivant. Intellectuellement c'est, c'est zéro pour moi, voilà je veux dire c'est appauvrissant au possible pour eux comme pour moi... quelque part dire moi heu je vais rendre service à ces gens je vais leur donner du subutex, à côté de ça la consultation est pauvre mais c'est pas grave, je les stabilise je pense que c'est simplifier le problème à l'extrême et dire voilà la prise en charge de la toxicomanie, voilà c'est simplement donner un produit de substitution, un stupéfiant et puis heu, et voilà ».

Alors pour les plus tenaces il s'agit régulièrement de remettre sur le tapis les mêmes questions, les mêmes sujets de discussion. La consultation est courte, un quart d'heure au grand maximum, et les rencontres sont relativement espacées, en moyenne quinze ou vingt huit jours. Ces contraintes n'offrent pas vraiment les meilleures conditions pour créer une véritable relation. Pourtant les patients en traitement de substitution font certainement partie de la clientèle la plus vue.

« La plupart du temps il faut quand même que j'amène les choses tu vois, c'est rarement, y se lâchent pas, y...l'impression qu'il faut que tu abordes les choses, tu abordes de nouveau tous les problèmes, tu leur redemandes où est ce qu'ils crèchent, tu leur redemandes où il en sont au niveau boulot, tu vois...on réaborde à chaque fois de nouveau toute leur situation, médicale déjà tu leur demandes comment ils sont bien sûr, donc médicale et après heu...affective, sociale, financière tout ça ».

Ainsi s'il n'est pas question de soins aux sens classiques, certains pensent qu'ils peuvent ne pas se laisser enfermer dans la distribution d'ordonnances. Les médecins ont un autre rôle à jouer qui peut se révéler tout aussi thérapeutique.

« Le subutex c'est qu'une perche... C'est important, ce que je vais véhiculer, ce qu'on va dire hein dire à notre rencontre c'est plus important que le subutex que je vais donner ».

Ces médecins disent parallèlement être parfaitement conscient du risque que peuvent représenter les pathologies développées durant la toxicomanie. Cependant ils affirment également que cela ne représente pas forcément une priorité immédiate pour le médecin « malheureusement », sauf cas exceptionnel lorsque le patient le souhaite, pour au moins trois raisons. Dans bien des cas ce n'est pas une priorité pour le patient parce qu'il n'a pas particulièrement envie de savoir tout de suite et ça « il faut le respecter ». Tout au plus on peut démarrer avec des processus légers comme les soins dentaires par exemple. Ensuite, étant donné leurs situations respectives il serait illusoire de les inscrire dans un protocole de soins rigoureux. Enfin parce qu'ils seraient parfaitement incapable de gérer, de front, du moins au début, et leur traitement de substitution et des soins relativement contraignants.

« Je pense qu'il faut du temps en règle générale, ils sont dans une telle merde que...y faut cibler les trucs prioritaires. Bon c'est vrai que si y a un truc dentaire, y a une infection qui menace, une septicémie ok ».

Evidemment l'idéal au bout de quelques années serait d'inverser complètement le processus. L'aspect délivrance proprement dit se dissout progressivement dans un ensemble que l'on nommerait « médecine générale ». Le problème de la buprénorphine n'est finalement plus qu'une simple extension de l'individu, et de moins en moins important. Mais ce n'est que quelques rares cas qui apparaissent aussi aboutis.

« Certains ne viennent pas que forcément pour ça au cabinet maintenant, je suis le médecin traitant de la famille... y'en a comme ça qui maintenant viennent en famille, je vois les enfants etc... l'ordonnance de subutex une fois par mois au milieu de tout le reste et je les vois plus souvent pour les enfants malades et le reste que pour le subutex ».

## **2. Réduction des risques, santé publique et santé individuelle.**

Cette seconde ligne de partage semble bien quelque peu prolonger la première mais peut-être de manière beaucoup moins aigue. On aura compris que la question de la délivrance de la buprénorphine ne peut pas se faire sans une certaine contre partie de la part du patient. En d'autres terme plus le médecin pourra développer l'aspect somatique plus il se sentira dans son rôle. Cette question touche généralement ce qui lui est directement accessible et qui fait le fondement du métier, en tous cas dans les déclarations, ce qui est quand même constitutif d'une certaine conception de la relation médecin-patient. La seconde ligne est beaucoup plus lointaine, la question de la « réduction des risques » ou plus généralement celle de « santé publique » ne semble pas réellement être une préoccupation pour la plupart. En tous cas il est rare que les médecins l'abordent indirectement eux-mêmes comme ce dernier.

« Mon objectif à moi c'est de les stabiliser, éviter qu'ils fassent des conneries...je pense qu'on a autant un rôle médical qu'un rôle social ».

*Vous voulez parler de réduction des risques, de santé publique ?*

« Ouais, ouais et ainsi de suite ».

Cette dernière réponse un peu évasive n'est pas surprenante en soi. Les médecins qui ont intégrés cette « dimension sociale » font rarement référence à des dispositifs clairs et bien délimités (tant est-t-il qu'ils puissent l'être) mais bien souvent aux bénéfices directs qu'à pu apporter globalement le traitement. Généralement cette frange de médecins ne se situe pas dans une perspective de « soin de la toxicomanie » étant entendu pour eux qu'elle relèverait d'une autre approche plus ou moins « psychiatrique », « psychologique », en tout cas une approche qui consisterai d'abord à régler le problème à l'origine de cette toxicomanie.



Cependant ils peuvent néanmoins entendre, voire accepter, que cela puisse faire partie de leur mission, de leur rôle.

« Je comprends un petit peu parce que nous on est en première ligne, on est abordable facilement, oui effectivement je crois que c'est pour ça qu'on nous a un petit peu cette heu, cette prise en charge parce qu'on est très heu très abordable. Ce que j'en pense ben heu...oui, moi je préfère qu'un toxicomane viennent me voir moi pour le subutex plutôt qu'il aille agresser quelqu'un dans la rue hein...ça je crois que...je pense que ça fait effectivement parti de notre heu, de notre rôle, moi ça me dérange pas du tout en sachant que je ne peux pas aller au-delà de ma, de ma simple prescription...c'est-à-dire que je peux pas prendre tous les côtés en charge, le problème social heu... »

Il n'est pas rare de constater que les médecins qui acceptent cette contrainte peuvent dans le même temps rester très critiques à l'égard du traitement et des politiques de santé publiques. Ainsi, c'est parce que le médecin est « abordable et en première ligne », qu'il peut offrir cette faiblesse qui le décale de son rôle « thérapeutique » traditionnel pour le réduire quelque peu à celui du prescripteur. Mais au moins pour quatre des médecins, le regard qu'ils portent sur la substitution interroge explicitement la façon de fonctionner de la « société » et surtout la manière dont elle gère les problèmes qui se posent à elle.

« Je pense que la prise en charge de la toxicomanie reste un domaine très vaste. Heu... le médecin n'est que... un des intervenants là dedans. Donc moi je me contente de ma modeste part mais vouloir réduire la prise en charge de la toxicomanie simplement par la prise du subutex ou autre chose, ou hein ou d'autres substances pharmacologiques c'est aberrant ! Y a une prise en charge globale, prise en charge globale c'est-à-dire travail d'équipe mais ça dépasse aussi largement le cadre de la médecine hein je crois que c'est une interrogation fondamentale sur notre façon de fonctionner à nous la société, sur les politiques de santé. Et je pense que notre société aurait bien besoin de repères et de valeurs et bien d'autres choses ».

D'autres ont bien conscience qu'avec le temps les objectifs thérapeutiques assignés au produit ont quelque peu été détournés. Ils s'en rendent compte tous les jours dans la mesure où les scripts des patients remplacent régulièrement ceux des concepteurs. De la vente à l'automédication en passant par la gestion, la molécule subit toute une liste de réécritures avec laquelle il faut composer, négocier, se battre. L'objectif du sevrage, même si certains

médecins y tiennent, est soumis à rude épreuve. Les patients semblent plafonner à des dosages et des durées relativement élevées et de « toxicomanie » on ne guérit point. De plus il y a le détournement pour la revente qui vient encore pousser la ligne « médicament » et donc dénaturer l'aspect thérapeutique du traitement. Ce sont généralement ceux qui constatent que ce côté « thérapeutique » ne fonctionne pas bien et qui refusent dans le même temps toute idée de servir à autre que ce qu'ils considèrent être leur rôle.

« Il y a des missions dans lesquelles je refuse de m'inscrire, la mission de santé publique dans la toxicomanie, non ! C'est pas à nous de remplir individuellement une mission de santé publique dans ce domaine, c'est le rôle des pouvoirs publics...elle n'est pas faite par un individu dans son cabinet...on peut pas décider dans son cabinet, ce que je fais c'est de la santé publique, c'est faux ».

Il y a pour certains une prise de position très ferme à l'égard de ces questions car ils ont une idée relativement précise quand à ce qu'est une « politique de santé publique ».

« Quand on fait une campagne de dépistage du cancer du sein, on fait de la santé publique. On évalue, on donne des outils aux gens pour travailler. Là on fait rien du tout, il y a un produit sur le marché point barre ! ».

Alors dans le meilleur des cas et parce que cela ne peut être un traitement général de la « toxicomanie » et pour que le médecin n'y perde pas son âme, il faut « individualiser ». La buprénorphine peut marcher, oui pourquoi pas mais à certaines conditions. S'il y a cette certitude chez certains médecins que ces conditions ne peuvent être explicitées en amont, c'est parce que ça dépend essentiellement de l'expérience et d'une rencontre avec un patient chaque fois différentes. Ainsi le traitement peut marcher pour certains patients et certains médecins mais il est impossible d'en faire une règle générale.

« Il n'y a que la pratique qui c'est ce que ça donne...il faut peut-être laisser ce produit en médecine générale quand le médecin devra y avoir recours dans des cas précis...il peut y avoir des confrères avec 10, 15 toxicomanes pour lesquels ça marche très bien et avec tout bénéfice et d'autres non...vous me direz voilà un sur deux, moi je vous dirai non...ça dépend de tout un tas de paramètres qui me font dire qu'aujourd'hui on peut pas classifier les choses en disant systématiquement un patient sur deux ça va marcher...on peut pas généraliser le subutex, ça marche au cas par cas ».

Alors l'un des arguments avancé le plus souvent est de restreindre les patients en traitement de substitution, ne plus en admettre car cela éloignera le médecin de son rôle premier. Le dispositif doit rester fort, au service du client avant tout. Cependant bien des questions subsistent et notamment les patients pour lesquels justement cette relation ne semble pas convenir.

« J'ai pas vraiment de réponses claires mais j'ai pas de réponses claires aux miennes tu vois...c'est un truc tellement individuel, ça va être bien pour ce médecin et pour ce bonhomme là pour cette relation médecin-patient alors que j'ai des patients à qui je le prescris et ça commence à me faire chier de la prescrire parce que je sens que c'est pas bien pour eux parce qu'ils se l'injectent ou ils revendent tu vois. Forcément tu peux pas avoir une démarche très très globale là-dessus. Pour chaque patient tu dis ouais, pour lui c'est bien tu vois, lui je le sens pas tu vois alors qu'est ce que je fais, je le fous de nouveau dans la merde, j'arrête ou alors je l'envoie chez un autre...c'est vrai tu te poses des questions...tu peux avoir comme ça une idée vraiment tranchée la dessus ».

Le médecin en est donc réduit à estimer l'efficacité du traitement en fonction de ce qu'il considère être thérapeutique ou non, ce qui forcément réduit le nombre des prétendants. Il faut rester dans cette démarche individuelle médecin-patient forte, contraignante pour que le médecin puisse d'abord s'y retrouver, et pas forcément compatible avec tous les usagers de drogues.

« Moi j'en fais pas beaucoup...et j'essaye de façon cohérente, de façon à être en accord avec ma vision de la médecine et de mon boulot mais j'en fais peu, j'en fais peu. Le cadre est rigoureux...les toxicomanes sont des gens qui se plient très peu au cadre quel qu'il soit ».

La majorité des médecins se prononceraient plutôt pour se situer en dehors de ce débat. Il y a ceux d'abord qui ne veulent pas être instrumentalisés même s'ils ont quelques fois l'impression de l'être malgré leur volonté. Ils ne peuvent donc travailler avec cette idée de participer à quelque chose qui les dépasse et dont ils seraient les instruments involontaires. Bien sûr, nous verrons également par la suite, lorsqu'on les interroge sur un plan plus large, qu'ils ont néanmoins l'impression d'être sollicités à tous les niveaux. Le réflexe est toujours de

relocaliser leur posture en se rabattant sur leur pratique au plus près des patients estimant que c'est l'unique objectif de leur mission et que le reste participerait d'un « faux débat »

« On se rend compte quand même que ce qui importe tu vois, t'as le même qui vient te voir qui est calme, qui est clean, qui parle de trucs, qui parle de sa vie, qui parle de, c'est plus du tout le même comportement qu'avec un mec en manque qui vient et qui veut du Tranxen...ils ont plus du tout le même comportement, ils ont plus du tout le même état d'esprit ».

En définitive cette tension entre ce qui est considéré comme l'aspect purement médical, individuel, singulier et cette substantialisation de la médecine générale au service d'une cause supérieure est toujours présent. Cependant la grande majorité des médecins interrogés tendent systématiquement à singulariser leurs pratiques vis-à-vis de ces objectifs généraux et ensuite quelques fois vis-à-vis de leurs propres confrères.

« Ouais SIDA, hépatite C et bon je veux dire autoradios quoi (rires)...moi je crois quand on prescrit du subutex, moi c'est pas ça qui me motive en premier...tu prescrites du subutex, bien sûr t'as ça dans ta tête mais c'est quand même pour apporter quelque chose au gars qui est en face de toi et ça c'est pas de la santé publique ça, c'est de la santé individuelle, c'est clair avoir une démarche de santé publique c'est important...entre faire ça dans cette démarche là et faire ça pour aider quelqu'un qui vient me voir c'est plus de la santé publique ça, c'est vraiment de la santé individuelle et y faut que tu aies envie de filer un coup main à un toxico et je pense que tout le monde n'a pas envie ».

### **III. LA GREFFE DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION.**

Peut-on trouver des modèles à cette greffe ? Nous entendons ici la manière dont les traitements de substitution aux opiacés sont devenus une activité relativement traditionnelle de la médecine générale, en tous cas d'une partie des médecins généralistes. Là est toute la difficulté car nous le répéterons jamais assez il y aurait presque autant d'avis que de médecins sur la question. Cependant on pourrait déjà faire une première ligne de démarcation, les médecins qui ne prescrivent pas ou plus. Les raisons invoquées au téléphone sont diverses

mais généralement cela tourne autour des difficultés de cette « prise en charge » ou tout simplement parce que « ça ne m'intéresse pas » et ça finit toujours par un conseil : « *voyez donc le docteur X, il en fait lui* ». Il n'est pas rare que pendant les entretiens les médecins me citent tel ou tel confrère qui « ne veut pas en faire » ou « qui a arrêté d'en faire » justement à cause des raisons qu'ils m'exposent quant aux difficultés qu'ils rencontrent. Cependant pour tous les médecins interrogés il ne fait pas de doutes, indépendamment de l'opinion qu'ils ont s'agissant du traitement, au mieux dirions-nous c'est « pourquoi pas... », et au pire « oui, mais à condition que... ». Evidemment ces positions ne sont pas données dès le départ mais ont évolué au fur et à mesure de l'expérience forgée avec les patients. Mais chaque opinion appartient au médecin qui la prononce et chaque agencement pour la construire est bien sur différent et dépend de tout un tas de rapports qu'il ordonne pendant l'entretien. Il n'est pas rare de relever ce qui semblerait bien être souvent des incohérences ou des contradictions à première vue mais elles ne le sont qu'en apparence car ce n'est pas une explication purement technique ou médicale dont il est question ici mais d'un objet complexe qui soulève bien d'autres interrogations en arrière plan sur une médecine particulière.

