

L'EXPERIENCE FRANCAISE DES DROGUES ILLICITES

Michel Schiray

RAPPORT FINAL DE RECHERCHE

**Convention MIRE 10/95
Mars 1998**

Nos remerciements vont à la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT), à la Mission Recherche Expérimentation (MIRE) et au Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) pour leur aide financière.

La relecture du manuscrit a été assurée par Daniel Percheron et sa mise en page par Marie-Claude Jahan.

SOMMAIRE

Alain Ehrenberg, <i>Questions croisées</i>	4
Chapitre 1 - Claude Le Pen, <i>Économie de la dépression</i>	17
Chapitre 2 - France Lert, <i>Méthadone, Subutex® : substitution ou traitement de la dépendance à l'héroïne ? Questions de santé publique</i>	41
Chapitre 3 - Virginia Berridge, <i>Drogues illicites et médicaments psychotropes en Grande-Bretagne : histoire d'une frontière incertaine</i>	65
Chapitre 4 - Olivier Faure, <i>La consommation de médicaments - Essai d'approche historique</i>	79
Chapitre 5 - Albert Ogien, <i>Grammaire de la drogue</i>	91
Chapitre 6 - Claudie Haxaire, J. Brabant-Hamonic, E. Cambon, avec la collaboration d'E. Rougeot, « <i>C'était pas comme une drogue si vous voulez, mais enfin</i> »	108
Chapitre 7 - Anne Biadi-Imhof, <i>L'usage thérapeutique du médicament psychotrope - Son rôle dans la relation soignant-soigné en psychiatrie de secteur</i>	132
Chapitre 8 - Philippe Le Moigne, <i>L'usage chronique des médicaments psychotropes - Problèmes d'analyse et de méthode</i>	148

INTRODUCTION

QUESTIONS CROISÉES

Alain Ehrenberg*

Cet ouvrage part de l'hypothèse que deux changements globaux ont affecté les domaines des drogues illicites et des médicaments psychotropes au cours des années 80 en France.

1. Le consensus sur l'interdit des drogues illicites s'est érodé parmi les corps professionnels intervenant dans ce domaine. Quelques signes le suggèrent. Le VIH a conduit à l'émergence de politiques de réduction des risques qui mettent en question l'accord sur la prohibition. Les rapports produits ces dernières années en France proposent la légalisation du cannabis et la dépénalisation des usages des autres drogues¹. Par ailleurs, la neurobiologie considère que la distinction entre produits licites et illicites repose sur des bases scientifiques douteuses², tandis que recherches de terrain en sciences sociales et enquêtes longitudinales ont montré que la toxicomanie n'est pas le destin inéluctable de ceux qui consomment des drogues, y compris les plus dures comme l'héroïne³. *La signification de l'interdit des drogues devient flou.*

2. Les limites entre fonctions thérapeutiques et fonctions dites de confort des médicaments psychotropes sont l'objet de vives polémiques : elles ont d'abord porté sur les benzodiazépines (anxiolytiques et hypnotiques), puis sur les antidépresseurs (avec la mise sur le marché d'un nouveau type d'antidépresseur dit inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine - ISRS - aux effets secondaires réduits). Soulage-t-on des dépressés sociaux ? Soigne-t-on d'«authentiques» pathologies mentales ? Se contente-t-on d'alléger des symptômes-cibles ? L'opinion est-elle bien informée des risques d'usages chroniques de psychotropes ? En tout cas, détournements d'usage, prescriptions mal assurées, demandes de mieux-être psychologiques, etc., ont fait basculé la perception de ces médicaments dans un conflit entre soin, confort et dépendance. *L'objet du soin devient incertain.*

Le séminaire annuel du Groupement de recherche *Psychotropes, Politique, Société*⁴ a voulu interroger quelques aspects de ces transformations en croisant les questions de drogues illicites et de médicaments psychotropes. Ces questions sont traditionnellement abordées séparément en sciences sociales - les sociologues de la drogue ne s'intéressent pas à la sociologie des médicaments, et vice versa - comme dans les politiques publiques - les politiques de lutte contre la drogue et celles de santé mentale sont prises en charge par des organes administratifs différents. Pourtant entre les deux catégories de substances, les frontières ne sont plus nettes, ne l'ont jamais été et ne le seront sans doute pas plus à l'avenir. La raison ne tient évidemment pas au fait qu'il s'agisse à chaque fois

de substances qui ont des effets sur le système nerveux central et modifient en conséquence l'humeur. Autrement dit, la raison relève moins de questions de pharmacologie que d'institutions qui font la part entre ce qui appartient au médical et ce qui en est exclu, d'une part, de types d'usages et de types d'usagers, d'autre part.

Quelques exemples puisés dans cet ouvrage le suggèrent nettement. En Grande-Bretagne, « c'est moins le produit que l'utilisateur qui a conduit à penser les frontières licite/illicite » (Virginia Berridge). L'usage même montre que le médicament a certes pour fonction de guérir, mais il doit aussi « aider à mieux vivre », comme l'indique l'histoire française des médicaments de l'esprit (Olivier Faure). L'ethnologie de la pharmacie familiale dans le bocage normand montre que, pour les consommateurs, l'usage de psychotropes prescrits rencontre la peur d'être pris par le produit : la crainte de la dépendance aux médicaments psychotropes et l'idée que le médicament peut être considérée comme une drogue semblent être un élément central de l'expérience vécue par ces populations (Claudie Haxaire *et alii.*). Par ailleurs, il existe un consensus en psychopathologie pour affirmer que l'héroïne, et plus généralement les comportements addictifs, constituent bien souvent des tentatives d'automédication. Elles visent en général à alléger des symptômes dépressifs. Ainsi, pour le psychiatre suisse Jean-Jacques Deglon, « la dépression paraît aujourd'hui un facteur capital dans le développement de la pharmacodépendance. Elle entraîne des difficultés considérables dans le traitement de cette affection et explique beaucoup de rechutes. Il importe donc de savoir reconnaître les états dépressifs et de les traiter à bon escient si l'on veut éviter l'échec de la prise en charge des toxicomanes »⁵. Daniel Bailly, dans une synthèse d'enquêtes épidémiologiques sur les pathologies alimentaires, qui sont globalement considérées par la psychiatrie contemporaine comme des addictions, estime, « au vu des résultats des études familiales, [que] les relations entre troubles du comportement alimentaire, alcoolisme et toxicomanie, pourraient s'établir autour de la dépression. Si les chiffres varient considérablement d'une étude à l'autre en fonction des populations étudiées et de la méthode d'évaluation utilisée, la fréquence de la dépression dans les troubles du comportement alimentaire, l'alcoolisme et la toxicomanie peut être estimée chez les sujets jeunes de 30 à 50 % »⁶. On peut par ailleurs noter une montée parallèle du souci pour les conduites addictives et les usages dépendants de substances psychoactives, d'une part, et pour la dépression, d'autre part, dans la psychiatrie contemporaine.

Cette introduction voudrait indiquer les lignes directrices de la réflexion portées par les disciplines auxquelles ce séminaire a fait appel : l'histoire, la sociologie, l'ethnologie et l'économie.

En Grande-Bretagne, pays auquel est consacré le texte de Virginia Berridge, l'opium fut à la fois un stimulant largement consommé et une substance fort utilisée en médecine. C'est sa consommation par les pauvres des grandes villes industrielles qui suscita l'inquiétude des pouvoirs publics. Ces usagers furent « le facteur décisif dans l'élaboration de frontières entre usage licite et illicite ». Il fut d'ailleurs extrêmement difficile de faire la

part entre usage médical et non médical tout au long du XIX^e siècle. Le vote du *National Health Insurance Act* en 1911 instaura un contrôle de la part des médecins sur leurs patients et leurs consommations de drogues illicites. La profession médicale réussit, jusqu'aux années 60, à conserver son pouvoir de les prescrire. Nature et place du pouvoir médical, d'une part, type de consommateur, d'autre part, sont les clefs de la définition britannique du problème des drogues. « L'histoire des médicaments psychotropes et celle des opiacés en Grande-Bretagne comportent des similarités mais aussi des différences importantes. La question du contrôle professionnel, et plus spécifiquement de savoir qui contrôle la prescription, en est un thème persistant. [...] Alors que les opiacés étaient passés d'un système de contrôle essentiellement non professionnel à un système de prescription médicale, les barbituriques et les benzodiazépines furent dès le départ presque toujours médicalement prescrits. ».

Olivier Faure montre, sur le cas de la France, que le succès du médicament n'est « pas essentiellement dû à l'efficacité thérapeutique des produits employés, mais plutôt à leur capacité supposée à satisfaire de nouvelles aspirations et à répondre à de nouveaux problèmes ». Ce paradoxe apparent s'explique dans la mesure où un médicament n'est pas seulement un produit ayant une action physiologique, mais un support d'espoir qui entremêle science, magie et commerce. C'est pourquoi son succès « ne résulte pas essentiellement de l'habileté de ses promoteurs ou de l'efficacité de leurs produits, mais plutôt de sa capacité à répondre aux exigences croissantes de la société en matière de santé ». Or, ces exigences sont très anciennes. Par ailleurs, ce n'est que très progressivement que la recherche de la guérison s'investira dans le médicament. L'introduction des stimulants comme le café, le thé et le tabac s'intègre aux remèdes traditionnels : « ces substances facilitent la digestion, contribuent à l'épuration de l'organisme mais elles stimulent aussi les capacités intellectuelles, dissipent les vapeurs, augmentent la vigilance et satisfont ainsi les besoins nouveaux d'individus de plus en plus nombreux (commerçants, administrateurs) voués à des tâches intellectuelles et comptables, confrontés à des négociations réclamant une attention de tous les instants. Au fur et à mesure que se développent les processus d'interdépendance entre individus qui réclament la vigilance constante de chacun, la frontière entre l'aliment et le médicament s'estompe et le spectre d'action de la substance stimulante s'élargit au cerveau ». La médecine française résistera longtemps à la prescription médicamenteuse, et cela pour de multiples raisons : faible enseignement de la thérapeutique et de l'art de prescrire, fabrication et vente qui échappent pendant longtemps au contrôle de la profession pharmaceutique, etc. Mais le paradoxe est que l'offre de médicaments *agréables et efficaces* par les épiciers et les droguistes finit par banaliser le médicament. Il sera en quelque sorte imposé, à la fin du XIX^e siècle, par les patients à leurs médecins. Comme en Grande-Bretagne, le type d'usager est une clef des rapports au médicament : on s'efforcera pendant longtemps de réduire la consommation des pauvres au nom d'un sens chrétien de la souffrance, d'autant plus que la diminution de la douleur n'est pas un objectif thérapeutique pendant une bonne partie du siècle⁷. La montée d'une demande thérapeutique liée à l'angoisse (de la maladie vénérienne, de la tuberculose, de la dégénérescence, etc.) fera exploser la demande de médicaments à la fin du XIX^e siècle.

Le médicament appartient autant à la médecine qu'à la consommation courante, à la modification des états de conscience qu'à la thérapeutique. L'histoire (Berridge, Faure) et l'ethnologie (comme on le verra avec l'article de Claudie Haxaire *et alii.*) nous montrent bien ces recoupements et ces distinctions.

Entre le médicament et la drogue, il existe aujourd'hui une molécule bizarre, la méthadone, qui est définie comme un produit de substitution. Son statut curatif fait l'objet d'une tension entre une visée de guérison (sortir de la dépendance) et une visée de substitution proprement dite (diminuer les risques divers associées à l'usage dépendant d'héroïne).

D'une manière générale, la méthadone n'a jamais été considérée par les pays occidentaux comme un médicament analogue aux autres. De plus, en France le produit était inexistant jusqu'en 1994. « Les mots substitution et réduction des risques saturent aujourd'hui le débat sur la politique de santé publique en matière de toxicomanie », écrit France Lert qui retrace l'histoire de la substitution et de la réduction des risques en France. Les actions de santé publique qui se réclament de ces qualificatifs se sont développées en France dans la plus grande confusion. C'est là une spécificité française si l'on compare notre expérience à celle de la Hollande, de la Suisse ou de la Grande-Bretagne où la réduction des risques a été soutenue par une analyse politique globale des problèmes posés par l'héroïne. En France, les changements se sont opérés dans le cadre légal de la loi du 31 décembre 1970 et sans aucune analyse politique d'ensemble précisant objectifs, priorités et stratégies. D'où des incohérences flagrantes : en particulier, la prévention du risque VIH, qui implique de laisser les consommateurs poursuivre leurs pratiques, est contradictoire avec la façon française de voir le traitement qui vise l'abstinence.

Des pratiques de substitution informelles étaient faites par les médecins généralistes sous la pression d'héroïnomanes cherchant des produits de dépannage pour « décrocher » ou gérer leur dépendance : ce fut le rôle joué par la buprénorphine. Autrement dit, c'est la médecine générale, ainsi que les associations de lutte contre le sida, et non l'impulsion étatique qui a inventé la substitution française. Alors que la méthadone a partout été évaluée comme le meilleur traitement de maintenance, il y a en 1997 32 à 34.000 personnes recevant de la buprénorphine (Subutex[®]) et seulement 6500 de la méthadone, dont 2000 en médecine de ville. Elle est donc secondaire dans la substitution à la française, alors qu'elle est considérée dans les pays étrangers comme le meilleur traitement de maintenance.

Deux circulaires organisent la prescription de méthadone. Dans celle du 7 mars 1994, il s'agit moins d'ouvrir une place à la maintenance que de stabiliser les usagers en visant à terme une vie sans dépendance. « En bref, le médicament n'est utilisé ici que comme un instrument d'attraction dans les prises en charge visant la réduction des risques et à ce titre assorti de contraintes centrées sur le contrôle et non sur l'efficacité thérapeutique ». La circulaire du 31 mars 1995 met au premier plan l'insertion dans un processus thérapeutique : la stabilisation y est subordonnée. On peut dire que la notion de

substitution s'est calée dans la définition psychopathologique du problème de la drogue, qui constitue le socle de la politique française depuis le début des années 70. Alors que la démonstration de l'efficacité de la maintenance fait l'objet d'un consensus international, le produit est défini en France comme un moyen pour la prise en charge psychothérapeutique et sociale de l'usager. Le patient toxicomane est un patient d'exception : les contraintes qui s'exercent sur lui sont beaucoup plus lourdes que pour n'importe quelle autre pathologie. La substitution à la française n'a donc pas intégré l'idée de maintenance. « Ainsi, sans nier les risques de détournement ou d'abus, sans doute serait-il utile d'examiner les règles imposées aux traitements des toxicomanes du point de vue de principes généraux et en les comparant à ce qui existe dans d'autres secteurs de la médecine. Il ne viendrait à personne l'idée de soumettre les patients atteints de maladies chroniques à des contrôles ou des contraintes aussi sévères que celles qui existent pour les personnes dépendantes de l'héroïne ». Il est vrai, comme on le verra avec le texte d'Albert Ogien, que ces maladies chroniques ne heurtent en rien le dualisme corps/esprit des modernes. Si les changements sont nets depuis 1996, il est encore difficile de les évaluer. « Il reste à vérifier, conclut France Lert, qu'il ne s'agit pas d'une embellie transitoire ». Quand on sait l'absence traditionnelle de la santé publique dans le système sanitaire français⁸, il n'est guère étonnant qu'un domaine aussi délicat moralement que la drogue caricature cette absence. La difficulté à élaborer une politique de lutte contre la drogue à partir d'une vision d'ensemble des problèmes est aussi un sous-produit de cette situation.

Guérir, mieux vivre, stimuler le cerveau pour apaiser les angoisses : en quoi les substances psychoactives ont-elles une spécificité dans l'univers thérapeutique ? Un problème à la fois conceptuel et pratique se pose : peut-on assimiler médicament, drogue, voire alcool, en considérant finalement qu'il y a là surtout de l'arbitraire culturel ou de sombres stratégies de disqualification de certaines populations ? C'est la question à laquelle s'efforce de répondre Albert Ogien : « A ceux qui défendent cette analogie, on peut objecter que les mots alcool, médicament et drogue persévèrent à exister dans notre vocabulaire, et que nous les employons rarement comme synonymes », écrit-il. « Pourquoi, ajoute-t-il, l'idée d'une pilule du bonheur nous paraît-elle aussi insupportable que celle de la liberté de l'usage de drogues ? Tout bien pesé, telle est la question que nous pose la notion de substitution, lorsqu'elle s'applique à la consommation de substances stupéfiantes ». A l'argument d'une partie des promoteurs de la réduction des risques qui assimilent drogues illicites, médicaments psychotropes et alcool en considérant ces deux dernières catégories comme des « drogues légales », Ogien pose une question : pourquoi le sens commun résiste-t-il à cette assimilation ? Pourquoi ne pouvons-nous pas nous empêcher de distinguer le cannabis de l'alcool ou l'antidépresseur de l'opium ? Au fond, la drogue est une question de grammaire, c'est-à-dire de règle d'usage. Si le sens commun se refuse à considérer comme des synonymes nos trois genres de substances psychoactives, c'est que nous croyons aux idées d'intégrité de la personne humaine, d'autonomie de la volonté et de naturel opposé à l'artificiel. Les modernes sont anthropologiquement dualistes : l'esprit, l'âme, l'intériorité, c'est cela qui définit le vivant humain par rapport au vivant animal. Si ce

n'était pas le cas, ils n'auraient pas si peur de l'homme artificiel. C'est sans doute pour cette raison que le patient toxicomane n'est pas un patient comme un autre (France Lert) et que « l'usage de drogues demeure un phénomène dont nous sommes incapable de penser la normalité » (Albert Ogien). L'artifice met en cause la croyance dans le dualisme corps/esprit, il met fin à notre idée d'humanité. Du moins quand il ne s'agit pas de pathologie mentale nettement marquée : personne n'aurait en effet l'idée d'affirmer qu'un schizophrène sous neuroleptiques est assimilable à un héroïnomane. Au contraire, le psychotrope réduit son anormalité, le réintègre dans un monde plus humain en le rendant accessible à la communication. Reste un problème : qui nous dit que la grammaire ne va pas changer ? Une histoire des rapports entre l'esprit et le corps dans l'Occident moderne permettrait d'avancer dans cette question de fond.

Les quatre articles suivant forment un bloc composé de parties complémentaires : ethnologie des rapports que les gens entretiennent avec les produits dans leur vie quotidienne (Claudie Haxaire *et alii.*), sociologie de la relation thérapeutique dans la psychiatrie de secteur (Anne Biadi-Imhof), sociologie quantitative de la consommation chronique de psychotropes (Philippe Le Moigne), analyse économique de la dépression (Claude Le Pen).

L'enquête de Claudie Haxaire *et alii.* confirme quelques aspects de cette grammaire. Cette enquête montre que la connotation dépendance, qui est essentielle à la drogue, affecte profondément le rapport des gens aux psychotropes. Car c'est toujours le statut de l'humain qui est en jeu à travers l'action d'une substance sur l'esprit. « C'était pas comme une drogue si vous voulez mais enfin... », cette phrase d'une patiente sous anxiolytique, qui donne son titre au texte, nous conduit aux rapports contradictoires que tout un chacun entretient avec les médicaments psychotropes. On retrouve dans l'expérience ordinaire ce dualisme profond des modernes : leur grammaire a les plus grandes difficultés à intégrer l'artificialisation de l'esprit (Albert Ogien), les contradictions de l'action publique sont prises dans l'impossibilité politique d'accepter le développement de programmes de maintenance (France Lert), les gens ordinaires parlent de la peur d'être pris, de la crainte de basculer dans la dépendance, mais aussi d'altération d'états de conscience (Claudie Haxaire *et alii.*). Notre idée de liberté est bien en jeu dans les difficultés à analyser les questions de drogues illicites comme de médicaments psychotropes.

« Drogue s'emploie [...], écrivent par exemple les auteurs, lorsqu'un médicament induit un état inhabituel de surexcitation ou d'endormissement ». Avec cette enquête par entretiens sur la pharmacie familiale dans le bocage normand, nous glissons vers l'univers de la pathologie mentale : la dépression. L'analyse du discours montre que la dépression populaire n'est pas exactement celle que l'on rencontre dans les classifications internationales, les traités psychiatriques ou les études standards qui peuplent la littérature spécialisée avec ses TOC (troubles obsessionnels-compulsifs), ses dysthymies, ses troubles bipolaires et ses comorbidités diverses : ici les nerfs sont en jeu, mais aussi la boisson, le suicide, la folie. Les gens qui parlent d'une épisode dépressif au passé ne se

souviennent plus du médicament qu'ils ont consommé. « Plus qu'autour de maladie, le monde lexical où *dépressif* apparaît se construit autour des termes de parenté ou de voisinage, des liens d'entraides, des relations sociales. Les verbes indiquant les actions ou la façon dont les relations sociales se construisent, ainsi que le nom correspondant, sont abondants et significativement liés (*aide, aider, parler, venir, connaître, entraider...*) ». Ces maux ne sont pas énoncés en référence à des médicaments qui ont allégé des symptômes ou ont fait du bien, « car ils semblent requérir une réactivation du lien social », de la demande d'écoute, de paroles, de relations sociales. La réticence à consommer est donc forte : la peur de la dépendance conduit à ne consommer que si l'on en peut plus. Il y a là des éléments montrant que la «médicalisation de l'existence»⁹ se heurte à des résistances en tout genre que la recherche en sciences sociales devrait explorer plus systématiquement¹⁰ : demandes de remèdes pour mieux vivre et peur de ces mêmes remèdes forment un couple indestructible. Ce texte nous suggère ainsi une piste à explorer : établir des parallèles entre les pratiques d'autorégulation des consommateurs d'héroïne et celles des consommateurs ou des patients auxquels on a prescrit un médicament.

