

Jean-Bernard Wojciechowski

Centre Médico-psychologique, Saint-Avold

PRATIQUES MEDICALES ET USAGES DE DROGUES : LINEAMENTS DE LA CONSTRUCTION D'UN CHAMP

La consommation de drogues et de médicaments semble prendre son essor au cours du XIX^e siècle dans le contexte du développement du capitalisme et de la révolution industrielle. Les capacités techniques de fabrication de produits chimiques élaborés et les capacités de diffusion par le développement des moyens de communication ont entraîné une rupture avec les usages populaires antérieurs. Les frontières entre ce qui était perçu comme un usage « médical » et « non-médical » étaient obscures. Les paysans faisaient usage de plantes indigènes, de la prière et du rebouteux sans oublier l'appel aux divers sorciers et leveurs de sorts. Religieux, charlatans et médecins avaient recours à des stupéfiants. A partir du début du XIX^e siècle, toute l'Europe est concernée par la consommation de médicaments à base d'opium. En France, les médicaments opiacés apparaissent sous 57 noms différents, en Allemagne sous plus de deux cents. L'abus d'opium participe du syndrome de la misère comme la sous-alimentation, les taudis, l'usure au travail. Le laudanum (teinture alcoolique d'opium) (1) à la préparation complexe et onéreuse est réservé aux privilégiés tandis que les plus pauvres se contentent de grains d'opium moins coûteux. La littérature parle bientôt de ces consommations toxiques parmi les multiples plaies ouvrières que la charité et la morale doivent supprimer.

Les frontières entre « drogues », « poisons » et « remèdes » restent particulièrement fluctuantes en fonction des contextes socio-historiques. Les désignations de certaines substances appelées tantôt « substances vénéneuses », « toxiques », « stupéfiants », « poisons », « drogues », sont significatives et révélatrices non seulement de la nature et des effets de ces produits et des pratiques qui les

entourent, mais également d'un ensemble de jugements de valeur.

Cette pluralité de désignation révèle également la ligne de partage qui sépare légalement la sphère de la consommation entre substances licites et substances illicites. Cette ligne de partage ne peut être conçue comme le reflet mécanique d'un quelconque discours savant mais repose plutôt « *sur un arbitraire culturel exprimé juridiquement par une volonté politique que les spécialistes cherchent à fonder en raison* ». L'interdit conduit à criminaliser des pratiques et du même coup, à criminaliser des groupes de consommateurs, « *la constitution des interdits faisant partie de stratégies sociales visant à invalider la position des consommateurs dans les luttes qui les opposent à d'autres groupes* » (2).

Notre propos va consister à tenter de comprendre comment certains usages de produits psychotropes ont été désignés en tant que « pathologies », les psychotropes regroupant les produits ou substances qui agissent chimiquement sur le psychisme en ayant une action modificatrice des humeurs, de la perception et plus généralement du fonctionnement de la vie psychique. La « toxicomanie » considérée comme un fléau social, est d'abord une construction sociale (à partir de laquelle gravitent de nombreux agents, pharmaciens, médecins, policiers, magistrats, hommes politiques, éducateurs, psychologues...) qui a fait l'objet de la constitution progressive d'un champ spécifique (3). Pierre Bourdieu caractérise les champs comme des espaces structurés de positions à l'intérieur desquels s'organisent des luttes de pouvoir entre de nouveaux entrants qui essaient de « *faire sauter les verrous du droit d'entrée* » et des dominants qui essaient de défendre leur monopole. Nous déclinons la notion de « champ

intermédiaire » puisque le dispositif spécialisé de soins pour toxicomanes reste particulièrement dépendant de champs solidement constitués, comme par exemple, celui de la médecine, de la justice et de la psychiatrie. Ce « champ intermédiaire », faiblement constitué, révèle la fragilité des positions occupées par les différents agents qui y participent, ainsi que la dépendance dans laquelle ils s'inscrivent à l'égard d'autres champs ou dispositifs.

L'approche sociologique de cette construction sociale s'organisera sous l'angle d'une sociologie de la déviance et du contrôle social (4). Nous n'envisageons pas de concevoir le rapport entre déviance et conformité dans les termes d'une séparation franche. La déviance est entendue ici comme la face complémentaire de la conformité. Cette approche trouve une justification théorique dans le lien qu'établit Durkheim entre le normal et le pathologique : « *Les formes morbides d'un phénomène ne sont pas d'une autre nature que les formes normales et , par conséquent, il est nécessaire d'observer les premières comme les secondes pour déterminer cette nature. La maladie ne s'oppose pas à la santé ; ce sont deux variétés du même genre et qui s'éclairent mutuellement* »(5). De la même façon, Henri Lefebvre estime que face « *à ces systèmes de valorisation et de dévalorisation, il faudrait substituer une dialectique du normal et du pathologique. Les deux termes ne doivent pas se considérer extérieurement l'un à l'autre. Le normal est-il jamais autre chose que du pathologique surmonté, absorbé, dominé dans le développement ? (...) Plus. Le normal contient du pathologique* ». (6)

Les rapports et interactions qui existent entre la médecine et les usages de drogue, nous obligent à situer cette question, dans un premier temps, dans l'histoire en nous limitant essentiellement à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e. Nous présenterons les fondements et filiations de la constitution du dispositif spécialisé de soins pour les usagers de drogues. Par la suite, nous

aborderons la création de ce dispositif spécialisé en prenant comme point de départ la loi du 31 décembre 1970, relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.

Enfin, nous aborderons les enjeux actuels au sein de ce champ qui traduisent une dilution de ce dispositif dans un ensemble plus complexe organisé autour d'une redéfinition de certaines pathologies psychiatriques à partir du concept d'addiction, et de la création d'une nouvelle spécialité médicale, l'addictologie.

Drogues et médicaments au XIX^e siècle : de la réglementation des substances vénéneuses à la professionnalisation des pharmaciens et des médecins.

Dans la première moitié du XIX^e siècle, le médicament échappe largement au contrôle de la profession pharmaceutique. Epiciers, droguistes, herboristes vendent à des gens modestes, trop éloignés des pharmaciens, des médicaments de plus en plus appréciés et fabriqués en série. Progressivement, suite à des empoisonnements, l'Etat va proposer de contrôler la vente des « substances vénéneuses ».

La réglementation des « substances vénéneuses » débute déjà avec l'Edit de juillet 1682, lié à une affaire d'empoisonnement, qui prévoit la punition des empoisonneurs. Sous la Révolution française est promulguée la loi du 21 Germinal An II (21 septembre 1792), applicable à l'organisation des écoles de pharmacie, qui régit le commerce des substances vénéneuses effectué par les pharmaciens et les droguistes. C'est une réglementation professionnelle destinée à encadrer l'exercice de la pharmacie et la distribution des drogues et médicaments. La loi du 11 avril 1803 écarte les épiciers et droguistes du commerce de certaines

compositions et préparations pharmaceutiques. Cependant, les transactions entre particuliers demeuraient libres, et il fallut attendre la loi du 19 juillet 1845 qui édicta des dispositions régissant « la vente des substances vénéneuses » suite à des affaires d'empoisonnement avec l'arsenic. L'ordonnance du 29 octobre 1846 précise que les pharmaciens devront tenir un registre des substances délivrées, 72 produits sont concernés parmi lesquels l'opium et son extrait. En 1849, le docteur Bouchardat constate que le laudanum (teinture alcoolique d'opium) est en France « *le médicament le plus employé en matière médicale* ».

Les aliénistes seront parmi les premiers médecins à s'intéresser à la question de l'usage de drogues. Il n'est pas surprenant de rencontrer l'institution psychiatrique dont la mission a été de contrôler les comportements non-conformes de ceux qui n'entraient pas dans le circuit réglé des échanges car incapables de travailler, qui n'étaient pas sujets de droit, car déraisonnables, qui ne pouvaient être l'objet de sanction, car irresponsables (7). Le « fou » devait être administré selon des normes différentes. Rapidement, un lien est fait entre criminalité et toxicomanie. La réglementation de l'usage, voire l'interdiction d'une drogue, apparaît toujours liée à la notion de « dangerosité » (pour le sujet qui consomme et pour la société) du produit et du consommateur.