### **1. La buprénorphine, un médiateur controversé.**

Pour la majorité des médecins qui ont accepté de prescrire, la buprénorphine représentait au départ un moyen, au mieux efficace pour vaincre la toxicomanie, au moins utile pour travailler avec les usagers de drogues. Une incitation forte à la prescrire au départ et pour beaucoup l'assurance de discipliner déjà une clientèle résolument turbulente en lui offrant un produit qui allait rendre obsolète tout le reste. Plus de dix ans après sa mise sur le marché, le moins que l'on puisse dire c'est que les jugements des médecins à l'égard de ce produit sont pour le moins contrastés.

#### **- Un simple intermédiaire qui ne résout rien. Remplacer une drogue par une autre.**

Nous avons déjà largement exploré les propriétés de cette molécule dans les conventions d'usages qui lui était gravées, formelles ou informelles. Si on en reste à l'aspect « thérapeutique », à savoir un médiateur qui opère des déplacements et une interface qui recompose l'existence des individus, nous savons maintenant que la validité de ce travail, jamais facile, ne peut se réduire à une simple appréciation mécanique de l'observance du

traitement et sa diminution constante pour aboutir au sevrage, critères souvent utilisés par les médecins pour évaluer l'efficacité du traitement. Mais pour certains médecins cette mécanique est largement compromise par le contexte de vie des patients.

« Aujourd'hui la plupart des gens que je connais sous buprénorphine, ils ont remplacé une toxicomanie par une autre...je vois un tas de jeunes qui ont des doses de buprénorphine qui sont telles et depuis tellement longtemps que ils sont sortis de rien du tout...en plus la dépendance à la buprénorphine elle est au moins aussi élevée, elle l'est probablement plus qu'à l'héroïne (...) La buprénorphine elle ne règle que le problème du manque à la drogue, ça règle rien d'autre, leurs problèmes sociaux, leur problème psychologiques...ces problèmes sont toujours là. Si les gens n'avaient pas de problèmes psychologiques et devenaient toxicomanes comme on attrape une grippe, les traitements à la buprénorphine seraient courts, ça durerait trois, quatre mois ».

Rappelons-nous que cet argument « remplacer une toxicomanie par une autre » a longtemps été l'un des arguments avancés par les adversaires de la substitution. Elle ne règle rien puisque la dépendance à un produit est toujours présente, voire plus forte, et cette dépendance est bien le signe que l'on est toujours toxicomane. Il y a ici incompatibilité complète entre « sortir de la toxicomanie » et continuer à consommer la buprénorphine puisque cette consommation est le signe de la persistance de problèmes sociaux et surtout psychologiques générateurs d'une souffrance à l'origine même de la toxicomanie. Pour exemple ceux qui restent à des doses élevés pendant des années, les « toxicos à la bupré » et qui sont condamnés de fait de continuer à évoluer dans le même mode de vie, similaire à celui de la drogue puisque le problème d'origine n'a pas été résolu.

« Mais y en a combien qui sont à 16 mg et qui ont retrouvé une vie stable avec un boulot normal, avec des liens familiaux normaux, c'est un sur cent. La plupart de ceux qui restent à 16 mg ils continuent à vivre...à vivre comme des toxicomanes. Donc ils vivent dans des groupes...des groupes qui sont des groupes parallèles et ils n'ont pas de vie sociale normale...ça j'y crois pas ».

Pour ce médecin, comme pour beaucoup de ses confrères ayant comme objectif le sevrage, le fait de ne pouvoir diminuer les doses de buprénorphine n'est pas acceptable, même s'il s'en

accommode malgré lui. Ce produit, censé participer à la « réduction des risques » dans un premier temps en profitant de la faiblesse offerte par la « médecine générale » a progressivement été dissout par cette dernière en faisant du sevrage, lointain, l'objet même du soin. Evidemment ceci n'est pas une réalité unique pas plus que ne l'est la médecine générale, mais nous pouvons comprendre que chaque médecin aura à cœur de défendre une posture thérapeutique sans laquelle il est condamné à occuper un rôle de prescripteur, assimilable au « dealer en blouse blanche », relativement insupportable pour lui. Cependant cette posture thérapeutique qui consiste à faire du sevrage l'objet du soin se heurte à quelques contradictions dont on peut en faire un compte rendu dans les propos assez tranchés de ce médecin.

« A partir du moment où les gens vont mieux et médicalement et socialement, il n'y a aucune raison de ne pas arrêter la buprénorphine. Il y a des règles pour le faire, c'est long, c'est progressif, il peut y avoir des rechutes mais on doit s'engager dans une démarche pour baisser les doses ».

Il y a ici le présupposé qu les gens doivent aller mieux pour que la baisse des doses de buprénorphine puisse s'enclencher sur un processus relativement rapide devant mener au sevrage. Mais nous pourrions tout aussi bien penser que si les patients éprouvent des difficultés à baisser les dosages c'est que justement ils ne vont pas mieux, en tous cas dans le sens où l'entend notre médecin. Ce qu'il admet volontiers lui-même.

« Le médicament il résout pas le problème, il peut pas le résoudre. Comment le problème pourrait résoudre le problème social des gens, c'est toute la prise autour qui a été défailante. Je pense que la détresse dans laquelle les gens sont reste la même ».

Ce raisonnement en boucle, souvent rencontré, entre des patients qui devraient diminuer dès lors qu'ils se sentent mieux mais qui ne peuvent diminuer parce que qu'ils ne se sentent justement pas mieux semble nourrir deux opposées, des extrêmes à l'instar du couple dépendance-abstinence. Il n'empêche que ces constats opposés, logiques si on les considère séparément, dans la bouche du même interlocuteur sont neutralisés par la pratique médicale dans le cadre d'un contrat dont on peut deviner qu'il sera intenable pour le patient.

« Il y a un moment dans le contrat, dans la démarche les gens s'arrête de prendre le médicament...chez moi ça fait parti du contrat initial. Je pense qu'on peut pas définir de contrat avec un patient sans qu'il y ait un objectif qui soit définit. Sinon ça n'a pas de sens, le contrat sans objectifs il n'a pas de sens ».

Au bout du compte une dure réalité semble se faire jour lorsqu'il s'agit de soumettre la pertinence de cet objectif à l'épreuve des critères d'évaluation du médecin.

« Si je vois en 20 ans combien de mes patients ont réussi à s'en sortir, je n'ai vraiment pas le sentiment d'avoir servi à grand-chose ».

Ces médecins considèrent d'une manière générale que ce produit ne règle rien d'un point de vue thérapeutique. Cette opinion est souvent exprimée pour mettre l'accent sur la différence entre les objectifs initiaux, à savoir désintoxiquer les usagers de drogues, et les résultats concrets constatés à l'épreuve. Une part infime de patients qui ont pu se débarrasser du traitement et une très grande majorité qui sont depuis plusieurs années à des doses élevées et qui ne semble pas pouvoir en décrocher. Donc le traitement a sensiblement un autre objectif puisque dans la pratique ces médecins acquièrent l'intime conviction que le patient devient dépendant de la buprénorphine.

« Je considère ça...c'est même pas une forme de thérapie pour ces gens, enfin de mon point de vue...c'est pas une forme de thérapie mais c'est...en quelque sorte légaliser quelque chose...le légaliser c'est-à-dire le, le rendre accessible et peut-être faire heu...qu'il y aient moins de comportement marginaux...hein par exemple comme attaquer les pharmacies, détrousser des petites vieilles, des choses comme ça, c'est une forme de, de, pour moi ça ne règle aucun problème...c'est une forme de légalisation de leur toxicomanie, de leur dépendance ».

Cependant il n'est pas rare de constater que même les plus sceptiques, voire les plus « dénonciateurs » comme l'exemple qui suit, s'agissant de la politique de substitution aux opiacés, il y en a qui dressent un tableau relativement positif de ce que ça a pu apporter aux patients depuis les premières prescriptions. D'ailleurs sans ça ils ne le prescriraient pas.



« Quand même une forme de stabilisation... quand même, quand même. Ça c'est quand même un aspect positif c'est que les gens se stabilisent un petit peu et qu'ils voient heu...on peut arriver à retrouver du travail, à...trouver un logement etc...dans la mesure où, y en a quand même un certain nombre qui sont des clochards et donc dans cette mesure là...de les suivre ça leur redonne un peu confiance en eux, ça leur redonne confiance en eux et on arrive, on arrive à les stabiliser, je crois que c'est ça qui est important...on arrive à les recadrer un petit peu bon même si heu le fait de se resocialiser c'est peut-être pas forcément la panacée mais c'est quand même une manière de les recadrer un petit peu, je crois que c'est important ça ».

Si la buprénorphine n'est qu'un simple intermédiaire c'est toujours dans le sens où elle ne règle pas le véritable problème à savoir ce qui a provoqué la toxicomanie des individus. Nous avons vu précédemment que les perceptions des médecins s'agissant des causes de la toxicomanie sont diverses et variées. Ce sont ces mêmes raisons finalement qui leur servent ici à neutraliser l'action du produit.

« Il soigne pas, c'est pas un antibiotique, je donne un antibiotique, je traite la maladie je la guéri. Le subutex permet de sortir le patient de certaines difficultés, de l'amener à un stade où il devient heu...comment dire... acceptable, où il accepte les soins où il accepte les démarches, fait des démarches pour retrouver du travail etc... Mais il soigne pas le problème... Est ce que le subutex règle pourquoi le toxicomane prend des produits ? ».

D'une manière générale l'efficacité du produit prend place dans la conception même que le médecin a de la « toxicomanie ». S'il s'agit d'un problème lié à une perturbation dans l'économie psychique du sujet, c'est l'intermédiaire qui sera mis en avant dans la mesure où il n'y a pratiquement qu'un échange symétrique de produit. Les événements produits par sa médiation passent en arrière plan même s'ils sont profitables pour l'usager de drogue mais qui n'est toujours pas guéri de sa toxicomanie.

- **Un médiateur qui peut être efficace.**

La buprénorphine semble bien représenter à l'opposé et pour toute une frange des médecins une aide non négligeable. Accoutumés à recevoir régulièrement des usagers de drogues ces médecins ont rapidement fait la différence. Malgré les difficultés de départ une rencontre

minimale a pu se mettre progressivement en place sans laquelle ils avaient systématiquement l'impression de passer complètement à côté de l'usager de drogues. Ces médecins se situent généralement dans les zones les plus faibles du dispositif dans la mesure où il s'agit dans un premier temps de répondre à une demande sans présumer de son issu. L'essentiel ici c'est qu'une connexion puisse s'effectuer afin de produire une relation minimale du toxicomane avec la « société » par l'intermédiaire du médecin généraliste.

« Je pense que c'est une aide absolument précieuse, sans elle je vois pas comment on pourrait enclencher quoi que ce soit...au moins il revient...sans la substitution le toxicomane vient me dire je veux arrêter, je viens vous parce que je veux arrêter, si j'ai pas de subutex qu'est ce que je fais ?...Au départ c'est essentiel pour amorcer avec lui, c'est essentiel ».

Il lui est accordé la capacité d'enclencher de véritables processus, d'entamer toute une série de substitutions avant de questionner son attachement aux drogues.

« C'est heu plusieurs années en sachant qu'il y a aussi une accoutumance au subutex c'est aussi une toxicomanie, le problème bon vous avez un toxicomane souvent à l'héroïne qui est dans une situation catastrophique, au début y va acheter lui même ses doses, ensuite rapidement ça suffira pas, il n'aura pas assez d'argent. Après il va bosser comme un fou, il va plus sortir tout sera concentré la dessus. A un moment donné ça suffira pas non plus alors il aura des problèmes parce que il sera camé tout le temps, il va perdre son boulot etc. et après il va se retrouver dans une situation ou il va plus rien foutre. Pour trouver de l'héroïne, il va falloir soit une drogue, soit il fait du deal, soit il se prostitue. C'est ça je suis désolé c'est très très important, hein très bien, il va trouver une situation sociale catastrophique. Moi je lui dis que le fait de donner le subutex, déjà, déjà il va pas avoir besoin de l'acheter. Deuxièmement, hein ce sera payé par la sécurité sociale, deuxièmement il heu...il pourra être dans un état où il aura pas de manque, y aura pas de plaisir non plus mais il aura pas de manque et progressivement il va pouvoir se resocialiser. C'est la chose la plus importante qu'il retrouve un boulot, qui retrouve sa place dans la société pour de nouveau reprendre un engrenage vertueux quoi hein, pas vertueux au sens normal, au sens réintégration dans la société voilà hein et donc et ça c'est le plus important. A partir du moment où il recommencera à avoir une vie de famille ou avoir des copains réintégrer plus ou moins, après on va pouvoir discuter, de voir comment il a plongé la dedans, est-ce qu'il a des difficultés etc...On va pouvoir amorcer tout ce travail la, qu'après. Le

temps qu'il soit complètement en manque tu peux pas dialoguer c'est pas la peine, ça c'est possible qu'après ».

D'expérience certains médecins ont effectué une conversion et attribuent néanmoins des effets positifs à ce traitement. Même s'ils ont largement ajusté leurs prétentions depuis sa mise sur le marché, ils restent néanmoins convaincus que dans une majorité de cas leurs patients ont sensiblement évolué d'une manière relativement positive. Ainsi ils avancent qu'il ne s'agit plus de « guérir » qui que ce soit mais de permettre au patient de se « resocialiser » progressivement en retrouvant une vie relativement stable. Souvent ces médecins sont partis dans l'objectif du sevrage, synonyme de guérison, mais se sont vite aperçus que c'était plutôt un objectif « utopique » qu'ils ont plus ou moins rapidement abandonné.

« C'est vrai au début je connaissais pas bien, je me disais celui-là je vais le guérir et dans un an c'est sur il touchera plus...mais c'est un cas sur combien, c'est rare mais c'est vrai que ça permet d'avoir un dialogue et ils arrivent quand même à une certaine stabilité ».

Mais pour eux, et même si cela reste quelques fois difficile, l'action de la buprénorphine dépend également du contexte dans lequel évolue le patient. Ainsi ceux avec lesquels le traitement marche le mieux sont les patients qui ont « quelque chose à quoi se raccrocher », une famille, des enfants. A l'inverse pour ceux qui n'ont pas ou peu d'attaches il est souvent difficile d'entreprendre quelque chose en dehors de la prescription. Beaucoup de médecins utilisent des analogies, des exemples, empruntés à la médecine ou pas, pour le travail pédagogique qu'ils disent effectuer avec les patients. En voici un qui représente une belle restitution dans lequel pourrait se retrouver bien d'autres discours.

« Alors souvent moi je leur fais un dessin...je leur dis la toxicomanie c'est comme un iceberg...vous avez la partie qui est au dessus et vous avez la partie qui est en dessous...la partie qui est en dessous c'est...je dirais un tiers et la partie qui est sous l'eau, c'est deux tiers...le subutex ça va traiter le tiers qui émerge...les deux tiers en dessous c'est difficile...souvent quand le tiers au dessus est traité, vous avez les deux tiers qui sont sous l'eau qui apparaissent...et c'est là qu'est toute la difficulté...si vous

n'arrivez pas à traiter le tiers au dessus vous n'arriverez pas à traiter le tiers en dessous ».

Il est vrai que pour tous les médecins interrogés, quel que soit l'avis qu'ils portent sur le traitement, il y a cette certitude plus ou moins ferme qu'ils ne sont capables au mieux que de s'attaquer à un tiers de l'iceberg, les deux autres tiers leur échappant complètement.

« Je pense que la prise en charge de la toxicomanie reste un domaine très vaste. Heu... le médecin n'est que un des intervenants là dedans. Donc moi je me contente de ma modeste part mais vouloir réduire la prise en charge de la toxicomanie simplement par la prise du subutex ou autre chose, ou hein ou d'autres substances pharmacologiques c'est aberrant ! Y a une prise en charge globale, prise en charge globale c'est-à-dire travail d'équipe mais ça dépasse aussi largement le cadre de la médecine hein je crois que c'est une interrogation fondamentale sur notre façon de fonctionner à nous la société. Et je pense que notre société aurait bien besoin de repères et de valeurs et bien d'autres choses ».