Avec Anne Biadi-Imhof, nous entrons dans la relation thérapeutique à partir d'une enquête sur la psychiatrie de secteur. L'auteur cherche « à mettre en relation [...] les représentations sociales du médicament psychotrope, mais aussi les attentes et les usages qui en découlent ». Elle montre que la façon de prescrire et le type de dynamique à l'oeuvre sont essentiels pour l'acceptation ou la non-acceptation du médicament comme pour son efficacité ou sa non-efficacité. Anne Biadi-Imhof distingue quatre dynamiques. Dans la première, le malade est client, consommateur et patient, c'est lui qui sollicite le médecin et il attend une réponse immédiate : la réponse médicamenteuse est mal investie, car la demande du patient est peu claire (prise en charge institutionnelle, remède, produit de substitution, etc.). « Cette relation de clientèle est une donnée nouvelle dont la psychiatrie n'est pas coutumière », mais qu'elle est amenée à rencontrer de plus en plus, particulièrement en médecine libérale. Dans la seconde, c'est la société qui, pour des raisons d'ordre public, adresse le malade au médecin et fait le diagnostic de la pathologie pour laquelle le médicament sera prescrit : la dimension relationnelle entre le médecin et le malade est ici réduite au minimum. Dans la troisième, le médecin est le pôle actif initial, la prescription médicamenteuse est organisée dans un projet thérapeutique global : dans la mesure où il s'agit d'un véritable échange, le médicament est bien acceptée et *peut même faire des miracles*. Dans la quatrième, c'est l'intervention thérapeutique elle-même qui est le pôle actif. Cela signifie que le patient se présente comme un consommateur qui demande un produit (ou une psychothérapie) pour soulager l'angoisse, l'anxiété, la déprime. Il possède les symptômes en vogue dans la société et le remède a un statut indécis entre le médicament qui soigne et la drogue qui stimule.

L'article de Philippe Le Moigne cherche à soulever l'ensemble des difficultés méthodologique rencontrée par les recherches quantitatives sur les usages des médicaments psychotropes. Ainsi, faut-il employer une grille pharmacologique impliquant que toutes les consommations se trouve dans une régime spécifique ? Faut-il

au contraire employer des classifications sociologiques ? L'auteur a confronté des données recueillies à partir de demandes de remboursements adressés à la Caisse primaire d'assurance maladie avec celles d'un questionnaire auprès de consommateurs dans la région de Rouen. Utilisant les critères de sexe, d'âge, de résidence, de CSP, de chômage, etc., il conclut que « la consommation de médicaments psychotropes reflète point par point l'organisation sociale de la consommation de soins en général ; elle est comme elle surdéterminée par la proximité féminine avec l'appareil médical et surtout par le lien qui noue la vulnérabilité à la structure par âge de la population ». Parmi les résultats de ses enquêtes, soulignons que l'usage chronique de psychotropes suit largement la hiérarchie sociale (les cadres sont moins consommateurs compulsifs que les ouvriers) ; ou encore que le chômage et la précarité ne donnent lieu à consommation importante que s'ils s'accompagnent d'isolement ou de rupture conjugale - ce qui suggère, comme dans le texte de Claudie Haxaire *et alii.*, que tout ce qui touche aux liens et à leurs manques est central en matière de désordre de l'esprit et de souffrance psychique.

L'économiste, comme le sociologue quantitativiste, utilise des données chiffrées, mais sa question concerne moins les déterminants de l'usage de psychotropes que le coût. L'article de Claude Le Pen se demande : combien coûte le déprimé à la société ? Si la réponse à cette question suppose d'abord de compter le nombre de déprimés, ce décompte implique lui-même que la pathologie soit assez précisément définie. Suffit-il de prendre en compte la morbidité déclarée dans des enquêtes ? Faut-il mieux employer des entretiens structurés et utiliser des échelles de dépression ? Quels que soient les désaccords sur la définition du cas et les limites des différents instruments de mesure utilisés par les uns et par les autres, épidémiologistes, statisticiens et économistes estiment que la prévalence de cette pathologie est en augmentation constante. Pour la France, l'augmentation serait de 1 million de personnes entre 1980 et 1991. Pour calculer le coût de la dépression, les économistes distinguent les coûts directs, qui se limitent aux recours aux soins, et les coûts indirects, qui incluent des éléments aussi divers que le suicide, l'absentéisme ou la baisse des capacités productives individuelles. Pour Claude Le Pen, ces estimations sont fragilisées par la multiplicité des hypothèses de départ. De plus, il faut distinguer le coût de la dépression du coût du déprimé. Ce dernier inclut l'état de santé général. Sur ce point, les enquêtes du CREDES indiquent, en France, que le coût de la consommation médicale du déprimé (la dépression elle-même ne comptant que pour 20 %) est le triple de celui du non déprimé¹¹.

Comptant les malades et les coûts, l'économiste est conduit à la question sensible de la surconsommation française de médicaments psychotropes : « Pour expliquer la «surconsommation» on ne peut donc esquiver un certain nombre de questions : pourquoi donc un échantillon de Français répondant au même questionnaire que des Anglais, des Allemands ou des Espagnols apparaissent-ils significativement plus déprimés ? Pourquoi cet état dépressif est-il plus médicalisé ? Pourquoi la prise en charge est-elle plus fréquemment médicamenteuse qu'ailleurs ? Quelle est l'homogénéité des pratiques psychiatriques en Europe ? Retrouve-t-on dans d'autres domaines, cardiologie,

pneumologie, gastroentérologie, rhumatologie, etc., une «chaîne productive» analogue ? Faut-il invoquer des causes locales propres à la psychiatrie où au contraire des causes générales, mettant par exemple en cause le mode de régulation des soins ambulatoire ? ». Claude Le Pen propose une hypothèse sur les polémiques à propos du traitement médicamenteux de la dépression : en France, on insisterait beaucoup plus qu'ailleurs sur les causes sociales de la dépression (chômage, précarité, etc.), ce qui conduit à voir le traitement médicamenteux comme un produit de substitution à des politiques sociales. C'est pourquoi, conclut Le Pen, l'antidépresseur est considéré en France comme «un anesthésiant social»¹². Or, un anesthésiant social n'est pas assimilable à un médicament.

Concluons sur ce thème. Anesthésiant social, autre manière de dire la «médicalisation de l'existence» ou le «contrôle chimique» des populations ? En tout cas, la constance de cette inquiétude souligne que la grammaire du médicament de l'esprit se voit retravaillée par la grammaire de la drogue. La polémique sur la dépression n'est pas propre à la France. C'est aux États-Unis qu'elle a connu sa plus grande ampleur. De plus, la mise sur le marché des premiers antidépresseurs à la fin des années 50 n'a entraîné aucun débat - extra-psychiatrique, s'entend. Celui-ci résulte du lancement du Prozac® à la fin des années 80 aux États-Unis et en 1994 en France, à la suite de la traduction du livre de Peter Kramer, *Prozac : Le bonheur sur ordonnance ?*¹³. Cette molécule possède une double caractéristique : sa prescription est beaucoup plus simple que celle des antidépresseurs classiques car elle n'a qu'un dosage, elle est donc un produit idéal pour la médecine générale ; les effets secondaires - souvent importants - des antidépresseurs (bouche sèche, tremblements, constipations, nausées, etc.) sont fortement réduits. Réduction des effets secondaires, là est le point central : le confort de ces médicaments a (ou aurait) pour conséquence d'entraîner des prescriptions abusives et des détournements d'usage que ne connaissaient pas les anciens antidépresseurs. Autrement dit, on serait passé d'une prise en charge thérapeutique d'une «authentique» maladie à une gestion à la carte des troubles de l'humeur. Mais qui va décider qu'une personne est «authentiquement» malade ou non ? Qui va décider qu'une souffrance psychique est pathologique, et doit être prise en charge par la médecine, ou normale, et doit être assumée par chacun d'entre nous. Abus et détournements, sans doute, mais par rapport à quels critères ? Nul n'aurait l'idée d'appliquer le qualificatif d'« anesthésiant social» à un antalgique comme l'aspirine, quand bien même ce médicament serait employé pour alléger la plus petite douleur physique, parce que l'aspirine (dont la dose létale est pourtant atteinte beaucoup plus rapidement qu'avec les tranquillisants) ne met pas en jeu le dualisme corps/esprit. La question du sociologue ou de l'historien n'est donc pas d'élaborer les critères définissant une authentique pathologie mentale (cette question doit être débattue par les cliniciens), mais de saisir les transformations des significations de ladite pathologie.

Or, la notion de dépression a connu une extension massive depuis l'invention des antidépresseurs. En effet, jusqu'à cette époque la dépression est un trouble grave de l'humeur caractérisée par une perte globale d'élan vital et qui ne peut être soignée que par

une cure d'électro-chocs (découverts en 1938 en Italie, elles se généralisent à partir de 1940 en France) nécessitant, parce que risqués, une hospitalisation. L'invention des antidépresseurs, en diminuant les risques associés aux traitements classiques, a permis la prise en charge de la dépression en ambulatoire, puis (par un jeu de dominos qui reste à décrire) une extension progressive de la dépression vers des symptômes moins handicapants. Autrement dit, on a assisté à un démembrement de la dépression qui se décline de la mélancolie (gravissime) au «trouble dysphorique prémenstruel» (humeur dépressive répétée avant chaque cycle menstruel). Parallèlement, la psychiatrie s'est progressivement souciée de façon croissante de cette pathologie de l'humeur parmi des catégories d'âge (dépression de l'enfant, dépression du sujet âgé) ou dans le cadre de maladies organiques (dépression et douleurs chroniques, dépression et cancer, etc.).

En conséquence, la notion de maladie s'est trouvée relativisée en même temps que le terme de dépression s'est mis à définir des situations psychopathologiques et de souffrance psychique fort disparates. Une des raisons qui a contribué à la transformation de la dépression en attracteur est la difficulté à la définir. Cette difficulté a été le point d'appui à son expansion. Trois textes publiés chacun à une dizaine d'années d'intervalle sont significatifs de cette difficulté. Dans un article publié en 1978 sur la biochimie de la dépression, le Dr Moussaoui écrit : « Introduit au début du siècle pour remplacer la mélancolie, le mot dépression est un terme générique vague, recouvrant une multitude de syndromes qu'on peut classer selon la sémiologie, l'évolution, la génétique, la biochimie et la réponse aux diverses thérapeutiques. Chacun de ces groupes peut être divisé sans correspondre pour autant au découpage du groupe suivant. L'hétérogénéité du concept de dépression explique dans une certaine mesure l'hétérogénéité et les contradictions des résultats [des traitements et des études] »¹⁴. « Même dans la langue médicale, écrit le Pr Tatossian en 1985, ce n'est que tardivement que le mot a pris son sens actuel et qu'un regroupement de l'ensemble des humeurs tristes comme «états dépressifs» est devenu possible. [...] Jusqu'avant la seconde guerre mondiale, les traités et les manuels tendent plutôt à utiliser le mot *mélancolie* assorti d'épithètes péjorantes ou adoucissantes et à faire de la dépression une caractéristique de l'activité intellectuelle ou motrice et surtout une caractéristique quantitative et non qualitative »¹⁵. En introduisant un symposium sur «Les nouveaux champs de la dépression» organisé par l'entreprise pharmaceutique Lilly France en 1995, le Pr Scotto écrit : « Le concept de dépression demeure flou. Et reste valable la formule selon laquelle nous savons de mieux en mieux traiter ... mais de moins en moins ce que nous traitons »¹⁶. La psychiatrie contemporaine se trouve ainsi dans la situation paradoxale d'être dans le consensus sur le flou ou l'hétérogénéité de la pathologie et l'incertitude sur l'objet du soin¹⁷.

La raison profonde des polémiques que le Prozac[®] entraîne vient du fait qu'il fait tenir ensemble un espoir et une peur. Le Prozac[®] est une magie blanche, parce qu'il incarne l'espoir (à la fois démesuré et compréhensible) de se débarrasser de la souffrance psychique. Il est simultanément, et pour cette raison même, une magie noire, parce qu'il incarne la possibilité illimitée d'usiner son intérieur mental, possibilité qui n'existait ni avec l'héroïne - trop dangereuse - ni avec les anciens antidépresseurs - dont les

effets secondaires sont supposés être suffisamment handicapants pour que le patient veuille arrêter le traitement aussitôt l'amélioration ou la cessation des symptômes atteintes. On est donc dans une période où l'artificialisation de l'esprit devient une question très concrète. En effet, la nouvelle génération d'antidépresseurs, dont le Prozac® est l'avant-garde¹⁸, étend à toute la société les craintes que les drogues suscitent depuis bien longtemps¹⁹. Les fantasmes collectifs et les polémiques confuses qui les accompagnent indiquent que les médicaments psychotropes sont sortis d'un consensus thérapeutique - hors du champ des psychoses, du moins. On oscille entre apologie et dénonciation, ne voyant pas qu'il y a, dans cette affaire, des enjeux anthropologiques qui surgissent de l'effritement de la frontière normal/pathologique. Cet effritement a une conséquence qui fait comprendre les raisons de l'intensité des polémiques dont les antidépresseurs font désormais l'objet : à partir du moment où un médicament de l'esprit sort de la bipolarité normal/pathologique permettant de dire qui est malade et qui ne l'est pas, il bascule dans une autre bipolarité qui le redéfinit comme une drogue : artifice/nature. Le médicament psychotrope est désormais entré dans une question que la drogue pose depuis longtemps : quand finit le sujet ? Car certaines drogues sont jusqu'à présent interdites moins en fonction de leur dangerosité que de la peur, si propre aux modernes, de l'homme artificiel (chez les Incas, l'hallucinogène était un moyen de lire son destin). Une société où les gens prennent continuellement des substances psychoactives est une société où l'on ne sait plus *qui est qui*. L'enjeu anthropologique du psychotrope *aujourd'hui* est l'institution de la subjectivité, car les possibilités accrues d'artificialisation de l'esprit conduisent à l'interrogation sur les limites de l'humanité. La polarisation pour/contre ne permet ni de prendre la mesure de la complexité des problèmes ni d'avancer dans les démarches réflexives possibles. A partir du moment où la modification de l'humeur n'est plus ancrée sur le socle confortable (même s'il était confus) de la pathologie, à partir du moment où nous ne sommes plus sûrs qu'il s'agisse de guérison, nous sommes en quelque sorte contraints par nos «institutions de sens»²⁰ à penser en termes de drogues. Il n'y a pas d'autre statut sémantique possible pour une substance qui agit sur le système nerveux central en modifiant l'humeur que celui d'une drogue ou d'un médicament - c'est bien une question de «grammaire». C'est pourquoi nous ne savons plus aujourd'hui ce que soignent les médicaments psychotropes et que nous avons tendance à les confondre - parfois, du moins - avec des drogues.

Double effritement donc : permis/défendu, du côté des drogues, normal/pathologique, du côté des médicaments psychotropes. Dans un cas comme dans l'autre, on ne reviendra pas en arrière. Dans ce dossier embrouillé, ce livre espère élaborer quelques pistes de réflexion permettant de mieux sérier des politiques de régulation dans ces deux domaines en les confrontant.

* CETSAH (EHESS/CNRS)

¹ Rapport du Conseil national du sida, 1993 (dans ce rapport la recommandation est implicite). *Livre blanc* de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie, 1994, Rapport du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie, 1994, R. Henrion, *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, 1995.

² F. Trovero, S. Pirot, J.P. Tassin, in : *Drogues et toxicomanies*, Nathan, 1993.

-
- ³ Voir, en particulier, un classique : N. Zinberg, *Drug, Set and Setting*, Yale U.P., 1984.
- ⁴ Ce séminaire s'est tenu d'octobre 1995 à mars 1996. Il fait suite à la publication du séminaire 1994-1995 : A. Ehrenberg (dir.), *Vivre avec les drogues - Régulations, politiques, marchés, usages. Communications*, n° 62, avril 1996.
- ⁵ J.J. Deglon, «Dépression et héroïnomanie», *Psychologie médicale*, 16, 5, 1984, p. 793.
- ⁶ D. Bailly, «Recherche épidémiologique, troubles du comportement alimentaire et conduites de dépendance», *L'Encéphale*, XIX, 1993, p. 290.
- ⁷ Sur ce point, voir J. P. Peter, *De La douleur - Observations sur les attitudes de la médecine prémoderne envers la douleur*, Quai Voltaire, 1993 et R. Rey, *Histoire de la douleur*, La Découverte, 1993.
- ⁸ C'est ce que vient de montrer un ouvrage des plus documentés : L. Murard et P. Zylberman, *L'Hygiène dans la République - La santé publique en France ou l'utopie contrariée (1970-1918)*, Paris, Fayard, 1996. Les auteurs démontrent avec une précision impressionnante les raisons pour lesquelles, malgré un contexte médical et scientifique favorables, l'Etat français s'est trouvé en permanence incapable de mettre en œuvre des politiques de santé publique. D'où des taux de mortalité, en matière de tuberculose particulièrement, très supérieure à la moyenne européenne. Pour une vue d'ensemble sur la façon dont le risque VIH a pâti de cette situation, voir A. Morelle, *La Défaite de la santé publique*, Paris, Flammarion, 1996. Pour une étude de cas sur la genèse de la politique de dépistage du VIH, voir M. Setbon, *Pouvoirs contre sida*, Seuil, 1993.
- ⁹ E. Zarifian, *Le Prix du bien-être*, Odile Jacob, 1996. Ce livre est tiré d'un rapport commandé par Simone Veil en 1993, à l'époque ministre des Affaires sociales.
- ¹⁰ Il faudrait développer les recherches qualitatives sur les pratiques des médicaments psychotropes afin de mieux saisir leurs significations pour ceux qui en consomment. Sur les benzodiazépines chez les femmes, voir l'excellente enquête de J. Haafkens, *Rituals of Silence - Long Term Tranquilizers Use by Women in the Netherlands - A Social Case Study*, Université d'Amsterdam, 1997. Sur les usages des antidépresseurs, la seule recherche sociologique est, à ma connaissance, celle de David Karp : « Taking anti-depressant medications : resistance, trial commitment, conversion, disenchantment », *Qualitative Sociology*, vol. 16, n° 4, 1993. L'analyse est assez décevante car elle débouche sur l'éternelle critique de la médicalisation du mal-être et fait une apologie du *self-help*. D'un point de vue sociologique, la critique me semble un peu courte. En revanche, il serait nécessaire que les psychiatres débattent de cette question - ce qu'ils font trop peu - pour éclairer un peu mieux l'opinion sur leurs conflits. Du point de vue de l'efficacité thérapeutique, l'industrie du *self-help*, qui est démesurée aux États-Unis, n'est pas en meilleur état que les chimiothérapies. Voir S. Peele, *Diseasing of America - Addiction treatments out of Control*, Lexington Book. L'auteur, qui a été au cours des années 70, un des principaux promoteurs du thème des nouvelles addictions, n'a pas de mot assez durs sur le *self-help* : qu'il s'agisse d'héroïne, d'obésité, de désordres alimentaires, de tabagisme ou d'alcoolisme, la plupart des gens s'en sortent seul - les thérapies sont, au mieux, un plus.
- ¹¹ Le raisonnement de cette étude souvent citée (A. Le Pape et T. Lecomte, *Aspects socio-économiques de la dépression - Evolution 1980-81 / 1991-92*, CREDES, 1996) relève parfois du sophisme : le déprimé a plus de maladies que le non déprimé. Sans doute, mais le simple bon sens permet d'affirmer qu'il n'y a rien de plus normal que de se sentir déprimé quand on a un cancer ou une maladie cardiovasculaire.
- ¹² Une analyse comparée des controverses française et américaine montrerait que chacune d'entre elle se déroule à l'intérieur de sa tradition philosophique. La controverse française se situe dans la tradition de la métaphysique du sujet (pour qu'une société existe, il faut limiter les penchants naturels de l'individu) dont on craint que l'autonomie ne disparaisse dans une drogue. La controverse américaine est plutôt de type utilitariste : l'argument s'est centré au niveau des conséquences négatives pour l'individu (suicides, impulsions violentes, meurtres).
- ¹³ First, Paris, 1994. Les effets idéaux décrits dans l'ouvrage (se sentir « mieux que bien ») ne concernent sans doute qu'une partie minoritaire des patients. Pour quelques réflexions sur les enjeux de ces nouvelles molécules, voir A. Ehrenberg, *L'Individu incertain*, Calmann-Lévy, 1991, rééd. hachette-Pluriel, 1996, p. 141-163. Le livre de Kramer n'est d'ailleurs pas, contrairement à la présentation qui en a été faite par la presse française, une simple apologie du Prozac, mais une réflexion sur « les implications d'un produit amenant une personne à être plus aimée, plus riche et moins contrainte, parce que sa personnalité correspond davantage à l'idéal de la société », p. 369. Comme le précise Kramer dans la postface à la réédition américaine de 1997, mon livre « voulait dire quelque chose au sujet du Soi qu'une telle société entretient et exige. [...] Ainsi, on pourrait aussi bien dire que le produit au sujet duquel j'écrivais était le

Soi, la façon dont nous le faisons ou le refaisons à la fin du XXe siècle », *Listening to Prozac*, Viking, 1997, p. 316.

14 D. Moussaoui, «Biochimie de la dépression - Analyse de la littérature», *L'Encéphale*, n°4, 1978, p. 212.

15 A. Tatossian, «Les pratiques de la dépression : étude critique», *Psychiatrie française*, mai 1985, p. 264. Souligné par l'auteur.

16 J.C. Scotto, «Editorial», *L'Encéphale*, XXII, n° spécial I, mai 1996, p. 1.

17 L'histoire de la dépression est bien entendu beaucoup plus complexe. Je me contente ici de quelques remarques extraites d'une recherche en cours sur l'histoire contemporaine de la dépression.

18 Cinq molécules sont actuellement sur le marché en Occident, et une quinzaine seraient en préparation.

19 Cette tension s'exprime dans une phrase publicitaire que l'on trouve sur la première de couverture du livre de Ronald R. Fieve, *Prozac - Questions/réponses*, Marabout, 1994 : «médicament-miracle ou superdrogue ?». Précisément, un médicament miracle *est*, du moins si c'est un psychotrope, une super drogue. La perfection proclamée de la molécule rend des plus incertains la frontière entre les deux.