Le terme « toxicomanie » apparaît à la fin du XIX^e siècle et vient fédérer un ensemble de consommations parmi lesquelles nous trouvons l'opium, la morphine, l'héroïne, la cocaïne, l'éther... La médecine joue un rôle essentiel dans la diffusion puis dans les tentatives de régulation de la toxicomanie. Au cours de cette période, ces consommations se mettent à représenter à la fois un danger et une fascination :

- un danger parce qu'elles sont dérégulées et ne sont pas inscrites dans des rituels collectifs ;

- une fascination parce qu'elles ouvrent sur un mode de vie alternatif.

Progressivement, elles seront assimilées à un fléau social au même titre que l'alcoolisme, la tuberculose, la mortalité infantile, les maladies vénériennes ou encore la folie. En 1923, au Congrès de Besançon, les aliénistes émettent le souhait « *que les pouvoirs publics fassent diligence pour que des services spécialisés ou des maisons de traitement pour la cure des intoxiqués par voie d'internement soient organisés dans le plus bref délai et qu'une législation spéciale, annexe ou non de la loi générale sur les aliénés, dispose que les intoxiqués pourront être retenus dans ces services par l'autorité judiciaire, autant qu'il sera jugé nécessaire pour assurer leur guérison* »(8). La pratique toxicomane est l'objet de contrôles par des modes et des instances de régulation à l'œuvre à plusieurs niveaux. Robert Castel et Anne Coppel distinguent les auto-contrôles, les contrôles sociétaux exercés par l'entourage et les hétéro-contrôles, « *pratiques instrumentalisées par des professionnels sur la base d'un savoir et de techniques spécifiques, généralement dispensées par des institutions spécialisées (médecine et justice en ce qui nous concerne)* » (9).

L'institution psychiatrique introduit une pratique d'expertise au cœur du fonctionnement des sociétés modernes. Cette pratique d'expertise qui se généralise progressivement à d'autres domaines de l'existence va être exercée également par un autre groupe professionnel en cours de constitution au XIX^e siècle, le corps médical. La profession médicale se caractérise par un haut niveau de formation abstraite et une « orientation de service » envers la population. Pour Eliot Freidson, elle se distingue d'autres occupations par la reconnaissance d'un monopole d'exercice et par la capacité d'autocontrôle (10). L'accession au statut professionnel représente toujours une lutte entre différents groupes concurrents. La loi de 1892 supprime les

officiers de santé (concurrents des médecins), punit sévèrement l'exercice illégal de la médecine et reconnaît aux médecins le monopole des soins médicaux. Elle leur accorde le droit de se réunir en syndicat professionnel. Le statut de profession leur est acquis.

Les médecins vont occuper une place prépondérante en matière de santé et assurer un contrôle sur certaines des pratiques sociales les plus quotidiennes : soins de la petite enfance, pratiques sexuelles, hygiène, alimentation, sports,...

La préoccupation de l'Etat pour la santé au cours du XIX^e siècle s'appuie sur les travaux d'un courant médical en pleine expansion, l'hygiénisme (11). L'hygiénisme constitue cet état d'esprit et cette doctrine qui entend mettre au premier plan, la conservation de la vie et de la santé des populations. La loi du 12 juillet 1916 interdit l'usage « en société » et le trafic de l'opium, de la morphine, de héroïne, de la cocaïne, et du cannabis. La réglementation française s'inscrit dans un contexte international (Conférence de Shanghaï en 1909 et de La Haye en 1912) qui entend contrôler le commerce de l'opium, de la morphine et de la cocaïne. Des exemples, empruntés à l'histoire des Etats-Unis, montrent que l'interdit juridique qui vient sanctionner la consommation de différentes drogues, vise toujours au départ, à disqualifier un groupe social particulier : la minorité chinoise de la Côte Ouest pour l'opium à la fin du XIX^e siècle, les jeunes noirs des ghettos de la Nouvelle-Orléans pour la marijuana à la fin des années trente. Cette liaison criminalité/ consommation de drogues trouve, depuis la fin du XIX^e siècle, une traduction savante spécifique dans les discours médicaux.

Les médecins obtiennent la mission de contrôler la circulation de ces substances intégrées alors dans la pharmacopée et autorisées d'accès seulement sur prescription médicale. Le médecin se situe dans une double fonction : « *il légitime, d'une part, la*

régulation juridique des produits dont l'abus peut s'avérer dangereux et il est, d'autre part, le seul dispensateur autorisé de certains produits (c'est le cas pour toutes les drogues issue de la pharmacopée). L'opposition du corps médical à tout ce qui peut être de l'ordre du détournement de l'usage d'un médicament à des fins non médicales s'inscrit plus largement dans la tendance à contrôler de plus en plus rigoureusement le circuit de vente et de distribution des médicaments (restriction des lieux de vente aux seules pharmacies, restriction constante des médicaments pouvant être achetés sans ordonnance) » (2).

Le contrôle des médicaments va s'opérer par un processus de professionnalisation des pharmaciens et des médecins qui obtiendront pour les uns, le monopole de la délivrance et pour les autres, celui de la prescription.

Constitution d'un dispositif spécialisé de soins aux toxicomanes : la loi du 31 décembre 1970

Cette loi préconise des mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et organise la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. Dans la continuité des réglementations en matière de stupéfiants, la loi institue le principe d'une médicalisation de l'usage de drogues. Elle exprime également une conception répressive, définissant l'usage illicite de drogues comme un comportement punissable. Elle fait du consommateur de drogues un délinquant dont le sort dépend d'abord des agents du système pénal.

Cette loi donne au procureur de la République un pouvoir supplémentaire celui d'enjoindre « *les personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants à suivre une cure de désintoxication ou à se placer sous surveillance médicale* (art. L 628 du code de santé publique) ». L'autorité sanitaire reste subordonnée au Parquet. L'injonction

thérapeutique suspend les poursuites si le consommateur a suivi le traitement jusqu'à son terme, l'action publique se trouvant alors éteinte. Il faut un acte volontaire de dessaisissement du Parquet pour que cette règle puisse jouer. Et ce n'est que dans ce cas que l'assistance médicalisée se présente comme une alternative à l'entrée dans le pénal.

La loi du 31 décembre 1970 peut être considérée comme complémentaire à la loi du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui, qui prévoit le placement d'office, par l'autorité sanitaire, dans un établissement de soin, du buveur qui refuse tout traitement et se soustrait à l'autorité sanitaire. Ces deux lois instituent respectivement la création de centres de rééducation exclusivement destinés aux buveurs et d'institutions de soins pour toxicomanes.

Votée à l'unanimité, la loi du 31.12.1970 est le résultat d'un large consensus et d'une négociation entre différents acteurs qui ont opéré sur plusieurs scènes socio-politiques : familiales, médiatiques, corporative, électorales, administratives, parlementaires. La juriste Jacqueline Bernat de Celis souligne que la décision de criminaliser tout usage illicite de stupéfiants a été uniquement le fait d'acteurs opérant sur la scène bureaucratique (représentants et conseillers techniques des différents ministères impliqués et du cabinet du Premier ministre) (12).

Dans la mouvance des événements de mai 1968, la construction « médiatique » d'un « problème-drogue » présenté comme une menace épidémiologique attise un climat d'insécurité des adultes face aux jeunes. L'objectif des décideurs a consisté surtout à exorciser les peurs et à rassurer les adultes de l'après mai 1968, sur leur choix de société. Une construction de la toxicomanie comme objet sociologique passe nécessairement par l'analyse des conditions sociales de production de l'arbitraire juridique à partir duquel s'ordonne la criminalisation de certaines consommations.