#### - **La banalisation du « Subutex ».**

Il y a ce constat rencontré chez au moins un tiers des médecins, les plus longtemps en activité que la consommation des drogues aurait subie un changement ces quinze dernières années. L'héroïnomanie classique, celui qui consomme « de la blanche, la vrai » aurait progressivement disparu pour laisser la place à un autre client. Les nouveaux patients aujourd'hui sont plus jeunes, moins de 25 ans, et non pas spécialement l'héroïne comme produit de première consommation, ils sont généralement comme le soulignent plusieurs médecins « polytoxicomanes » avec des consommations de benzodiazépines relativement fortes. Il n'est pas rare de voir arriver des patients en consultation, ayant déjà consommé de la buprénorphine plus ou moins régulièrement et demander une dose très précise au démarrage du traitement. Tout cela tend à faire dire à certains médecins que ce produit est relativement rentré dans la consommation courante des toxicomanes. La buprénorphine servirait ainsi, pour une certaine frange de toxicomanes, soit comme produit de première consommation, soit pour gérer les aléas d'approvisionnement de l'héroïne, sans oublier la revente pour se procurer d'autres médicaments.

« Pour certain le Subutex n'est plus un médicament, il est déjà plus de médicament c'est devenu un produit de toxicomanie, comme je prendrais du Tranxen, comme je prendrais de l'héro, pour certain y a une notion de drogue de roue de secours, de le shooter, sniffer etc... Le subutex pour certain il est au même rayon, sur la même étagère que les autres produits ».

Cette intime conviction est souvent renforcée par deux critères, à la fois un certain rajeunissement de la clientèle et l'arrivée de patients ayant déjà expérimenté la buprénorphine. Mais au-delà c'est bien l'atteinte à l'image du médicament qui est souligné, image qui n'était déjà brillante au départ compte de la population à laquelle il s'adressait. Aujourd'hui il y a l'impression que cette perception à l'égard du médicament a déplacé la ligne de partage vers la partie drogue et celle du médecin vers le « dealer ».

« L'image du Subutex en elle-même elle est galvaudée... elle est détruite ».

## **2. Acquisition d'un savoir-faire ?**

Nous savons maintenant que la majorité des médecins prescripteurs de buprénorphine n'avaient qu'une expérience relativement limitée et souvent dans l'urgence avec les usagers de drogues. Dès la mise sur le marché de ce médicament ils ont du au contraire tenter de construire un cadre thérapeutique relativement inédit avec les patients que nous avons tenté de décrire pour lui donner une certaine substance. Au bout de quelques années quel bilan font-ils de cette expérience vis-à-vis de leur métier de médecins généralistes ? C'est un peu en filigrane l'objet de ce petit chapitre. Cependant nous avons voulu savoir explicitement si cette rencontre et son déroulement avaient pu avoir une incidence sur les pratiques telles qu'on l'entend au sens premier. Finalement nous sommes partis avec une préoccupation simple. Cette nouvelle expérience produit-elle une plus-value pour le médecin généraliste ? Poser la question frontalement n'aurait peut-être pas eu l'effet escompté. Nous nous sommes simplement contentés de demander ce qui avait pu orienter cette expérience pour aboutir à la pratique actuelle. En quoi ce que vous faites avec les nouveaux patients est le produit de votre expérience passé ? Pour plus de clarté nous avons volontairement délimité deux niveaux d'acquisition, celui d'un savoir-faire propre à la substitution et par porosité repérer si quelque chose diffuse dans l'ensemble plus large de la pratique globale du médecin généraliste. Nous

finirons par dire que ces apports sont régulièrement tendus avec les propres catégories des médecins dans la mesure où cela dépend également de la capacité de ces derniers à admettre les « heuristiques des usagers de drogues » comme une composante susceptible de modifier le savoir médical.

- **Une acquisition locale.**

Il y a d'abord la découverte spécifique d'un psychotrope et de son utilisation avec des usagers de drogues. Nous avons vu que cette dimension faisait l'objet de la constitution d'une pratique puisque chaque expérience précédente vient alimenter la suivante dans un souci pratique, réussir au mieux avec des patients particuliers. Ainsi chaque médecin dira que cela marche plus ou moins bien mais n'a au bout du compte que ses propres repères pour évaluer son action. L'invention de cette pratique, parce qu'elle est isolée et que le médecin n'a que très peu de ressources, se fait un peu dans le dénuement.

« Franchement y a des fois où je suis un perdu...je sens qu'avec lui je fais pas bien, que ça déconne et je sais pas pourquoi alors qu'avec d'autres ça marche assez bien...y me faudrait tu vois un tiers, quelqu'un me donne un autre avis...tu sais je crois qu'on se pose tous régulièrement ce genre de questions ».

Intervient également une capacité à « pendre de la distance » vis à vis des diminutions lorsque le médecin part dans un objectif de sevrage trop rapide par exemple. Nous l'avons vu cela demande du temps et le médecin est dans l'obligation de calquer sa temporalité sur celle du patient. Cette manière de faire, dirons certains, est le fruit d'un processus parsemé « d'essais-erreurs » pour parvenir au meilleur ajustement possible.

« Rapidement j'ai vu que le sevrage, ça pouvait pas être aussi simple...je pensais pas...au début je suis parti un peu vite avec un gars tu vois et ça s'est mal passé...depuis c'est sur que je négocie plus, ça m'a au moins appris qu'il y a un tas de choses qui entrent en ligne de compte mais ça tu le sais pas au début tu suis ce que tu lis ».

- **Une meilleure connaissance des maladies.**

Bien sur l'aspect somatique n'est pas le plus répandu. Cependant pour ceux qui ont pu engager des processus de soins il y a le bénéfice d'avoir pu aiguïser leurs connaissances sur certaines pathologies.

« Oui c'est vrai en règle générale d'ailleurs pour tous les...tous les médecins...vous en voyez combien dans une année d'embolies pulmonaires, vous en voyez une, deux trois...infarctus vous en voyez...allez trois, quatre...heu une méningite j'en ai diagnostiqué 3 dans ma carrière, d'accord...trois méningite heu...des infarctus j'en ai allez quatre cinq par an sans doutes alors qu'est ce que je peux donner comme exemple...alors il y a la pathologie chronique, bon vous avez les nouveaux diabétiques, vous avez mais c'est portion congrue, cette, cette partie là de notre activité pour laquelle on a été formé c'est portion congrue ».

On peut très bien comprendre dès lors que la pression sociale rajoutée par les patients en traitement de substitution introduit une ligne de tension supplémentaire à des médecins surtout occupés à traiter des problèmes non médicaux. La pauvreté des soins somatiques en règle générale et plus particulièrement chez les patients en traitement de substitution repousse encore le médecin derrière la barrière du « soin ».

« Ah, oui c'est plus aigue chez eux...ça s'appuient encore moins sur le diagnostic, déjà qu'on en fait pas beaucoup...le soin y en a quasiment pas, c'est de la prise en charge de façon permanente et sur tous les plans et c'est bien pour ça que c'est aussi difficile et que ça marche moyennement parce qu'on peut pas tout faire...personne ne peut tout faire ».

- **Une nouvelle dimension de la relation médecin-patient.**

Cet aspect des acquisitions susceptibles d'avoir profité aux médecins généralistes est exprimé de trois façons différentes. Ici c'est bien la rencontre avec le « toxicomane » et la relation tissée progressivement avec lui qui ont permis un changement chez le médecin.

Il y a d'abord la complexité de la personnalité du toxicomane qui est mise en avant. Ici c'est avant tout de communication qu'il s'agit, avec des individus qui communiquent peu et qui

souvent ne disent que ce que le médecin veut bien entendre. Alors il faut pouvoir être attentifs aux « non-dits » autant qu'à la gestuelle des gens, à leur expression corporelle et pas seulement aux mots qui sont prononcés et qu'il faut pouvoir décoder. Ainsi il s'agit de ne jamais s'arrêter au premier discours mais aller chercher une signification dans l'attitude globale du patient. L'expression explicite du patient cache derrière elle celle plus ambiguë du toxicomane.

« Ce que les toxicos m'ont appris de façon certaine c'est à pas m'arrêter au premier mot et aller chercher derrière ce que le mot voulait dire...qu'est ce qu'il y avait derrière, qu'est ce qu'il y a avait de pas exprimé ».

On considère ici d'une manière générale que la rencontre entre le médecin et le toxicomane confronte deux heuristiques différentes. Eliot Freidson nous l'a montré par l'influence que pouvait avoir le client sur l'exercice du médecin. Nous supposons depuis le début que le patient en traitement de substitution se conduit en fonction d'un cadre de contraintes qui dépasse largement le cabinet médical. Ceci est vrai pour toutes les maladies chroniques car elles importent avec elles d'autres dimensions que celle proprement attachée à la pathologie. Cela doit être encore plus vrai en médecine générale où il y a souvent peu de pathologies et que le « social » représente la plus grosse part de la matière première du médecin. Alors si les conduites des patients en traitement de substitution sont probablement plus contraignantes et complexes pour le médecin, elles ne se distinguent pas fondamentalement des conduites traditionnelles des autres patients qui sont soumis au même examen.

« Si vous avez quelqu'un qui affiche un discours serein, qui se torture les mains, qui se torture partout c'est clairement pas verbal, c'est quelqu'un qui n'est pas bien dans ses godasses...lorsqu'il y a pas une bonne adéquation entre l'expression verbale des gens et l'expression corporelle et environnementale des gens, il y a un problème là derrière et donc il faut essayer de le trouver...mais c'est vrai pour tous les patients et c'est particulièrement vrai pour les toxicomanes parce que c'est toujours comme ça ».

Ensuite cette expérience peut renforcer la dimension « psychothérapeutique » et rendre le médecin plus performant dans ce domaine. Ici est souvent avancée la dimension de « l'écoute » et de la « parole » dans la mesure où les complexités des situations respectives demandent à être interrogées en dehors de la « toxicomanie ». Il s'agit de créer alors une



relation d'un autre ordre pour pouvoir pousser les investigations nécessaires. Cependant ce n'est pas tant le « psychologique » qui est mis en avant mais la nécessité de créer un lien « empathique » pour que le patient trouve la confiance nécessaire pour se raconter. Les problèmes ne sont plus liés ici à une simple question de rapports aux produits (bien que le médecin puisse être dans une perspective de sevrage) mais le questionne sur tous les aspects de la vie du patient. Evidemment cet exercice est difficile, nous l'avons vu et dépend essentiellement de ce que le médecin souhaite investir dans cette dimension du « soin ». Mais ce que fait le médecin s'agissant de ce cas particulier n'est encore une fois pas si différent d'autres situations. L'expérience s'en trouve enrichie et profitable pour l'ensemble des problèmes que le médecin vient à traiter.

« Ah oui, et ça aide dans l'approche d'autres maladies aussi parce qu'on a heu...l'expérience et le feeling de quelqu'un de faible entre guillemet heu...fragile du moins, quelqu'un de fragile et on peut transposer à d'autres patients fragiles ».

#### - **La rencontre de deux mondes.**

Il peut arriver, ce n'est pas très fréquent, que cette expérience pousse le médecin à envisager cette rencontre comme étant particulièrement déstabilisatrice pour lui parce qu'elle oblige la confrontation de « valeurs » différentes. Pour que la relation puisse progresser elle doit également se faire au « détriment » du médecin qui doit obligatoirement se remettre en question. Ce qui devrait être questionné ici n'est pas tant la part de la socialisation professionnelle du médecin qui en soit ne pose pas problème mais tout ce qui le compose en tant qu'individu, en somme son « éducation ». Cette dernière influe notablement sur l'activité médicale surtout lorsque l'on a en face de soi quelqu'un qui représente complètement « l'inverse ». Cette situation peut donner l'impression au patient que le médecin ne le comprend pas réellement puisqu'il tend à gérer surtout un « mauvais comportement ».

« Face à lui pour le toxicomane...il a peut-être l'impression que le médecin, enfin moi en tous cas je sais que...il est trop carré, il est trop rigide etc...par rapport à son problème à lui...mais je veux dire pour le médecin c'est pas évident...c'est pour ça que de temps en temps ont en fout dehors parce qu'ils nous ont tellement...que ça dépassait nos limites de compréhension...après quand vous prenez du recul et que vous asseyiez tu dis, attends, t'es peut-être allé un peu trop fort...ça valait peut-être le

coup de discuter un peu avec lui, de comprendre ce qui s'est passé...mais sur le coup...vos repères ont complètement été chamboulés...vous savez plus comment réagir et vous le foutez dehors. C'est pas évident pour le médecin de...de...enfin pour moi ça a été difficile ».

Cette posture n'a pas été rencontrée souvent. Ce qui convient de souligner dans cette restitution c'est le peu de place laissée finalement au côté professionnel. Il n'est pas déterminant dans la réussite de la démarche médicale car le toxicomane questionne avant tout les « repères personnels » du médecin dont l'issue influera considérablement sur la suite des événements. C'est surtout pour cette raison que la relation ne peut qu'être « individuelle » parce qu'elle engage des perceptions singulières que chacun réussira plus ou moins à retravailler.

« Non c'est personnel...autant un toxicomane ne ressemble pas à un autre...peut-être de manière moins large...mais autant un médecin est différent par rapport à un autre ».

Et justement parce que les patients et les médecins sont différents, parce que les situations se suivent et ne se ressemblent pas, chaque savoir-faire n'a de valeur que dans l'expérience où il s'est construit. Chaque cabinet médical est un espace politisé différent faisant intervenir toutes les variables que nous avons tenté de mettre en lumière.

« A la fac c'est pas ou très mal enseigné mais y a aucune notion de toxicomanie tu as entendu parler de quelque chose mais c'est tout. Il faut bien qu'il y ait des gens qui soient formés et qui aient une compétence particulière...je sais pas si j'ai une compétence...une expérience...c'est un savoir-faire, une expérience mais une compétence, non ! Je ne crois pas que le médecin est quelqu'un de compétent à... je n'ai que ce qui se fait ici et ce qu'on fait ici c'est la seule formation ».

### **3. L'invention dans l'isolement.**

Tous les médecins interrogés, quel que soit leur point de vue sur la buprénorphine et la substitution s'accordent pour dire au moins une chose, même s'ils l'expriment plus ou moins différemment. A partir du moment où un produit acquiert un statut de médicament, il doit être prescrit aux patients à qui il s'adresse et par le seul médecin. Ce dernier est là pour vérifier les

indications et éventuellement suivre le patient ensuite dans la démarche de soin. C'est effectivement le cas de la buprénorphine puisqu'elle s'adresse aux usagers de drogues. Le produit est donc un médicament puisqu'il peut être prescrit par un médecin. Cela n'enlève rien à l'avis que l'on peut avoir ensuite sur un tel traitement et sa place en médecine générale.

« C'est pas qu'elle a rien de médical, c'est d'abord, la substitution est un traitement médical, c'est un médicament ça doit être prescrit par un médecin ! Ca, ça doit rester le règle je pense pour tout traitement médical. Même si on la transgresse même si on n'est pas d'accord, quand des fois je vais au centre de soins l'infirmier me demande est ce que je peux lui donner il demande quand même toujours un avis il le fait jamais par lui-même...ça permet de garder une certaine propreté sur le médicament. A partir du moment où n'importe qui pourra le donner où le pharmacien pourra le distribuer c'est plus un médicament. Après ça y a l'accompagnement à côté, soigner le problème psychologique, psychiatrique c'est aussi de la médecine...le mal qu'on voit le mal qu'on voit pas .Le psychiatre est un médecin ».

Cependant ceci ne règle évidemment pas tout puisque nous savons qu'il existe des médecins qui ne souhaitent pas en prescrire. Nous avons déjà effleuré tout à l'heure le cas où même lorsqu'il est question d'éthique, cette dernière peut être soumise à controverse parmi les médecins. Cependant le choix de ne pas en prescrire n'est pas toujours lié à des conceptions éthiques selon ce témoignage. Au moment de l'entretien ce médecin est le Secrétaire Général de l'Association des Professionnels de Santé de Moselle-Est (APSAME), née en mars 1998, qui regroupe environ une centaine de médecins du secteur.