20 V. Descombes, *Les Institutions de sens*, Paris, Minuit, 1996.

CHAPITRE 1

ECONOMIE DE LA DEPRESSION

Claude Le Pen*

La dépression est devenue en France un tel sujet de controverses qu'il est risqué au non-psychiatre de s'y aventurer. C'est un paradoxe puisque les questions économiques occupent le premier plan d'un débat qui trouve son origine dans la forte consommation nationale de produits psychotropes et d'antidépresseurs.

La recherche des responsabilités tend parfois à l'emporter sur l'analyse et on accusera pêle-mêle la mauvaise formation des médecins, notamment des généralistes, le laxisme des autorités de tutelle, les compromissions des experts et surtout la pression commerciale des firmes pharmaceutiques. Cette remise en cause est large et va jusqu'à toucher la pertinence des catégories diagnostiques et des instruments de mesure épidémiologiques. Mis le plus souvent au point dans le cadre de la recherche clinique, ceux-ci sont en effet censés biaiser la prise en charge thérapeutique vers les traitements pharmacologiques. Dans cette querelle, l'économiste est à l'évidence mal à l'aise. Obligé d'emprunter à la médecine et à l'épidémiologie ses catégories et classifications, il se trouve désarmé lorsque celles-ci sont contestées. Par ailleurs son projet peut être suspecté : montre-t-il que la dépression coûte cher à la société et on le soupçonnera volontiers de dramatiser la situation pour en justifier la prise en charge médicale. Tente-t-il au contraire de relativiser l'importance économique de la dépression, c'est l'accusation de minimisation du problème qu'il encourt.

Pour naviguer entre ces écueils, nous avons adopté un parti pris pragmatique : que dit la très large littérature internationale de la socio-économie de la dépression ? Plus précisément nous ferons la synthèse des travaux qui répondent à deux questions : Combien y a-t-il de déprimés ? Quels sont les coûts économiques de la dépression ? Nous pourrions alors nous interroger sur les spécificités françaises en matière de médicaments psychotropes.

Les bases épidémiologiques : des déprimés de plus en plus nombreux ?

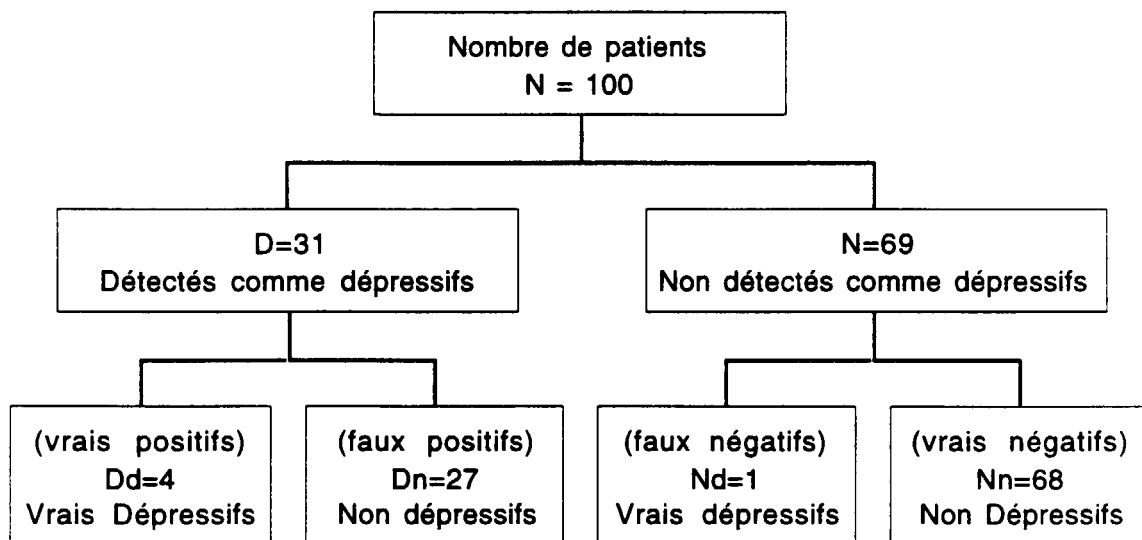
Les difficultés de la mesure

Il est difficile de compter les déprimés en raison de la définition même de la pathologie, de la variété de ses manifestations cliniques, de la divergence des instruments de mesure. Les chiffres sont nécessairement approximatifs et conventionnels. Ce caractère conventionnel n'est pas en soi un problème : il existe dans de nombreux autres domaines. Les seuils de tension artérielle qui définissent une hypertension artérielle pathologique sont eux-mêmes conventionnels. C'est en revanche le manque de consensus

sur ces conventions, en France particulièrement, qui soulève bien des difficultés et ouvre la porte à des polémiques.

Certains travaux, par exemple ceux fondés sur l'enquête décennale du CREDES (Le Pape et Lecomte) ont recours à une notion de morbidité déclarée. C'est souvent le cas des enquêtes portant en population générale sur un grand nombre de sujets car il est difficile de mener sur chacun d'eux une investigation clinique approfondie. Les résultats sont alors nécessairement entachés d'une certaine imprécision. On s'accorde à tenir comme préférable le recours à la technique des entretiens structurés fondés sur des questionnaires élaborés scientifiquement utilisant des définitions précises de la pathologie et ayant fait l'objet de validations statistiques. Mais les instruments possibles sont nombreux et leur performance très perfectible. Mulrow et al. (1995) ont récemment publié une intéressante analyse de 9 d'entre eux¹. Ils concluent qu'aucun instrument ne domine véritablement les autres et que leur sensibilité et leur spécificité moyennes sont respectivement de 80 % et de 72 %. Avec de tels chiffres, en supposant une incidence «vraie» de 5 %, pour 100 patients examinés, 4 patients «vrais» déprimés sur 5 sont détectés. En revanche 27 patients détectés comme déprimés ne le sont pas «vraiment» (figure 1).

Figure 1 : La valeur prédictive des instruments diagnostics de la dépression



L'appréciation de cette performance diffère selon que l'on se place du point de vue du clinicien ou de celui de l'épidémiologiste. Du point de vue du clinicien (qui est celui des auteurs), l'important est de ne pas passer à côté d'un cas. Les résultats sont alors jugés bons, car supérieurs à l'impression clinique subjective, et les auteurs en recommandent l'usage. Pour l'épidémiologiste en revanche, il s'agit de compter les malades. Les performances sont alors médiocres puisqu'il peut conclure sur la base du test à une prévalence de la dépression de 31 % alors qu'elle n'est en réalité que de 5 %. Il faut

donc utiliser ces instruments avec précaution, sachant qu'ils peuvent induire des biais de surestimation.

Les chiffres

C'est donc en gardant en tête ces limites que l'on peut parcourir quelques sources épidémiologiques en population générale pour la France.

Le CREDES dispose de deux instruments d'observation : L'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) est une enquête annuelle sur les assurés sociaux du régime général qui a débuté en 1988. La pathologie est auto-déclarée. Sur les données poolées des 4 années 1988-91 (soit 30.979 personnes) la prévalence de la dépression est de 4.3 %, soit 2.2 % pour les hommes et 6.2 % pour les femmes. L'Enquête Décennale couvre un échantillon plus vaste de la population. Elle comporte également des questions de morbidité déclarée ainsi que des données complètes de recours aux soins. Une exploitation pour la dépression de cette enquête, dont la dernière réalisation remonte à 1991, a récemment été publiée (Le Pape et Lecomte, 1995). La prévalence de la dépression est très voisine de l'ESPS : 4.7 %, pour la population totale (enfants inclus), dont 2.6 % pour les hommes et 6.7 pour les femmes. Ramenés à la population totale, ces chiffres donnent une estimation de 2.7 millions de personnes déprimées environ.

Récemment a été publiée une enquête menée en population générale sur 78.000 personnes dans 6 pays européens (Belgique, France, Allemagne, Pays-Bas, Espagne, Royaume-Uni). L'intérêt de ce travail est essentiellement comparatif avec l'utilisation d'un même instrument diagnostic, le MINI, et d'un même algorithme de classification des patients en trois catégories : dépression majeure, dépression mineure, symptômes dépressifs. La prévalence moyenne sur 6 mois de la dépression majeure est de 7 % de la population adulte. Elle diffère de manière importante selon les pays, se situant entre 4 % en Allemagne et 9.9 % au Royaume-Uni. Pour la France, les taux de prévalence sur 6 mois sont de 9.1 % pour la dépression majeure, 1.7 % pour la dépression mineure et 11.6 % pour les symptômes dépressifs, ce qui semble élevé.

On retrouve dans cette enquête des corrélations bien connues. La fréquence des troubles (dépression majeure) est deux fois plus élevée chez la femme (12.2 %) que chez l'homme (5.9 %). Elle augmente avec *l'âge* avec un saut dans la fréquence des troubles à partir de 50 ans. Elle dépend de *l'habitat* : 11 % dans les villes de plus de 100 000 habitants contre 8 % pour les communes de moins de 100.000 habitants. Elle est plus forte dans le Nord et la région méditerranéenne (11 %) et plus faible en banlieue parisienne (7 %). Elle est inversement corrélée *aux revenus* : 15 % dans la tranche de revenus mensuels 1500-2 000, 1 % dans la tranche plus de 30.000 F. Elle dépend enfin de *la situation familiale* : les personnes veuves, divorcées, séparées sont plus enclines à la dépression majeure (13 %) que les personnes mariées (5 %).

De manière générale, la sous-activité et le chômage apparaissent fortement dépressiogènes : dans l'enquête décennale du CREDES, la prévalence de la dépression

est de 7.7 % parmi les chômeurs contre 4.5 % pour les personnes actives (population de 17 ans et plus). L'écart est particulièrement sensible chez les hommes (5.2 % contre 2.6 %).

Les études menées dans des populations de consultants de médecine générale sont plus fréquentes, que ce soit au Royaume-Uni, aux États-Unis, avec notamment le célèbre programme «*Epidémiologique Catchment Area*» (ECA) du *National Institute of Mental Health* (Crum et al) ou en France (Lépine, 1985, Lecrubier, 1990). Ces travaux donnent des prévalences supérieures à celles des études en population générale. Selon l'enquête épidémiologique de l'OMS (1994) sur les troubles psychiatriques, menée avec des interviews structurés dans 15 centres de santé primaire répartis dans 14 pays, la prévalence des troubles mentaux est de 20.3 %, dont 10.4 % pour la seule dépression qui est le diagnostic psychiatrique le plus fréquent avec l'anxiété généralisée (7.9 %). Pour le centre parisien de cette étude, les chiffres sont de 31.2 % pour les principaux troubles mentaux (nomenclature CIM-10), la dépression courante comptant pour 13.7 %.

Une prévalence en augmentation

Une caractéristique de la dépression est que sa prévalence semble augmenter dans le temps. Les deux enquêtes du CREDES donnent de ce point de vue des résultats concordants (tableau 1). Ramenée aux chiffres de la population totale, l'augmentation des taux de prévalence correspond à une croissance du nombre de déprimés de 1 million environ en 10 ans.

Tableau 1 : La prévalence de la dépression selon les enquêtes du CREDES

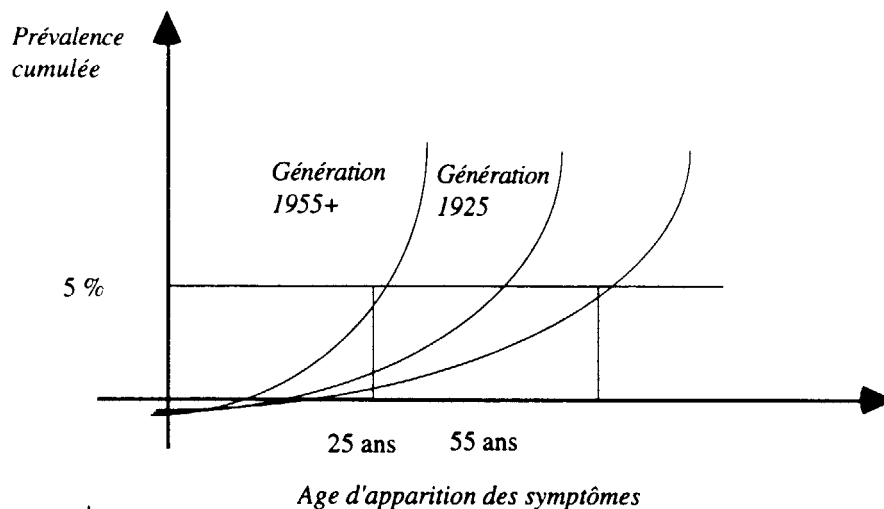
	ESPS-1980	ESPS-1991	ED - 1981	ED - 1991
Hommes	1.6	2.6	1.6	2.2
Femmes	4.5	6.7	4.5	6.2
Total	3.1	4.7	3.1	4.3

Note : ESPS : Enquête sur la Santé et la Protection Sociale

ED : Enquête décennale.

Les travaux épidémiologiques du *Cross-National Collaborative Group* (1992) menés sur 9 sites répartis dans le monde (dont les 5 sites américains de l'étude ECA et un site en France²) confirment cette tendance. L'étude utilise des modèles statistiques multivariés pour décomposer les taux d'incidence de la pathologie en trois facteurs imputables à l'âge, à l'époque, à la cohorte. Il ressort de ces analyses un âge plus précoce d'apparition des troubles et une prévalence croissante dans les générations les plus jeunes. Ainsi, pour le site parisien, la prévalence cumulée à 25 ans pour la cohorte la plus jeune (née en 1955) est plus élevée que la prévalence à 55 ans pour la cohorte née avant 1925 (Figure 2).

Figure 2 : L'effet génération selon l'étude du *Cross National Collaborative Group*



Les méthodes de calcul du coût de la dépression

Le coût économique et social de la dépression constitue le sujet de nombreuses publications. Ces travaux distinguent très classiquement les *coûts directs* c'est-à-dire les dépenses médicales (consultations et visites, pharmacie, hospitalisation, etc.) et les *coûts indirects* c'est-à-dire les coûts non médicaux comme la perte de vies humaines (mortalité), les pertes de revenus dues à l'absentéisme au travail, le coût des ressources sociales, la dégradation de la qualité de vie, la charge familiale (McFarlane, 1994). La plupart des travaux s'attache exclusivement aux coûts directs. Quelques uns (Greenberg) tentent des valorisation des coûts indirects.

Les coûts directs

En ce qui concerne les coûts directs on trouve schématiquement deux types d'approches. La première, dite «macro-économique», s'appuie sur des données nationales de recours aux soins issues d'enquêtes de morbidité hospitalière, de statistiques de consultations et visites médicales, de chiffres de consommation pharmaceutique. Ces données sont le plus souvent ventilées par diagnostic³. Elles sont ensuite valorisées à l'aide de prix unitaires qui peuvent être de «vrais» prix observés sur un marché ou, plus fréquemment, des tarifs, c'est-à-dire des prix administrés. Bien qu'on mette parfois en doute la validité économique, les tarifs sont souvent les seules données utilisables dans les pays où les prix de marché sont peu nombreux. Cette approche a été utilisée par Stoudemire *et al.* en 1986 sur des données américaines relatives à l'année 1980, dont les résultats ont été étendus et actualisés par Greenberg *et al.* en 1993 sur des données de 1990. C'est également une approche de ce type qu'utilisent les travaux de Kind et Sorensen en 1993 et

de Jönsson et Bebbington (1993) portant sur la Grande-Bretagne (Angleterre et Pays de Galles).

L'approche «micro-économique» part d'une observation directe de la consommation médicale d'un échantillon de patients déprimés. L'identification diagnostique des patients est alors plus précise, même si certaines études ont recours à une notion de morbidité déclarée. Ces travaux fournissent en général de bonnes estimations du coût par patient déprimé sur une période donnée. L'étude de Simon et al. (1995) auprès de 2 110 adhérents d'un HMO (Health Maintenance Organisation) américain est un exemple de cette méthodologie. Elle compare le coût de 66 patients présentant un état dépressif majeur, une dysthymie ou un état d'anxiété généralisée (au sens de la DSMIII-R)⁴ à celui de 56 patients présentant un profil pathologique subclinique et à celui de 181 patients ni dépressifs ni anxieux. Très précise dans l'évaluation des patients et comportant un suivi de 6 mois, cette étude ne donne cependant ni la séparation des coûts entre les diagnostic de dépression et d'anxiété généralisée, ni une décomposition des coûts par nature.

L'étude CREDES de Le Pape et Lecomte utilise les données de l'enquête décennale sur les soins médicaux de 1990-91. Cette enquête comporte un diagnostic déclaré et des données de consommation en unités et en valeur sur 3 mois. Plus précise dans l'analyse des coûts que la précédente, cette étude l'est moins dans l'identification des diagnostics. En revanche, ce travail comporte une intéressante comparaison avec les données de l'enquête de 1981.

Pour obtenir une estimation du coût de la dépression à partir de ces études «micro», il faut extrapoler les coûts individuels à l'ensemble de la population des déprimés en utilisant des données de prévalence. Nous présentons plus bas une telle estimation pour la France fondée sur les données du CREDES.

Les coûts indirects

De nombreuses études attestent de l'ampleur des coûts indirects de la dépression. Mintz et al (1992), par exemple, ont analysé les données poolées de 10 essais cliniques sur la dépression incluant un total de 827 patients. A leur entrée dans les essais, 11 % des patients étaient au chômage et 44 % avaient des difficultés avec leur emploi, qu'il s'agisse d'absentéisme fréquent, de baisse de productivité ou de problèmes relationnels.

Toutefois, valoriser ces difficultés n'est pas facile et certains travaux évitent l'exercice. En fait, trois options sont possibles : l'absence de prise en considération des coûts indirects. C'est en général le cas des études «micro» de consommation médicale (Simon, Paris et Lecomte) ; la valorisation totale qui est l'option extrême retenue par exemple par Greenberg ; la valorisation partielle, certains coûts (les pertes de productivité) étant valorisés et non les autres (notamment la mortalité). C'est l'option choisie par Kind. C'est celle que nous retiendrons également.

Greenberg et al. incluent dans leur calcul le coût de la mortalité définie comme le nombre de suicides attribuables à la dépression multiplié par la valeur des vies perdues, le coût de l'absentéisme au travail, obtenu par le produit du nombre de déprimés, de la durée moyenne de l'absentéisme et du salaire moyen, ainsi que le coût de la réduction des capacités productives des personnes déprimées qui continuent à travailler à un rythme supposé réduit. Ces deux derniers coûts sont présentés comme les coûts de la morbidité.

Pour mener leur travail, les auteurs doivent faire de très nombreuses hypothèses. Ils supposent ainsi que 60 % des suicides sont dus à la dépression (soit 15 000 décès masculins et 3 400 décès féminins) ; que la valeur des vies perdues est égale à la valeur capitalisée des revenus futurs actualisés (revenus qui auraient dus être perçus sur le reste de la vie) ; que le salaire médian mesure la valeur de la capacité normale de travail ; que la dépression fait perdre 33 jours de travail aux patients traités et 60 à ceux qui ne le sont pas ; que le reste du temps (soit 51 jours pour les patients traités et 66 jours pour ceux qui ne le sont pas⁵) les patients déprimés ont des capacités de travail réduites ; que les patients dysthymiques ont en permanence une capacité de travail réduite ; que la réduction de capacité de travail durant l'épisode dépressif est de 20 % ; que le taux d'actualisation est de 6 %. Sous toutes ces hypothèses ils estiment à 30.5 milliards de dollars environ, le total des coûts indirects soit 7.5 milliards de dollars pour le coût des suicides, 11 milliards de dollars pour les pertes de production, et 12 milliards de dollars pour la valeur de la production réduite.

Ce type de calcul suscite des critiques d'ordre théorique qu'il n'y a pas lieu de développer ici. On notera seulement que la multiplicité des hypothèses, plus ou moins bien justifiées, rend très fragile ce type d'estimation. Une option courante, pour éviter ces critiques, consiste à valoriser les postes de coûts indirects pour lesquels la procédure reste admissible (notamment l'absentéisme) mais pas ceux pour lesquelles les hypothèses apparaissent trop fortes (la mortalité ou la perte de qualité de vie). Kind par exemple estime que 50 % des déprimés ont 12 semaines de sous-activité par an, 30 %, 18 semaines et 20 %, 9 mois. Soit un absentéisme moyen annuel de 134 jours estimé à 3 milliards de livres. Il ne valorise pas en revanche les 2 240 suicides attribuables à la dépression ni les 330 suicides par antidépresseurs⁶.

Le coût de la dépression en France

Le coût direct

Partant des données du CREDES pour la France (prévalence et coûts unitaires), on peut obtenir une estimation du coût direct de la dépression pour la France en 1991. Il suffit pour cela de multiplier la consommation moyenne annuelle par déprimé déclaré (3 150 F environ) par la prévalence de cette dépression déclarée (2.7 millions de personnes environ). On obtient ainsi une estimation globale de 8.5 milliards de francs environ (tableau 2).

**Tableau 2 : Le coût de la dépression en France en 1980 et 1991
(aux prix de 1991)**

	1980 (prix de 91)	1991	D
Population totale	53 880 000	57 055 000	+6 %
Prévalence dépression	3.1 %	4.7 %	
Nombre de déprimés	1 670 000	2 682 000	+60 %
Coût par déprimé consommateur	4 774.12 F	4 083.36 F	-15 %
<i>Ambulatoire</i>	4 724.1 F	7 496.8 F	+59 %
<i>Hospitalisation</i>	94 022.2 F	90 756.32 F	-4 %
Déprimés consommateurs (%)	64.1 %	77.1 %	
Consommation par déprimé	3 060.21 F	3 148.27 F	+3 %
Coût total (milliers de francs)	5 111 000 F	8 444 000 F	+65 %

Actualisé aux prix de 1991, le coût total n'était que de 5 milliards de francs en 1980, soit une augmentation à prix constants de 65 %. Elle résulte d'une augmentation de la prévalence de la dépression (+60 %), d'une augmentation du nombre de patients consommant des soins pour la dépression (+20 %) et d'une diminution du coût unitaire du déprimé consommateur (-15 %). Cette dernière s'explique elle-même par l'augmentation des traitements ambulatoires et la baisse des traitements hospitaliers. Il serait tentant de justifier l'un par l'autre : la plus grande efficacité des traitements ambulatoires entraînerait une baisse du recours à l'hospitalisation. Une explication plus réaliste tient sans doute à l'augmentation de la prévalence chez des patients déprimés légers qui s'avouent plus volontiers comme tels qu'il y a dix ans. Soumis à une prise en charge plus légère et rarement hospitalisés, ces «nouveaux» patients auraient tendance à faire baisser le coût moyen.