Le dispositif de soins spécialisés articulé avec la justice se constitue à la frontière d'autres dispositifs existants (médecine, psychiatrie) et revendique sa spécificité. Il repose, comme le souligne Henri Bergeron « *sur une éthique de l'intervention et de la relation qui puise abondamment sa source dans les références antipsychiatriques, contre-asilaires et post-soixante-huitardes. C'est une éthique qui clame son ardente volonté de protéger les toxicomanes contre une société qui leur en veut et les opprime* » (13). Il s'organise autour du psychiatre Claude Olievenstein qui tente de définir théoriquement et cliniquement ce nouvel espace thérapeutique. La toxicomanie n'est pas perçue seulement comme un fait pathologique : il s'agit d'éviter de s'enliser dans une pathologisation psychiatrique de la toxicomanie. Cette dernière est définie comme la rencontre d'un individu avec un produit dans un moment socioculturel donné (14). D'emblée, le champ de la toxicomanie est monopolisé par le savoir médical. Les trois volets du triptyque « produit, individu, société » conduisent à une répartition/division du travail entre différents groupes professionnels (médecins, psychiatres, psychologues, psychanalystes, sociologues, magistrats, éducateurs spécialisés, infirmiers, ...). Suivant les contextes historiques, ces différents groupes, y compris les usagers de drogues, vont insister sur l'un ou l'autre des volets du triptyque. L'élaboration et la définition du contrôle des usages de drogues constitue l'un des enjeux primordial de ce champ. Chaque groupe professionnel, y compris les usagers, participe à la définition des modalités de ce contrôle. L'Etat, par l'intermédiaire de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Toxicomanies (M.I.L.T. fondée en 1982), a pour objectif la centralisation de la gestion de ce dispositif, ainsi que la normalisation interne des structures. Les références à la psychanalyse vont permettre de souder un groupe professionnel en cours de constitution : les intervenants en toxicomanie. Ce groupe, composé de psychiatres,

psychologues, éducateurs spécialisés, assistantes sociales, infirmiers,...s'organise en 1980 au sein d'une association appelée l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (A.N.I.T.), cet « intégrateur éthique » de l'ensemble des professionnels, qui deviendra l'interlocuteur privilégié de l'Etat, par l'intermédiaire de la Direction Générale de la Santé.

L'édifice du soin auprès des toxicomanes s'organise à partir de l'anonymat, la confidentialité et la gratuité des soins. Ce modèle repose essentiellement sur la notion d'abstinence, dans la filiation avec le modèle hygiéniste du début du siècle, suite à l'échec des tentatives de substitution tentées à ce moment-là. Ce premier espace thérapeutique s'élabore à partir d'une résistance à l'égard du dispositif psychiatrique et de la médecine officielle. Lors de la séance de l'Académie Nationale de Médecine du 25 novembre 1969, il est question de prendre position sur le cannabis. Le docteur Georges Heuyer, actif partisan du mouvement d'hygiène mentale et fondateur de la psychiatrie infanto-juvénile, expose un point de vue révélateur de « l'air du temps » : « *L'intoxication par le haschich sous la forme de Marijuana a été, sinon introduite du moins développée par l'apport de la jeunesse américaine et anglaise, par les beatniks et les hippies dont nous n'avons pas à faire ici la description. Les réunions de ces vagabonds et déséquilibrés en de véritables festivals bruyants, encombrants et sordides sont célébrés par les journaux. Au cours de ces assemblées psychédéliquies, le haschich tend à remplacer l'alcool pour exalter davantage la frénésie et le désordre de l'esprit et des actes. Nous voulons seulement attirer l'attention de l'Académie Nationale de Médecine sur une propagande dont les médecins sont les auteurs. En Amérique, en Angleterre, des médecins conseillent aux jeunes de fumer le haschich. En France, certains médecins déclarent qu'ils ne peuvent se prononcer sur la nécessité d'interdire la vente libre du chanvre indien (...)* »(15).

Pour les créateurs de ce nouveau dispositif spécialisé, l'abstinence est considérée comme le signe d'une guérison au regard d'une aliénation physique ou psychique liée à la dépendance. La méthadone, beaucoup utilisée aux Etats-Unis dans les années soixante-dix, est rejetée en France car assimilée à une pratique médicale au service du contrôle social.

Politique de réduction des risques et médicalisation pharmacologique des usagers d'opiacés.

Le recours aux drogues est une réponse qu'avaient trouvée un certain nombre d'acteurs sociaux menacés de déclassement social. La consommation des drogues illégales émerge en France (et plus largement en Europe) après le mouvement de mai 68, donc après cette révolte politique qui aura mobilisé socialement ceux qui avaient à l'époque une vingtaine d'années et se trouvaient pour la première fois sous la menace du déclassement social dans une logique de « guerre des classes d'âge » les opposant à la génération de leur père : « *Le recours aux drogues correspond à la fin de ces révoltes politiques, et traduit, de manière culturellement encore inédite, la recherche d'une alternative sociale (« l'Ailleurs ») préalablement recherchée dans le registre politique des idéaux* » (2).

Dans le contexte économique et social qui entérine la fin des trente glorieuses, le cannabis, l'héroïne, les barbituriques et les amphétamines se répandent dans de nouveaux milieux moins structurés : « *Lorsque les drogues se consomment dans des milieux fortement structurés, traditionnels ou « déviants », un produit principal est élu et revêtu d'une signification spécifique, comme le L.S.D. pour le « voyage » dans la contre-*

culture. Lorsque la consommation devient anormale, se développe un œcuménisme de mauvais aloi en matière de produits » (9). Les usagers ne sont plus seulement étudiants ou lycéens, mais des jeunes qui rencontrent la précarité sociale, les petits boulots, les stages « parking ». Les lieux où l'on se drogue sont dorénavant les cités, les banlieues.

François Dubet observe ces nouvelles expériences sociales des jeunes des banlieues à travers une analyse de « La Galère ». Il associe à ces jeunes le cannabis : « *L'herbe est sociale, elle se fume à plusieurs, elle aide à vivre sans procurer un plaisir fulgurant, elle se donne et circule avec juste ce qu'il faut de déviance pour offrir un sentiment d'aventure. La poudre est, au contraire, une sortie du social » (16). Une économie de la débrouillardise s'installe : « *Les activités illicites s'imbriquent dans un ensemble de relations sociales faites d'évitement et de solidarité, où il est parfois difficile de démêler le licite de l'illicite. Certains trafics, comme celui du cannabis, sont assez souvent associés à un travail ou à un statut d'étudiant. Les « bons » dealers d'héroïne ont des clients intégrés à la société salariale. Le monde de la drogue, s'il intègre des individus en situation de marginalité, comprend aussi des composantes très intégrées » (17). Les consommations augmentent et l'on observe de nouveaux comportements autour des polyconsommations (alcool, médicaments, produits illicites).**

Le modèle de l'abstinence va basculer tout comme les représentations de la toxicomanie. « La drogue ne fait plus rêver ! » titre au milieu des années quatre vingt un article du journal « Le Monde » (13 février 1986) dans lequel le journaliste, reprenant des éléments du rapport du Centre Marmottan souligne que « *les drogués marginaux et idéologues des années soixante-dix ont laissé la place à des jeunes soucieux de réinsertion sociale »*. Pour le journaliste, la toxicomanie a perdu son côté mythique, elle est perçue progressivement comme une véritable maladie. Celui-ci ne

pouvait pas mieux dire, même si ce fut une autre maladie, un virus, le sida, qui vint bouleverser la vie des héroïnomanes.

L'enjeu de santé publique renverse les priorités : il faut sauver la vie des héroïnomanes, éviter qu'ils se transmettent le virus, ou qu'ils le transmettent à d'autres. La diffusion des produits de substitution implique une médicalisation pharmacologique de la toxicomanie. Il s'agit d'un traitement préventif qui permet à la personne dépendante de gérer le manque d'opiacés .

Nous assistons au développement d'une politique de réduction des risques liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse. L'arrêt de la consommation de drogue n'est plus une des conditions premières dans la relation avec les héroïnomanes. Cette nouvelle politique a consisté à offrir des services sanitaires et sociaux (boutiques, points-accueil) tout au long de la trajectoire des toxicomanes ; elle a pour objectif d'une part, de lutter contre la diffusion du virus du sida (seringues en vente libre, stéribox), des hépatites et des infections, et d'autre part, de réduire les conduites délictueuses en favorisant le contact avec le système de soins (prescription de produits de substitution).

Dans un article dans le Monde Diplomatique (novembre 1997), le docteur Claude Olievenstein s'inquiète de ces nouvelles orientations : « *Parcours type du toxicomane « domestiqué » ? On pourrait le voir, le matin, courir après son produit légal ou illégal ; puis, aller l'après-midi, faire un long stage dans les boutiques, sans aucune autre obligation que celle de rester là, à cuver, sans trop se montrer dans la rue. Le soir, venir dormir dans un refuge qui, bien que modernisé, ressemble fort aux « dortoirs » du XIX^e siècle. S'il le faut, il aura droit au ticket-restaurant ou au repas gratuit. Enfin, il pourra consulter un médecin... »*

Cette nouvelle orientation conduit progressivement à modifier les représentations de la toxicomanie, plus

particulièrement en ce qui concerne l'héroïnomanie. Il faut souligner que les intervenants en toxicomanie étaient opposés en majorité à la mise en place de la substitution en France. Ils ont accepté « contraints et forcés » de diffuser les produits de substitution de peur de ne plus obtenir le financement de leurs institutions. Lors de la Conférence de Chatenay-Malabry en juin 1994, les différents experts réunis prennent position en faveur de la mise en place de méthodes de substitution pour les héroïnomanes en reconnaissant que « *la dépendance aux drogues pouvait être définie comme une maladie chronique dont la guérison est chez certains lointaine, voire impossible. On peut alors poser le principe d'un traitement par maintenance* » .