« (Rires)...non je pense que les médecins qui prescrivent pas ne sont pas emmerdés par ça...s'ils ont pas envie ils vont inventer tout et n'importe quoi, j'ai pas le droit par exemple tu vois, j'ai pas le droit, je suis pas formé, tu vois y vont heu, ça c'est clair quoi, ils ont pas envie d'en prescrire parce que heu...je sais pas, c'est à eux qu'il faudrait demander mais heu, parce que c'est quelque chose de différent, c'est un truc différent, à la limite y savent pas, y ont pas envie, ça leur plait pas, ça les intéressent pas, les patient les intéresse pas ça fait un peu peur...c'est moins facile, c'est différent ».

Ce médicament est un actant, rappelons-le, qui a la fâcheuse habitude de travailler avec plusieurs réseaux à la fois. Il y a le réseau officiel médical mais il y a également un autre

réseau touristique qui plonge ses ramifications jusqu'à l'étranger, celui de la revente du produit au marché noir. Tout se passe comme si le médicament n'était jamais entièrement présent lors de la consultation déjà occupée à réserver sa prochaine destination. Cette préoccupation est plus ou moins importante pour chaque médecin en fonction de sa propre expérience et de la place qu'il donne à ce problème. Ici se trouve déjà l'un des nœuds centraux de cette greffe, sur lequel nous reviendrons, qui prend relativement difficilement et qui fait dire aux médecins qu'il n'existe pas l'appareillage pour que la soudure prenne convenablement.

« Le rôle de la médecine générale, il est fondamental et en même temps...on a très peu de moyens...on a très peu de moyens ! Il n'y a pas de coopération réelle avec la caisse, c'est ce dont on parlait tout à l'heure, les moyens de surveillance de ce que font les gens, nous on les a pas. Une fois que le gars est sorti de notre cabinet, on sait pas ce qu'il fait, on n'a pas les moyens de tracer ce qu'il fait...donc on est toujours sur la base de...de ce qui est dit avec tout ce que ça suppose d'incertitudes ».

Nous avons évoqué plus haut le protocole de soins auquel est soumise aujourd'hui la prescription de la buprénorphine. Outre les bénéfices apportés pour légitimer une position qu'ils avaient auparavant du mal à tenir, il aura sensiblement permis à quelques médecins de se sentir épaulés et soutenus par un partenaire qui tardait à arriver et l'impression qu'un début de petit réseau se met à exister.

« A l'époque c'était encore moins évident parce qu'on avait encore moins de cadre. Si on se projette maintenant...maintenant l'attitude est complètement différente...pourquoi, parce qu'on a une petite aide de la caisse, on a eu quelques réunions avec la caisse, on a eu une attitude volontairement commune de plusieurs personnes ».

Cependant cette vision des choses n'est pas partagée par l'ensemble des médecins loin s'en faut. Bien sur tous constatent un « léger mieux », dans le meilleur des cas une préoccupation un peu plus accrue de la « caisse » mais pas toujours citée dans un objectif qualitatif. Ainsi peuvent être pointées essentiellement des préoccupations financières en vue de résorber le « trou de la Sécu », des objectifs « politiques » pour atténuer quelque peu la mauvaise réputation du médicament et la volonté affichée de vouloir « combattre le trafic ». Cependant

dans les faits il semblerait malgré tout qu'on soit encore loin du compte si l'on en croit ce médecin.

« Ben quand le contrôle de la Sécu aboutit, c'est que les types ont déjà dealé du subutex à travers tout le département...ça c'est du pipo ça...le contrôle existe mais bon...ça se déclenche que pour des consommations de subutex qui sont ahurissantes...ahurissantes ! Ah non, faut pas compter sur la caisse ».

Pour les médecins qui partagent globalement cet avis, les moyens matériels existeraient ne serait-ce que par le biais du réseau informatique qui relie l'assurance maladie avec les médecins et les pharmaciens. Alors par comparaison avec l'ensemble des problèmes qu'elle doit traiter, le contrôle de l'utilisation de la buprénorphine n'apparaît pas vraiment comme une priorité parce qu'il représenterait un investissement financier « considérable » pour un bénéfice très relatif. Tout au plus l'assurance maladie se manifeste plus ou moins régulièrement « pour se donner bonne conscience »<sup>348</sup>. Pour certains médecins il n'existe pas de véritable partenariat dans la mesure où ce dernier ne peut se baser que sur le contrôle des usagers de drogues car à travers ces derniers ce sont indirectement les médecins qui sont contrôlés. Ainsi ce travail de collaboration peut être souhaité, le contrôle peut faire l'objet « d'effets d'annonce » récurrents, il n'empêche que sur le fond tout le monde se contente de la situation telle quelle est.

« Oui, il y a beaucoup de vent dans tout ça...c'est très démagogique parce qu'il existe des outils qui permettraient de suivre les gens...et visiblement on s'en sert pas...on s'en sert pas...moi faut pas me raconter d'histoires, la caisse a les outils informatiques qui lui permettraient de suivre les prescriptions...toutes ! Visiblement ils ne le font pas. Moi il ne m'appartient pas de dire ils ont raison ou ils ont tort. Quand ont dit que ce problème du subutex préoccupe tout le monde, c'est une préoccupation bien lointaine quand même ».

Les relations avec les pharmacies semblent par contre s'améliorer si l'en croit une majorité de médecins. Protocole de soins oblige, le patient désigne la pharmacie de son choix mais ne

---

<sup>348</sup> Cela concerne également les courriers envoyés aux médecins généralistes pour leur signaler nommément les usagers de drogues figurants sur la « liste noire » de la caisse. Il aurait fallu accompagner ce travail d'une étude statistique pour en évaluer un peu plus objectivement l'importance. Cependant seulement trois médecins au total affirment avoir eu un jour ce courrier dont ils ont d'ailleurs du mal à se rappeler le contenu exact. « *Ouais de temps en temps, enfin ils le font plus maintenant...ils nous ont envoyés un listing de 2, 3 patients qui en fait allaient chercher du subutex dans toute la Moselle-Est* »

peut en changer ensuite. Cependant ces relations n'existent que dans le cas du contrôle de la prescription dans la mesure où les pharmaciens se manifestent principalement lorsqu'il y a quelque chose qui ne « colle pas ». Ce sont en très grande majorité les seuls cas où des appels téléphoniques sont échangés, les seuls cas où les médecins ont un « retour ».<sup>349</sup>

A part les pharmacies, il y a les autres partenaires avec lesquels les médecins seraient susceptibles de collaborer. Si le traitement déborde largement le cadre médical il est supposé faire intervenir d'autres acteurs pour compléter l'espace créé par le médecin. Nous avons vu que c'est toujours ainsi qu'est exprimée « la substitution » par les médecins, souvent pour pointer tour à tour sa difficulté ou son inefficacité. Alors qu'en est-il réellement de la place du médecin dans cet environnement nébuleux ? Dirions nous que cela dépend de chaque médecin et des relations qu'il réussit à tisser localement ? Oui, et à paraître redondant c'est bien ce qui est exprimé la plupart du temps. Cependant sur l'ensemble des médecins c'est bien l'isolement qui prédomine le plus souvent. Bien sûr chacun en donnera une raison de la manière qui lui semble la plus objective, la plus « réaliste » mais toujours pour arriver à la conclusion que ce travail devrait se faire et pourtant il ne se met pas en place à cause d'autres que soi.

« On a pas d'aide...On a pas d'aide. Même nos liens avec le...le secteur social sont des liens qui sont quasi inexistant...en dehors...en dehors du travail dans les réseaux où le ...où la relation entre les travailleurs sociaux et le médecin est un peu...un petit peu plus réelle...c'est mieux que rien. Pour moi, mes relations avec les travailleurs sociaux dans le cadre de la prise en charge de la toxicomanie, c'est zéro, c'est inexistant. Je n'ai de coup de fil de quelqu'un que le jour où il y a des ennuis et que ça pourrait me concerner... éventuellement...je pense que les collègues ont tous le même vécu, on n'a pas de relations avec les travailleurs sociaux, que ce soit les éducateurs, que ce soit les assistantes sociales, les seuls avec qui ont arrivés à développer un travail c'est les pharmaciens, un petit peu et encore pas toujours».

Même ceux qui ont la possibilité de travailler à proximité d'un centre de soins peuvent avoir des avis relativement opposés sur l'aide qu'il est susceptible de leur apporter. Il y a ceux qui affirment que cette proximité représente un bon complément. Mieux, deux d'entre eux vont

---

<sup>349</sup> Sur l'approche pharmacienne on peut consulter l'article de Jean-Yves Trépos : « La mise en culture d'une nouvelle expertise pharmacienne », in : A.I.S., *Profession : pharmacien. Le regard des sciences sociales*, Paris, IMOTHEP, éditions, 1995.

jusqu'à exiger un travail parallèle s'agissant principalement du « suivi psychologique ». Dans les faits les choses ne sont pas aussi simples, avouent-ils, mais le centre de soins représente souvent un appui supplémentaire pour « recadrer » le patient puisque cela fait partie du « contrat de départ ».

« Qu'il y a un suivi psychothérapeutique...c'est important, à chaque fois je téléphone au C... pour savoir s'ils sont encore suivis par eux, s'ils ont encore des nouvelles, ils ont plus le temps de faire le point familial, ils les connaissent, ils voient où ils vivent heu, ils les connaissent un peu plus... Ah oui, moi je téléphone toujours au C..., s'ils ont lâché le C..., si le C... ne les voit plus...je vais plus leur donner le subutex sachant que... »

D'autres déplorent un manque de communication qui n'est pas tant le fait des individus seulement mais de toute un « système institutionnel » dont les principales barrières sont surtout de natures « idéologiques ».

« Quand j'ai des patients qui vont là bas y a jamais de retour, je sais pas où ils en sont, je sais pas ce qu'ils font et ça je pense que c'est parce que chacun est pris dans le mur de son propre réseau hein heu ils font partis d'une institution, bon on communique en réseau fermé et le C... ne communique pas ».

Mais bien souvent et dans le même entretien la responsabilité de cet état de fait est ensuite partagée. Beaucoup de médecins admettent volontiers que les partenaires susceptibles de travailler avec eux doivent probablement vivre la même situation et avoir le même discours à l'égard des médecins.

« Il n'y a pas de prise en charge qui soit complémentaire. Tout le monde bosse dans son coin, chacun fait ce qu'il peut. Mais je pense que les éducateurs et les travailleurs sociaux sont pas mieux lotis que nous, ils doivent se sentir tout aussi seuls ».

Il y a ceux qui pensent qu'il y a peut-être une forme de distinction entre les « travailleurs sociaux » et les médecins. Tout se passerait comme si l'un ne considérait pas l'autre comme un partenaire « naturel » s'agissant de ce type de collaboration alors que tout devrait les rapprocher. Pour certains c'est parce qu'un traitement de substitution fait obligatoirement

tourner le patient autour du médecin généraliste, en tout cas autour de « l'aspect médical », ce qui est une erreur étant donné la complexité du problème. Ainsi la trop grande importance donnée au médical aurait tendance à créer des barrières surdéterminées par les représentations des uns et des autres. Cette hiérarchisation pourrait s'atténuer si les rencontres mettaient au centre de leurs préoccupations le patient avec les médecins comme intervenant ordinaires.

« C'est parce que c'est l'état d'esprit, c'est parce que les paramédicaux ou les travailleurs sociaux heu je pense quelque part aussi ont un petit sentiment d'infériorité et les médecins peut-être de supériorité et que bon et on n'arrive pas des fois à se mettre sur la même longueur d'onde. Et quand tu causes t'as l'impression qu'il y a un peu de tension tu vois alors que bon cool mec on fait le même boulot tu vois...et ça c'est parce que le réseau est autour du médecin et fait par des médecins...alors que le réseau devrait être fait autour du tox par tout le monde ».

Enfin quelques médecins mettent également en avant « la profession » comme n'étant pas forcément prédisposé au partenariat. Les médecins sont ainsi dépeint comme relativement « solitaires » et ne sortant de leur réserve que lorsque leurs intérêts sont menacés. Mais ce médecin semble remettre quelque peu les choses en perspective en expliquant que le problème du partenariat « vieux comme le monde » est souvent un « vœu pieux », parce qu'il est souhaité par tous mais reste quelque chose que l'on a pas nécessairement « envie de pratiquer ».

« Nous avons l'habitude de travailler avec d'autres médecins ça pose légèrement moins de problèmes, avec les professionnels de santé c'est déjà plus difficile, bosser avec des infirmiers, des, c'est pas toujours évident tu vois, pour nous...alors bosser avec quelqu'un qui est éducateur spécialisé c'est pas demain tu vois... »

Cependant qu'en est-il du patient ? Il est vrai que lorsqu'on aborde cette question il est curieusement absent sauf pour lui indiquer la place qu'il doit gentiment tenir afin que l'on puisse s'occuper de lui. Nous avons vu que cette place lui est déjà assignée dans le cadre médical. Mais nous pouvons supposer qu'il en est de même pour les autres intervenants qui gravitent dans ce domaine. Ainsi ce patient passe de strapontin en strapontin pendant que tout le monde s'interroge sur les dysfonctionnements de la prise en charge. En réalité très peu de médecins, entre autres, prennent en compte « l'heuristique des usagers de drogues » du moins à ce niveau de l'intervention.



« Y ont pas envie de tous ça... en tous cas les anciens ceux qui ont la trentaine, ce qu'ils veulent c'est avoir leur traitement, leur boulot, la paix donc tu leur parle de psy ça les intéresse pas donc heu...tu leur parles d'éducateur ils ont déjà connu tu vois parce que certains ont déjà eu ce parcours là...ils disent tiens moi il me faut un boulot, une situation stable, bon les infirmiers psychiatriques pareil ».

#### **4. Médecine générale et substitution. Vers l'extérieur.**

Nous avons vu plus haut que si la greffe de la substitution avait du mal à prendre c'est aussi parce que les médecins avaient tendance à rejeter systématiquement une partie de la molécule qui semblait continuellement et sournoisement les mettre hors la loi. Cette expression de « dealer en blouse blanche » tend bien à confondre quelques fois le médecin avec le semi-médicament qu'il délivre. Nous avons vu également à quel point cette image pouvait être intériorisée dans certains cas comme un frein à toute socialisation professionnelle dans ce domaine. Cet aspect du problème, souvent surdéterminé par les difficultés que posent les patients dans le cadre médical, semble hanter certains médecins à un tel point que l'on pourrait avoir l'impression lors de l'entretien que ces réseaux illégaux transpercent le cabinet de part en part. En filigrane c'est bien ce que ressentent plus ou moins tous les médecins, qui colmatent les brèches comme ils peuvent, et qui donnent à cette relation médecin-patient un cadre et une tonalité un peu particuliers. Cette tonalité, comme un bruit de fond, semble accompagner le concert du médecin de la première consultation jusqu'au dernier bout de pilule dont le patient a du mal à se détacher. Car finalement si on consentait à rendre à cette molécule toute sa vertu que resterait-il du problème ? Un trio somme toute ordinaire que rencontrent les médecins à longueur de temps, c'est un peu l'une de nos hypothèses de départ. Cependant et de ce fait la « substitution » agglomère avec elle les « toxicomanes », la « toxicomanie », la drogue, le trafic dans une montée en généralité qui met à mal la médecine générale parce que c'est l'une des raisons principales pour laquelle la greffe a du mal à prendre. La molécule produit elle-même pendant la greffe les conditions de son propre rejet.