Une comparaison avec la Grande-Bretagne et les États-Unis

Le tableau 3 suivant confronte notre estimation à celles obtenues aux États-Unis et en Grande-Bretagne (Angleterre et Pays de Galles).

**Tableau 3 : Le coût direct de la dépression
(Etats-Unis, France, Grande-Bretagne)**

	<i>USA</i>	<i>Gde-Bret.</i>	<i>Gde-Bret.</i>	<i>France</i>
Auteur	Greenberg	Jönsson	Kind	D'après CREDES
Année	1993	1993	1993	1991
Unité	x10 ⁶ US \$	x10 ³ £	x10 ³ £	x10 ⁶ FF
Pathologie couverte	EDM, troubles bipolaires, dysthymie	Codes 299 et 311 de la CIM-9	dépression	dépression déclarée
Soins ambulatoires	2 900	80 600	192 000	3 711
<i>Médecins</i>				2 170
<i>Généralistes</i>		62 400	126 400	
<i>Psychiatres</i>		8 900	9 100	
<i>Autres</i>		9 300	56 500	541
Pharmacie	1 200	48 000	47 300	2 180
Hospitalisation	8 300	93 800	177 300	3 550
<i>Général</i>			11 800	
<i>Psychiatrique</i>			165 500	
Total	12 400	222 400	416 600	8 441

Code 299 : - Code 311 : Troubles dépressifs.

Les estimations françaises et américaines sont relativement cohérentes. Avec plus de 12 milliards de dollars (soit plus de 67 milliards de francs⁷), le coût de Greenberg est près de 8 fois plus élevé que notre estimation pour la France. Cette différence s'explique par le rapport des populations qui est de 1 à 4.5 et le niveau des coûts unitaires qui sont nettement plus élevés aux États-Unis (environ le double⁸).

Les chiffres anglais sont plus divergents. Ils divergent entre eux d'abord, puisque l'estimation de Kind est presque le double de celle de Jönsson, avec 3 millions de visites de généralistes pour Jönsson contre 6.5 millions pour Kind, et 50 000 admissions hospitalières pour Jönsson contre plus de 84 000 pour Kind. Mais la divergence est également grande avec les chiffres français. Le coût français (8.4 milliards de francs) est en effet supérieur de 130 % à l'estimation britannique la plus forte (3.6 milliards de francs selon Kind⁹).

L'écart s'explique par la prévalence de la pathologie (1.5 millions de personnes au Royaume-Uni contre 2.7 millions en France¹⁰ soit 80 % de plus) et le coût moyen par déprimé : 1900 F environ au Royaume-Uni (£ 222) contre 3 150 F en France (+65 %). Il n'est pas facile d'identifier l'origine de cette dernière différence. Les niveaux de prix

unitaires sont identiques dans les deux pays, voire même légèrement supérieurs en Grande-Bretagne : Kind et Jönsson valorisent entre 150 et 160 F la consultation de généralistes (£ 17 à 18) et à 460 F (£ 53.40) les soins spécialisés. Les coûts des hospitalisations en hôpital général sont également proches : 18 000 F le séjour en Grande-Bretagne (£ 2 077) contre 12 930 F en France¹¹. De même, les durées de séjour en hôpital psychiatrique sont voisines (43 jours pour Kind, 42 jours en France¹²). Finalement la discordance peut venir du prix de journée en hôpital psychiatrique : 530 F environ en Grande-Bretagne (£ 61) contre 1 450 F en France selon les chiffres de la Comptabilité Publique. Il faut savoir qu'en Grande-Bretagne les consultations spécialisées en psychiatrie ont le plus souvent lieu en consultation externe à l'hôpital contrairement à la France où le recours au psychiatre en ville est plus fréquent.

Le coût indirect

Il est difficile d'obtenir une estimation du coût indirect pour la France, non seulement en raison des lacunes méthodologiques, mais aussi en raison du manque de données. L'étude de morbidité déclarée du CREDES comporte peu d'éléments sur les répercussions indirectes de la pathologies. De même, l'épidémiologie des arrêts de travail en France n'est connue qu'à travers une seule source, la cohorte GAZEL d'EDF.

Une étude transversale sur 454 patients français souffrant de dépression (Tollefson et al.) a trouvé un taux d'absentéisme au travail de 38 % correspondant à une durée moyenne pondérée de 40 jours environ par an environ. Selon cette étude, la fréquence de l'absentéisme augmente avec l'intensité de la dépression, l'absentéisme de l'année précédente, le fait de vivre dans des villes de moins de 10.000 habitants, le fait d'être employé, l'existence d'une co-morbidité psychiatrique, le fait de suivre un traitement antidépresseurs (tricycliques), le fait d'avoir des enfants à la maison.

Pour tenter une estimation du coût de l'absentéisme pour la France, nous avons procédé en trois temps. On a d'abord combiné les données de prévalence par âge et sexe de l'étude CREDES (Le Pape et Lecomte) avec les chiffres de la population active de manière à estimer le nombre de patients déprimés actifs : il est de 1 140 000 environ (tableau 4).

Tableau 4: La population active déprimée (1991)

Age	Hommes			Femmes		
	Pop. active (milliers)	Taux dépression	Déprimés actifs	Pop. active (milliers)	Taux dépression	Déprimés actifs
15-24 (*)	1473	0.64 %	9 456	1413	2.05 %	29 034
25-39 (*)	5959	1.71 %	101 739	4683	5.43 %	254 281
40-49	3354	3.70 %	124 098	2467	9.10 %	224 497
50-59	2293	5.40 %	123 822	1599	12.20 %	195 078
60+	463	6.06 %	28 043	358	12.72 %	45 541
Total	13 542		387 158	10 520		748 431

Source des données : Population active : INSEE (Enquête emploi). Prévalence : Paris et Lecomte.

On a ensuite supposé, à partir de Tolfesson, que 38 % des patients bénéficient d'un arrêt de travail de 40 jours en moyenne. Il en résulte une perte de productivité égale à 17 260 000 journées environ. On a enfin classiquement valorisé ces journées au taux de salaire moyen annuel de la Comptabilité Nationale¹³ pour obtenir un coût pour la société de 5.2 milliards de francs environ. Cette estimation est beaucoup plus basse que les 26 milliards de francs (£ 2.9 milliards) de Kind mais, comme nous l'avons vu, celui-ci retient, sans justification, des durées d'arrêt de travail beaucoup plus longues : 134 jours en moyenne.

En se situant dans la perspective plus restreinte de l'Assurance-Maladie et en utilisant comme coût unitaire de la journée perdue le taux d'indemnité journalière¹⁴, on parvient à un coût est de 3.3 milliards de francs environ qui correspond, de manière réaliste, à 9.6 % du total des indemnités journalières de 1991. On limitera à l'absentéisme la valorisation des coûts indirects et on ne donnera pas d'estimation du coût des décès prématurés. Rappelons toutefois que l'on a compté en France environ 12 000 suicides en 1994, dont 7 200 seraient imputables à la dépression si on retient comme Stoudemire, Greenberg et Kind un taux d'imputation de 60 %.

Quelques questions de coût

L'estimation que nous avons donné est conforme aux principes méthodologiques de la littérature. Elle soulève toutefois des remarques méthodologiques. En attachant en effet des valeur monétaires plus ou moins précises à tous les postes de la consommation médicale des patients et en les additionnant, on risque de commettre une double confusion, entre le coût des traitements de la dépression et le coût de la dépression non traitée, d'une part, entre le coût de la dépression et le coût du déprimé, d'autre part.

Le coût de la dépression non traitée

Le coût des traitements de la dépression ne doit pas être confondu avec le coût de la pathologie en elle-même. Un résultat constant des travaux épidémiologiques sur la dépression est en effet le large pourcentage de patients déprimés *non traités*. C'est le fameux problème de la «*reconnaissance*» de la pathologie que l'on peut analyser en trois «*temps*» : 1) La prise de conscience par le patient de la nécessité d'un soin ; 2) La plainte auprès du médecin rarement formulée en des termes psychiatriques ; 3) la détection de la dépression par le médecin, notamment quand le motif de recours au soin n'évoque pas spontanément un trouble psychique.

1. Ainsi dans l'étude DEPRES, seuls un peu plus de la moitié des patients européens (57.1 %) ont consulté un médecin (le plus souvent un généraliste) pour leurs symptômes. En France, le pourcentage moyen est plus élevé : 65.9 %. Il varie en fonction du type de dépression : 60 % environ pour la dépression mineure et la forme sub-clinique ; 75 % pour la dépression majeure. Au total 20 % des déprimés (12 % en

France) ne parleraient de leur état à personne, médecin, ami, famille, etc. L'enquête du CREDES (enquête ESPS) donne un pourcentage de déprimés ayant recours aux soins médicaux pour la dépression de 75 % environ.

2. Lorsqu'ils consultent, la plainte des patients déprimés est le plus souvent de nature somatique : asthénie, fièvres, maux de tête, douleurs abdominales, etc. Schurman et al. (1985) ont ainsi montré à propos de 90 000 patients traités pour troubles mentaux que la plainte initiale était exclusivement somatique dans plus de 72 % des cas.

3. Enfin, la capacité de «reconnaissance» des médecins a été mesurée en confrontant leur diagnostic au résultat d'un entretien structuré. Perez-Stable et al. ont trouvé un taux de concordance de 37.5 % en utilisant le «*Diagnostic Interview Schedule*» (DIS). Sur 265 patients, 70 étaient déprimés au sens du DIS¹⁵ et 25 ont été reconnus comme tels par le médecin. Inversement, 36 patients diagnostiqués comme déprimés ne l'étaient pas au sens du DIS. Ce résultat est reproductible : Coyne et al. obtiennent un taux de détection très voisin (34.9 %) sur un échantillon de 1 580 patients analysés avec d'autres instruments diagnostics, l'échelle dépression du «*Center for Epidemiologic Studies*» (CES-D) et le «*Structured Clinical Interview for DSM-III-R*» (SCID).

Le tableau suivant, issu de l'étude OMS sur 15 centres de soins primaires, croise le diagnostic issu de l'entretien structuré avec celui du médecin. Dans 22 % des cas, un patient dépressif au sens de l'entretien est trouvé «normal» par le médecin. Inversement, le médecin détecte un cas psychiatrique chez un patient classé «sans troubles» dans 13.8 % des cas. Le sujet malade n'est identifié comme présentant un trouble psychique que dans 55.4 % des cas¹⁶.

Tableau 5 : Reconnaissance de la dépression selon l'enquête OMS

	<i>Diagnostic selon entretien structuré</i>		
	Pas de troubles	Dépression	Diagnostic CIM-10
<i>Sévérité du trouble selon le médecin</i>			
• Normal	64.5 %	22.0 %	23.9 %
• Quelques symptômes	21.7 %	22.6 %	24.6 %
• Cas léger	10.3 %	26.3 %	25.7 %
• Cas moyen	3.1 %	22.5 %	20.6 %
• Cas sévère	0.4 %	6.6 %	5.2 %
Total	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Non traitée comme telle, la dépression a néanmoins un coût : un coût direct, notamment celui des traitements des troubles somatiques, et surtout un coût indirect : le coût des

suicides et des tentatives de suicides, le coût de la perte de qualité de vie, le coût des soucis et désagréments imposés à l'entourage, etc.

Certaines études ont tenté de mesurer ce coût du non-traitement. Shaw et Creed ont montré sur un petit échantillon de 52 patients souffrant de troubles psychiques que des investigations cliniques de toute nature précédaient l'envoi à un psychiatre. Ces coûts sont entièrement dus à la recherche d'une cause organique à une plainte elle-même somatique. Plus que le chiffre moyen (286 livres par patient), c'est l'écart qui est important : entre 25 et 2 300 livres par patient. Il pourrait être très largement réduit par une meilleure reconnaissance de la pathologie et un envoi plus précoce chez le psychiatre. Greenberg et al. estiment que 275 000 hommes-années de travail ont été perdues aux États-Unis en 1990 du fait de la maladie dépressive non traitée. Tollfeson et al. rapportent un taux d'absentéisme de 45.3 % pour les patients non traités contre 37 % pour les patients traités.

Pour notre part, nous avons tenté une estimation à partir des données CREDES de Le Pape et Lecomte qui permettent de distinguer la consommation des patients déprimés selon qu'elle est motivée ou non par la dépression (tableau 6).

Tableau 6 : Dépenses des patients traités et non traités pour dépression

	Patients dépressifs traités pour dépression		Patients dépressifs non traités pour dépression		Non dépressifs
	Dépenses dépression	Dépenses autres	Dépenses dépression	Dépenses autres	Total dépenses
Médecin	1 560	2 608	0	2 604	1 400
Pharmacie	1 092	2 740	0	1 308	964
Hospitalisation	90 800	5 352	0	4 288	1 892
Autres	4 840	1 512	0	620	480
Ensemble	4 084	12 212	0	8 820	4 736

Note : Les effectifs sur lesquels sont calculés les chiffres de ce tableau varient selon le poste de coût. En ce qui concerne la première colonne, 498 patients ont consommé des soins de médecins mais 14 seulement ont été hospitalisés. Le chiffre de la ligne "total" correspond à la valeur totale des consommations divisé par le nombre de patients ayant consommé au moins un type de soins, soit dans ce cas 740.

On observe : 1) que les patients déprimés traités pour dépression ont une consommation médicale globalement très forte (près de 4 fois plus élevée que celle des patients non déprimés) ; 2) que la consommation pour d'autres motifs que la dépression est également très élevée : près du triple de la consommation des patients déprimés ; 3) que les patients déprimés non traités pour dépression consomment moins que les patients déprimés traités mais beaucoup plus que les patients non déprimés : leur dépense est environ le double de celle de ces derniers.

La surconsommation des patients déprimés non traités est-elle imputable à la dépression ? S'agit-il du coût de traitement de pathologies somatiques masquant l'état dépressif ? S'agit-il du coût des explorations fonctionnelles destinées à rechercher et à éliminer des causes organiques aux symptômes somatiques invoqués par les patients ? Si oui, il faudrait rajouter au coût de la dépression proprement dit, le surcoût des ces patients soit un total de 2.5 milliards environ¹⁷. Le coût médical direct de la dépression, traitée et non traitée, serait donc de 10.9 milliards environ.

Le coût de l'échec du traitement

De même que le non-traitement, le mauvais traitement a un coût. McCombs et al. ont utilisé les données Medicaid de Californie (Medi-Cal) pour estimer le coût de l'échec du traitement antidépresseur chez 3 664 patients. Seuls 81 patients (8.1 %) répondaient à leur critère de réussite défini comme la capacité à maintenir un traitement à une dose thérapeutique sans changement de produit durant une période de 180 jours au moins¹⁸.

Sont considérés comme étant en situation d'échec les patients qui ont changé 3 fois ou plus de médicament ; pris plus d'un antidépresseur ; interrompu puis repris leur thérapie ; alterné entre des doses thérapeutiques et sub-thérapeutiques ; jamais atteint les doses thérapeutiques ou diagnostiqués comme souffrant d'une psychose affective¹⁹.

Les données de Medi-Cal ont permis de suivre la consommation médicale des patients 6 mois avant et 12 mois après la prescription initiale d'un antidépresseur. Le coût des 296 patients déprimés en échec thérapeutique est supérieur de 1 000 dollars en moyenne à celui des 81 patients traités avec succès. Ces derniers ont en moyenne des coûts ambulatoires (consultations et pharmacie) plus élevés (+109 dollars) mais ils sont compensés par des coûts hospitaliers (-921 \$) et des soins divers (-214 \$) moins élevés.

Coût de la dépression ou coût du déprimé

Le coût total des patients déprimés est très supérieur au coût de la dépression. On sait en effet depuis longtemps que les patients dépressifs ont un état de santé général très dégradé par rapport à celui de la population générale. Une étude célèbre de Wells et al. (1989), menée dans le cadre du projet MOS (Medical Outcomes Study) sur 11 242 personnes, avait montré que les déprimés étaient caractérisés par une condition physique et sociale très inférieure à celle des autres personnes. La santé perçue était moins bonne et la douleur physique supérieure²⁰. Les capacités fonctionnelles générales des patients avec des symptômes dépressifs étaient ainsi égales ou inférieures à celles de patients souffrant de pathologies chroniques somatiques comme le diabète, l'hypertension artérielle, l'arthrose, etc.

Ce mauvais état de santé se reflète dans une consommation médicale nettement supérieure à celle des autres patients. L'enquête décennale du CREDES montre que la consommation médicale totale des déprimés, incluant les soins non directement liés à la dépression, est

égale au triple de la consommation des patients non déprimés : 14 600 F en moyenne contre 4 736 F. (Tableau 7).

Tableau 7 : Dépenses médicales annuelles moyennes

	Déprimés			Non déprimés
	Dépenses dépression	Dépenses autres	Dépenses totales	Dépenses totales
Médecin	808	2 604	3 412	1 400
Pharmacie	812	2 408	3 220	964
Hospitalisation	1 324	5 096	6 420	1 892
Autres	200	1 304	1 504	480
Ensemble	3 144	11 412	14 556	4 736

Représentant moins de 5 % de l'échantillon, les déprimés consomment 15 % des soins médicaux. L'écart est particulièrement grand pour la pharmacie (+230 %) et pour l'hospitalisation (+240 %). Non seulement ces patients sont plus souvent hospitalisés, mais la durée moyenne de séjour est plus longue : 13 jours en moyenne contre 7.3 jours pour les autres hospitalisés. Dans le coût des déprimés, la dépression ne compte que pour un cinquième : 3 144 F pour 14 600 F. en moyenne, soit, en tenant compte de la prévalence, 47.5 milliards de francs au total contre 8.44 milliards pour la seule dépression. Le coût des dépressifs semble s'accroître plus vite que le coût de la dépression puisque leur consommation médicale totale n'était que le double de celles des non déprimés en 1980-81.

Les spécificités françaises

L'économie de la dépression présente indiscutablement une spécificité française liée à la très forte consommation de psychotropes dans notre pays. C'est d'ailleurs la réflexion sur ce sujet qui a récemment conduit à des positions de contestations de l'organisation des soins et de la stratégie des firmes pharmaceutiques (Zarifian, 1996).

Une forte consommation de produits psychotropes

Les comparaisons européennes montrent en effet une consommation d'antidépresseurs (en DDD, «*Defined Daily Dose*», unité permettant les comparaisons internationales de consommation pharmaceutique) égale au double, voire au triple de celle des pays voisins. La dépense par personne-jour est également nettement plus forte (Lecomte et Paris, 1995). Ce phénomène de forte consommation pharmaceutique est général et touche toutes les classes thérapeutiques. Il est cependant accentué pour ce qui est des psychotropes. Au sein donc d'une tendance générale à la surconsommation pharmaceutique qui n'a pas reçue à ce jour d'explication pleinement convaincante, il existe un problème spécifique des psychotropes qui reste lui aussi à expliquer.

Tableau 8 : La consommation française de médicaments psychotropes (1992)

	<i>France</i>	<i>Allemagne</i>	<i>Italie</i>	<i>Royaume- Uni</i>
Unités (DDD/1000 pers/jour)				
Hypnotiques	79.9	17.4	19.7	22.3
Anxiolytiques	69.2	12.6	28.2	7.1
Antidépresseurs	22.3	9.3	15.9	13.2
Valeur (Francs/1000 pers/jour)				
Hypnotiques	24.8	16.3	14.4	12.8
Anxiolytiques	56.6	13.8	42.3	3.3
Antidépresseurs	66.1	30.7	27.8	42.2

Source : Lecomte et Paris, CREDES, 1994. DDD : Defined Daily Doses.

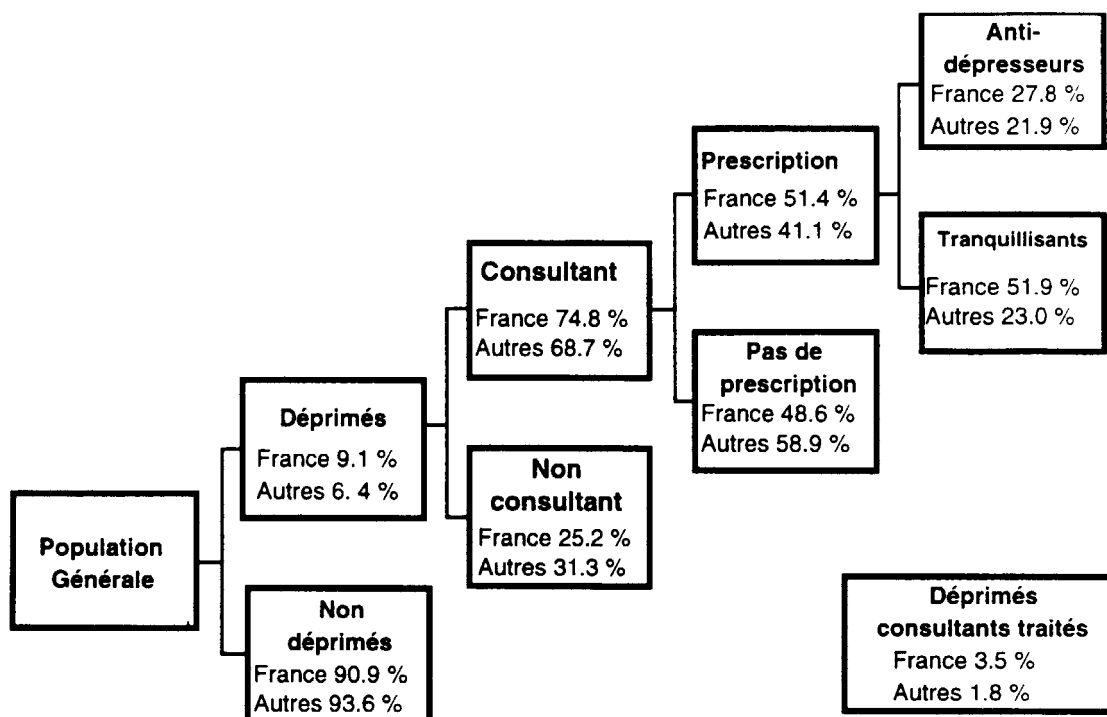
Une chaîne productive

Toute explication de la spécificité française en matière de psychotropes doit se situer dans un contexte comparatif. On ne peut en effet retenir comme facteur causal un phénomène existant de la même manière dans des pays consommant deux fois moins. Existe-t-il une spécificité française pour ce qui est de la pression commerciale des laboratoires, de la vigilance des autorités de tutelle, de la formation des médecins, de l'influence des experts ?