Paradoxalement à cette médicalisation pharmacologique, il s'opère un glissement dans la désignation du « toxicomane » à qui il est substitué le terme d' « usager de drogue », celui-ci étant considéré plutôt en tant que « consommateur » (et moins en tant que « malade »). A la volonté de soins se substitue également un souci préventif de gérer le manque de la personne dépendante d'opiacés. D'un modèle basé sur l'abstinence, nous sommes passés à un modèle basé sur la maintenance.

De la drogue « sale », « illégale », « dangereuse », nous sommes passés au produit de substitution « propre », « légal », et « anodin » (ce qui n'est plus le cas pour la buprénorphine (subutex^o) du fait du mésusage qui en est fait et qui constitue une nouvelle « toxicomanie » . Nous reviendrons par la suite sur cette question). D'une « clinique » du toxicomane (dominée par l'approche conceptuelle de la psychanalyse), nous sommes passés à la « santé » des toxicomanes. A vrai dire, il n'y a pas substitution d'un modèle à l'autre, mais plutôt coexistence des deux modèles.

Pour les tenants de la politique de réduction des risques, il ne s'agit pas de considérer l'usager de drogue comme un malade ou un

délinquant mais bien comme un consommateur à protéger de ses vulnérabilités personnelles et environnementales. On s'adresse à des comportements de consommateurs ou plutôt aux troubles du comportement de consommation (éviter les pratiques à risque). A la consommation de drogues, n'est plus directement associée la notion de dépendance (une gradation est instituée : usage, abus, dépendance) tandis que l'abstinence n'est plus forcément l'objectif recherché. Comme le souligne le sociologue Alain Ehrenberg, « *l'objet du soin est devenu incertain, et dans la foulée, la notion de guérison est entrée en crise* » (18). Nous assistons à une superposition de dispositifs qui relève de l'imbrication de différents niveaux d'approche, le soin, la prévention, l'hygiène, la réduction des risques, et, d'autre part, à l'apparition de nouveaux acteurs (médecins « humanitaires », médecins généralistes, association d'usagers ou d'(ex) usagers de drogue, pharmaciens,...). Nous assistons à de nouvelles alliances entre médecins généralistes, médecine humanitaire, pharmaciens, sociologues, association d'usagers de drogue, responsables politiques. Cette recomposition du champ des dépendances reste à écrire. Nous pouvons simplement insister sur le coup de force des médecins généralistes, qui en prescrivant illégalement des médicaments morphiniques ou le Temgésic^o (dont la molécule, buprénorphine, a donné naissance à l'actuel Subutex^o), ont introduit les pratiques de substitution, et se sont imposés dans le champ des toxicomanies. Il est important de noter les liens qui se constituent entre ces médecins, nouveaux « militants de santé publique » (parmi lesquels nous retrouvons le docteur Jean Carpentier, défenseur de la médecine générale), le Ministre de la santé, Bernard Kouchner, et le collectif parisien « Limiter la casse » (19). Cette médicalisation pharmacologique de l'approche des toxicomanies (autorisation de mise sur le marché de la méthadone, mars 1995, et de la buprénorphine (subutex^o), février 1996)

s'inscrit dans le développement d'une politique de santé publique qui a conduit à l'apparition de nouveaux acteurs parmi lesquels nous pouvons relever la présence de scientifiques occupant des places d'expertise. Nous pouvons nous interroger, comme le fait l'anthropologue Didier Fassin, pour savoir si ce développement du champ de la santé publique qui relève d'abord du politique, « ne s'inscrit pas également dans la stratégie de médecins et de scientifiques visant ainsi à constituer une discipline nouvelle, certes liée à la médecine, à laquelle elle emprunte une partie de ses outils, mais dont elle essaie de se détacher par l'introduction d'un raisonnement différent, de type statistique, radicalement séparé de l'esprit de la clinique, et par la poursuite d'un objectif distinct, la prévention des maladies, au lieu de leur traitement »(20). La présence des experts dans le champ de la toxicomanie se traduit par l'intrusion plus importante de disciplines scientifiques comme la biologie, la neurobiologie, la pharmacologie,... (l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie perd sa place d'unique expert dans ce champ spécifique). Différents rapports, dont le premier, (Rapport Roques) sur les aspects moléculaires de la « dangerosité » des « drogues », « toxiques » et « psychotropes », ont permis d'élargir le domaine de compétence de la Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (M.I.L.D.T.) aux problèmes de consommations abusives de tabac, d'alcool et de médicaments ; le second, intitulé « Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives : usage, usage nocif, dépendance » remis par les professeurs Philippe Parquet et Michel Reynaud a permis de poser les bases d'une démarche de prévention concernant l'ensemble des comportements de consommation de produits psychoactifs, appelés comportements d'addiction.

Pour le sociologue et anthropologue Michel Tibon-Cornillot, l'un des effets les plus importants de la légalisation de la méthadone

et de subutex^o tient à ce que « *les toxicomanes sont fermement invités à rejoindre la grande cohorte de ceux qui, jour après jour, résolvent leur problèmes existentiels avec leurs ordonnances de produits psychotropes. (...) Resté sur l'avant scène médiatique, médico-policière, politique et sociale pendant près de trente ans, son nouveau statut ayant servi de gagne-pain à quelques milliers de médecins et d'encadreurs en tout genre, (...) le toxicomane est sommé de dégager la piste du cirque social* » (21). Les psychanalystes, peu nombreux, occupent une place particulière dans ce champ. Ils contestent l'existence du « toxicomane » en tant que tel, la toxicomanie ne restant qu'un symptôme. Pour eux, l'enjeu n'est pas strictement clinique « *lorsqu'il y a recouvrement entre les catégories du clinique et du juridico-policière, cela risque toujours de rapprocher le cabinet du praticien du commissariat de police* ». Cependant, même s'ils étaient opposés à la substitution, ils se sont résignés à la pratiquer en conservant une attitude critique.

Le champ de la toxicomanie est révélateur de ce qui se produit globalement dans le champ de la médecine. Nous assistons à la substitution d'une culture psychothérapeutique par une culture chimiothérapeutique visant à traiter la régulation des douleurs psychiques plus ou moins lourdes. Markos Zafirooulos, s'inscrivant dans une perspective socio-historique « weberienne », considère les médicaments psychotropes comme la forme industrielle chimique et de masse des « biens de salut » dont l'expansion accompagne ou se substitue, pour un ensemble de raisons économiques et socio-culturelles repérables, à la diffusion de la forme symbolique (« religieuse » et « psychologique ») de ces biens : « *D'une forme à l'autre, le passage met en jeu une véritable mutation de la conception même de l'homme, car au malaise de « l'homme symbolique » tempéré par les techniques psychothérapeutiques tend toujours plus à se substituer celui de*

« *l'homme biochimique* » dont la médecine régule la douleur morale (ou l'angoisse) par une réponse elle aussi biochimique (le médicament psychotrope) » (22).

De son côté, Alain Ehrenberg fait remarquer qu' il s'est produit récemment dans nos sociétés un rapprochement entre drogue et médicament : nous ne savons plus très bien dans quel cas nous restaurons notre équilibre psychologique et dans quel cas nous altérons notre personnalité. Les frontières entre les deux catégories de substances ne sont plus nettes : le consensus sur l'interdit des drogues illicites s'est érodé ; les fonctions thérapeutiques des psychotropes sont remises en question, et le problème des médicaments est d'autant plus lié à celui des drogues que la clinique psychiatrique considère que la dépression entraîne des comportements addictifs (23). L'addiction serait un moyen de lutter contre la dépression . Elle abrase les conflits par un comportement compulsif. Or, addiction et dépression sont des thèmes qui se diffusent ensemble à partir des années soixante dix. L'une comme l'autre sont les manifestations d'une difficulté symbolique avec les notions de loi et de conflit. L'hypothèse d'Alain Ehrenberg est la suivante : la dépression nous instruit sur notre expérience actuelle de la personne, car elle est la pathologie d'une société où la norme n'est plus fondée sur la culpabilité et la discipline, mais sur la responsabilité et l'initiative. L'individu serait confronté à une pathologie de l'insuffisance plus qu'à une maladie de la faute, à l'univers du dysfonctionnement plus qu'à celui de la loi : le déprimé est un homme en panne. Les addictions peuvent être considérées comme des tentatives d'automédication des dépressions.