Si les médecins expriment un certain nombre de tensions au niveau « micro », en l'occurrence ce qui se passe lors de la consultation, ils tendent généralement ensuite à monter d'un cran, afin d'exprimer les tensions « macro ». Pour nous ces niveaux ne sont évidemment qu'une métaphore pour séparer les discours. Nous avons effectivement vu plus haut à quel point ce « macro » n'était pour eux qu'un arrière-plan relativement flou qui prend souvent forme

lorsque la question est posée. « Réduction des risques » et « Politique de santé publique » ne sont généralement que des mots que chaque médecin assemble pour leur donner des figurations imparfaites et incertaines, pendant l'entretien, à l'image de la « toxicomanie » et de la « substitution ». Cependant l'opinion que porte chaque médecin sur ces dispositifs, c'est-à-dire les questions tournées vers l'extérieur interrogent au bout du compte telle ou telle conception individuelle de la médecine générale, l'intérieur. Il n'y a pas d'un côté la médecine générale et de l'autre la « santé publique » ou la « réduction des risques ». Ces oppositions ne sont pas réalistes dans la mesure où les situations concrètes obligent souvent les médecins à dégager une « voie moyenne » comme nous l'avons suggéré à l'égard de la « réduction des risques » s'agissant du couple dépendance/abstinence. Dans ce que nous avons entendu il n'y a pas des médecins qui se situent d'un côté ou de l'autre mais des médiateurs qui voyagent d'un niveau à l'autre pour former un tout plus ou moins équilibré. Articuler ces deux niveaux mais sans réellement les séparer, c'est comprendre ce qui se passe lorsqu'ils tentent de résorber cette tension entre « soins » et « délivrance », parce que c'est dans cette tension que se construit la démarche thérapeutique qui n'est au bout du compte qu'une traduction d'une certaine conception de la médecine générale. Mais cette résorption n'est pas toujours possible. Prenons comme exemple ce médecin qui avait arrêté de prescrire depuis six mois au moment de l'entretien, le seul de l'échantillon. Sa décision a été prise suite à deux constats. Le premier tient à sa conception du « soin ». Persuadé que la « toxicomanie » est la résultante d'une perturbation psychiatrique, il prend sur lui d'en détecter les symptômes que lui confirment l'observation des patients en fonction de critères qu'il prétend objectifs. Pour lui la prescription n'est qu'un simple support destiné à régler le problème de la dépendance pour qu'il puisse ensuite construire un « parcours de soins ». La seconde étape est plus délicate puisqu'elle consiste à faire admettre aux patients leur maladie et entamer le processus de soins avec l'aide de psychiatres. Aucun résultat, les patients ne veulent pas entendre parler et déversent dans le cabinet médical, lorsqu'ils le font, des choses qui lui semblent hors propos pour l'instant. Il n'arrive pas à concilier « soin » et « délivrance » puisque les patients refusent obstinément d'adhérer à sa conception du « soin » et lui refusent non moins obstinément de considérer la prescription comme devant servir à régler un « problème de société » qu'il expérimente tous les jours dans son cabinet. Chacun défend son extrême et l'opposition se durcit de plus en plus.

« Je pense que j'ai une conception de l'exercice de la médecine qui ne va pas avec la prise en charge du toxicomane. Vous voyez alors donc vous me voyez venir avec mes

gros sabots presque...c'est-à-dire que j'ai une conception de la médecine comme celui...un petit peu le dernier rempart quoi, celui vers qui on va quand ça va pas quoi et donc forcément il faut pas, à mon avis c'est préjudiciable et moi je suis pas à l'aise quand il y a un rapport d'autorité trop fort. Moi je, je suis pas un médecin autoritaire quoi, je suis plutôt un médecin avec une notion de service c'est-à-dire que j'ai un malade et je suis au service du malade heu...pour qu'ensemble on lutte contre sa maladie. Vous voyez un peu, là on est dans la conception de, de, je trouve que cette conception là de la médecine n'allait pas ou plus avec la prise en charge du toxicomane ».

Une conception du « soin » bien arrêtée qui suppose une « relation de service », expliquée comme une collaboration entre le médecin et le patient pour lutter contre la maladie. Seulement ici la définition de la maladie n'a rien d'objectif puisqu'elle est refusée par les patients et aucun examen clinique n'est susceptible de la démontrer. La relation de service passe donc par l'intériorisation du statut de « malade psychiatrique » par les patients comme seul moyen de créer le « soin » mais imposée unilatéralement par le médecin. Le service passe donc par l'acceptation de sa définition par le patient comme pour d'autres médecins l'intériorisation du sevrage par les patients doit être la condition première de la démarche thérapeutique. Cependant cette « relation de service » est mise à mal et pas que par les patients en traitement de substitution.

« Je voulais pas être un distributeur de subu, je voulais prendre en charge cette population et c'est une population extrêmement rétive à la prise en charge. La plupart du temps ils veulent, ils veulent des, mais ça c'est pas propre à la toxicomanie hein, c'est l'ensemble de nos patients ils veulent des solutions clé en main, on veut ça docteur j'ai un problème réglez moi ce problème c'est pas comme ça c'est plus complexe ».

C'est un peu dans ce sens qu'il a arrêté de délivrer des arrêts maladies considérant qu'il n'était pas là pour régler à son échelle les conflits entre l'entreprise et le salarié. Délivrer des arrêts maladies ou de la buprénorphine ne rentre pas dans sa conception de la médecine générale puisque ça ne règle rien à l'intérieur mais de plus cette relation propulse les deux protagonistes à l'extérieur. Cependant les patients lui bloquent toujours la porte lorsqu'il tente de la fermer. Les usagers de drogues viennent chercher leur traitement parce qu'ils en ont besoin pour régler leur problème de dépendance comme les autres patients viennent réclamer

des arrêts de travail parce qu'ils sont en « souffrance » dans leur entreprise. Le deuxième élément prépondérant dans sa décision d'arrêter ça a été le jour où il s'est rendu compte que les réseaux du trafic traversaient de plus en plus le cabinet médical.

« On est dans une zone frontalière où le subutex était devenu pour certains un mode de survivance, ils, ils en faisaient commerce de leur sub quoi, le sub qui se vendait je sais pas combien la boîte à Sarrebruck ».

Ces deux éléments conjugués l'on obligé à un moment donné à jeter l'éponge. L'un sans l'autre aurait encore été possible mais les deux aspects ajoutés neutralisent complètement la molécule en la vidant de son principe actif. Evidemment cet exemple est un extrême. Cependant il permet peut-être de faire ressortir plus nettement le travail que chaque médecin entreprend afin de réduire le tissu de tension entre des niveaux « macro » et « micro », entre les deux aspects de cette molécule tour à tour médicament et drogue. Alors le plus souvent les médecins se positionnent comme les porte-parole des uns et des autres pour critiquer, voire dénoncer une « substitution » qui met à mal la « médecine générale ». La dénonciation de cette situation au nom de tous les confrères peut prendre deux formes possibles. Il y a d'abord la complexité de la prise en charge qui suppose une intervention sur plusieurs fronts. Les médecins sont dépeints comme perdus, ne sachant plus réellement quel est leur travail. C'est souvent une rhétorique du « morcellement » de la profession qui est amenée à s'occuper de problèmes de moins en moins médicaux et de plus en plus de « problèmes de société ».

« J'ai l'impression que la commande qui est faite aux médecins elle est multiple. Prise en charge somatique, gestion du traitement, participer à la santé publique, il y en a qui me disent, je sais plus ce que je fais quoi ».

La question de la « toxicomanie » apparaît ensuite comme ne relevant pas du domaine médical. La « médicalisation » d'une catégorie de population « à problème » devient la solution la moins pire et probablement la moins onéreuse puisque tout est pris en charge dans le cadre de l'assurance maladie. Ensuite la responsabilité du problème est transférée à la médecine générale ce qui enlève simplement une « épine du pied aux politiques » tout en faisant des médecins généralistes les parfaits intermédiaires de cette politisation.

« Les politiques ont refilé le bébé aux médecins, vous leur prescrivez et puis après vous nous faites pas chier... médicaliser ça permet aux politiques de se laver les mains hein ou aux responsables de se laver les mains en disant voilà c'est un problème médical bon maintenant y a un médicament donc les médecins vous, c'est votre problème, nous c'est plus notre problème ».

Une autre variante met en scène une autre entité, la « société » avec exactement les mêmes objectifs.

« La société s'est donnée bonne conscience elle a mis sur le marché, elle a donné un moyen au médecin, elle a, elle a déporté le problème au médecin. La toxicomanie c'est un problème médical, les médecins on va vous donner l'arme qu'il vous faut, démerdez vous avec ça et traiter la toxicomanie...ouais, c'est ce qui me gêne un peu...on s'est quand même fait un peu roulé dans cette histoire...je dis pas, c'est bien pour les toxicomanes mais je suis pas sur que ce soit notre boulot non plus ».

## **5. L'espace politisé du médecin.**

Pour le médecin l'objectif immédiat qu'il assigne à la buprénorphine est sa capacité à libérer le patient du manque de drogues. C'est globalement ce que tous recherchent dans cette première phase où il s'agit d'effectuer le « diagnostic » susceptible d'amener les patients à un palier où ce manque n'existerait plus, un pallier où il s'agit de les stabiliser. Cependant cette stabilisation est très relative dans la mesure où elle ne concerne que le problème de la « dépendance » mais sans prendre en compte l'expérience globale des usagers de drogues. La question du plaisir par exemple semble exclue pour une majorité de médecins parce qu'étant hors propos dans cette démarche thérapeutique. Ils ont certes l'intime conviction que le travail du patient passe par une reconstruction qui dépasse le cadre médical mais sans réellement prendre en compte l'attachement qui peut subsister dans les « pratiques de défonce ». Ainsi lorsque la boîte buprénorphine est ouverte par le patient (s'il ne l'a pas déjà ouvert avant) elle crée des événements qui ne sont pas tous accessibles à la logique médicale. Ils ne le sont pas comme étant le début de l'action de ce médiateur mais plus généralement comme le symptôme de perturbations individuelles. Ce sont les dépressions au bout de quelques semaines, les angoisses récurrentes, les « coup de blues » et autres manifestations « psychosomatiques » dans le cabinet médical.

Pour le patient il s'agit d'aller mieux, de vivre mieux en essayant de mettre un peu d'ordre dans toutes ces perturbations qu'il ne comprend pas toujours et qu'il a du mal à exprimer le plus souvent. Le médecin explique mais le patient expérimente. Il détourne alors le produit, l'annexe à des consommations d'alcool ou de médicaments non prescrits. Mais parallèlement le patient tente également de passer de l'autre côté de cette interface représentée par la molécule. Il entame un travail sur ses propres substitutions tout en continuant à se faire plaisir, il entame un travail sur ses attachements en expérimentant progressivement d'autres sources de plaisir. Les deux protagonistes sont en prise avec les plis du produit à ceci près que le patient les ouvre tous alors que le médecin tente d'en refermer certains. C'est finalement dans l'agencement commun du produit, ce qu'on ouvre ou ce qu'on laisse fermé que se construit l'espace de transaction, ce que j'appelle maladroitement peut-être, « l'espace politisé ». Le médecin a prise sur le traitement mais le patient aussi. Chacun livre bataille pour réécrire ses propres scripts sur ceux de l'autre. Si je parle d'espace politisé, c'est avec la présupposé que le médecin se livre toujours et dans une certaine mesure à un travail disciplinaire, un travail de « normalisation », dont on a vu qu'il plonge ses racines dans toutes dimensions constitutive de la perception du médecin à l'égard de la médecine générale, de la toxicomanie, des drogues, de la substitution. Ces entités ne sont pas sans conséquences sur l'encadrement des pratiques. Elles témoignent toujours de cette nécessité de construire ce cadre médical mais avec des appuis qui n'ont rien de médicaux.

Ce travail trouve son rythme de croisière lors d'une seconde phase où le médecin décide de ce qu'il laissera ouvert. On l'a vu, ce qui est définitivement fermé concerne la revente du produit car elle est politiquement inconcevable, tout le reste peut l'être plus ou moins à certains moments.

Il y a d'abord les logiques médicales faisant intervenir un projet de sevrage explicite. Il s'agit d'arriver à terme à ce que le patient ne puisse plus consommer de buprénorphine. Elles sont basées sur une observance du traitement très forte. Rien d'autre n'est ouvert. Les consommations de drogues parallèles sont inaudibles car lorsqu'elles se produisent, c'est le « toxicomane » qui prend le dessus sur le patient et oblige de fait le médecin à occuper la place du « dealer ». Les prescriptions annexes de médicaments sont soit à éviter soit à ordonner si elles répondent à un besoin spécifique indépendant de la partie « toxicomaniaque ». L'axe de soin privilégié doit, ou devrait, se faire par l'entremise d'une démarche « psychothérapeutique ». Ces médecins sont généralement convaincus que si le

rythme des prises est respecté, l'état de manque disparaît sans créer de perturbations. C'est parce que cette perception médicale confond le soin avec l'observance au traitement que toute infraction est jugée non thérapeutique, donc toujours influencée par la « manie » du toxicomane. Ainsi ils se placent logiquement plutôt au niveau de la sanction lorsque des transgressions se produisent, pensant que le « soin » débute par la disparition du manque, dépendant quant à lui d'une bonne observance, il se poursuit ensuite par des diminutions régulières pour arriver au sevrage.

Il y a ensuite les médecins qui se situent plutôt dans une logique de « stabilisation » avec en arrière plan la nécessité de la « réinsertion » et l'accès aux soins. Ils travaillent généralement au rythme des patients et proposent un cadre un peu plus ouvert. Ces derniers admettent une certaine dose de négociation dans leurs rapports et peuvent proposer plus facilement des aménagements lorsqu'ils constatent des difficultés.

Ces deux positions ne sont jamais tenables en toutes circonstances et varient en fonction des situations et des patients. Nous avons vu par exemple que les médecins privilégiant le sevrage, en tous cas la diminution programmée des doses, constatent souvent avec résignation la difficulté pour les patients de diminuer et finalement se rendent compte a posteriori du nombre souvent très restreints de patients qui ont pu aller jusqu'au bout. Les médecins qui sont dans une logique de gestion du produit peuvent également à la fois consentir des aménagements lorsque c'est nécessaire mais interdire toute forme de consommation de drogue sous peine de rupture du contrat. Il y aurait en fait plutôt la composition d'un espace hybride sans cesse en recomposition et à géométrie variable. Il nous serait même possible quelques fois de le suivre tout le long à travers ce qui semblerait à première vue des incohérences et des contradictions dans le discours des médecins interrogés.

L'espace politisé du médecin est toujours tendu, ambiguë. Ce dernier ne s'arrête pas de composer avec toutes les entités qui peuplent son monde, de les assembler pour développer une cohérence thérapeutique. Les médecins qui croient au sevrage avancent par exemple la nécessité d'avoir « une attitude responsable » politiquement parlant. C'est aussi parce que tous les réseaux dont ils ont pu s'imprégner évoquent la nécessité d'avoir comme objectif, même à long terme, une visée d'abstinence. Tous les médecins ne mobiliseront pas cet appui de la même façon comme ils ne mobilisent d'ailleurs pas la place et la finalité des anti-dépresseurs, en règle générale, de la même façon également. Ceci dit, la tendance est

largement dominée par la prescription souvent sous la pression des patients d'ailleurs. Le médecin compose alors sans cesse et justifie, argumente. Il est tendu de fait, lorsqu'il s'agit de buprénorphine, entre une certaine « pression sociale » et la relation duelle qui l'unit à son patient. Mais nous avons vu que cette relation n'est pas simple et que sa consistance médicale conditionnera également l'évolution de la posture médicale.

Selon Nicolas Dodier<sup>350</sup> tout objet circulant dans un dispositif se voit déléguer les scripts et les repères normatifs liés à l'existence du collectif. S'agissant des médicaments c'est par exemple la notice<sup>351</sup>. Le médecin l'applique et dans ce cas elle peut être garante de cette conscience du collectif dans la mesure où tous les médecins sont censés la respecter. La buprénorphine reste un médicament, même si pour certains elle est considérablement dépréciée. Cependant nous l'avons vu, avec la buprénorphine, la notice, même si elle reste l'élément central, est toujours en compétition avec celle des patients. Le problème du médecin est alors le suivant comme tout représentant d'un dispositif, selon Nicola Dodier. Il doit en même temps respecter les scripts censés parler au nom de tout le réseau de production du médicament et sa propre conscience personnelle et professionnelle. Cette dans cette tension, et les autres, que s'agence continuellement l'espace du médecin, mais pas seulement pour la buprénorphine.