Il existe très peu d'études comparatives et leurs résultats tendraient à montrer que toute la chaîne de prise en charge semble en France plus «productive» qu'ailleurs.

C'est l'enseignement le plus intéressant de l'étude DEPRES. Parmi les six pays de l'enquête (France, Belgique, Allemagne, Pays-Bas, Espagne et Royaume-Uni), c'est en France que la prévalence de la dépression majeure est la plus forte (9.1 % contre 6.4 % pour la moyenne des 5 autres pays), c'est en France que les déprimés consultent le plus (74.8.9 % contre 68.7 %), c'est en France que les déprimés consultant reçoivent le plus fréquemment une prescription médicamenteuse (51.4 % contre 41.1 %). Enfin, la prescription d'antidépresseurs (27.8 % contre 21.9 %) et surtout de tranquillisants (51.9 % contre 23 %) sont plus fortes en France.

Figure 3 : La «chaîne productive» de la dépression en France



Source : D'après les données de l'enquête DEPRES I. La catégorie «déprimés» correspond à la seule catégorie «Dépression sévère» au sens de l'enquête.

Finalement donc le pourcentage de la population générale présentant un profil de dépression, consultant et recevant un traitement médicamenteux est de 3.5 % contre 1.8 % pour la moyenne des autres pays. Cet écart est remarquablement cohérent avec celui que l'on observe sur le marché des psychotropes (tableau 8).

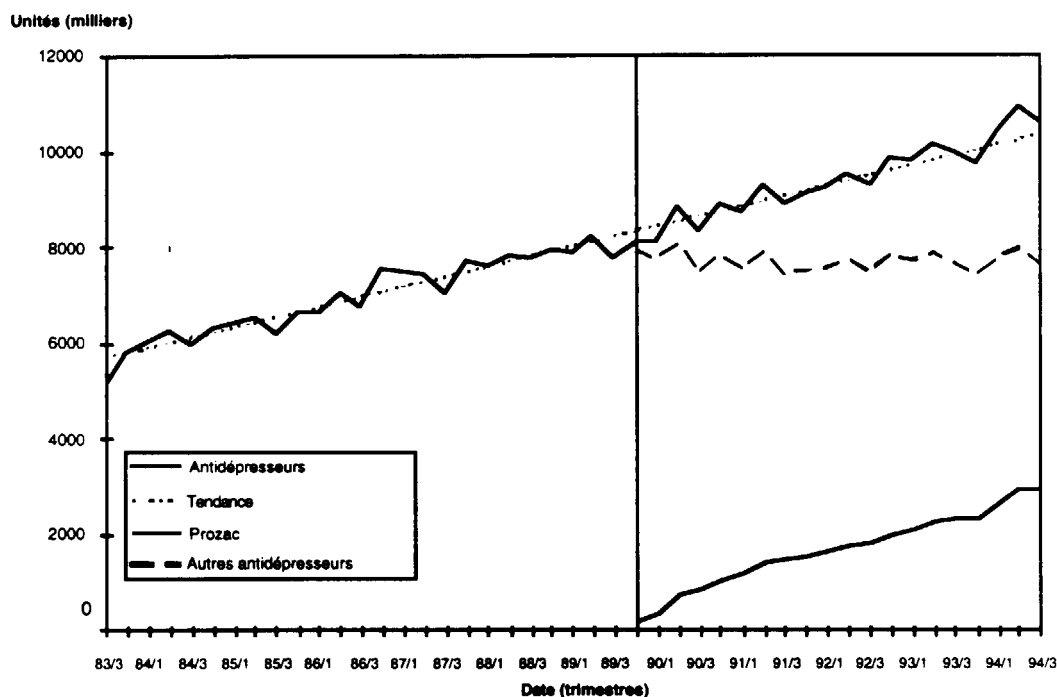
Pour expliquer la «surconsommation» on ne peut donc esquiver un certain nombre de questions : pourquoi donc un échantillon de Français répondant au même questionnaire que des Anglais, des Allemands ou des Espagnols apparaissent-ils significativement plus déprimés ? Pourquoi cet état dépressif est-il plus médicalisé ? Pourquoi la prise en charge est-elle plus fréquemment médicamenteuse qu'ailleurs ? Quelle est l'homogénéité des pratiques psychiatriques en Europe ? Retrouve-t-on dans d'autres domaines, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, rhumatologie, etc. une «chaîne productive» analogue ? Les mêmes écarts dans le recours aux soins ambulatoires s'observent-ils également pour l'hospitalisation ? Faut-il invoquer des causes locales propre à la psychiatrie ou au contraire des causes générales, mettant par exemple en cause le mode de régulation des soins ambulatoires ?

L'impact des nouveaux médicaments

Une des questions qui se pose régulièrement est l'impact sur la prescription totale d'antidépresseurs d'une nouvelle génération de produits sérotoninergiques dont le représentant le plus célèbre est le fameux Prozac®. Ces produits ont connu un très vaste

succès commercial et médiatique en partie explicable par une maniabilité et une tolérance bien meilleures que celles des autres familles d'antidépresseurs, tricycliques ou IMAO. Quelle influence ces produits ont-ils eu sur la consommation générale d'antidépresseurs ? Aussi étonnant et contre intuitif que cela puisse paraître : aucune. Le graphique suivant montre en effet la croissance du marché total des antidépresseurs sur 11 ans du 3^e trimestre de 1983 au 3^e trimestre. Le Prozac[®] a été lancé au milieu de la période, à l'automne 1989.

Figure 4: Le marché des antidépresseurs en France, 1983-1994



Note : Origine des données : IMS-France. Données trimestrielles.

On n'observe aucune rupture dans la croissance d'un marché qui continue après le lancement du Prozac exactement sur la même tendance qu'avant. Tous les autres antidépresseurs réunis vendent en revanche moins de boîtes fin 1994 qu'ils n'en vendaient à l'été 1989 : ainsi le Prozac n'a pas accéléré la croissance déjà relativement forte du marché. Il l'a capitalisé à son seul profit, annulant ainsi la croissance de ses concurrents. Aucune sur-croissance ne lui est donc imputable en volume²¹.

Les deux paradoxes français

L'existence même d'un vif débat sur les antidépresseurs, largement repris par les médias, est une spécificité française. Certes, la presse américaine a largement couvert le «*phénomène Prozac*» mais elle n'est pas allée jusqu'à remettre en cause la conception même de la pathologie dépressive et de ses modes de prise en charge.

En ce qui concerne la France, nous ferons l'hypothèse que ce n'est pas tant la consommation des antidépresseurs *en soi* qui fait problème, *que les rapports de cette consommation avec la conception dominante de la pathologie dépressive*. Dans des pays où la consommation est inférieure, se pose d'ailleurs souvent la question de savoir si cela est bien légitime²². En fait la France vit un curieux et double paradoxe entre l'extension du recours aux antidépresseurs d'une part et, d'autre part, le statut de la souffrance psychique et la perception de la maladie comme maladie sociale. En fait ni l'un ni l'autre n'est parfaitement cohérent avec les pratiques de prescriptions observées.

Le débat français n'est pas exempt de considérations moralisatrices. Cela tient au statut de la souffrance mentale qui renvoie encore très largement à une faiblesse de la personnalité beaucoup plus qu'à une maladie justiciable d'un traitement médical. On sait que la conception de la souffrance mentale est très déterminée par des facteurs culturels : les prescriptions d'antidépresseurs sont ainsi pratiquement inexistantes au Japon, deuxième marché pharmaceutique mondial. En Allemagne, premier pharmaceutique européen, les prescriptions de produits psychotropes sont nettement plus faibles qu'en France, Italie et Grande Bretagne (tableau 8) en cohérence avec une prévalence qui, selon DEPRES, est la plus faible d'Europe. La France est dans une situation contradictoire. La souffrance psychique n'a pas le statut que pourrait laisser penser sa très large médicalisation et le très large recours aux antidépresseurs. Elle est à la fois traitée pharmacologiquement tout en étant pas complètement reconnue comme une «vraie» maladie. Ou plus exactement comme n'obéissant pas à un clair critère de démarcation entre la dépression « normale », conséquence inéluctable des tensions de la vie, et la dépression pathologique, susceptible d'être prise en charge médicalement. La France semble tenir une place intermédiaire et inconfortable entre des pays où la dépression obéit à une définition relativement stricte, quelles qu'en soit les raisons, avec peu de traitements, et les pays comme les États-Unis, où c'est au contraire une approche purement symptomatique de la pathologie qui domine avec une très large médicalisation qui ne semble pas susciter - ou suscite à un degré moindre - les mêmes interrogations qu'en France.

Par ailleurs, prédomine en France une «histoire» de la dépression qui met en avant l'étiologie sociale de la maladie. La dépression est en effet classiquement décrite comme un modèle bio-psycho-social qui combine une dimension sociale, une dimension psychologique et éventuellement une dimension biologique. La pondération de ces trois dimensions n'est pas nécessairement égale. Certains psychiatres, majoritairement américains, ont tendance à gommer la dimension sociale des troubles dépressifs, voire sa dimension psychologique, pour en chercher l'origine exclusive dans des dysfonctionnements biologiques, par exemple hormonaux²³. En France, ce serait plutôt l'étiologie sociale de la pathologie qui serait dominante. Quant elle n'est pas considérée comme un simple trouble secondaire à un état morbide organique, la pathologie dépressive est souvent mise en relation avec une dégradation de l'environnement démographique, social ou familial des patients : chômage, solitude, veuvage, vieillesse, pauvreté, etc. Et c'est un fait que la fréquence des troubles est plus forte chez les personnes défavorisées comme nous l'avons observé plus haut.

Une vision essentiellement biologique de la pathologie amène tout naturellement à rechercher une correction chimiothérapeutique. En revanche, avec une vision sociale de la dépression, le médicament devient une béquille visant, en quelque sorte, à faire accepter les causes sociales de la maladie. Tout traitement autre que ceux qui renvoient à une amélioration des conditions de vie dépressogènes est ainsi suspecté de n'être qu'un anesthésiant social. La dépression et l'anxiété généralisée sont ainsi les seules pathologies qui donnent un sens politique, voire idéologique, aux différentes options thérapeutiques. En fait, dans un tel cadre, il ne s'agit même plus vraiment de pathologies au sens habituel du terme. C'est ce qu'exprime Edouard Zarifian d'une formule célèbre et provocatrice : «*les maladies mentales n'existent pas*» (Zarifian, 1994). Elles relèvent d'un codage social et d'une définition très conventionnelle de la normalité psychologique. En revanche, la souffrance psychique constitue bel et bien une réalité objective à laquelle sont confrontés quotidiennement les cliniciens. La réponse pharmaceutique est la plus facile et la plus rapide mais elle est aussi très inconfortable dans le cadre d'un modèle social de la maladie. La coexistence d'une telle conception de la dépression avec des pratiques de prescription faisant de plus en plus largement appel aux solutions pharmacologiques constitue le second paradoxe, à notre sens, de la situation française.

Conclusion: Des voies d'amélioration de la prise en charge ?

Les données qui précèdent suggèrent que la prise en charge de la dépression n'est pas optimale et qu'il convient de rechercher, dans une perspective de santé publique, les moyens d'une amélioration. Les stratégies qui pourraient être mises en oeuvre sont bien connues, qu'il s'agisse d'une meilleure connaissance et d'une meilleure reconnaissance de la pathologie, d'une amélioration du fonctionnement des filières de soins, avec notamment une meilleure coordination entre généralistes et psychiatres, d'un développement de l'évaluation des traitements et des filières de soins, de la recherche d'une optimisation des traitements avec un meilleur équilibre entre les solutions thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses.

On ne compte pas les suggestions et les expériences qui montrent que des mesures simples d'information et d'évaluation sont susceptibles d'améliorer significativement la prise en charge des patients à un coût moindre. Plusieurs études (Brody et al., Shapiro et al., Magruder-Habib et al., Lin et al.) ont montré que l'usage par les généralistes de protocoles cliniques plus rigoureux améliorait significativement la reconnaissance et la prise en charge des états dépressifs. Dans tous les cas il en résultait une amélioration sensible de l'état des patients et de leur satisfaction vis-à-vis des cliniciens et du traitement. Sturm et Wells ont montré que le traitement médicamenteux était beaucoup plus efficace s'il était accompagné d'une approche plus personnelle du malade avec un temps supérieur consacré à l'explication et au conseil. Cela augmente certes le coût de la prise en charge mais les résultats cliniques sont proportionnellement bien meilleurs, conduisant à une amélioration du ratio coût-efficacité. Enfin le programme d'éducation mené en Suède sur la petite île de Gotland est à bien des égards exemplaire (Rutz et al.).

En 1983 et 1984, tous les médecins généralistes de l'île furent invités à un séminaire de deux jours sur le diagnostic et le traitement de la dépression organisé par le Comité Suédois pour la Prévention et le Traitement de la Dépression. La comparaison des données recueillies sur une année avant et après la formation montre une nette évolution des modes de prise en charge. Si la prescription d'antidépresseurs a augmenté (+242 000 couronnes), la prescription d'autres médicaments psychotropes a fortement baissé de 469 000 couronnes). Les hospitalisations ont chuté, conduisant à une économie de plus de 11 millions de couronnes. Les résultats ont également été spectaculaires en terme de réduction des arrêts de travail (entraînant une économie supplémentaire évaluée à 3.4 millions de couronnes). Et surtout le nombre de suicide a été divisé par deux passant de 39 à 19. Tout cela a la suite d'un simple stage d'information de deux jours !

Tous ces travaux montrent que le prix à payer pour améliorer de manière très sensible la prise en charge d'une pathologie se traduisant par une grande souffrance des patients et par un impact pouvant être dévastateur sur leur vie sociale, voire sur leur vie tout court, est très faible. Reste donc une question : pourquoi ne met-on pas en oeuvre de manière systématique et urgente de tels programmes ?

Références bibliographiques

- Brody DS, CE Lerman, HD Wolfson, CG Caputo : «Improvement in physicians' counseling of patients with mental health problems», *Arch Intern Med*, 1990 ; 150 : 993-998.
- Coyne J., Schwenk T. L., Fechner-Bates S., «Non detection of depression by primary care physicians reconsidered», *Gen Hosp Psychiatry*, 1995 ; 17 : 3-12.
- Cross-National Collaborative Group, «The changing rate of Major depression, cross-national comparisons», *JAMA*, 1992 ; 268 : 3098-3105.
- Crum R. A., Cooper-Patrick L., Ford D. E., «Depressive symptoms among general medical patients : prevalence and one-year outcome», *Psychosomatic Medicine*, 1994 ; 56 : 109-117.
- Fechner-Bates S., Coyne J., Schwenk T. L., «The relationship of self-reported distress to depressive disorders and other psychopathology», *J. Consult. Clin. Psychology*, 1994 ; 62 : 550-559.
- Greenberg PE., Stiglin LE., Finkelstein S. N., *et al.*, «The economic burden of depression in 1990», *J. Clin. Psychiatry*, 1993 ; 54 : 405-18.
- Jönsson B, Rosenbaum J (eds.), *Health Economics of Depression*, Wiley, 1993.
- Kind P., Sorensen J., «The costs of depression», *Int Clin Psychopharm*, 1993 ; 7 : 191-5.
- Le Pape A., Lecomte T., *Aspects socio-économiques de la dépression*, CREDES, rapport 1128, Juin 1996.
- Lecomte T., *Consommation de pharmacie en Europe*, 1992, CREDES, Paris.
- Leclubier Y. D., «Description des troubles dépressifs légers chez 3090 consultants de médecins générale», *Sem. Hôp. Paris*, 1990 ; 12 : 655-68.
- Lepine J. P., Godchau M., Brun P., Lempérière T., «Evaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne», *Ann. Med. Psychol.*, 1985 ; 143 : 175-189.
- Linn LS, J Yager: «The effect of screening, sensitization and feedback on notation of depression», *J. Med. Education*, 1980 ; 55 : 942-949.
- Magruder-Habib, K, WK Zung, JR Feussner: Improving physicians' recognition and treatment of depression in general medical care, *Med Care*, 1990 ; 28 : 239-250.
- Mc Farland B. M., «Cost-effectiveness consideration for managed care systems: treating depression in primary care», *Am. J. Medicine*, 1994 ; 97 : 6A-47S.
- McCombs J. S., Nichol M. B., Stimmel G. L., Sclar D. A., Beasley C. M., Gross L. S., «The cost of antidepressant drug therapy failure: a study of antidepressant use patterns in a medicaid population», *J. Clin. Psychiatry*, 1990 ; 51 (supp) : 60-69.
- Mintz J., Mintz L. I., Arruda M. J. *et al.* «Treatments of depression and the functional capacity to work», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1992 ; 49 : 761-768.

Mulrow C.D., Williams J. W., Gerety M. B. *et al.*, «Case-findings instruments for depression in primary care settings», *Ann. Intern. Me.*, 1995 ; 122-913-922.

Perez-Stable E. J., Miranda J., Munoz R.J. *et al.*, «Depression in medical outpatients, underrecognition and misdiagnosis», *Arch. Intern. Med.*, 1990 ; 150 : 1083-1088.

Rutz W, P Carlsson, L von Knorring, J Wälinder, «Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioner by the Swedish committed for the prevention and treatment of depression», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992 ; 85 : 457-464.

Schurman *et al.* : *Arch. Gen. Psychiatry*, 1985.

Shapiro S, PS German, EA Skinner, M VonKorFF, RW Turner, LE Klein, ML Teitelbaum, M Kramer, JD Burke, BJ Burns, «An experiment to change detection and management of mental morbidity in primary care», *Med Care*, 1987 ; 25 : 327-339.

Shaw J., Creed F., «The cost of somatization», *J. Psychosomatic Research*, 1991 ; 35 : 307-312.

Simon G., Ormel J., von Korf M. *et al.* Barlow W., «Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care», *Am. J. Psychiatry*, 1995 ; 152 : 352-357.

Stoudemire A., Frank R., Hedemark N. *et al.* «The economic burden of depression», *Gen. Hosp. Psychiatry*, 1986 ; 8 : 387-394.

Taylor D.G., «Social and economic aspects of depression», *J. Int Med. Res.*, 1975 ; 3 (supp) : 22-26.

Toffefson G.D., Souetre E., Thomander T., Potvin J.H., «Comorbid anxious signs and symptoms in major depression: impact on functional work capacity and comparative treatment outcomes», *Int. Clin. Psychopharmacol.*, 1993 ; 8 : 281-293.

Wells K., Stewart A., Hays R.D. *et al.*, «The functioning and well-being of depressed patients, results from the medical outcome study», *JAMA*, 1989 ; 262 : 914-919.

Williams J.W., Kleber C. A., Mulrow C. D. *et al.*, «Depressive disorders in primary care, prevalence, functional disability and identification», *J. Gen. Intern. Med.*, 1995 ; 10 : 7-12.

Zarifian E : *Des paradis pleins la tête*, Odile Jacob, Paris, 1994.

Zarifian E., *Le prix du bien-être*, Odile Jacob, Paris, 1996.

* Université Paris-Dauphine.

Je remercie Madame Thérèse Lecomte du CREDES qui a bien voulu me fournir des données complémentaires. Mes remerciements vont aussi aux docteurs Yves Lecrubier, Alain Gérard, Roland Dardennes pour leurs commentaires et leur aide.

1 Soit 5 instruments spécifiques de la dépression (BDI, CES-D, MOS-D, ID et SDS), 3 avec des modules multiples dont un spécialisé pour la dépression (HSCL, PRIME-MD, SDSS-PC), et un pour les troubles mentaux (GHQ).

2 Savigny en région parisienne avec 1716 cas.

3 Grâce à des codes issus généralement de la Classification Internationale des Maladies de l'OMS. la CIM, 9^e ou 10^e révision.

4 Le DSM est le Manuel Statistique et Diagnostique de l'Association Psychiatrique Américain. III-R signifie la troisième version révisée (1987) [NDE].

5 Les auteurs partent en fait d'une durée de l'épisode dépressif de 84 jours pour les patients traités et de 126 jours pour les patients non traités.

6 On notera la forte différence dans les hypothèses d'absentéisme entre Greenberg (de 30 à 60 jours) et Kind (134 jours).

7 Dollar estimé à 5.45 F.

8 Les auteurs prennent ainsi un coût de plus de 106 \$ (580 francs environ) pour la consultation de soins spécialisé alors que notre estimation retient une valeur de consultation de psychiatrie de 225 F.

De même, une journée en hôpital psychiatrique est estimée par Greenberg à 609 \$ environ (3 300 F), ce qui est à peu près le double du prix de journée en France pour les hôpitaux psychiatriques publics (1 450 F. environ). Pour 1994, selon les comptes des établissements publics de santé, les dépenses d'exploitation de ces établissements s'établissent à 25 648 millions de F. pour un nombre de journées 17.7 millions (selon l'indicateur statistique de la CNAMTS).