Une autre approche sociologique considère la « mode » de la dépression, de l'anxiété comme le résultat d'une construction par l'industrie pharmaceutique, afin de vendre des molécules qui permettent à l'individu de réduire ses symptômes et de rester capable de répondre aux exigences de la vie quotidienne

et des relations sociales. Cette augmentation croissante du nombre des patients à troubles dépressifs doit être interprétée par une interaction entre l'industrie pharmaceutique, le monde scientifique et médical, et la société qui tous ensemble, suggèrent à l'industrie que la souffrance de l'individu peut être étiquetée et prise en charge médicalement . Les maladies et les symptômes ont fait l'objet d'un gigantesque effort de classification et de regroupement. Comme le souligne Philippe Pignarre, « *si la classification des symptômes a certes commencé à se constituer historiquement avant celle des médicaments, le médicament a désormais le pouvoir permanent de redéfinir et resegmenter les pathologies (...)* . Au deux bouts de la chaîne, médecins et malades ont disparu : ils ne sont pas nécessaires à la manière dont la médecine se construit » (24).

Dilution du champ de la toxicomanie et constitution d'un nouveau champ des dépendances : les addictions.

Les différents rapports, dont nous avons fait état précédemment, ont été porteurs du succès actuel de la notion d'addiction, terme d'origine française, plutôt employé auparavant par les Anglo-saxons. Le professeur Philippe Jeammet propose la définition suivante de l'addiction : « *Il y a addiction lorsqu' un comportement procurant normalement plaisir et soulagement est employé selon un mode particulier caractérisé par:*

- *l'incapacité du sujet à maîtriser ce comportement lors de chaque épisode ;*
- *la perpétuation de ce comportement en dépit de ses conséquences négatives* » (25). Si la notion d' « addiction » vient supplanter celle de « toxicomanie », c'est aussi parce les professionnels ne sont pas parvenus à trouver un consensus en matière de choix thérapeutique et de définition de la

toxicomanie. Dans un article intitulé « Choix thérapeutiques en toxicomanie » (1995), le docteur Olievenstein reconnaît cette absence de consensus: « *En l'absence de données claires et convaincantes de l'origine des toxicomanies, quelles que soient les écoles, neurobiologiques, psychanalytiques, psychodynamiques ou sociales, il importe de tabler sur des méthodes qui, par orthopédies successives, aboutissent à des processus d'identification positive* ».

La notion d'addiction propose de constituer une nouvelle catégorie transnosographique susceptible d'être insérée dans les grandes classifications internationales des troubles mentaux et du comportement, principalement D.S.M IV (Diagnostic statistique des maladies mentales) et C.I.M. 10 (Classification Internationale des Maladies), et offrirait « *de promouvoir une approche globale de troubles et de patients trop souvent cloisonnés, ou ignorés, au gré de clivages administratifs et thérapeutiques plus ou moins dépassés* » (26). Cependant, le concept d'addiction semble tiraillé entre trois pôles : le champ des substances psychoactives et des consommations ; l'approche cognitivo-comportementale et le champ pluridisciplinaire de la psychopathologie. Pour une majorité de spécialistes, les addictions constituent à la fois des troubles trop autonomes pour être considérés comme de « simples » symptômes, mais sans assez de « consistance » pour en faire une structure, ou une pathologie spécifique. « *C'est justement ce statut intermédiaire qui pourrait amener la notion d'addiction à reformuler les approches théoriques de psychopathologie, comme le travail clinique de la psychiatrie* » (27). Le succès de cette notion tient sans doute à l'évolution du concept de "dépendance" et à l'extension de ses limites nosographiques. Des psychiatres et des psychanalystes se sont saisis du concept pour étendre la réflexion au-delà des dépendances traditionnelles, sur les comportements de dépendance sans produits.

La conduite de dépendance est aujourd'hui envisagée comme un style de comportement et d'existence impliquant ou non l'assuétude pharmacologique à un produit. L'addiction est ainsi un concept assez large permettant de regrouper les toxicomanies classiques, l'alcoolodépendance et les dépendances comportementales ou « addictions sans drogues » comme le jeu pathologique, les achats compulsifs, les troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie), l'utilisation excessive de l'ordinateur, de la télévision, des jeux vidéo, du travail, de la recherche de partenaires sexuels, etc...

Un nouveau champ des dépendances se constitue avec la création d'une nouvelle discipline médicale, l'addictologie. Ce nouveau champ initié par des scientifiques, des professionnels de santé et de santé publique, et soutenu par la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie), se professionnalise par la création d'un Diplôme médical d'Études Spécialisées complémentaires d'addictologie (J.O. du 10 septembre 1999). La mobilisation d'associations et d'organisations représentatives, la Collégiale des Enseignants Universitaires des Capacités Toxicomanies, Alcoologie, la Société Française d'Alcoologie, l'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme, l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie, la Société de Tabacologie autour de la M.I.L.D.T. conduit au développement d'une politique cohérente de santé à l'égard des drogues licites et illicites. La constitution du champ des addictions se matérialise par la création en 1999 d'une association, la Société d'Addictologie de langue française (S.A.F.E.), et, en 2001, de la Fédération Française d'Addictologie. Le but de la S.A.F.E. est de contribuer à la promotion de l'addictologie dans une perspective multidisciplinaire afin de soutenir et diffuser les travaux autour de l'usage et du mésusage des différentes substances psychoactives et des conduites et pratiques associées.

De son côté, la Fédération Française d'Addictologie est née de la volonté de quatre organisations : la Société Française d'Alcoologie, l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie, l'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme et la Société de Tabacologie. Ces quatre organisations fondatrices ont été rejointes entre temps par neuf autres associations membres et une association affiliée :

- Le secteur de l'alcoologie s'est fortement impliqué avec l'A.N.P.A. (Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme), la S.F.A (Société Française d'Alcoologie), mais aussi la F.F.A.A. (Fédération Française de l'Alcoologie Ambulatoire) et l'A.P.P.E.C.A.P. (Association pour la Prévention de l'Etude des Conduites Addictives d'Alcoolisation des Populations Pénales) ;

- Le secteur de la toxicomanie l'est tout autant, avec l'A.N.I.T. (Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie), l'A.F.R (Association Française de Réduction des Risques) et l'association S.P.S.T. (Structures Publiques de Soins aux Toxicomanes). Dans le domaine du tabac, l'importante Société de Tabacologie est l'une des associations fondatrices ;

- Par ailleurs, un bon nombre d'associations déjà investies dans ce type d'approche ont adhéré à la Fédération dès sa création: la S.A.F. (Société d'Addictologie Francophone), le C.N.U.E.A. (Collège National Universitaire des Enseignants d'Addictologie), l'A.F.E.A.A.H.L. (Association Française des Équipes d'Alcoologie et d'Addictologie Hospitalières de Liaison), l'association Médecine Générale et Conduites Addictives et l'I.R.E.M.A. (Institut de Recherche et d'Enseignement des Maladies Addictives). Le mouvement Alcool Assistance La Croix d'Or, après modification des statuts permettant la participation à la Fédération, d'organisations non professionnelles, a été agréé en cours d'année en tant qu'association affiliée.

Pour les pharmacologues, la base de cette nouvelle discipline repose sur le fait que les mécanismes biologiques, pharmacologiques, cliniques et comportementaux des addictions suivent des règles communes déterminant des raisonnements et des approches thérapeutiques principalement similaires (28). Cette discipline se place en conformité avec les classifications internationales des maladies, dans une perspective d'unification de l'ensemble des comportements de consommation des différentes substances psychoactives licites ou illicites. Les pratiques de consommation se regroupent en trois catégories désormais admises par tous : l'usage, l'usage nocif (selon la C.I.M. 10, Classification Internationale des Maladies) ou l'abus, (selon le D.S.M. IV, Diagnostics statistiques des maladies mentales), et la dépendance.