---

<sup>350</sup> *Op, cit.*, 1997.

<sup>351</sup> Akrich M., « Petite anthropologie du médicament », *Techniques et culture*, 1995, n° 25-26, p. 129-157.



## **CONCLUSION GENERALE**

Comment finalement restituer la pleine dimension de ce nouvel espace d'intervention de la « médecine générale » ? Comment comprendre réellement ce qui s'engage et se construit dans cette nouvelle interaction ? La tâche est d'autant plus difficile que nous ne sommes pas en position d'observer directement les dynamiques de ce cadre que médecins et patients en traitement de substitution tentent de construire. Alors nous avons opté pour organiser et souder cette rencontre indirectement par le biais de l'objet qui les réunit, une molécule. A cette dernière est assignée la mission de déplacer l'utilisateur de drogues, le « toxicomane » d'une situation à une autre, d'un mode de vie à un autre par l'entremise du médecin généraliste, en somme de jouer le rôle d'un traitement. Le décor a été planté et le travail décrit dans ces pages a proposé un montage et une explication qui j'espère auront pu clarifier correctement cette entreprise pour le lecteur. Mais au bout du compte des questions demeurent ou plutôt des insatisfactions. Comment finalement restituer pleinement la profondeur et la complexité des relations que les patients en traitement de substitution entretiennent avec cette molécule complexe et résistante, comment éclairer toutes les facettes des trajectoires singulières et les agencements effectués par les patients pour construire eux-mêmes leurs propres dispositifs ? Face à ce premier processus il en existe un autre, celui des médecins généralistes et là, la tâche n'en est pas moins ardue. Comment comprendre la disparité et la diversité des contenus de jugements et des pratiques lorsque l'on a faire au même objet ? Comment dans cette diversité rendre justice à la complexité des jugements et des pratiques sans tomber dans la tentation de les regrouper dans des modèles, de les soumettre à l'analyse classique du verdict dualiste de la « médicalisation » ou de tout autre modèle censé pointer des écarts par rapport à un idéal d'expertise professionnelle par exemple ?

Nous avons tenté dans ce texte d'opter pour une alternative susceptible de nous fournir une autre restitution, un autre cadre d'interprétation. Celui-ci a nécessité un montage particulier qui nous semblait le plus à même de comprendre les difficultés auxquelles étaient soumis les patients et la réaction des médecins généralistes qui devaient au passage s'équiper singulièrement pour faire face. Car contrairement aux médecins du travail décrits par Nicolas Dodier, les médecins généralistes ne se situent pas dans le champ de l'expertise formelle et *cette complexité n'est pas structurée*. Cependant et même si le travail du médecin repose sur une hétérogénéité constante, chacun tente de l'organiser comme il peut, avec les appuis dont il bénéficie et dont on a vu qu'ils ne sont pas légion. Cependant nous aurons néanmoins pu esquisser, nous l'espérons, au moins quelques réponses pour rendre compte du tourment relatif dans lequel est projeté chaque médecin. Dans cette activité parsemée de tensions, qui ne peut prétendre à une quelconque « pureté » mais qui se réclame d'une certaine objectivité, qui n'applique pas de règles tout en se référant à des règles, qui propose un modèle de « prise en charge » tout en cédant le plus souvent à la singularité des cas, le médecin compose son espace de négociation qui est, compte tenu de la particularité de ce traitement, un espace fortement politisé.

### ***Des dispositifs à la buprénorphine.***

Si nous avons mis l'accent en premier lieu sur les dispositifs et leur constitution c'est pour apporter un premier éclairage, planter les premières pièces du décor. D'une part nous avons l'évolution du contrôle des usages de drogues à travers de nouveaux assemblages destinée à créer d'autres interactions avec les usagers. Cette évolution ne s'est pas faite sans controverses et les dispositifs finaux ne sont souvent pas tous nouveaux mais présentent pour beaucoup un caractère hybride. Nous avons alors également mis l'accent sur le fait qu'il ne s'agissait pas de les montrer sous l'angle d'une rupture qui nous suggérerait le passage d'un extrême à l'autre mais plutôt l'ouverture d'une « voie moyenne » dans laquelle s'effectue cette recomposition. Ce caractère hybride n'est pas seulement à évaluer en fonction des équipements et des objets qui composent ces nouveaux dispositifs et réseaux, ils sont également constitutifs des réseaux internes aux individus. Nous avons ainsi essayé de montrer que la « réduction des risques », malgré cette nouvelle philosophie de l'utilisateur ne pouvait se départir complètement des anciennes figurations de la toxicomanie qui composent également cette « boîte noire » qu'est la substitution. La conséquence est qu'elle n'offre pas réellement aux « toxicomanes » un statut d'utilisateur de plein droit et surtout de patients, mais révèle plutôt

dans les tensions professionnelles une figure hybride que nous pouvons régulièrement tenter de décrypter dans les interactions des professionnels. N'étant pas accoutumés à ces dispositifs, nous retrouvons plus fortement encore ces tensions dans les discours des médecins généralistes censés pourtant offrir le « bas seuil » ultime, car quoi de plus faible comme seuil qu'un médecin pouvant prescrire un produit de substitution gratuit. Dans cette perspective historique chargée de retracer grossièrement cette évolution nous avons pris le parti de dire que finalement la « médecine générale », compte tenu de l'orientation donnée au « soin », pouvait apparaître comme le dernier maillon logique à cette forme de « régularisation » (selon Michel Foucault) de l'usage des drogues.

Mais à l'intersection du dispositif « réduction des risques » et « médecine générale », il y a un objet, une molécule qui va devenir un traitement. Ce dernier est d'abord digéré par l'usager de drogues et cette digestion n'est pas simple. Dans le déplacement qu'elle impose, cette molécule se voit attribuer d'autres scripts que ceux gravés par le concepteur. Les usagers s'en emparent, la transforme parce qu'elle médiatise sur eux des effets insoupçonnés auxquels ils vont devoir faire face. C'est donc un médiateur, elle crée de l'événement, libère des effets et introduit avec elle du désordre. Elle a été pensée comme un intermédiaire qui par son action linéaire était supposé ramener de l'ordre dans une situation autrefois désordonnée. Comment l'expliquer ? D'autant plus que la dualité de cette molécule la plonge irrésistiblement dans des réseaux illégaux en mettant une pression supplémentaire non négligeable sur le prescripteur.

### ***De la buprénorphine à son usager.***

Au terme de nos investigations il apparaît que pour pallier aux inconvénients engendrés par ce traitement se forge ce que l'on pourrait considérer comme une clinique personnelle de l'usager, du patient. Ce dernier, loin de toujours répondre aux injonctions du médecin, prend sur lui de maîtriser ces effets secondaires. Car ils sont là, en temps réel, soudain, sournois, irrépressibles et demandant à être pris en charge dans l'instant. Certains ne se l'expliquent pas mais le vivent, d'autres peuvent faire l'objet d'une élaboration plus distanciée, plus rationnelle. Cette prise en charge n'a qu'un seul but le plus souvent, celui de maîtriser les plis inattendus du produit en composant son propre espace de médication. Alors le produit est détourné de sa prescription initiale, déformé pour être consommé autrement, il lui est adjoint d'autres traitements et quelques fois même s'intercalent de nouvelles consommations de drogues. Incohérente pour les représentants des dispositifs, cette clinique n'en prend pas

moins une signification particulière aux yeux des usagers lorsque l'on consent à considérer leurs propres heuristiques. Elle a d'abord un but local dirions-nous, celui d'aller vers un « mieux-être », de soulager les souffrances et les désagréments occasionnées par les déplacements imposés par le produit. Mais tout ceci est lié au contexte, aux contingences, aux entités qui peuplent le monde de l'utilisateur. Nous avons pu trouver certaines constantes dans ces aménagements et restituer les manœuvres et les tactiques développées par ces derniers pour les maîtriser. C'est pour cette raison que nous les avons regroupées, agrégées dans ce que nous avons convenu d'appeler les « stratégies d'automédication » comme il en existe tant d'autres dans l'espace nocturne des produits. Mais à ceci près qu'à ce niveau de l'élaboration il est plus pertinent de parler de tactiques. Car ce premier niveau se complète d'un second dans lequel le médiateur a également un rôle que nous avons qualifié d'interface. Il recompose l'existence de l'individu en faisant appel simultanément à plusieurs dimensions qui se concentrent et se recombinent pour donner sens à la trajectoire que l'individu tente péniblement de construire.

### *De l'utilisateur de drogues au patient.*

Une fois ces premiers jalons posés nous comprenons mieux la place qu'occupent nos premiers participants dans le cabinet médical. Face à eux un médecin généraliste qui n'a d'autres choix que de transférer sur ce produit pharmaceutique une expérience majoritairement acquise sur le terrain qu'il va alimenter empiriquement à partir des maigres ressources qu'il va glaner ici et là. Que dire après cette investigation auprès de notre échantillon de médecins ? Le fait d'avoir décalé encore l'aspect « thérapeutique » d'une médecine qui n'en possède déjà pas beaucoup a semble-t-il mis encore plus en évidence l'aspect hétérogène de l'activité et des postures médicales nous donnant jusqu'à constater des pratiques relativement contradictoires d'un médecin à l'autre. Nous l'avons vu, la buprénorphine cristallise en elle d'innombrables dimensions, la dualité de ce produit et le stigmate attaché à ses consommateurs n'étant pas le moindre. Chaque médecin expérimente, ressent beaucoup plus cette expérience qu'il ne la pratique en réalité. Alors elle occupe une place à chaque fois particulière, intégrée presque au même niveau que les autres espaces ou occupant un strapontin minuscule, considérée comme pouvant faire partie du « soin » ou relevant d'autre chose que son étrangeté laisse un peu à part.

Si nous devons retenir le plus important pour éclairer ce léger travail sur cette pratique médicale spécifique, c'est d'abord de souligner le fait qu'elle nous apparaît comme un processus en constante évolution qui prend sa place dans un contexte plus large, à l'instar de la « médecine générale ». Nous avons noté que cette activité médicale, parce qu'elle est en prise avec ce contexte, ne peut s'empêcher d'évoluer au rythme des variations sociétales. La médecine générale est à n'en pas douter un instrument de « politisation », hier par l'avènement des psychotropes médicamenteux comme aujourd'hui la buprénorphine haut dosage et probablement demain la méthadone en prescription de ville. Certains médecins ne s'y trompent pas et redoutent déjà ce moment. Le fait que la buprénorphine flirte avec un domaine se situant derrière la ligne de partage renforce encore considérablement les tensions traversées par les médecins généralistes.

Essayons de récapituler ces tensions. Commençons par pénétrer l'espace reconstitué pour les besoins de notre démonstration. Un triptyque, la rencontre de deux mondes, comme l'a justement souligné un médecin, par le biais d'une molécule. Cette dernière est commune, nous l'avons dit mais acquiert cependant une particularité de par la « nature » des usagers, cette figure hybride qui prend la forme de la situation dans laquelle nous la plaçons. C'est le toxicomane qui pénètre d'abord dans le cabinet du médecin, avec son savoir, ses compétences héritées et qui fait face à un médecin. Ce dernier répare les corps mais pas seulement. Une chose est sûre, il déroule le script inscrit dans la buprénorphine mais dans un espace « soin » à chaque fois différent. Quelle que soit les réseaux qui compose cet espace (médicaux, psychologiques, sociaux...) tous les médecins transfère la même chose, un contrôle de la prescription. La buprénorphine est dépliée. L'espace commun change, évolue et se construit à travers les plis du produit.

Au départ, nous l'avons vu, rien n'est donné, aucune qualification de quoi que ce soit, aucune recommandation si ce n'est la posologie. Les usagers viennent chercher le produit, il est légal, remboursé et rien d'autre. Généralement ils l'envisagent comme un appui central, une ressource importante pour améliorer leur situation. Les premières conditions de délivrance amènent les médecins à élaborer des « diagnostics » avec comme fil conducteur la péréquation entre la quantité de drogue consommée et la dose de buprénorphine. Cependant les médecins sont dans une incertitude totale. Ils « bricolent » en essayant de corriger progressivement les situations de départ et tentent d'affiner une « méthode » que chacun estimera la bonne ou la moins mauvaise.

Ensuite la relation évolue, l'espace change encore car les plis du produit s'ouvrent de plus en plus. L'enjeu du « soin » se dessine pour chaque médecin plus ou moins clairement. « L'usage » du produit par le patient rencontre la « logique médicale » du médecin. Le patient tente d'améliorer une situation et le médecin tente de le « soigner ». La confrontation de deux cliniques. L'une est illégitime, voire illégale, et doit disparaître absorbée par l'autre. Celle du médecin est protéiforme, de configuration différente à l'image du patient hybride. Cependant tous les médecins tentent de réduire cette part plus ou moins importante « toxicomaniaque » en jouant la carte du bon comportement synonyme de « déconditionnement » pour transformer le « toxicomane » en patient.

Il y aurait ensuite un changement de niveau, le médecin voyage et révèle ce que nous avons suggéré comme l'expression d'une tension « macro » produite par la difficulté de ces produits à se greffer à la « médecine générale ». Et à un autre niveau alors, la greffe de la médecine générale dans un dispositif plus global de Santé Publique censé mesurer l'évolution de la santé des usagers de drogues par l'intermédiaire des médecins. Mais ceci pose au moins encore deux problèmes. La Santé Publique est au mieux regardée d'un air dubitatif par les médecins et au pire complètement rejetée. Ensuite comment mesurer l'efficacité de ces objectifs dans ces conditions, sachant que les réseaux sont quasi inexistantes. Nous avons constaté cette invention dans l'isolement. Il y aurait d'abord l'évolution des maladies transmissibles, VIH, Hépatites...en gros évaluer le nombre de patients que les médecins réussissent à intégrer dans des systèmes de soins. Ensuite l'évolution de la « toxicomanie » elle-même. Mais là il faudrait se mettre d'accord sur les critères de réussite ou d'échec à partir d'une définition du « soin » qui ferait consensus. Tout cela n'a finalement pas grand sens car cela ne traduit aucune réalité, ce que nous avons constaté chez tous les médecins. Ces derniers vivent plutôt l'arrivée des usagers de drogues comme une charge supplémentaires sans comprendre réellement ce qu'on leur demande car de demande il n'existe pas. Pour l'instant ces deniers sont déjà occupés à définir ce nouvel espace dont on a vu la diversité d'un médecin à l'autre. Quelle est donc cette « pathologie » ? Il faut soigner mais soigner quoi ? Il y a la prise en charge somatique mais il y a également le contrôle des prescriptions et des consommations. Où et comment le médecin doit-il se situer ? Psychologique, social, somatique, contrôle ? Comment gérer médicalement un traitement traversé par tant de réseaux, le médecin doit-il s'inscrire dans toutes ces ramifications ? Autant de questions dont on a vu qu'elles dépendent à chaque fois de la composition même du médecin.

Ceci nous amène doucement à conclure. La médecine de ville, dans cet espace que chaque médecin tente de construire singulièrement ne peut rien trancher. Amener au sevrage n'est pas dans ses moyens même pour les médecins qui le justifient comme objet de soin. Les réussites sont extrêmement rares et ce cadre semble finalement relever d'une autre utilité, celle de jouer comme un filtre pour décourager les prétendants. Les consommations parallèles de drogues comme la transformation de la buprénorphine (injection ou sniff) sont difficiles à contrôler, les médecins ne bénéficient d'aucun équipement. La rencontre de ces trois actants crée un nouvel espace de politisation des drogues où toutes ces dimensions sont présentes et où chaque médecin doit continuellement inventer sa pratique.