9 Livre estimée à 8.70 F.

10 Kind retient une prévalence de la dépression traitée de 3.5 % (1.8 % pour les hommes et de 5.1 % pour les femmes) contre 4.7 %, pour la France (2.8 % pour les hommes et 6.7 % pour les femmes).

11 Source Base PMSI (GHM 619 : névroses dépressives).

12 Source : CREDES, EcoSanté, 1996.

13 Salaire net moyen annuel : 109 300 F (source : INSEE).

14 Soit 189 F au 1/1/91 et 193.66 F au 1/7/91.

15 Soit une prévalence de 26 %

16 Ce phénomène de la mauvaise reconnaissance des troubles psychiques n'est pas limité à la dépression : il touche la plupart des catégories diagnostiques psychiatriques de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), soit épisode dépressif, anxiété généralisée, neurasthénie, trouble somatoforme, dysthymie, agoraphobie, troubles paniques, hypocondrie. La reconnaissance est meilleure pour des troubles comme la dysthymie, l'hypocondrie, l'agoraphobie et les troubles paniques.

17 Soit $8\ 820 - 4\ 736 = 4\ 084$ F. multiplié par le nombre de déprimés non traités : 614 000 environ ($22.9\ \% * 2\ 682\ 000$).

18 Y compris une période de titration de 45 jours (au cours de laquelle le changement de produit est autorisé).

19 Une troisième catégorie, dite «incertaine», recueillait tous les patients qui n'avaient pu être clairement classés dans l'une des deux précédentes.

20 On sait en effet que la dépression abaisse les seuils de perception et de tolérance de la douleur.

21 En valeur il en va bien sur autrement puisque son prix unitaire est nettement plus élevé que celui des produits qu'il a substitué. Mais ce sont les chiffres en volumes qui sont pertinents pour l'analyse de la consommation.

22 Cf. par exemple l'éditorial de Tony Kendrick dans le *British Medical Journal* du 5 Octobre 1995 qui, dans le cadre de la campagne «Defeat Depression», dénonce la sous-prescription et la mauvaise utilisation des antidépresseurs au Royaume-Uni.

23 Voir par exemple les comptes rendus du congrès de l'American Psychiatric Association tenu du 20 au 25 Mai 1995 à Miami, reproduits dans *Les Cahiers de Psychiatrie*.

CHAPITRE 2

MÉTHADONE, SUBUTEX® : SUBSTITUTION OU TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE À L'HÉROÏNE ? QUESTIONS EN SANTÉ PUBLIQUE

France Lert*

Au cours des dernières années les arguments de santé publique ont été mis en avant comme des savoirs d'experts à l'appui de revendications pour un changement des politiques en matière de drogue. La santé publique est une discipline pratique orientée par des normes : elle s'intéresse à la santé d'un point de vue collectif, elle vise la réduction de la fréquence et de la gravité des problèmes de santé avec un objectif de réduction des inégalités face à la maladie et à la mort par une disponibilité réelle et égale des moyens thérapeutiques et préventifs disponibles mais aussi par des choix collectifs plus larges qui amènent à confronter les objectifs sanitaires à d'autres. La tension entre l'intérêt collectif et les droits individuels, entre objectifs sanitaires et objectifs sociaux ou économiques est au coeur de toute problématique de santé publique, la question de la drogue n'y fait pas exception.

Quel que soit le sens attribué à l'usage des drogues, quelles que soient les théories qui expliquent la genèse des conduites de dépendance, quelles que soient les logiques sociales auxquelles s'articule la consommation des drogues, l'usage régulier de certaines drogues produit des risques très graves en termes de santé. En effet l'usage de certaines drogues peut être considéré dans les conditions sociales et juridiques actuelles comme une des conditions chroniques les plus graves de celles auxquelles sont confrontés les jeunes adultes. Parler des traitements de substitution et de leur place dans une politique de santé publique signifie d'emblée restreindre considérablement le champ d'analyse aux consommateurs réguliers d'héroïne et parmi ceux-ci à ceux pour lesquels cette consommation s'accompagne de formes graves de désinsertion sociale.

Les mots substitution et réduction des risques saturent aujourd'hui le débat sur la politique de santé publique en matière de toxicomanie. A une époque où tout était jugé en terme de contrôle social a succédé une période où toute proposition, toute pratique est légitime dès lors qu'elle améliore la satisfaction des usagers quels que soient l'effet à long terme et le retentissement collectifs, au nom du nouveau credo de réduction des risques. La méthadone, puis le Subutex® (buprénorphine fortement dosée) ont été introduite en France dans le contexte de l'épidémie de sida et du débat sur la répression et la dépénalisation de l'usage. Ils se développent de façon seconde par rapport à un large recours aux médicaments conçus comme des méthodes de substitution, sous une pression en grande partie extérieure aux acteurs qui régissaient antérieurement la prise en charge. Le développement actuel des méthodes de substitution, en France, est extrêmement

confus et d'autant plus opaque qu'il présente des traits très spécifiques. C'est cette spécificité française qui sera décrite et interrogée ici.

La consommation de drogue comme problème de santé publique

L'usage de drogues et particulièrement l'usage d'opiacés a des répercussions importantes en terme de morbidité et de mortalité ; celles-ci font des usagers de drogue un groupe particulièrement vulnérable. Ces effets sanitaires sont des effets graves et génèrent une forte inégalité par rapport aux autres jeunes adultes. A la différence d'autres expositions à des risques, ceux auxquels exposent l'usage de drogue sont des risques "aigus", immédiats ou avec un latence relativement courte (quelques années pour l'infection VIH) à la différence des expositions cancérogènes (tabac, alcool, amiante par exemple).

Une connaissance biaisée

Comme chacun sait, la connaissance de la fraction de la population concernée par l'usage des drogues opiacées est très sommaire (Padieu, 1994). Selon le Baromètre-santé réalisé par le CFES en 1992 auprès de la population de plus de 18 ans, 12 % des adultes auraient consommé des drogues illicites au moins une fois dans leur vie : 0,6 % l'héroïne, 0,7 % la cocaïne, 1,1 % des hallucinogènes. Les chiffres sont de 0,2 %, 0,3 %, 0,1 % pour la consommation de ces mêmes produits au cours de l'année (Carpentier et Costes, 1995). Quelle que soit la validité de ces chiffres, il est intéressant de remarquer que pour la cocaïne et l'héroïne, la moitié environ de ceux qui déclarent en avoir consommé n'en consomment plus et que les consommateurs de cocaïne sont plus nombreux que les consommateurs d'héroïne alors que dans les statistiques des centres de soins, les usagers d'héroïne sont nettement majoritaires : 66 % consomment de l'héroïne et 2,6 % de la cocaïne en produit principal, la cocaïne est utilisée par 8 à 9 % en produit associé (SESI, 1996). Ces chiffres ne font que rappeler que la connaissance de ces phénomènes de consommation est très incomplète et porte sur une partie seulement des usagers et des formes d'usage correspondant à des situations de dépendance et de désinsertion sociale. Dans la plupart des pays industrialisés, on retrouve des biais de même nature : les études basées principalement sur des sujets fréquentant des services de soins ou des services sociaux spécialisés ou recrutés par bouche à oreille à partir de ceux-ci sélectionnent les populations les plus socialement défavorisées. Les produits consommés (cocaïne, héroïne, crack, amphétamines etc.) et les modes de consommation (injection, inhalation, fumer) varient selon les pays en fonction des modes d'approvisionnement et des cultures locales dont l'histoire reste à faire en grande partie (Strang, 1992, 1997). En raison de ces biais, la connaissance des problèmes de santé liés aux usages de drogue concerne surtout, pour la France, les consommateurs d'héroïne. Pour ceux-ci, la concordance d'un certain nombre d'informations épidémiologiques - vieillissement des usagers, augmentation de la mortalité, prévalence des infections virales - amène à considérer qu'on assiste depuis quelques années à une aggravation de leur situation sanitaire.

La mortalité

On ne discutera par ici des problèmes méthodologiques de la collecte de l'information sur la mortalité (sous-estimation des overdoses connues des services médico-légaux, overdoses suicidaires, décès non identifiés comme liés à la toxicomanie, cohortes recrutant de façon biaisée des sujets particulièrement désinsérés etc.). En France, après une période qui paraissait marquer une stabilisation, les décès par overdose recensés par la police ont été multipliés par trois (Carpentier et Costes, 1995). Dans le même temps la statistique nationale des causes de décès a répertorié un doublement des décès dont la toxicomanie est la cause principale ou associée ; pendant les périodes où ils consomment de l'héroïne, les usagers "actifs" meurent principalement d'overdoses (Hatton, 1993). Une étude portant sur l'année 1990 confronte les données de l'Institut Médico-Légal de Paris (IML) et les statistiques des causes de décès et montre que 36 % des décès identifiés par l'IML ne sont pas connus de l'INSERM qui établit la statistique des causes de décès. Dans le groupe des 20-29 ans, les overdoses sont ainsi la 3^e cause de décès à Paris et la 4^e dans les autres départements de la région Ile-de-France (Lecomte, 1995). On observe cette aggravation de la mortalité dans la plupart des pays industrialisés (Orti, 1996). Les overdoses¹, c'est à dire l'effet toxique direct de la consommation des produits reste la cause principale de mortalité mais l'évolution de l'infection VIH se traduit par un impact croissant du sida ; les overdoses et les suicides représentent 90 % des décès à Glasgow où l'infection VIH est peu fréquente chez les usagers de drogue (Frischer, 1993). En Italie et en Espagne où cette prévalence est élevée, la part du sida s'accroît et supplante celle des overdoses dans les dernières années (Galli, 1994, Orti, 1996, Davoli, 1997).

Une autre approche consiste à étudier la mortalité dans des cohortes de toxicomanes et de la confronter à celle de la population générale en tenant compte de l'âge et du sexe. Ces études sont difficiles à mener et restent toujours imparfaites. Dans les années 70-80, avant l'impact du sida, des études menées en Angleterre mettaient en évidence des risques relatifs variant de 16 à 28 (Lert et Fombonne, 1988). Le risque relatif de décès est très variable selon la méthodologie des études. On trouve à Milan un risque relatif de 20,5 pour des toxicomanes ayant recours à des centres de soins, par rapport à la population générale d'âge comparable, de 21 à 39 à Rome, de 1,5 chez les hommes et de 4 chez les femmes à Glasgow, de 5,2 à New York chez des usagers bénéficiant des allocations sociales (Frischer, 1993, Galli, 1994, Friedman, 1996, Davoli, 1997).

Infection VIH et par les virus des hépatites B et C

En France, les toxicomanes sont la population la plus vulnérable pour ces infections virales graves. Actuellement, on donne pour le VIH des estimations de prévalence de l'ordre de 20 à 40 % mais cette situation évolue. Le chiffre de 40 % a été observé encore en 1992 chez les toxicomanes incarcérés à la prison des Baumettes (Rotily, 1994). On observe avec le temps une diminution régulière des niveaux de prévalence dans des séries de données comme celles des sujets reçus en centre spécialisé avec hébergement où le taux passe de 18,9 % au premier semestre 1993 à 10,9 % au deuxième semestre 1996 (Six,

1996). Il existe un double phénomène de génération et d'évolution dans le temps des pratiques de protection. Les usagers de drogue des années 80 ont été les plus touchés compte tenu de la méconnaissance du risque et de la difficulté d'accès aux seringues alors que les nouvelles générations ont été mieux armées pour faire face à l'infection. On trouve un changement net des taux de séroprévalence pour les usagers ayant commencé l'injection autour des années 85-87. Néanmoins le poids des infections passées continuent à se marquer dans la croissance de la part relative des cas de sida liés à l'usage de drogue. Il reste très difficile cependant de connaître l'incidence (les nouveaux cas d'infection). Des études présentées à la dernière conférence sur le sida de Vancouver en juillet 1996 montrent une incidence forte chez les nouveaux injecteurs dans différents pays (Emmanuelli, 1996). Le risque supporté par les usagers de drogue est donc considérable si on le compare à la population générale : on peut rapprocher par exemple le taux de séropositivité chez les femmes enceintes testées en 1994 dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, 3.4 pour mille (Rey, 1995) et le taux observé chez les femmes hébergées en centre de soins en 1995, 16 % (Six, 1996).

Les usagers de drogue compte tenu de leurs caractéristiques démographiques (7 hommes sur 10), de leur âge, de leur mode de vie et de leur haute prévalence constitue un groupe à partir duquel l'infection VIH se diffuse par voie sexuelle à la population générale : ils ont souvent des partenaires non consommateurs de drogue, dans une période de la vie marquée par le changement de partenaires, ils ont plus de partenaires non réguliers (Lert, 1995). La toxicomanie est à l'origine de 35 % des cas de transmission périnatale et de 17 % des contaminations hétérosexuelles (RNSP, 1996). L'ensemble de ces dimensions doit être pris en compte quand on envisage l'impact de l'usage de drogue sur la diffusion de l'infection.

Le virus de l'hépatite C a été identifié en 1989, ouvrant la voie à la mise au point du dépistage, à l'identification des personnes infectées, aux études sur l'histoire naturelle de la maladie et aux essais cliniques. Son principal mode de transmission est la voie sanguine, les autres modes de transmission (sexuel et périnatal) sont probables mais avec une efficacité moindre. C'est pourquoi les usagers de drogue et les transfusés des années antérieures à 1990 représentent 60 % des infections (RNSP, 1995). Les études de prévalence chez les usagers de drogue donnent une fourchette de 50 % à 90 % de sujets infectés, la contamination ayant lieu très précocement dans le décours de l'usage de drogue par injection. La connaissance de l'histoire naturelle de l'infection est encore imprécise, il semble qu'elle reste chronique chez 80 % des sujets, 50 % développeront une hépatite chronique, une partie une cirrhose et une proportion d'environ 10 % un cancer du foie sur une période de 20 à 30 ans. L'intérêt pour l'hépatite C est encore récent, sa connaissance par le public, en particulier par les groupes ou les personnes exposés ou par les médecins évolue rapidement. Longtemps beaucoup de sujets ne connaissaient pas leur statut sérologique soit qu'ils n'aient pas été testés soient qu'ils n'aient pas connu ou compris le résultat et ne pouvaient en tenir compte dans leur gestion du risque. Des mesures ont été prises depuis fin 1995 pour faciliter le test et les traitements et la situation change rapidement.

Les autres atteintes

Il existe par ailleurs, une grande variété d'atteintes aiguës ou chroniques liées à l'usage des drogues allant des abcès aux septicémies en passant par de multiples infections mais aussi des atteintes chroniques des certaines fonctions (hépatique, rénale, pulmonaire ...) liées à l'effet toxique de certains médicaments consommés en excès ou aux adultérants entrant dans la composition des produits du marché illicite (Cherubin et Sapira, 1993).

La morbidité psychiatrique ou les atteintes psychologiques qui accompagnent l'usage des drogues qu'ils soient antérieurs, consécutifs à l'usage ou renforcés par les difficultés de la vie quotidienne constituent une part importante des atteintes. La fréquence très élevée des suicides et des tentatives témoignent de la gravité de cette morbidité. De nombreuses études menées dans des cadres théoriques très divers se sont attachées à la mesure de ces troubles. La symptomatologie dépressive, et souvent une authentique dépression répondant à des critères définissant une pathologie, sont très fréquents chez les usagers de drogue ; certains troubles ou leur aggravation étant liés à l'effet déclencheur de certaines substances entraînant des syndromes psychiatriques ou confusionnels (Lert et Fombonne, 1988)

Le vieillissement des usagers de drogue

Les consommateurs d'héroïne sont des jeunes adultes majoritairement entre 20 et 35 ans. On observe depuis 10 ans un vieillissement des populations considérées dans les études. En 1984, 16 % des sujets avaient plus de 30 ans, ils étaient 36 % en 1994 (SESI, 1996). Cette tendance est marquée aussi bien chez les usagers des services de soins spécialisés, parmi les personnes interpellées que pour les décès par overdoses. Cette concordance marque une tendance bien réelle cependant on ne connaît pas l'origine de ce vieillissement : si on ne peut exclure la diminution des flux d'entrée dans la toxicomanie qui tronquerait la pyramide des âges vers le bas, rien ne permet de l'étayer, on doit faire l'hypothèse d'un allongement des durées de consommation liées aux individus, aux dispositifs de prise en charge et/ou à un contexte social plus général. Cette dimension démographique est importante en particulier dans les comparaisons internationales. Si en Europe on observe des âges moyens de 28 à 30 ans chez les sujets fréquentant les services spécialisés, aux États-Unis, les moyennes se situent plutôt entre 35 et 40 ans.

Il n'est pas question ici de rentrer plus avant dans les données épidémiologiques. Même si certaines théories font de l'addiction un comportement dont les origines se situent très tôt dans l'histoire des sujets, la dépendance et les troubles associés concernent des adultes. Ces graves problèmes de santé ont été observés dans un contexte d'illégalité et de pénalisation de l'usage des drogues et de leur commerce. La loi du 31 décembre 1970 organise l'articulation entre le régime de traitement des usagers au plan juridique et la prise en charge conçue comme une désintoxication. Le texte a entraîné le développement d'un milieu professionnel et d'un réseau d'institutions spécialisées auxquelles les usagers ont recours le plus souvent hors de toute contrainte judiciaire qu'il s'agisse de l'injonction

thérapeutique ou du traitement obligatoire. Le modèle de soins qui a progressivement émergé, bricolage d'expérience pratique et de fondements théoriques issus de la psychanalyse, s'est focalisé sur une prise en charge globale par des méthodes de soutien psychologique d'un sujet en principe sevré.

Le contexte du changement de la politique de santé publique vis-à-vis des usagers de drogue

Dans le contexte du sida, le mode de prise en charge de la toxicomanie dans le champ de la santé publique a changé alors que le cadre légal reste défini par la loi de 1970, accentuant les contradictions et les incohérences au sein des politiques publiques. La mise en cause du modèle français de soins a été lente alors que le décret de 1987 facilitant l'achat des seringues a constitué une mesure décisive pour la prévention du sida. Sa signification comme élément d'une stratégie palliative plus globale ne s'est intégrée que plus tard au paradigme de réduction des risques.

Dans la conception de la toxicomanie et de sa prise en charge constitutive du modèle français, la consommation de drogue n'est que le symptôme d'une souffrance qui a son origine dans l'histoire personnelle du sujet et son rapport à la société. La prise en charge s'attache au-delà du symptôme à ce qu'il retrouve une autonomie et une vie affective et sociale acceptable par un travail psychique. La cure repose sur une combinaison d'étapes (demande, sevrage, postcure), de méthodes ou de techniques thérapeutiques (psychothérapie, soutien psychologique, travail éducatif, aide sociale, médicaments) et de services (accueil, suivi ambulatoire, hospitalisation, centre d'hébergement). En théorie, les étapes de la cure se déroulent à l'intérieur d'un réseau d'institutions spécialisées ; à chaque étape du processus constituant "la chaîne thérapeutique" correspondant un type d'institution, de service et de professionnels (Ingold, 1986). Ce modèle a été assez peu étudié dans sa mise en oeuvre concrète et dans son efficacité. On ne sait pas si le secteur spécialisé ainsi constitué était réellement en mesure d'offrir cette prise en charge individualisée.

Ce modèle s'est construit dans une double hostilité des spécialistes français aux communautés thérapeutiques appuyée sur le rejet du modèle autoritaire incarné en France par Le Patriarche et leur rejet de la méthadone accusée d'être un instrument de contrôle social : une mesure favorisant à bon compte l'intérêt de la société bénéficiaire d'une réduction de la délinquance au détriment du sujet toxicomane laissé à sa souffrance et à ses difficultés grâce à une drogue licite. Pendant toute cette période, le modèle français a surtout été contesté par les tenants des méthodes autoritaires. Cette situation a évolué dans le contexte du sida mais aussi sans qu'on puisse vraiment en démêler les rôles respectifs avec l'aggravation de la crise économique en France comme dans les autres pays industrialisés. On peut faire l'hypothèse que les problèmes sociaux associés à l'usage des drogues ont été aggravés par cette crise sociale et que les modèles centrés sur les besoins psychiques étaient insuffisants à permettre aux usagers dépendants de retrouver une insertion sociale ; on peut aussi penser que pour les personnes concernées, l'insertion sociale même sans la drogue, restait problématique dans ce contexte de crise.

La survenue du sida a dans un premier temps profondément ébranlé les professionnels confrontés à une fraction importante de leurs patients atteints d'une pathologie létale à court terme. Cette situation n'est pas propre à la France comme le montre par exemple l'analyse par Des Jarlais (1990) de ce qui s'est passé à New York. La première étape est celle du déni. Les services poursuivent leurs pratiques sans considérer qu'il soit nécessaire pour les professionnels et pour les clients d'être informés sur le VIH. Peu médicalisés, ils ne sont pas outillés pour traiter une pathologie infectieuse ; la perception du sida comme une maladie des homosexuels renforce la réticence à parler de sexualité. Envisager une maladie fatale est perçu comme incompatible avec l'espoir qui fonde la motivation et l'efficacité du traitement. Parler de prévention du VIH, c'est-à-dire de poursuite de la consommation, évoque inmanquablement l'échec du traitement. Puis vient la panique quand il n'est plus possible de nier l'évidence avec le risque de réactions de rejet à l'égard des personnes atteintes soit ouvertement soit en les renvoyant vers des services médicaux pour ne pas avoir à se confronter aux problèmes. Dans le même temps, les professionnels cherchent de l'information, acquièrent des connaissances médicales, expriment leur peur, les discutent, cherchent des façons de gérer la situation en particulier de continuer à travailler avec les personnes malades. Progressivement la question du sida est incorporée au fonctionnement du service tant au niveau des soins que de la prévention, professionnels et institutions font face (coping). Dans cette phase, les connaissances et les compétences des professionnels s'améliorent. Ce processus est proche de celui observé en France (Lert, 1989, 1991, 1992).