Pour le professeur Michel Reynaud, la création de cette discipline est un moyen de lutter contre les carences des dispositifs spécialisés, en particulier en ce qui concerne l'alcool et le tabac. Il souligne également les carences de formation et l'insuffisance de reconnaissance des praticiens exerçant dans ce champ, leurs difficultés de carrières et les faiblesses de la recherche.

Dans le champ des addictions, il faut également signaler l'existence d'une revue " le Courrier des Addictions " (1999), ou encore, le changement de dénomination d'une autre revue, en mars 2000, la revue "Alcoologie" s'appelant dorénavant " Alcoologie et Addictologie" (cette revue était d'ailleurs devenue, en 1996, l'organe d'expression de la Société de Tabacologie). Autre fait significatif, la disparition de la revue « Interventions » qui était la revue de l'A.N.I.T., destinée aux intervenants en toxicomanie.

Enjeux et perspectives

En 2001, le nombre de centres spécialisés de soins aux toxicomanes s'élevait à 263, gérés pour les deux tiers par le secteur associatif et implantés dans 90 départements français, avec une distinction entre trois types de structures : 201 centres de soins en ambulatoire ; 46 centres de soins avec hébergement collectif et 16 centres de soins en milieu pénitentiaire. Le décret du 26 février 2003 fixe les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement. Les centres sont chargés d'assurer, au sein d'une équipe médico-sociale pluridisciplinaire : «

- *l'accueil, l'information et l'orientation de la personne ainsi que l'accompagnement de son entourage ;*

- *l'aide au repérage des usages nocifs et à la réduction des risques associés à la consommation de substances ou plantes classées comme stupéfiants ou présentant des addictions associées ;*

- *le diagnostic et les prestations de soins, dans le cadre d'une prise en charge médicale et psychologique. Le centre assure le sevrage ainsi que son accompagnement lorsqu'il est réalisé en hospitalier ;*

- *la prescription et le suivi de traitements de substitution ;*

- *la prise en charge sociale et éducative, qui comprend l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion ».*

Au 1^{er} janvier 2003, leur financement, sous forme de dotation globale annuelle, a été transféré de l'Etat vers l'Assurance Maladie, avec une intégration dans le champ des établissements sociaux et médico-sociaux.

Le dispositif spécialisé en toxicomanie semble tiraillé entre trois pôles :

Le premier concerne l'alliance avec la justice dans le cadre de l'adaptation des réponses

judiciaires en faveur d'une meilleure appréhension de la situation des usagers de drogues (circulaire interministérielle du 14 janvier 1993 relative à la mise en œuvre des conventions départementales d'objectifs pour la prise en charge locale des toxicomanes placés sous main de justice, complétée par la circulaire du 17 juin 1999). Parmi ces réponses « adaptées », le rappel à la loi, par le procureur de la République, sous la forme du classement avec avertissement ou orientation vers une structure sanitaire, sociale ou professionnelle (associations, soignants, services sociaux,...) après concertation avec la D.D.A.S.S. (Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale) ; ou encore les alternatives à l'incarcération par les aménagements de la peine d'emprisonnement (une articulation entre les structures de justice et de santé, par exemple, la mise en place de « chantiers extérieurs » ou l'accueil de détenus, usagers de drogue, en fin de peine au sein des centres spécialisés avec hébergement pour toxicomanes) ;

Le second pôle s'appuie sur le développement d'une politique de prévention sous le contrôle de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies. La prévention est au premier rang des préoccupations de santé publique. Nous assistons à une spécialisation de ce domaine (avec séparation soin / prévention) autour du triptyque " usage, abus et dépendance ", certains y voyant une volonté dirigiste de créer de nouveaux « préventeurs » avec des messages standardisés (29). La réaffirmation du rôle essentiel des établissements scolaires est confirmée par la circulaire n° 98-108 du 1^{er} juillet 1998 qui institue la création des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté avec pour objectif la prévention de toutes les conduites à risques. Alain Brossat souligne que la liaison établie entre santé et citoyenneté manifeste l'indistinction radicale qui s'est établie ici entre domaine biopolitique-disciplinaire (policier) et dimension politique : « *La littérature*

ministérielle fait systématiquement entrer la détention et la consommation de cannabis dans le registre des « violences » et un amalgame est constamment produit entre des actions aussi diverses que des agressions, des absences, des fugues, des tentatives de suicide, la consommation d'alcool, la perturbation des cours, le racket, etc. (...). Le paradigme répressif-autoritaire semble ici céder la place à un modèle de type médical, psycho médical. (...) L'usage étendu du mot « violences », le caractère élastique des « conduites à risques » permettent à ce discours médical de déboucher naturellement sur une pathologisation de toute conduite considérée comme déviante, susceptible donc d'appeler d'énergiques rappels à la loi » (30). Dans le domaine de la prévention dans le monde du travail, nous nous reportons à un petit fascicule intitulé "Prévention des comportements toxicophiles en entreprise" distribué par un laboratoire pharmaceutique, dans lequel il est question des modalités pratiques de recueil des urines, dans le cadre de la médecine du travail, en vue d'un dépistage de consommation de produits illicites. Voici ce qui est écrit concernant le dépistage occasionnel : « Assimilable à un examen complémentaire, nécessaire pour la décision d'aptitude, dans les situations suivantes :

- troubles du comportement tels que retards, absences fréquentes non justifiées, accidentabilité au travail accrue, insouciance vis-à-vis de la sécurité, évitement de la hiérarchie et des collègues, irritabilité ...
- signes cliniques particuliers tels que cheveux décolorés, poils rasés, myosis, mydriase, altération de l'état général, traces de piqûres, brûlure de la face, perforation de la cloison nasale, caries dentaires majeures...
- circonstances d'urgence : overdose, ivresse non alcoolique, délire,.... » (31);

Le troisième pôle s'organise à partir de la médicalisation pharmacologique des usagers d'opiacés, médicalisation qui participe plus globalement d'un encadrement biochimique

des populations (en référence aux travaux de Michel Foucault autour de la biopolitique). La médicalisation de la toxicomanie passe essentiellement par la prescription de produits de substitution délivrés en médecine de ville. Elle opère une normalisation de l'usager de drogue, lui proposant un statut de malade, ce qui conduit à réduire les effets excluant liés à la prohibition. D'une auto-substitution avec des produits à base de codéine, la plupart des usagers d'héroïne sont aujourd'hui sous « substitution médicalisée ».

Cette pratique inscrit la personne substituée sous la dépendance médicale. Cependant, la substitution a également ses limites ; elle peut cohabiter avec la gestion de consommations parallèles de produits illicites, ou conduire certains usagers à détourner ces produits de leur usage. L'usager s'articule au prescripteur tout en maintenant éventuellement des liens avec son propre réseau. Comme le souligne une étude récente de l'O.F.D.T. (Office Français des Drogues et des Toxicomanies) intitulée " Tensions et transformations des pratiques de substitution en ville", la délivrance de produits de substitution met en jeu des relations complexes, entremêlant trois types de logiques ou de déterminations :

- « - les objectifs de santé publique des autorités sanitaires ;
- une logique médicale d'accueil et de suivi d'usagers de drogues ;
- des logiques dérivées de culture d'utilisation non médicale des produits psychotropes, pouvant conduire, à l'occasion, à user de produits de substitution dans des objectifs de « défonce » ou de gestion des consommations illicites » (32).

Cette médicalisation implique une nouvelle répartition des tâches au sein des équipes professionnelles, répartition qui conduit à une forme de « déspecialisation », la prescription médicale ayant comme effet de « standardiser » les réponses apportées, de réduire quelquefois la prise en charge à une simple surveillance du traitement (« la bonne observance »).