Ce qui est sur, c'est que la dispensation de la buprénorphine en médecine de ville est loin d'avoir acquis la stabilité que l'on accorderait à un dispositif routinier. Mais ceci s'explique au moins pour deux raisons. D'une part la « médecine générale » est elle-même loin d'offrir une homogénéité et des contours aussi clairs, nous avons commencé par là. D'autre part aucun médecin n'a l'équipement nécessaire pour vérifier les bonnes observances au traitement et les consommations annexes de drogues. Mais est-ce réellement le problème ? Nous avons vu que même dans les centres de soins les contrôles positifs étaient plus que récurrents. Les professionnels ont d'ailleurs appris à travailler avec ces « cristallisations », au moins jusqu'à un certain point. Finalement ce qui est considéré comme un problème par les médecins (nous ne pouvons pas faire la substitution dans de bonnes conditions parce que nous ne pouvons pas la contrôler) est justement la condition pour que cela fonctionne. Il faut laisser cette souplesse nécessaire, profiter des différents espaces de politisation offerts par les médecins pour que les différentes « cristallisations » puissent s'exprimer. Au final c'est avec ce regard que nous ressortons. Celui de voir un maillage imparfait et hétéroclite, un tamis avec des trous de grandeur et de forme inégale, des réponses médicales singulières à un problème global de contrôle de l'usage de drogues. Les médecins, qu'ils l'acceptent ou non, sont à la croisée des chemins, un nœud dans la circulation de plusieurs réseaux et dont certains disent d'ailleurs que c'est bien ce qui en fait la force mais quelques fois au détriment des singularités qui la compose si on consent à les réintégrer comme humains.

« C'est vrai qu'on est seuls, y a des médecins qui vivent ça mal...qui arrivent pas, y a plein de dépressions chez les médecins, pourquoi parce qu'ils se sentent seuls quoi...c'est connu qu'il y a beaucoup de médecins dépressifs parce que...ils ont peur, c'est pas comme qu'on est à l'hôpital, on a quelqu'un avec qui discuter...moi je vois



ici, on voit toute la journée des patients qui ont des trucs durs à vivre, des cancers, beaucoup de dépressions, des soucis de toutes sortes...y a que des plaintes...on a personne avec qui en discuter, finalement on est tout seuls...y en a pour qui c'est difficile à vivre, y faut faire la part des choses quoi ».

## BIBLIOGRAPHIE

AKRICH M., « Les objets techniques et leurs utilisateurs, de la conception à l'action », in *Les Objets dans l'action*, Conein B, Dodier N, Thévenot L (dir), 1993, Paris, Editions de l'EHESS, p.35-57.

AKRICH M., « Petite anthropologie du médicament », *Techniques et culture*, 1995, n° 25-26, p. 129-157.

AKRICH M, DODIER N., « Présentation, les objets de la médecine », *Technique et culture*, 1996, n°25-26, p. 1-11.

AKRICH M., « Les utilisateurs, acteurs de l'innovation », *Education permanente*, n°134, 1998, p. 78-89.

AKRICH M, MEADEL C., « Prendre ses médicaments/prendre la parole. Les usages des médicaments par les patients dans les listes de discussion électroniques », *Sciences Sociales et Santé*, Vol 20, n°1, 2002, p. 89-116.

ARLIAUD M., *Les médecins*, Paris, La Découverte, 1987.

Arrêté du 10 septembre 1992 relatif à la prescription et à la délivrance des médicaments à base de buprénorphine par voie orale.

*Attente des usagers de drogues concernant les traitements de substitution : expérience, satisfaction, effets redoutés*, AIDES/INSERM, 2001.

BACHELARD G., *La formation de l'esprit scientifique*, Paris, Librairie philosophique Vrin, 1938.

BALL J-C, ROSS A., *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*, Springer Verlag, New-York, Berlin, Heidelberg, 1991.déc 2006.

BACHMANN C, COPPEL A., *Le Dragon Domestique*, Albin Michel, 1989.

BARSONY J., « Du bon usage du médecin généraliste », *Interdépendance*, n°23, mars-avril, 1997.

BASZANGER I., *Des généralistes en particuliers : une approche biographique des processus de socialisation professionnelle*, Thèse de doctorat, EHESS, 1979.

- BASZANGER I., « les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, 1986, XXVII, p. 3-27.
- BASZANGER I., « Les chantiers d'un interactionnisme américain », in Strauss, A., *La Trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992, p. 11-63.
- BASZANGER I., *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*. Seuil, Paris, 1995.
- BEAUD S., « l'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'entretien ethnographique », *Politix*, n°35, 1996, p.226-257.
- BECK F., « Dénombrer les usagers de drogues : tensions et tentations », *Génèses*, n° 58, p. 72-97.
- BECK U., *La société du risque*, Paris, Aubier, 2001.
- BECKER H-S., *Outsider, Etudes de sociologie de la déviance*, Paris, Maitailié, 1985.
- BERGERON H., *L'Etat et la toxicomanie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1999.
- BIENARCKI G, OPPENHEIMER E., *Pathways from Héroïn Addiction*, Londres, Tavistock, 1982.
- BLOY G., *Socialisation et transmission professionnelles en médecine générale : étude sociologique du stage chez les praticiens*, Programme sciences biomédicales, santé et société, CNRS/INSERM/DRESS/MIRE, 2004.
- BLOY G., *Une médecine générale durablement dépréciée ? Enquête sur une évidence*, Observatoire national de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), 2008.
- BOLTANSKI L., « Sociologie critique, sociologie de la critique », *Politix*, n°10, vol3, 1990, p. 124-134.
- BOURDIEU P, PASSERON J-C., *La reproduction. Eléments pour une théorie du système*, Minuit, Paris, 1970.
- BOURDIEU P., *La misère du monde*, Editions du Seuil, 1993.
- BOURDIEU P., *Questions de sociologie*, Paris, Minuit, 1984.
- BROCHU S., « Drogues et criminalité : Point de vue critique sur les idées véhiculées », *Déviance et Société*, 1997, vol 21, n°3, pp. 303-314.
- BROCHU S., *Drogues et criminalité. Une relation complexe*, Presses Universitaires de Montréal, 2006.
- BROCLAIN D., « La médecine générale en crise ? » in P. Aïach, D. Fassin (éd), *Les Métiers de la santé*, Paris, Anthropos-Economica, 1994.
- BRUBAKERS R., « Au-delà de l'identité », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2001, p. 66-85.

BUCHER R, STRAUSS A., « Professions in process », *Américain Journal of Sociology*, n° 46, jan, 1961.

BUNGENER M, BASZANGER I., « Médecine générale, le temps des redéfinitions », in Baszanger, I Bungener M, Paillet A (Dir), *Quelle médecine voulons nous ?*, Paris, La Dispute, 2002.

CAIATA M., « Le consommateur intégré : entre adaptation à la réalité et production de la réalité », *Société avec drogues. Enjeux et limites*, Paris, Erès, 2002.

CALLON M., « Ni intellectuel engagé, ni intellectuel dégagé : la double stratégie de l'attachement et du détachement », *Sociologie du travail*, n°46, 1999, p. 66-78.

CALLON M, RABEHARISOA V., *Le pouvoir des malades. L'association française contre les myopathies et la recherche*, Edition de l'Ecole des mines de Paris, Paris, 1999.

CALLON M, LATOUR B. ; « le grand Léviathan s'apprivoise-t-il ? » in Akrich M, Callon M, Latour B., *Sociologie de la traduction*, Mines Paris, les Presses, 2006.

CANGUILHEM G., *Le normal et le pathologique*, Presses Universitaires de France, Paris, 1966.

CARPENTIER J., *La toxicomanie à l'héroïne en médecine de ville*, Paris, Ed. Marketing, 1994.

CARRANDIE C., « Sélection bibliographique sur les sorties de la toxicomanie », *Psychotropes*, vol 12, 2006, p. 103 à 125.

CASTEL R., *Le Psychanalysme*, Paris, Paris, Maspero, 1973.*d'enseignement*, Minuit, Paris, 1970.

CASTEL R., *La gestion des risques. De l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse*, les éditions de Minuits, Paris, 1981.

CASTEL R *et al.*, *Les sorties de la toxicomanie*, Types, trajectoires, tonalités, Paris, M.I.R.E, 1991.

CASTEL R. COPPEL A., « Les contrôles de la toxicomanie » in : Ehrenberg, A (*dir*), *Individus sous influence*, Le Seuil, Paris, 1991.

CASTEL R., *L'insécurité sociale. Qu'est ce qu'être protégé ?* Le Seuil, 2003

CHAMBOREDON J-C., « La délinquance juvénile, essai de construction d'objet », *Revue française de sociologie*, XII, 1971, p.335-377.

CHARPAK Y, BARBOT J., NORRY F., « La prise en charge des toxicomanes par les médecins généralistes en 1992 », *EVAL*, février 1993.

CHATEAURAYNAUD F., « Forces et faiblesse de la nouvelle anthropologie des sciences », *Critique*, n°529-530, juin-juil. 1991, p. 465-466.

CICOUREL A., « Raisonnement et diagnostic : le rôle du discours et de la compréhension clinique en médecine », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, Année 1985, Volume 60.

Circulaire de la Direction Générale de la Santé du 7 mars 1994.

Circulaire DGS/SP3/95 N°29 du 31 mars 1995 Numéro 1.

Circulaire de la Direction Générale de la Santé du 3 avril 1996.

Circulaire DGS n° 2002/57 du 30 janvier 2002

COLIN L., « Mésusages, mais usages », *Psychotropes*, Vol 14, 2008, p. 77-99.

COPPEL A., « *Le repère du toxicomane* », le Monde 9 septembre 1992.

COPPEL A., « Les intervenants en toxicomanie, le SIDA et la réduction des risques en France », *Communication*, 1996.

COPPEL A., *De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, La Découverte, Paris, 2002.

CORCUFF P., « De la thématique du lien social à l'expérience de la compassion », *Pensée Plurielle*, n°9, 2005/1, p. 119-129.

COULOUVRAT H., MOISAN P., PRAT P., « La buprénorphine haut dosage dans un cadre psychiatrique et psychothérapeutique, à propos de 65 cas », *Annales Psychiatriques*, 1999,14, n°2, p. 127-130.

DE CERTEAU M., *L'invention du quotidien*, Gallimard, 1990.

DE POUVOURVILLE G., *Développer la recherche en médecine générale et en soins primaire en France : propositions*. Rapport remis au ministre de la Santé et au ministre délégué à la Recherche, 31 mai 2006.

DE SARDAN J-P, « Le « je » méthodologique. Implication et explication dans l'enquête de terrain », *Revue Française de sociologie*, vol 41, n°3, juillet-septembre 2000, p 425.

DE SINGLY F., *Le soi, le couple et la famille*, Nathan, 1996.

DE SWAN A., *Sous l'aile protectrice de l'état*, Presses Universitaires de France, 1995.

DEBOCK C., YVOREL J-J., « L'usage des psychotropes en France : les aspects contradictoires du biopouvoir », *Psychotropes*, vol 6, n°3, 1991, pp. 31-38.

Décret du 31 mars 1999.

Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004.

DELRIEU A., *L'inconsistance de la toxicomanie : Contribution à l'histoire des discours et des pratiques médicales*, Navarin, Paris, 1988.

DODIER N., « Les ressources collectives de traduction de l'action », communication présentée aux *Journées annuelles de la Société française de sociologie*, « Action collective et mouvements sociaux », Paris, 29-30 septembre 1989.

DODIER N., *Jugements médicaux, entreprises et protocoles de codage. La contribution des médecins du travail à l'enquête Sumer sur les risques professionnels*, rapport au ministère du Travail, Paris, La Documentation française, 1990.

DODIER N., *L'expertise médicale*, Paris, Maitailié, 1993.

DODIER N., « Les appuis conventionnels de l'action. Eléments de pragmatique sociologique ». *Réseaux*, Année 1993, Vol 11, n°62, p. 63-85.

DODIER N., « Remarques sur la conscience du collectif dans les réseaux sociotechniques », *Sociologie du travail*, N°2/97, p. 131-148.

DONZELOT J., *La Police des familles*, Paris, éd. De Minuit, 1997.

DUBERNET A-C, « L'internat de médecine ou la formation par la concurrence », in Cresson G, Druhle M, Schweyer F-X. (Dir), *Coopération, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, ENSP, 2003.

EHRENBERG A., « Plaidoyer pour une réflexion politique sur les drogues », *Libération*, 30 novembre 1992.

EHRENBERG A., « Entre droit, morale et politique », *Le Monde*, 8 janvier 1993.

EHRENBERG A., *L'individu incertain*, Calmann-Lévy, Paris, 1995.

EHRENBERG A., « La plainte sans fin. Réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale », *Cahiers de recherches sociologiques*, 2005, p.41-42.

ELIAS N., *La civilisation des mœurs*, Paris, Calmann-Lévy, 1973.

ELIAS N., *Qu'est ce que la sociologie*, La Tour d'Aigues, Editions de l'Aube, 1991.

FERNADEZ F., LEZE S., MARCHE M, (Dir.). *Le langage social des émotions*. Economica-Anthropos, collection « Sociologiques », Paris, 2008.

FOUCAULT M., *Il faut défendre la société, cours au Collège de France, 1976*. Seuil/Gallimard, Paris, 1997.

FOUCAULT M., *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975.

FREIDSON E., « L'influence du client sur l'exercice de la médecine », in Herzlich C., *Médecine, Maladie et société*, Paris, Mouton, p. 225-238.

FRIEDBERG E., *Le Pouvoir et la Règle*, Paris, Seuil, 1993.

FRIOT B. ROSE J., *la construction sociale de l'emploi en France*, L'Harmattan, 1996.

GEISSER V., *La nouvelle islamophobie*, La découverte, Paris, 2003.

GIBIER L., « Maintenance ou substitution », *Psychotropes*, 1997, Vol3, n°3.

GOFFMAN E., *Asiles, étude sur la condition des malades mentaux*, Paris, Minuit, 1968.

GOFFMAN E. *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, Minuit, 1973.

GOFFMAN E., *Stigmates- les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Editions de Minuit, 1975.

GOFFMAN E., *Les cadres de l'expérience*, Editions de Minuit, Paris, 1991.

GOFFMAN E., « La distance au rôle en salle d'opération », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002, vol 143, p. 80-87.

GOMART E., *Surprised by Méthadone, Expériment in Substitution*, thèse pour le doctorat de socio-économie, Ecole des mines, Paris, 1999.

GOURMELON N., *Nouvelles populations limites et changements de population : histoire d'une mutation*, Université de Metz, 2001.

GOYFFON M., « Commentaires d'un toxicologue », in *Des poisons : nature ambiguë, Ethnologie française*, 2004/3, juil-sept, pp.496.

GUICHARD A, LERT F, BRODEUR J-M, RICHARD L., « Rapport des usagers au Subutex® : de la reconquête de l'autonomie à la spirale de l'échec », *Sciences Sociales et Santé*, Vol 24, n°4,

HAUTEFEUILLE M., « Le Temgésic : nouveau produit, vieilles illusions », ANIT, Journées nationales, *Interventions*, n°30-31, 1991.

HARDY-DUBERNET A-C., « L'internat de médecine ou la formation par la concurrence », in Cresson G, Druhle M, Schweyer F-X. (dir), *Coopération, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, ENSP, 2003.

HASSENTEUFELD P., *Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne*, Presses de Sciences po, 1997.

HAXIARE C, GENEST P, BAIL P., « Pratiques et savoir pratique des médecins généralistes face à souffrance psychique », in Bloy, G. Schweyer, F-X (dir), *Singuliers généralistes*, 2010, Presses de l'EHESP, p. 133-146.

HENNION A. « Une sociologie des attachements D'une sociologie de la culture à une pragmatique de l'amateur », *Sociétés*, n°85, 2004/3, p. 9-24.

HERZLICH C., « Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social », in AUGER M, HERZLICH C., *Le sens du mal*, Paris, Archives contemporaines, p. 189-215.

HIRSHMANN, A.O., *Les passions et les intérêts*, Paris, PUF, 1980.

*Intérêts et limites des traitements de substitution dans la prise en charge des toxicomanes*, conférence inter-universitaire, Châtenay-Malabry, les 23 et 24 juin 1994.

JAISSON M., « L'honneur perdu du généraliste », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002/3, 143, p.31-35.

JASINSKI *et al.*, « Human pharmacology and abuse potential of the analgesic buprénorphine », *Archives of General Psychiatry* 35, 1978, p. 501-516.