Au tournant des années 80-90, dans une série d'agglomérations où les dispositifs de prévention ont été étudiés, il n'existait pratiquement aucun dispositif spécifique ni en matière de prévention du sida, ni en matière de prévention de la transmission du VIH, ni à l'intérieur des centres spécialisés : "si la question de la mort est abordée, toute possibilité de travailler s'en trouve rendue impossible" écrit en 1990 un psychiatre directeur d'une structure spécialisée et évoquer la question du partage des seringues est considéré "comme sortir de la neutralité thérapeutique". Dans un premier temps, l'idée d'une prise en charge séparée des deux problèmes a prévalu : les traitements de l'infection VIH par les services hospitaliers et le suivi psychologique et social par les services spécialisés. Le sevrage était souvent considéré comme un préalable à un traitement de l'infection VIH. Le toxicomane qui continuait son intoxication était vu comme poursuivant un comportement suicidaire, "il ne voulait pas se soigner" (Lert et Marne, 1993). Cette représentation a d'ailleurs conduit à ce que les usagers de drogue soient dans un premier temps exclus des essais thérapeutiques par crainte d'un suivi trop irrégulier et ne bénéficient pas des traitements par l'AZT. Dans les services hospitaliers, les toxicomanes dépendants ont fait partie de la deuxième vague de patients après les patients homosexuels et ont été immédiatement perçus comme des malades problématiques. Ils étaient invités à mettre leur dépendance entre parenthèses pendant les hospitalisations et mis en sevrage de fait, ne recevaient en général aucun traitement spécifique, avec pour corollaire la multiplication des comportements agressifs, des sorties intempestives, des vols de médicaments ; les soignants vivant de leur côté dans un sentiment de harcèlement et de manipulation.

L'évolution des attitudes et des positions a dans un premier temps concerné l'accès au matériel d'injection. Le bus d'échange de seringues de Médecins du Monde a ouvert en 1989 et est resté longtemps unique ; fin 1995 il y avait en France moins de trente projets faisant une action de terrain auprès des usagers de drogue ; la diffusion à grande échelle du Steribox "inventé" en 1992 date de 1994.

La notion de réduction des risques a servi de support à cette évolution. Devant l'évidence que la consommation de drogue est un phénomène structurel, que beaucoup d'usagers ne peuvent pas cesser leur consommation et que cette consommation leur fait courir des risques importants, principalement celui du sida, il faut mettre en oeuvre des stratégies qui réduisent ces risques notamment par un accès facile au matériel d'injection, des soins d'urgence, des aides sociales et l'accès aux médicaments de substitution. Développés dans le contexte du sida, ces arguments ont mis l'accent sur le risque VIH bien plus que sur les risques liés aux effets toxiques des drogues, en particulier aux décès par overdoses. Le double débat sur la dépénalisation et sur la substitution poussant dans le sens d'incriminer non les drogues elles-mêmes mais la répression de leur usage. Ce modèle était mis en place depuis quelques années principalement à Amsterdam - en 1979 avant que la question du sida prenne de l'importance -, à Liverpool ou en Suisse.

L'évolution des attitudes à l'égard des traitements de la substitution est le produit de processus divers qui sont entrés en synergie :

- . la pression des associations de lutte contre le sida qui ont représenté les intérêts des usagers de drogue qui jusque là n'étaient exprimés que par les professionnels du secteur spécialisé.
- . l'internationalisation des débats dans le contexte du sida : autant le modèle français en matière de toxicomanie s'est développé en autarcie, autant en matière de sida, les échanges internationaux à travers les congrès et le mouvement associatif ont eu une grande importance et façonné les institutions.
- . le recours croissant des toxicomanes aux médecins généralistes qui prescrivait et prescrivent toujours, souvent à la demande ou sous la pression du client, des médicaments psychotropes ou des antalgiques forts. Cette tendance de recours au généraliste a peut-être été accentuée par le mouvement général d'une prise en charge combinée des séropositifs en ville et à l'hôpital, notamment dans le cadre de réseaux plus ou moins formalisés, dans les régions particulièrement concernées par l'infection VIH. Le recours aux généralistes était toutefois limité par leurs réticences à suivre ces patients même au titre de l'infection VIH (Obadia, 1994, Charpak, 1994). Les traitements de substitution ont été en quelque sorte réinventés par quelques médecins généralistes avec la figure emblématique de Jean Carpentier.

"L'invention" de la substitution en France

Quelques rappels sur le recours à la méthadone pour le traitement des usagers d'héroïne

Les réserves à l'égard de la méthadone ne sont pas propres à la France et beaucoup de pays ne l'ont introduite que tardivement en relation avec la menace du sida. Elle a longtemps été une modalité controversée et, de ce fait, assortie de règles exceptionnelles si on la compare à d'autres médicaments. Dans un article récent, Des Jarlais [1995] relate brièvement l'histoire des réglementations contraignantes qui assortissent le traitement par la méthadone. Cette substance a été mise au point en Allemagne pendant la guerre et agréée aux États-Unis en 1947 par la FDA comme antitussif et analgésique. En 1963, Dole et Nyswander ont expérimenté ce produit sur des héroïnomanes. Leur hypothèse était que la consommation prolongée et importante d'opiacés produit un désordre métabolique durable que la méthadone permet de réparer, laissant le sujet reprendre alors une vie plus normale puisqu'il n'est plus poussé à chercher à se procurer l'héroïne. La méthadone bloque ce besoin sans provoquer les effets euphorisants, son action durable évite la répétition du syndrome de manque. Depuis, les travaux neurophysiologiques se sont développés et la compréhension des processus de dépendance a été améliorée. Compte tenu de son indication initiale, jusqu'en 1972, la méthadone n'a été utilisée que dans le cadre de recherche jusqu'à ce qu'il apparaisse qu'en réalité ce produit était utilisé de façon thérapeutique en routine dans de nombreux services. Des Jarlais rapporte que Dole et Nyswander ont été longtemps menacés de poursuite par le Bureau américain des stupéfiants, sans être jamais effectivement menés devant les tribunaux. Ces menaces s'appuyaient sur l'argument classique de la substitution d'une drogue légale à une drogue illégale et sur le risque de détournement vers le marché clandestin. La réglementation fédérale de 1972 a donc posé des contraintes sévères, contraintes que les États pouvaient alourdir mais non alléger : cette réglementation prévoyait la distribution en centres spécialisés et autorisés, la fourniture de services sociaux et psychologiques, la consommation contrôlée sur place, les contrôles urinaires et des sanctions pour certains manquements à ces règles. Selon Des Jarlais, ces restrictions ont conduit à une demande sauvage de méthadone en dehors des centres spécialisés favorisant les détournements et les trafics. Le personnel des centres spécialisés est présenté comme persécuté par les tracasseries administratives et une bureaucratie qui sapent leurs efforts et conduisent à une démotivation et à un turn over élevé. Ces contraintes et les restrictions sont aussi pesantes pour les clients de ces services et poussent à une uniformisation des traitements au détriment de la prise en compte des besoins individuels. Ces contraintes favorisent les gros centres qui concentrent les patients, renforcent l'uniformisation et génèrent des problèmes avec le voisinage. L'étude menée par d'Aunno aux États-Unis en 1988 met en évidence l'hétérogénéité des modes d'organisation, des règles concernant la fixation des doses (dose maximum, dose moyenne, possibilité de prendre le traitement à domicile, patients ayant des doses dégressives, connaissance de la dose, possibilité de négociation) et les durées de traitement. Il relève qu'une partie des centres distribuent des doses inférieures au niveau reconnu comme efficace. Il montre également que les centres qui ont les plus longues durées de traitement sont aussi ceux qui ont des doses moyennes plus élevées et à des pratiques moins contraignantes pour les patients (d'Aunno. 1992).

Outre ces modalités propres aux centres spécialisés qui ont un objectif de traitement ou de soutien à long terme, il existe d'autres usages de la méthadone. Dans le modèle hollandais, ou plutôt d'Amsterdam, qui sert souvent de référence aux projets libéraux vis à vis des problèmes de drogue, la méthadone est utilisée aussi dans les programmes dits "à bas seuil" dans un objectif palliatif : la dose et le produit est prescrite une fois par trimestre, et la méthadone consommée sur place sans contrôles urinaires ni contact obligé avec un travailleur social ; les services dont l'objectif est d'arriver à l'abstinence conservant des règles plus strictes. En Suisse, la méthadone a d'abord été distribuée exclusivement en médecine libérale comme c'est le cas maintenant en Belgique. Les études évaluatives publiées sont surtout américaines correspondant à un cadre restrictif dans un système de protection sociale très différents des situations européennes. Le système hollandais qui semble avoir des effets collectifs positifs n'a jamais été évalué du point de vue de ces effets directs pour les bénéficiaires de ces services à seuil bas en termes de consommation de drogues, de santé ou d'insertion sociale (Health Council of the Netherlands, 1995). De la même façon on dispose de peu de données sur les traitements en médecine générale.

L'approche des traitements de substitution en France

Le traitement par la méthadone utilisée en sevrage et en maintenance a été introduit en France en 1973 dans deux centres qui avaient un nombre de places limité (moins de 50). Après une première publication en France en 1975 portant sur la première année de prescription (au total, 4 sevrages, 13 sevrages suivis de maintenance, 33 cures de maintenance) (Deniker, 1975), il faut attendre 1988 pour de nouveaux résultats. La prescription de méthadone est décrite comme une cure de substitution à l'héroïne et non comme une thérapie de maintenance puisqu'elle est conçue comme devant se terminer, même si le terme n'est pas fixé. En fait il ne s'est pas agi d'une expérimentation au sens classique des essais cliniques puisque chaque médecin "élabore sa propre philosophie sur l'intérêt de cette technique". Les autres modalités de l'activité thérapeutique ne sont pas décrites dans ces publications. En 11 ans (septembre 1973 à décembre 1984), 235 personnes avaient été incluses dans ce traitement de substitution soit environ 10 % des sujets traités dans le service entre 73 et 76 moins de 1 % après 1980 parmi lesquels des étrangers présents en France pour de courtes durées (Taboada, 1988). Les centres qui bénéficiant des possibilités de prescription de la méthadone n'en ont pas été des propagandistes, il faut dire qu'ils se seraient longtemps heurtés à une hostilité massive du milieu spécialisé.

Ainsi, jusqu'en 1994, la méthadone était quasi inexistante et inaccessible, et les positions sur les traitements de maintenance étaient figées. Les médecins généralistes étaient confrontés à des demandes pressantes de médicaments par les toxicomanes en panne de produit : ils prescrivaient pour la plupart des psychotropes divers et des antalgiques comme le montrent les études menées par EVAL en 1992 et en 1995 (Charpak, 1994, Bloch, 1996). Il s'agissait d'une réponse à la demande plus que d'un traitement ayant une intention thérapeutique construite. La buprénorphine qui existait en forme injectable a été réservée à l'usage hospitalier en 1989 du fait de son utilisation par les usagers de drogue.

Ce produit - le Temgésic® - a été commercialisé sous forme orale en 1990 et immédiatement utilisé par les usagers de drogue dans le cadre de prescriptions ou de produits détournés. En 1992, il a été l'objet d'une réglementation particulière prévoyant sa prescription sur carnet à souches sans qu'il soit classé comme stupéfiant. Cette mesure a produit un effondrement des ventes, une réduction de moitié entre 1992 et 1993 et un déplacement vers la prescription de sulfate de morphine-retard (Moscontin® et Skénan®), par voie orale, médicament mis sur le marché en 1987 pour le traitement de la douleur, en particulier de la douleur cancéreuse. C'est un stupéfiant qui doit être prescrit sur carnet à souches pour une durée maximale de 7 jours. A la différence de la buprénorphine qui a été étudiée depuis les années 80, dans l'indication de traitement des sujets dépendants des opiacés, le sulfate de morphine n'a fait l'objet jusqu'à ce jour d'aucune étude. Les médecins généralistes comme les praticiens travaillant dans les centres spécialisés ont prescrit ces produits à un nombre très élevé de patients puisqu'on estimait avant la mise en vente du Subutex® que plus de la moitié des ventes de Temgésic® concernaient des usagers de drogue. C'est à partir de la pratique clinique en médecine générale que s'est inventée la conception de la substitution qui prévaut actuellement en France.

Ce processus d'invention de la substitution par les généralistes est bien décrit dans le livre de Jean Carpentier. Tout en se réclamant d'une position scientifique et professionnelle, il donne des indications sur la conduite à tenir en fonction des attitudes et des demandes, la façon de prescrire, les produits, les doses et leur ajustement en s'appuyant sur sa pratique auprès de plusieurs centaines de patients, à une littérature plus psy voire psychanalytique que sur des travaux pharmacologiques ou des essais cliniques (Carpentier, 1994).

L'évolution de la question de la substitution par la méthadone en France

Les circulaires sur la mise à disposition de méthadone pour le traitement de la toxicomanie reflètent bien les traits mis en exergue par Des Jarlais. Ces textes soulignent l'ambiguïté de la position officielle française mais aussi des professionnels. L'augmentation du nombre de places "méthadone" a été envisagée à partir de 1993.

La circulaire du 7 mars 1994 définit les conditions de prescription de la méthadone dans un dispositif porté à mille places. Le mot traitement n'apparaît pas dans ce texte pas plus que le mot substitution à l'exception de leur présence dans la dénomination de la commission consultative. La méthadone est présentée comme un "outil à utiliser pour la prise en charge de certains toxicomanes" et "la possibilité d'utiliser la méthadone comme produit de maintenance [est exclue]. En quelque sorte, la méthadone apparaît comme un moyen d'attraction et de rétention des toxicomanes dans les prises en charge (mot utilisé 16 fois). L'objectif est défini comme une stabilisation de l'usage des produits illicites, la réduction du recours à la fois injectable, le suivi médical et l'insertion sociale devant déboucher à terme "sur une vie sans dépendance à un quelconque produit". Pourtant les sujets recevant ce médicament (le terme n'est jamais utilisé) sont désignés comme des patients. Une grande partie du texte est consacrée aux contraintes visant à éviter les détournement vers le marché clandestin ou les consommations multiples par l'affiliation simultanée des usagers à plusieurs centres. La fourniture de méthadone au centre par la

pharmacie centrale des hôpitaux est aussi très contrôlée puisque les centres doivent fournir pour être approvisionnés outre des commandes sur carnet à souches, des listes individuelles nominatives comportant les doses, les heures de délivrance, le soignant responsable de la délivrance etc. ; la récupération des flacons vides est aussi envisagée. Les sujets traités sont aussi contrôlés aux diverses étapes : avant la prescription pour vérifier qu'ils sont bien consommateurs d'opiacés et non consommateurs de méthadone puis dans le suivi, l'inverse, qu'ils prennent bien la méthadone et pas d'opiacés. Une dose maximale de 100 mg est prévue avec une dérogation possible accordée par le médecin inspecteur alors qu'il s'agit d'une dose, certes forte, mais qui peut être dépassée pour une partie non négligeable des patients. En bref, le médicament n'est utilisé ici que comme un instrument d'attraction dans les prises en charge visant la réduction des risques et à ce titre assorti de contraintes centrées sur le contrôle et non sur l'efficacité thérapeutique.

La circulaire du 31 mars 1995 opère un important changement par son intitulé même qui évoque les traitements de substitution des pharmacodépendances aux opiacés. Son champ est plus large puisqu'il porte sur divers médicaments, la méthadone, le Subutex®, le sulfate de morphine et le palfium, ces deux derniers produits pour en interdire l'usage dans cette indication, comme on l'a évoqué plus haut. A titre indicatif le mot traitement est utilisé 39 fois et prise en charge ne figure plus que 9 fois. Substitution est utilisé 20 fois associé à traitement ou médicament. Le mot patient est utilisé 28 fois. Cette nouvelle circulaire à la différence de la précédente qui rejetait la maintenance rappelle que l'objectif ultime est de permettre "à chaque patient d'élaborer une vie sans dépendance, y compris la méthadone. Il s'agit donc d'un traitement de substitution". Dans la hiérarchisation des objectifs, l'insertion dans le processus thérapeutique précède désormais la stabilisation de l'usage des drogues et l'insertion sociale.

Le texte prévoit un double élargissement de la prescription avec la buprénorphine en médecine générale et la possibilité de prescription de la méthadone par le médecin généraliste et sa délivrance en pharmacie ; la prescription étant en accord avec la règle sur les stupéfiants de 7 jours pour la méthadone mais de 28 jours pour la buprénorphine après une période initiale où des prescriptions plus courtes et des délivrances fractionnées sont recommandées. Le nombre de places pour les traitements par la méthadone n'est plus limité et les conditions (d'avoir de locaux séparés etc.) sont supprimées.

Pour la méthadone, le texte envisage des modalités spécifiques de délivrance : induction du traitement dans un centre spécialisé, désignation du médecin de ville par le médecin du centre en accord avec le patient, désignation du pharmacien par le médecin et contacts entre les deux, possibilité pour l'un et l'autre de refuser le patient en désignant un confrère ; la brochure établie par la DGS précise que le pharmacien peut signaler au médecin prescripteur les achats de seringues ou de produits non prescrits par le patient. La dose initiale est fixée par le médecin du centre spécialisé. Il s'agit de règles qui accentuent les contraintes qui régissent les stupéfiants.

Avant 1994, seuls le Temgésic® et le sulfate de morphine pouvaient être prescrits. Ils étaient souvent injectés par les usagers, ce qui pour ce dernier produit comporterait un risque d'atteinte cardiaque compte tenu des autres composants de la préparation. Le sulfate de morphine n'est utilisé comme traitement de substitution dans aucun pays, ni son intérêt thérapeutique, ni ses risques dans de tels modes d'utilisation (injection, doses élevées, longue durée d'utilisation, combinaison avec d'autres produits licites ou non, surdosage) n'ont jamais été évalués. L'annonce de la fin de cette tolérance en 1996 par les pouvoirs publics a soulevé un tollé des médecins et des professionnels de santé qui ont rédigé un manifeste demandant que le sulfate de morphine soit admis dans cette indication et ont partiellement obtenu satisfaction, au moins pour continuer la prescription chez des sujets qui paraissaient bien stabilisés (Verboud, 1996).

Mais l'innovation principale de cette dernière période concerne la place prise par le Subutex® ; les objectifs de la mise sur le marché de ce produit ne sont pas explicites. Il semble que la lenteur de la diffusion de la méthadone ait conduit les pouvoirs publics à contourner les services spécialisés en proposant un produit à faible risque d'overdose, pour lequel le contrôle de la prescription peut être plus lâche. La recommandation du travail en réseau associant des médecins de ville, des services spécialisés, des services hospitaliers entre autres, sur le modèle de ce qui avait été mis sur pied pour les soins aux malades séropositifs, est censée offrir une prise en charge multidisciplinaire dont on sait, à partir de l'expérience de la méthadone (Ball et Ross, 1991), qu'elle est la condition de l'efficacité d'un traitement de substitution. Si la buprénorphine est depuis près de 20 ans (Jazinski, 1978) l'objet d'essais thérapeutiques pour le sevrage ou la maintenance aux États-Unis, il s'agit d'expériences contrôlées dans lesquelles le médicament sous forme liquide est absorbé quotidiennement sous la supervision d'une infirmière et sans qu'il soit possible pour les individus d'emporter le médicament à domicile. De larges catégories d'individus sont exclus de ces essais qui ne comportent pas pour la plupart de prise en charge psychosociale intensive. Les résultats obtenus avec une dose quotidienne de 8mg sont équivalents à une dose de méthadone de 60mg. La nature même de ces essais contrôlés ne permet pas d'évaluer les risques en cas de grossesse, de pathologies hépatiques de combinaison avec d'autres substances, ou en cas d'injection. La forme faiblement dosée de buprénorphine (Temgésic®) avec une indication antalgique a été mise sur le marché depuis longtemps dans de nombreux pays et est injectée ou 'sniffée' par les toxicomanes sans que des accidents graves aient été identifiés ; mais les produits détournés sont consommés en général en dose relativement faible.

Ainsi en 1997, en France, le volume de Subutex® vendu dans les officines correspond à un effectif de sujets traités de 32 à 40 000 personnes², tandis que 6500 recevraient de la méthadone dont 2000 seulement suivis en médecine de ville (Lert, 1997) ; le nombre de sujets recevant encore des prescriptions de sulfate de morphine n'est pas connu. Ainsi alors que l'on dispose pour la méthadone de données scientifiques nombreuses et anciennes et qu'elle est considérée dans les autres pays comme le produit le mieux adapté aux traitements de maintenance, elle n'a en France qu'une place très secondaire.

La place des traitements et des produits de substitution dans l'offre de soins aux usagers dépendant de l'héroïne

Compte tenu des prises de position, des informations recueillies dans nos études en cours, des règles qui viennent d'être rappelées, on peut s'interroger sur la place des traitements de substitution dans le système français.

Quels sont les objectifs de la disponibilité des médicaments de substitution ?

Quel est le fondement des mesures d'exception encadrant les traitements médicaux de la toxicomanie ? Ces mesures d'exception sont-elles justifiées ?

Quelle est la place prise aujourd'hui par ces modalités de prise en charge dans le système français ?

Quels sont les objectifs de la disponibilité des médicaments de substitution ?

Pendant longtemps le terme de substitution n'a été que très peu utilisé : la plupart des travaux jusqu'à la fin des années 80 utilisaient le terme de maintenance à la méthadone par opposition à la notion de sevrage ou de programme sans drogue (drug-free). En effet, la méthadone peut être utilisée pour le sevrage avec des doses dégressives alors que dans le traitement de maintenance les doses sont progressivement augmentées jusqu'à trouver la dose de confort pour le patient puis maintenues à ce niveau ; elles doivent ensuite décroître très lentement (le rythme de 3% de baisse de la dose par semaine est recommandé) quand le sevrage est envisagé.