Plus généralement, le complexe médico-industriel qui regroupe une partie de la hiérarchie médicale (les chaires les plus prestigieuses de psychiatrie) et les représentants des intérêts industriels (firmes pharmaceutiques) participe à l'instauration d'une « clinique du médicament » (pharmacothérapie) au détriment d'une « clinique du sujet » : « *Le pôle médico-industriel a les moyens (symboliques, commerciaux, économiques) :*

- *de faire reconnaître toujours plus nettement sa posture scientifique comme opérateur régulant au plan international la qualification (et donc la disqualification) des traitements des troubles mentaux (et de leurs attendus théoriques) ;*

- *de soutenir le champ de recherche qui répond à ses intérêts ;*

- *de rassurer le corps médical sur ses actes de prescription ;*

- *de proposer des médicaments de moins en moins dangereux ;*

- *d'élargir le spectre des prescriptions »(22).*

Dans le contexte actuel, les prescriptions médicales sont l'objet d'un contrôle de plus en plus serré qui correspond à un souci de vouloir contrôler l'activité médicale dans son ensemble, enjeu qui apparaît lors des négociations des conventions médicales (33). Suite à différentes études concernant les traitements de substitution (34), l'Assurance Maladie vient de lancer un plan d'actions pour renforcer le contrôle des personnes sous traitement de substitution. La partie contrôle débutera en juin 2004 par le repérage et la convocation des patients présentant un « *comportement suspect* ». S'ils refusent de se présenter, de s'engager dans une prise en charge « *encadrée* » ou s'ils persistent dans ce comportement, le remboursement des traitements sera suspendu. Les personnes identifiées comme des « *revendeurs non consommateurs* » seront poursuivies sur le plan pénal.

Les médecins et pharmaciens seront également contrôlés : « *ceux qui auront un comportement répréhensible (fraude, abus de*

prescription ou de délivrance) seront également poursuivis à la fois devant les instances pénales et ordinales ».

La C.N.A.M. a identifié quelque 3000 patients et quelques dizaines de professionnels de santé « *dont il faudra vérifier l'usage du traitement pour les premiers et les prescriptions, pour les seconds* ». Elle souhaite « *réaliser une économie substantielle* » en sachant qu'en 2002, le montant des remboursements en ville s'élevait à 80 millions d'euros pour la buprénorphine (Subutex^o) (+ 3% par rapport à 2001) et à 6 millions d'euros pour la méthadone (+ 30% par rapport à 2001). Le Subutex^o arrive à la 11^e place (en montant) des 100 premiers produits prescrits et remboursés.

Concernant le suivi médical, il s'agira d'appliquer aux personnes sous traitement de substitution, « *l'article L.324-1 du code de la sécurité sociale prévoyant notamment que le médecin conseil de l'assurance maladie peut subordonner le remboursement des prestations au respect d'un protocole de diagnostic et de soins élaboré par le médecin traitant pour les patients bénéficiant de soins continus pendant plus de six mois* ».

De leur côté, les usagers de drogue, réunis les 5 et 6 juin 2004 dans le cadre des Premiers Etats Généraux des usagers de substitution (E.G.U.S.), à l'initiative d'Act-Up et d'Asud, ont rédigé une plate-forme de revendication des usagers de la substitution, appelée les douze travaux d'EGUS 2004, plate-forme adressée au jury de la Conférence de consensus sur les traitements de substitution (Conférence prévue les 23 et 24 juin 2004 à Lyon). Les usagers demandent que soit reconnue la place du plaisir dans la substitution. Ils souhaitent l'élargissement de la palette des produits de substitution (héroïne, morphiniques, codéinés, etc. ..) et le développement des galéniques pour chacun de ces produits (voie injectable, fumable, inhalable, buvable, sub-linguale, ...). Ils demandent également la prise en compte des « *propositions de l'utilisateur* » quant aux

molécules et aux dosages envisagés, en vue d'un choix éclairé, aussi bien pour la prescription que la délivrance, « en concertation avec le médecin et le pharmacien de son choix ». Ils insistent également sur le développement de programmes de substitution « bas seuil », l'accès aux droits sociaux pour les usagers, et sur la nécessité d'une dépenalisation de l'usage de tous les produits stupéfiants. L'attitude des usagers de substitution consiste, sous un angle consumériste, à rapprocher l'objet médicament (le produit de substitution) des marchandises habituelles. Or, les médicaments ne circulent pas librement, ils sont inscrits dans des filiations, des réseaux particuliers de production, de diffusion et ne peuvent pas devenir valeur d'échange, sauf sur un marché parallèle.

Sur un autre plan, la question de la gestion des consommations de cannabis est révélatrice des différents glissements qui s'opèrent entre des régulations juridiques, judiciaires, médicales et socio-éducatives. L'apport de la technique (les moyens techniques de détecter facilement les consommations individuelles) en lien avec l'ordonnancement (à partir des prescriptions médicales) des techniques d'encadrement médico-psycho-socio-éducatives conduit le pouvoir politique à envisager une modification de la loi du 31 décembre 1970.

La stigmatisation autour des usages de cannabis est révélatrice des enjeux qui traversent le nouveau champ des addictions. Nous assistons à une véritable « pathologisation » de l'usage de cannabis à travers les projets de médicalisation et de standardisation des pathologies psychiatriques qui annexent les usages de produits stupéfiants dans le cadre d'une comorbidité, appelée également double diagnostic. Cette notion, qui nous vient des Etats-Unis, est apparue suite à la constitution de nouveaux outils diagnostiques élaborés par l'Association Psychiatrique Américaine (par l'intermédiaire du manuel diagnostique et

statistique des troubles mentaux D.S.M. IV) et par l'Organisation Mondiale de la Santé. La comorbidité semble être devenue une notion centrale en psychiatrie aux Etats-Unis. Les travaux actuels abordent la question des liens entre troubles de la personnalité et dépendance, selon trois schémas différents :

- troubles induits ou aggravés par l'usage ;
- troubles précédent et déterminant l'usage ;
- troubles coexistant à l'usage, sans lien de causalité entre les deux ordres de phénomène (ou troubles reliés entre eux par une causalité commune).

Conclusions

Les enjeux qui traversent le champ des addictions s'inscrivent dans un contexte plus global de redéfinition des territoires de santé. Cette nouvelle approche territoriale repose sur une vision transversale des services de santé, dépassant le seul champ hospitalier. Les logiques politiques et gestionnaires en cours, par l'intermédiaire des Agences Régionales d'Hospitalisation (dont les compétences seront bientôt étendues au delà des seules hospitalisations), participent d'une emprise du management sur l'ensemble des activités professionnelles. Luc Boltanski et Eve Chiapello tracent les contours du nouvel esprit du capitalisme (35) à travers le discours de management des années 90. Ce « nouvel esprit » est propagé dans le champ de la santé par un nouveau groupe professionnel, les « cadres de santé », chargés de diffuser les nouvelles procédures d'évaluation et d'accréditation, dans le cadre de l'ordonnance du 24 avril 1996. Cette logique de service et de « marchandisation » des actes professionnels trouve son pendant dans le secteur médico-social par l'intermédiaire de la loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale. Henry Mintzberg a

identifié une nouvelle forme d'organisation, à travers ce qu'il appelle « l'organisation missionnaire » (36). Celle-ci se caractérise par la standardisation de ses normes, en d'autres termes, le partage d'un ensemble de valeurs et de croyances par tous ses membres : « *le paramètre de conception-clef apparaît être l'endoctrinement au sens de programme formalisé pour développer et renforcer l'identification des membres avec l'idéologie* ». Dans un ouvrage intitulé « *Les passions tristes : souffrance psychique et crise sociale* », Miguel Benasayag et Gérard Schmit insistent sur le contexte de crise qui pousse à la primauté de l'économique en matière de politique de santé publique pour réduire les déficits de la sécurité sociale, en « optimisant » l'utilisation des équipements médicaux et des personnels de santé, d'où la pression à la normalisation des soins. Pour ces auteurs, nous sommes entrés dans une clinique de la classification au service du monde économique : « *Nous ne sommes pas naïfs au point d'ignorer ce qui se cache derrière la médecine de la classification des symptômes. Elle induit une réponse médicamenteuse quasi automatique sur le symptôme-cible. Il est facile de voir que ce mouvement est surtout favorable à une thérapeutique pensée par et pour les laboratoires pharmaceutiques, comme si les équilibres entre praticiens, chercheurs et commerciaux étaient rompus, et que le soin en psychiatrie pouvait être traité comme un simple objet de consommation* ». Être affublé d'une étiquette revient à être enfermé dans une sorte de destin déterminé. On se retrouve malgré soi, dans une configuration de déterminisme social ou individuel. Pour les auteurs, le destin de nos sociétés occidentales se joue, en partie, sur leur capacité de résister à la grande tentation de remplacer les savoirs multiples et contradictoires par des « savoirs technoscientifiques ».