KAUFMANN J-C., *La trame conjugale*, Paris, Nathan, 1992.

KAUFMANN J-C., *L'entretien compréhensif*, Paris, Nathan, 1996.

KEMFER J., « Le Néocodion® ou une « substitution sauvage » », *SWAPS*, n°2, mars-avril 1997.

KUHN T., *La structure des révolutions scientifiques*, 1962, trad.fr.1983, Flammarion, 1992.

LAHIRE B., *L'homme pluriel, les ressorts de l'action*, Paris, Armand Colin, 2001.

LALANDE A, GRELET S., *Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale*, OFDT, 2001.

LALANDE A., « Des drogues ingouvernables », *Vacarmes*, n°36, juillet-août 2006, p. 12-20.

LASCOUME P., « L'usager, acteur fictif ou vecteur de changement dans la politique de santé ? », *Les tribunes de la santé*, Presses de Sciences Po, n° 1, 2003, p. 59-70.

LATOUR B., *La science en action*, Paris, La découverte, 1989.

LATOUR B., *Nous n'avons été jamais modernes*, Essai d'anthropologie symétrique, Paris, La découverte, 1991.

LATOUR B., « Note sur certains objets chevelus », *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, 1985 n°27, p.21-36

LATOUR B STENGERS I., in PIGNARRE P., *Puissance des psychotropes, pouvoir des patients*, PUF, collection « Sciences, histoire et société », Paris, 1999.

LATOUR B., « Biopouvoir et vie publique », *Multitudes*, n°1, 2000, pp. 94-98.

LATOUR B., « Factures, fractures : de la notion de réseau à celle d'attachements », *Ethnopsy*, avril 2001, p. 43-59.

LATOUR B., *L'espoir de pandore. Pour une version réaliste de l'activité scientifique*. La découverte, Paris, 2001.

LATOUR B., *Refaire de la sociologie, changer de société*, La découverte, Paris, 2006.

*Le Quotidien du médecin*, 20 octobre 1994.

*Le Quotidien du médecin*, 29 janvier 2009.

Le Monde., « Le repère du toxicomane », , 9 septembre 1992.

LERT, F. FOMBONNE, E., *La toxicomanie. Vers une évaluation de ses traitements*, Paris, La documentation française, 1989. O.E.D.T (Observatoire Européen des drogues et des Toxicomanies), *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'union européenne*, Luxembourg, 1999.

LOAS, G., *L'anhédonie, l'insensibilité au plaisir*, collection Références en Psychiatrie, 2002.



LOWENSTEIN W, GOURANIER L, COPPEL A, LEBEAU B, HEFEZ S., *La méthadone et les traitements de substitution*. Editions Doin, Collection Conduites, 1996.

LEVI-STRAUSS C., « Sorciers et psychanalyse », *Le Courrier de l'UNESCO*, n°5, 2008.

LEVI-STRAUSS C., *Anthropologie structurale*, Agora, Paris, 2003.

MACQUET C., « Mais que veut donc dire : « faire l'expérience d'une cure ? » », *Psychotropes*, Vol 7, n°2, oct. 2000, p. 65-82.

MACQUET C., *Toxicomanie, Aliénation ou style de vie*, L'harmattan, 1994.

MAGOUDI A., « Revue critique de la littérature psychanalytique sur les toxicomanes et les toxicomanie », *Bulletin liaison CNDT*, n°15, 1989, p. 91-104.

MILBURN P., « Le panoptisme nouveau es-t-il arrivé ? Les politiques sociales et sécuritaires actuelles à l'épreuve de la théorie de Foucault », *Le Portique*, n°13/14, 2004, p.137-148.

MILHET, M., *L'expérience des traitements de substitution : une sortie de la toxicomanie*. Thèse de sociologie, Université Victor Segalen, Bordeaux 2, 2003.

Ministère des affaires sociales, *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, la documentation française, mars 1995.

MINO A., « Evolution de la politique de soin en matière de toxicomanie : la réduction des risques », *AGORA*, automne 1993, p. 26-29.

NATHAN T., « psychothérapie et politique. Les enjeux théoriques, institutionnels et politiques de l'éthnopsychiatrie », *Genèses*, n° 38, 2000.

NATHAN T., « Fonctions de L'objet dans les dispositifs thérapeutiques », *Ethnopsy, les mondes contemporains de la guérison*, Le Seuil, 2001, p. 5-43.

NEGRONI C., *Reconversion professionnelle volontaire. Changer d'emploi, changer de vie. Un regard sociologique sur les bifurcations*, Armand Colin, Paris, 2007.

NOURRISSON D., « Les fines herbes du plaisir », *Ethnologie française*, Presses Universitaires de France, Vol. 34 2004/3. p. 435-442.

O.F.D.T., *Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004. N°37. Tendances*, Paris, OFDT, 2004. 80 p.

Office National de la Démographie des Professions de Santé, rapport annuel, 2008.

OGIEN A., « La décomposition du sujet » in Joseph, I et al., *Le parler frais d'Erwin Goffman*, Paris, Minuit, 1989.

OGIEN A., « Construction sociale de la dépendance » in Padieu et al. (dir), *Dépendance et conduites de consommation*, INSERM, 1995.

OGIEN, A., *Sociologie de la déviance et usages de drogues. Une contribution de la sociologie américaine*. Documents du groupement de recherches psychotropes, politique et société, CNRS, avril-juin, 2000.

OGIEN A., « La morale du drogué », *Revue française des Affaires sociales*, 1994, 2, p. 59-67.

OGIEN A., le remède de Goffman ou comment se débarrasser de la notion de Self, *Séminaire Césames, le mental, le vivant, le social*. 20 janvier 2005.

OLIEVENSTEIN C., « Cohérence, réflexion et travail en profondeur », *Le Monde*, 20 janvier 1993.

OMS., *Evaluation de la buprénorphine pour le contrôle international. Mise au point de l'OMS sur les agonistes-antagonistes*, rapport n° 8774, août 1987.

PEEL S, BRODSKY A., *The Truth about Addiction and Recovery*, Simon and Schuster, New York, 1991.

PERRETI-WATTEL P., « comment devient-on fumeur de cannabis ? Une perspective quantitative », *Revue française de sociologie*, 2001, n°42-1, p. 3-30.

PESTRE D., « Pour une histoire sociale et culturelle des sciences. Nouvelles définitions, nouveaux objets, nouvelles pratiques », *Annales HSS*, 1995, n°3, p. 487-522.

PETONET C., « L'observation flottante. L'exemple d'un cimetière parisien », *L'homme*, oct-déc. 1982, XXII (4), p. 37-47.

*Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003*, Cinquième rapport national du dispositif TREND, OFDT, octobre 2004.

PIGNARRE P., « Qu'est ce qu'un psychotrope ? Psychothérapeutes et prescripteurs face aux mystères de la dépression », *Ethnopsy*, n°2, mars 2001, p. 241-293.

PIGNARE P., *Les deux médecines, médicaments psychotropes et suggestion thérapeutique*, La Découverte, Paris, 1995.

PINELL P, ZAFIROPOULOS M., « La médicalisation de l'échec scolaire, de la pédopsychiatrie à la psychanalyse infantile ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1978, n°24, p. 23-49

PRESCRIRE., *Buprénorphine en traitement de substitution*, n°160, mars 1996.

PRESCRIRE., *Buprénorphine en traitement de substitution*, , n°160, mars 1996.

RAFANELL I ORRA J., « Drogues, une communauté impossible ? », *Ethnopsy*, n°2, mars 2001, p 203-221.

*Recommandation pour la pratique clinique. Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution aux opiacés*. Agence française de sécurité sanitaire des produits

de santé (AFSSAPS), Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), juin 2004.

REISINGER M., « Essai de traitement des héroïnomanes par la buprénorphine », *Psychotropes*, vol II, 1985.

REISINGER M., Bilan de l'expérience de substitution par la buprénorphine en médecine de ville en Belgique, *Annales de Médecine interne* 145, 1994, p. 46-47.

ROUCHY J-C., *La double rencontre Toxicomanie et Sida*, Erès, 1996

STIMSON G. OPPENHEIMER E., *Héroïn addiction*, Londres, Tavistock, 1982.

STRAUSS A, GLASER B., « The Discovery of Grounded Theory », *Aldine: London: Weindenfeld and Nicholson*, 1967, p.101-115.

STRAUSS A. *La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme*, l'Harmattan, collection « logiques sociales », 1991.

TENDANCES., *Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004*, n° 37, juin 2004, OFDT.

THEVENOT L., « Les investissements de forme », in Thévenot, L. (ed.) *Conventions économiques*, Paris, Presses Universitaires de France (Cahiers de Centre d'Etude de l'Emploi), p. 21-71.

THEVENOT L., « Une science de la vie ensemble dans le monde », *Revue du Mauss*, 2004 /2, n°24, p. 115-126.

TOUZEAU D, JAQUOT A., *Les traitements de substitution pour les usagers de drogues*, Arnette, Paris, 1997.

TREPOS J-Y., Ethique et technique dans les réseaux « toxicomanie-sida ». Les groupes régionaux toxicomanie-sida à l'épreuve du temps. Appel d'offre ANRS, 1992.

TREPOS J-Y., « La mise en culture d'une nouvelle expertise pharmacienne », in : A.I.S., *Profession : pharmacien. Le regard des sciences sociales*, Paris, IMOTHEP, éditions, 1995.

TREPOS J-Y., *La sociologie de l'expertise*, Presses Universitaires de France, 1996.

TREPOS J-Y., *Evaluation de l'injonction thérapeutique en Moselle*, ERASE, Metz, novembre 1998.

TREPOS J-Y., « Dans les plis du produit : entre prise, emprise et méprise », *Le portique*, n°10, 2002.

TREPOS J-Y., «La force des dispositifs faibles : la politique de réduction des risques en matière de drogues », *Cahiers internationaux de sociologie*, 2003, vol 114, p.93-108.

TREPOS J-Y., « Autocontrôle et proto-professionnalisation chez des usagers de drogues », *Psychotropes*, Vol.9, 2003/1, p.27-59.

TREPOS J-Y., « L'équipement politique des passions », *Le portique*, 2005, n°13-14, p. 43-58.

WIEWORKA S., *Les toxicomanes*, Paris, Gallimard, 1975.

YVOREL M., « La réaction médicale face aux « toxicomanies » : regard historique », *Collectif National Médecins Généralistes et Toxicomanie*, oct 1991, Paris, p. 49-65.

ZAFIROPOULOS M, DELRIEU A., *Le toxicomane n'existe pas*, Anthropos, Paris, 1996.

ZAFIROPOULOS M, PINELL P., « Drogues, déclassement et stratégies de disqualification », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, Année 1982, Volume 42, n°1, p. 61-65.

ZINBERG N, E., *Drug, Set and Setting, The Basis for Controlled Intoxicant Use*, Yale University Press, New Haven, 1984.

## **ANNEXES**

Avant la substitution

- Comment avez-vous commencé l'usage de drogues ?
- Combien de temps cela a-t-il duré ? Quels produits avez-vous consommé ?
- Comment avez-vous vécu cette expérience ?
- Les tentatives de sevrage ou toutes autres pour arrêter l'usage de drogues.
- Comment avez-vous entendu parler de la substitution ?

Le traitement de substitution.

- Votre première rencontre avec le médecin/centre de soins.
- Comment s'est passée l'initialisation du traitement ? quel rôle avez-vous joué ?
- Respectez-vous toujours le rythme des prises ?
- Comment se sont passées les diminutions de dosage ?

Les difficultés.

- Comment vivez-vous le remplacement de la drogue ? La question du manque est-elle vraiment réglée ?
- Comment vous sentez-vous avec ce traitement ? Santé, Psychique...
- Vous arrive-t-il de déroger à la prescription ? pourquoi ?
- Les injections et les inhalations du produit. Pourquoi ? Racontez
- Les relations avec les professionnels. En cas de transgression. Cachez-vous les transgressions, pourquoi ?

Les médicaments annexes.

- Avez-vous des prescriptions complémentaires ? Les avez-vous demandées ?
- Quelle utilité ont-elles ?

Les consommations annexes.

- Vous arrive-t-il de consommer de la drogue ? Pourquoi ?
- De l'alcool, d'autres médicaments non prescrits ?

La substitution.

- En quoi vous-a-t-elle aidé ? Que vous-a-t-elle permis de faire ?
- Votre état de santé s'est-il amélioré, vous faites-vous suivre ?
- Comment avez-vous surmonté les difficultés décrites ? Vos projets ?
- Qu'en pensez-vous avec le recul ? Avez-vous des suggestions, des remarques ?

Avant la substitution

- Depuis quand êtes vous installé ? Comment (Création, reprise de cabinet...)
- Avez-vous choisit la médecine générale ? Pourquoi ?
- Avez-vous eu des rencontres avant la substitution ? Racontez ce que vous faisiez.
- Quelle est votre définition de la toxicomanie ?

Le traitement de substitution.

- Comment avez-vous appris l'existence de la buprénorphine ? Combien en avez-vous, quels sont les profils ?
- Racontez comment se passe la première consultation en détail : Exemples, anecdotes.
- Quel est votre objectif du traitement ? Sevrage, gestion de la dépendance... ?
- Comment se passe l'initialisation du traitement ? La dose de départ ?
- La diminution des doses ? Vous proposez, imposez ? comment ça se passe ? négociations ?

Les difficultés.

- Comment gérez-vous les transgressions des rythmes des prises ?
- Pourquoi selon vous vous transgressent-ils ? Que vous disent-ils ? Que leur répondez-vous ?

Les médicaments annexes.

- Y-a-t-il des prescriptions annexes ? Les suggérez-vous ?
- Quelle utilité ont-elles selon vous ?

Les consommations annexes.

- Pensez-vous que certains continuent de consommer de la drogue ou d'autres produits ?
- Comment l'expliquez-vous ? Vous en parlent-ils ? Abordez-vous le problème ?

Les partenaires.

- Avez-vous déjà participé à des réunions de réseaux ?
- Que cela vous a-t-il apporté ? Quelle est leur utilité ?
- Travaillez-vous avec d'autres partenaires ? Pourquoi ? Rapports avec la sécurité sociale.

La substitution.

- Quelle est selon vous son utilité ?
- Que change-t-elle concrètement pour les patients : donnez des exemples concrets ?
- Qu'en pensez-vous d'une manière générale ?
- Doit-elle être prise en charge par la médecine générale ? Pourquoi ?

**Patients en traitement de substitution.**

Echantillon principal.

Tranche d'âge : 19-45 ans.

Femmes : 6  
Hommes : 19

Cet échantillon tient compte des patients avec lesquels un entretien formel a eu lieu.

Echantillon secondaire.

Je pourrai dire que cet échantillon secondaire avait essentiellement un statut exploratoire.

D'une part il se compose de toutes les expériences qui m'ont servi à alimenter mes hypothèses premières et à les travailler. Ce sont toutes les recherches effectuées sur l'expérience subjective des patients en traitement de substitution, très peu nombreuses comme je l'ai déjà mentionné. Ce sont également les premiers contacts que j'ai eu avec 3 patients qui sont passés au traitement de substitution pendant la période où je travaillais en postcure.

D'autre part j'avais souhaité intégrer d'autres témoignages plus anonymes puisés dans les forums de discussion où les utilisateurs de la buprénorphine s'échangent leurs témoignages et leurs expériences sans retenues. J'avoue que j'ai trouvé à ce moment un matériau très dense qui a probablement encore enrichi ma réflexion et dont l'idée m'était venue suite à la lecture d'un article qui présentait cette exploitation comme pouvant être pertinente par rapport à ma propre démarche<sup>352</sup>.

---

<sup>352</sup> Akrich M, Méadel C., « Prendre ses médicaments/prendre la parole. Les usages des médicaments par les patients dans les listes de discussion électroniques », *Sciences Sociales et Santé*, Vol 20, n°1, 2002, p. 89-116.



## **Médecins généralistes**

L'échantillon se compose de 18 médecins.

Femmes : 2

Hommes : 16

Lieu d'exercice.

Zone urbaine : 3

Village : 1

Centre ville : 14