L'institution médicale a comme fonction manifeste de soigner les maladies, mais aussi comme fonction latente, d'être un garant de la cohésion sociale en régulant les individus qui

ne sont plus en état de respecter les règles en vigueur. A travers le diagnostic, la classification, le traitement, la médecine est créatrice et légitimatrice de statuts sociaux. Claude Macquet remarque qu'« une nouvelle norme de santé s'installe à côté de « deux ordres normatifs plus anciens, maintenant quelque peu fragilisés, que sont l'interdit légal et la médecine curative » (37). Cette nouvelle norme de santé participe de ce que le sociologue Ulrich Beck a appelé « la société du risque » (38), la gestion des risques étant considérée comme un mode de régulation ou de contrôle plutôt que comme un moyen technique d'éliminer le risque en soi. D'autre part, nous assistons à « une pluralisation des références normatives à la suite de la mise en œuvre d'une technique juridique moderne, qui sert à présent de vecteur à l'évanescence croissante de la définition substantielle de la norme de droit ». Ce constat s'inscrit dans la continuité des réflexions de Michel Foucault pour qui, « les nouveaux procédés de pouvoir fonctionnent non pas au droit mais à la technique, non pas à la loi mais à la normalisation, non pas au châtement mais au contrôle, et ils s'exercent à des niveaux et dans des formes qui débordent l'Etat et ses appareils » (39).

En guise de conclusion, nous aimerions revenir sur le rapprochement entre traitements de substitution et médicaments psychotropes en insistant sur le fait que ces substances ne guérissent pas des maladies mais participent d'un effacement des symptômes. A la notion de « confort » qui a accompagné la diffusion de ces nouveaux traitements psychotropes, nous proposons d'ajouter celle d'« anesthésie » (en prenant en compte, également, les effets indésirables, surtout concernant la libido) : « *La contrepartie de la mise à distance de la douleur est la mise sous dépendance de nos existences à l'égard de procédures, de substances et aussi de puissances disposant des moyens de produire l'anesthésie. C'est aux conditions du pouvoir du médecin et des pouvoirs publics qui*

l'autorisent que nous sommes émancipés de la douleur.(...).C'est aussi que, de manière croissante, la mise à distance de la douleur s'opère aux conditions de notre devenir objets d'expérimentation, c'est-à-dire de la croissance exponentielle du paradigme du laboratoire : en même temps que nous nous allégeons du fardeau de la douleur (ou de ses équivalents politiques-accablement, fureur...), nous sommes transportés subrepticement dans toutes sortes de laboratoires placés aux mains de puissances lointaines et sur lesquelles le citoyen ordinaire est sans prise aucune. (...) Nous sommes frappés d'une manière toujours plus constante par ce mal qui s'appelle perte de la capacité d'éprouver l'altérité dans des formes singulières, capacité qui est au fondement des mouvements intimes à la faveur desquels l'individu séparé ré-enchaîne sur la communauté » (40).

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Bachmann (Christian); Coppel (Anne).- Le dragon domestique.- Albin Michel, 1989.
- (2) Zafiroopoulos (Markos) ; Pinell (Patrice).- Drogues, déclassement et stratégies de disqualification.- Art. Actes de la Recherche en Sciences Sociales, N° 42, Avril 1982.
- (3) Bourdieu (Pierre).- Question de sociologie.- Les Editions de Minuit, 1980
- (4) Howard S. Becker.- Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance.- Métailié,1985.
- Ogien (Albert).- Sociologie de la déviance.- Armand Collin, 1995.
- Macquet (Claude).- Toxicomanies : Aliénation ou style de vie.- L'Harmattan, 1994.
- (5) Durkheim (Emile).- Les règles de la méthode sociologique.- Flammarion,1988.
- (6) Lefebvre (Henri).- La somme et le reste.- Méridiens Klincksieck,1989.
- (7) Castel (Robert).- L'ordre psychiatrique. l'âge d'or de l'aliénisme- Editions de Minuit,1976.
- (8) Legrain (Paul-Maurice).- La criminalité des toxicomanes.- Congrès des médecins aliénistes, Besançon, 1923.
- (9) Castel (Robert), Coppel (Anne).- Les sorties de la toxicomanie. Types, trajectoires, tonalités.M.I.R.E., Avril 1992.
- (10) Freidson (Eliot).- La profession médicale.- Payot,1984.
- (11) Wojciechowski (Jean-Bernard).- Hygiène mentale et Hygiène sociale :contribution à l'histoire de l'hygiénisme.- L'Harmattan, 1997.(2 tomes)
- (12) Bernat de Celis (Jacqueline).- Drogues :consommation interdite.- L'Harmattan,1989.
- (13) Bergeron (Henri).- L'Etat et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française.-P.U.F.,1999.
- (14) Olievenstein (Claude).- Il n'y a pas de drogué heureux.- Robert Laffont, 1977.
- (15) Wojciechowski (Jean-Bernard).- Drogues et toxicomanies :nouvelles représentations, nouveaux enjeux.- Revue Psychotropes, Vol.5, N° 4, 1999.
- (16) Dubet (François).- La galère. Jeunes en survie.- Fayard,1987.
- (17) Duprez (Dominique).- Regards sur la drogue.- Revue Sciences Humaines, N°99, 1999.
- (18) Ehrenberg (Alain).- Drogues :qu'interdit-on ? que soigne-t-on ?que punit-on ?.- Art. Le Monde, 30.09.1997.
- (19) Coppel (Anne).- Peut-on civiliser les drogues ?.de la guerre à la drogue à la réduction des risques.- La Découverte, 2002.
- (20) Fassin (Didier).-L'espace politique de la santé.-P.U.F.,1996.
- (21) Tibon-Cornillot (Michel).- L'Etat toxique.- Revue Le trimestre psychanalytique, N°2 1997.

- (22) Zafiropoulos (Markos).- Tristesse dans la modernité. del'idéal pharmacologique à la clinique freudienne de la mélancolie.- Ed. Anthropos, 1996.
- (23) Ehrenberg (Alain).- La fatigue d'être soi. dépression et société.- Odile Jacob, 2000.
- (24) Pignarre (Philippe).- Comment la dépression est devenue une épidémie ?.- Hachette littératures, 2003.
- (25) Jeammet (Philippe).- Intérêt de l'approche multifocale dans les conduites de dépendance.- Revue Nervures, 1997.
- (26) Venisse (J-L).- Les nouvelles addictions.- Masson, 1991.
- (27) Valleur (Marc), Matysiak (J-Claude).- Les addictions. Dépendances, toxicomanies.- Armand Collin, 2002.
- (28) Bertin (Yvan).- Le futur des addictions. l'enseignement et la recherche.- Revue Le courrier des addictions, N°3, 2001.
- (29) Maxence (J-L).- Réponses aux tricheurs de la drogue.- Presses de Valmy, 2001.
- (30) Brossat (Alain).- L'animal démocratique. notes sur la post-politique.- Farrago, 2000.
- (31) BMD (biomedical diagnostics) S.A. BP 103 77 423 Marne La Vallée.
- (32) O.F.D.T.- Tensions et transformations des pratiques de substitution en ville.- 2002.
- (33) Mossé (Philippe).- La rationalisation des pratiques médicales, entre efficacité et effectivité.- Revue Sciences Sociales et Santé, Vol.16, N° 4, décembre 1998.
- (34) Cholley (Dominique).- Traitement de substitution par buprénorphine-haut-dosage : quel rôle pour l'assurance maladie ?.- Revue médicale de l'Assurance Maladie, vol.32 N° 4 Oct-Déc. 2001.
- (35) Boltanski (Luc), Chiapello (Eve).- Le nouvel esprit du capitalisme.- Gallimard, 1999.
- (36) Mintzberg.- Le management. Voyage au centre des organisations.- Ed. d'Organisation, 2004.
- (37) Macquet (Claude).- La gestion des risques comme régulation sociale dans le cas des sociétés dites post-modernes.- Cours interfacultaires de bioéthique, Namur, 2000-2001.
- (38) Beck (Ulrich).- La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité.- Alto-Aubier, 2001.
- (39) Foucault (Michel).- La volonté de savoir. Gallimard, 1976.
- (40) Brossat (Alain).- La démocratie immunitaire. La dispute, 2003.