Le mot de substitution est utilisé dans les textes plus anciens mais pour désigner la fonction biologique de ces prescriptions. Il serait très utile de reconstituer comment s'est fait ce passage de la notion de maintenance à celle de substitution. Ses propriétés pharmacologiques ne font pas de la méthadone un véritable produit de substitution à l'héroïne ; la méthadone prévient le syndrome de manque mais ne procure ni les effets euphorisants, ni le plaisir de l'héroïne. S'agit-il alors d'ouvrir la voie comme en Suisse ou aux Pays-Bas à la distribution d'autres substances, comme l'héroïne ou la morphine ? L'expérimentation suisse de prescription d'héroïne, maintenant terminée (Uchtenhagen, 1997) et celle envisagée par les hollandais (Health Council of the Netherlands, 1995) ont un cadre très strict - il n'est pas envisagé, par exemple, que le produit soit consommé ailleurs que dans le lieu de soins ; elles concernent en principe des sujets sévèrement atteints qui ne répondent pas, ou de façon inadéquate, aux traitements pharmacologiques disponibles en routine, malgré plusieurs tentatives. L'objectif est de stabiliser la consommation de l'héroïne et d'améliorer leur état de santé au sens large.

L'ambiguïté existe aussi quand on évoque les notions d'abstinence, de sevrage ou de substitution. Il est classique de résumer aujourd'hui l'offre thérapeutique dans l'alternative abstinence-substitution. Or selon les pays et selon les auteurs, on considérera abstinent des sujets traités par la méthadone et qui ne prennent pas d'autres opiacés. Dans l'optique de la maintenance, il s'agit bien de cette abstinence-là. De la même façon il est abusif d'assimiler les autres modes de prise en charge à la désintoxication ou au sevrage : celui-ci n'est qu'une étape limitée de la prise en charge qui peut s'accompagner

de traitements divers (antalgiques, psychotropes, massages, soutien psychologique etc.) pour rendre supportable le syndrome de manque. Cette phase n'est étant pas forcément la première étape de la prise en charge et est en principe suivie d'une prise en charge à plus long terme.

L'évolution des intervenants en toxicomanie a été lente et tardive et il semble aussi que le modèle méthadone ait été investi de façon ambiguë par certains.

Dans un entretien au Journal du Sida en 1993, un responsable de l'ANIT mettait en avant les effets pervers de la méthadone en arguant des biais des études évaluatives du fait que les traitements seraient réservés à des patients « d'élite » ou déjà soignés ou déjà bien avancés dans le processus de maturation car plus âgés ; l'entrée dans la toxicomanie avec la méthadone, le fait que certains patients simulent la dépendance pour en bénéficier, les overdoses à la méthadone en nombre croissant pire encore les intoxications des enfants. Après avoir souligné ces dérives et ces effets pervers, il concluait en disant « la solution est davantage à chercher dans la capacité d'intégration sociale des toxicomanes, dans la réflexion sur les facteurs culturels que dans des produits de substitution. Le facteur "réhabilitation" joue plus que le facteur pharmacologique » (Delille, 1993).

Cette notion que le produit n'est qu'un agent secondaire à la relation et à la prise en charge psychologique et sociale est très présente y compris chez les défenseurs de la méthode. Ainsi Didier Touzeau, directeur de la Clinique Liberté et qui a joué un rôle clé dans la transformation du modèle français déclarait dans la même publication : « La méthadone n'est pas le traitement de la toxicomanie mais des toxicomanes et en particulier de ceux chez qui les méthodes actuellement employées ont échoué. Il s'agit bien d'un outil thérapeutique mais aussi il ne faut pas l'ignorer d'un instrument de contrôle social. Personne n'en est dupe, pas même certains toxicomanes qui le réclament confusément car ils ressentent le besoin de repères clairement identifiés ». Mais c'est sans doute les propos de C. Olievenstein dans un entretien au Journal du sida en 1996 qui illustre le mieux cette position ambiguë pour quelqu'un qui fait partie du conseil d'administration d'un centre méthadone qui se veut innovant, Nova Dona : « la méthadone est un produit de substitution pas un traitement ; un outil pour la cure, et non une thérapeutique en soi. dans cette nouvelle politique, on confond la notion de substitution et la notion thérapeutique pour impose au médecin et au malade une forme masquée de contrôle social par la substitution. C'est un système rigide qui est mis en place, où les intervenants ne sont pas libres de leurs actes.[...] On échange des analyses d'urine contre un produit de substitution. Pour ma part je n'ai rien contre le produit lui-même ; et je dirais même qu'on pourrait le distribuer dans les débits de tabac. On ne s'intéresse pas aux raisons qui poussent les gens à prendre de la drogue. C'est un système de mise en carte ; on échange de l'urine saine contre un contrôle social, le tout organisé au nom de la santé publique. On a inventé les drogués médico-légaux. Ce sont les fantasmes de l'opinion qui sont à l'oeuvre, les pressions de la société libérale qui demande que l'on prenne en charge le drogué comme une menace pour la société : c'est la sainte alliance de la société libérale et de la santé publique ».

La conversion des intervenants en toxicomanie à 'la substitution' ne consiste-t-elle pas alors à investir cette nouvelle modalité thérapeutique de la conception classique antérieure ; la méthadone n'est alors pas une réponse mais simplement une substitution qui permet au sujet d'affronter avec l'aide des professionnels, les composantes de sa vie psychique et sociale. Dès lors le produit lui-même, méthadone buprénorphine ou sulfate de morphine, ses propriétés, les doses, les contrôles ont une autre signification que celle qui leur est assignée dans un classique traitement.

Quels sont les fondements des contraintes spécifiques des traitements de substitution ?

On doit en effet s'interroger les règles d'exception qui s'appliquent en particulier au traitement par la méthadone, puisque les contraintes encadrant le Subutex sont beaucoup moins strictes. Ces règles d'exception concerne des principes de la médecine libérale : libre choix des praticiens, libre choix des officines, secret médical notamment. Par exemple la brochure destinée aux pharmaciens envisage que ceux-ci puissent informer le médecin prescripteur d'un achat de seringue alors que dans la déontologie, le secret médical ne doit jouer que dans l'intérêt du patient. En ce qui concerne le traitement lui-même, il existe un principe de libre prescription par le médecin ; elle est en l'espèce strictement encadrée. Ces dérogations sont prises au nom des risques pour le patient et des risques de détournement en faisant l'hypothèse de la mauvaise observance des patients et de leurs tendances à la tricherie. Si l'on considère la prescription de méthadone comme un traitement, ces règles n'apparaissent pas comme ayant de véritables fondements.

La toxicomanie est une condition chronique grave, comme on l'a vu plus haut, et le traitement par la méthadone en est un traitement efficace. On en rappellera ici quelques aspects sur la base d'une revue de littérature récente qui fait le point des connaissances sur l'efficacité de cette modalité thérapeutique à partir, il est vrai d'études très hétérogènes quant aux protocoles, aux indicateurs et aux types de traitement étudiés (Bertschy, 1995).

La maintenance par la méthadone réduit la consommation d'héroïne : une partie des sujets traités arrêtent leur consommation, ceux qui la poursuivent en réduisent l'intensité. Cette réduction globale apparaît plus importante que celle obtenue par d'autres modalités thérapeutiques. Par contre les résultats concernant la consommation de cocaïne, de sédatifs, d'alcool et de cannabis sont beaucoup plus hétérogènes : cette hétérogénéité est liée aux contextes plus généraux d'utilisation de ces substances dans les différents pays aux diverses époques considérées. De toute façon, la consommation de ces produits avant le traitement influence fortement leur consommation en même temps que la maintenance par la méthadone. Il n'y aurait pas en tout cas d'effet d'aggravation de ces consommations avec la méthadone. En ce qui concerne la délinquance, on observe une diminution appréciée par les durées d'incarcération. En matière d'insertion sociale les changements sont minces mais l'auteur remarque que le critère d'emploi est devenu un indicateur très sévère dans des économies en sous-emploi chronique. La mortalité est un indicateur difficile à mesurer. Les études recensées portent sur des effectifs peu nombreux et des

durées de suivi très hétérogènes ; néanmoins les résultats vont dans le sens d'une réduction de la mortalité, réduction d'autant plus importante que les sujets sont restés longtemps en traitement. Compte tenu de l'hétérogénéité des protocoles d'étude, il est impossible d'indiquer les facteurs déterminants d'un effet en terme de mortalité.

Il n'existe pas encore de données françaises sur les effets des traitements par le Subutex® et l'on ne bénéficie pas ici de travaux menés dans d'autres pays. La croissance rapide et le maintien des ventes de Subutex® à un niveau élevé indiquent que les toxicomanes sont demandeurs de ce médicament, et qu'ils le consomment de façon régulière alors qu'on sait qu'il n'a pour effet que de supprimer le manque sans donner de sensation agréable. On peut donc penser qu'il est perçu comme ayant des effets positifs. Cependant on peut se demander si les caractéristiques même du produit (équivalant à une dose peu élevée de méthadone) et surtout la qualité de la prise en charge (qui dans de nombreux cas se limite à la prescription) sont suffisantes pour soutenir des changements positifs au niveau individuel en ce qui concerne les conditions de vie, les troubles psychologiques ou la consommation d'autres substances psychoactives. Au niveau national, on observe que la diffusion des traitements de substitution s'est accompagnée d'une baisse des overdoses recensées par l'OCRTIS (1997) ainsi que des interpellations et des saisies d'héroïne, sans qu'un lien direct puisse être démontré.

En ce qui concerne les infections virales, la plus grande partie de la diminution de l'exposition au risque par partage des seringues s'est produite en dehors des traitements par un changement des pratiques par les usagers eux-mêmes. La réduction de la consommation d'héroïne qui se produit avec la maintenance par la méthadone réduit le risque du partage ; cependant des craintes sont apparues avec la consommation de crack qui se traduit par des injections répétées et une exposition plus forte au risque sexuel (Hartel, 1995). Dans une étude américaine qui prend pour indicateur la séroconversion au VIH, les auteurs concluent malgré quelques difficultés méthodologiques, que l'entrée en traitement par la méthadone réduit les risques de contamination (Metzger, 1992). Bien que le mode normal d'absorption du Subutex® soit la voie sublinguale, des indices concordants indiquent qu'il est très souvent injecté : en particulier, alors que le nombre estimé de personnes recevant ce médicament est très élevé, on n'observe en 1996-97 aucune baisse, au contraire, des ventes de seringues.

Les évaluations à long terme sont particulièrement difficiles puisqu'on sait que souvent plusieurs épisodes de traitement et de traitements différents sont nécessaires dans le processus de sortie de la toxicomanie comme de toute condition chronique. Les facteurs qui influencent l'issue des traitements concernent les modalités du traitement et les caractéristiques de l'individu. Les résultats sont d'autant meilleurs que les sujets traités ont moins de problèmes sociaux, moins de problèmes psychiatriques, moins d'activités délinquantes, encore que les valeurs prédictives de ces facteurs sur les résultats soient modérées. Par contre l'âge et le nombre de traitements antérieurs n'apparaissent pas déterminants dans la plupart des études, ce qui signifie que les arguments qui restreignent l'accès au traitement par la méthadone (ancienneté de la toxicomanie et échecs répétés)

sont plutôt des arguments de contrôle. En ce qui concerne les modalités de traitement, les doses et la souplesse de la prescription et de la consommation sont associés à des résultats favorables. Le traitement a de meilleurs résultats quand le patient bénéficie d'interventions psychosociales. Le bénéfice à long terme est meilleur quand le processus de sevrage de la méthadone a été lent. Cette efficacité reste partielle mais dans le traitement de la dépendance on ne recherche pas un résultat en tout ou rien mais une réduction de la sévérité des atteintes dans le domaine somatique et psychologique et en terme d'insertion sociale. De plus rappelons-le le traitement par la méthadone concerne les consommateurs d'héroïne alors qu'aujourd'hui beaucoup de toxicomanes consomment de multiples produits simultanément.

On doit comparer l'efficacité des traitements de la toxicomanie et particulièrement du traitement par la méthadone à l'efficacité des traitements d'autres conditions chroniques graves arthrite, hypertension, asthme ou diabète comme le suggèrent O'Brien et McLellan (1996). Dès lors les taux de réussite ou d'observance des traitements apparaissent du même ordre que pour ces maladies. On doit examiner les contraintes qui pèsent sur les traitements de la dépendance à l'aune de ce qui est considéré comme acceptable dans la pratique générale.

La désignation d'un médecin prescripteur cherche à limiter le recours à plusieurs médecins simultanément, ce qui pour le reste de la population est qualifié de nomadisme médical, phénomène qui a été récemment incriminé comme générateur de gaspillage et utilisé pour justifier des mesures restrictives en matière de sécurité sociale. Il n'est donc pas l'apanage des toxicomanes. D'autres arguments qui légitiment la réglementation stricte ont trait à la mauvaise observance des traitements et aux risques d'intoxication par les médicaments prescrits. La non-observance du traitement est un phénomène fréquent, y compris dans les maladies sévères (Morin, 1996, O'Brien, 1996). Dans une étude menée à Genève sur la compliance des patients infectés par le VIH, la compliance à l'AZT n'était pas différente dans les différents groupes de toxicomanes (Broers, 1994). Lorsqu'on étudie les situations de moindre observance chez les sujets toxicomanes par rapport à d'autres types de patients, Morin et Moatti rappellent que l'on retrouve alors un moindre accès aux soins et un suivi thérapeutique entravé qui sont à mettre en relation avec les insuffisances de la protection sociale des personnes démunies et non avec la toxicomanie elle-même.

Les risques liés à cette mauvaise compliance, à la prise concomitante de médicaments ayant des contre-indications est-elle plus élevée pour la méthadone ou le Subutex® que pour d'autres produits ? Il existe des risques spécifiques à ces médicaments, les risques liés à des surdosages, à des mélanges de médicaments, à l'utilisation de l'injection au lieu de l'absorption orale. les données de Manchester sur les overdoses mortelles pour la période 1985-1994 montre que la méthadone est en cause dans 15% des décès, 30 % pour les trois dernières années ; dans deux cas sur cinq il s'agissait de patients auxquels elle était prescrite dans le cadre d'une maintenance (Cairns, 1996). Actuellement on ne dispose pas en France de données sur le rôle des médicaments dans les overdoses accidentelles et les décès.

Ainsi sans nier les risques de détournement ou d'abus, sans doute serait-il utile d'examiner les règles imposées aux traitements des toxicomanes du point de vue de principes généraux et en les comparant à ce qui existe dans d'autres secteurs de la médecine.

Quelle est la place prise aujourd'hui par ces modalités de prise en charge dans le système français ?

Actuellement la contestation des traitements de "substitution" s'exprime peu. Au contraire on peut avoir le sentiment qu'il n'existe plus de prise en charge sans substitution alors que les communautés thérapeutiques ou les traitements sans substitution peuvent être des options utiles pour une partie des usagers. Les changements introduits au cours des dernières années dans les méthodes de prise en charge ne peuvent pas encore être appréciés dans toute leur ampleur. Ces changements concernent l'organisation du système de soins spécialisés, la définition des rôles professionnels, la conception de la toxicomanie et des traitements. On ne prendra ici que quelques exemples du caractère transitoire de la période actuelle. La question des troubles psychiatriques : la lutte pour les traitements de substitution a reposé sur la contestation du paradigme psychanalytique fondateur du discours sur la toxicomanie des années 70 et 80. L'introduction de ces traitements dans les services spécialisés s'est traduite par une évolution de la structure professionnelle au détriment des psychiatres et des psychologues, souvent remplacés par un personnel médical et social à l'occasion des départs, ce faisant c'est la dimension psychologique de la toxicomanie qui était en quelque sorte exclue avec eux. La fin de cette éclipse semble s'amorcer : la souffrance psychique masquée ou atténuée par l'usage des drogues apparaît dans son acuité chez une partie des patients suivis en traitement de substitution laissant les soignants désemparés et désarmés. La fréquence de ces troubles psychiatriques ou psychologiques est reconnue de longue date, et il est possible qu'ils soient aggravés aujourd'hui par la détérioration des conditions de vie ; mais dans l'épreuve de force engagée pour faire évoluer le système de prise en charge, ils avaient été en quelque sorte mis au second plan. Aujourd'hui, ils réapparaissent à travers la notion de double diagnostic (*dual diagnosis*), et ce sont les psychiatres et les institutions psychiatriques qui sont mises en cause pour leur incapacité à recevoir et à soigner les malades psychiatriques toxicomanes comme naguère les services de maladies infectieuses ou de médecine interne l'ont été pour les toxicomanes atteints de sida.

Autre exemple, les principes de gratuité et d'anonymat qui accompagnaient en France la réglementation issue de la loi de 1970, ils sont inapplicables dans le contexte d'un recours accru à la médecine libérale ou hospitalière. Beaucoup d'usagers ont une couverture sociale (88% selon le SESI) comme assuré, ayant-droit ou au titre du RMI, de l'AAH etc. et de ce fait rentrent dans le cadre commun de la protection sociale ; ce qui ne résout qu'une partie, mais une partie non négligeable de la question de l'accès aux soins. L'élargissement du système de prise en charge des usagers de drogue conduira sans doute à une mise en question du régime d'organisation et de financement des services spécialisés dans un contexte où l'ensemble du système de santé et de protection sociale est en cours de réaménagement.

Le caractère particulier des contraintes encadrant les traitements de la toxicomanie s'atténuera ou s'intégrera à des modes de régulation non spécifiques, ce faisant la responsabilité des professionnels et des institutions devrait être accrue : l'adaptation des prescriptions aux besoins changeants de la personne traitée, les conditions du suivi, la mise en garde contre les risques, la prise en charge des pathologies concomitantes, le soutien psychologique reposent en effet sur la compétence et l'engagement des professionnels. Si la politique de réduction des risques, et notamment la tardive mais large diffusion des traitements de substitution, a été mise en place au nom de la santé publique, encore faut-il s'assurer qu'elle atteint les objectifs recherchés or on manque encore d'informations sur le bénéfice tiré individuellement par les usagers de drogue des nouveaux dispositifs et sur le fonctionnement réel de ceux-ci. Sur le premier point des études sont en cours qui devraient être publiées dans les prochains mois mais le second reste particulièrement opaque. Par ailleurs, si on dispose de quelques indicateurs généraux sur les effets des politiques récentes : baisse des overdoses mortelles baisse des déclarations de sida résultant de l'introduction des multithérapies, baisse des nouvelles contaminations par le VIH, il reste à vérifier qu'il ne s'agit pas d'une embellie transitoire correspondant à une période d'introduction de mesures nouvelles qui risquent d'épuiser leurs effets dans une population marginalisée si le contexte général ne permet pas une amélioration significative de leur situation sociale. Ainsi parallèlement à l'évaluation de la politique de réduction des risques comme politique de santé, elle devrait aussi être analysée sous l'angle des politiques sociales de lutte contre l'exclusion.

Références bibliographiques

- G. Bertschy (1995) «Methadone maintenance treatment: an update». *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 245, 114-124
- J. Bloch, F. Nory-Guillou, C. Monaque, Y. Charpak (1996) «Place des généralistes dans la prise en charge des toxicomanes». *ÉVAL*, 39p.
- B. Broers, A. Morabia, B. Hirschel (1994). «A cohort study of drug users compliance with zidovudine treatment». *Archives of Internal Medicine*, 154,1121-1127.
- A. Cairns, I.S.D. Roberts,E.W. Benbow (1996) «Characteristics of fatal methadone overdose in Manchester, 1985-94». *British Medical Journal*, 313,264-5.
- C. Carpentier, J.M. Costes (1995). *Drogues et Toxicomanies. Indicateurs et tendances*, DGLDT-OFDT, 127 p.
- J. Carpentier (1994) *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*. Ellipses, Paris 112p.
- Y. Charpak, F. Nory-Guillou, J. Barbot (1994) «La prise en charge des toxicomanes (héroïnomanes) par les médecins généralistes». *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*,42, 222-234.
- C.E. Cherubin, J.D. Sapira (1993) «The medical complications of drug addiction and the medial assessment of the intravenous drug user: 25 years later». *Annals of Internal Medicine*, 119,1017-1028.
- T. D'Aunno, T. Vaughn (1992) «Variation in methadone treatment practices. Results from a national survey». *JAMA*, 267,253-258
- M. Davoli, C.A. Perucci, E.Rapiti, A.M. Bargagli, D. D'Ippoliti, F. Forastiere, D. Abeni (1997) «A persistent rise in mortality among injection drug users in Rome, 1980 through 1992». *American Journal of Public Health*, 1997, 851-853.
- J-M. Delille (entretien avec) (1993) «Il n'y a pas de vérité établie sur la méthadone». *Le Journal du sida*, 4-,32-33
- P. Deniker, H. Loo, E. Zarifian, H. Cuche (1975). «A propos d'une expérience française de la méthadone». *L'Encéphale*, 1,75-91.
- D.C. Des Jarlais (1990). «Stages in the response of the drug abuse treatment system to the AIDS epidemic in New York». *The Journal of Drug Issues*, 20,2,335-347.
- D.C. Des Jarlais (1995) «Regulating controversial programs for unpopular people: Methadone maintenance and syringe exchange programs». *American Journal of Public Health*, 85, 1577-1584.
- J. Emmanuelli (1996) *Pandémie de VIH/Sida et réduction des risques chez les usagers de drogues à travers le monde. Note de synthèse*. XI^e Conférence Internationale sur le Sida, Vancouver,7-12 juillet 1996.DGS-Division Sida 14p.
- L. Friedman, M.T. Williams, T.P. Singh, T.R. Frieden (1996). «Tuberculosis, AIDS and death among substance drug abusers on welfare in New York City». *The New England Journal of Medicine*, 334, 828-833.
- M. Frischer, M. Bloor, D. Goldberg, J.Clark, S. Greer, N. McKeganey (1993) «Mortality among injecting drug users: a critical reappraisal». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 47,59-63.

M. Galli, M. Musicco (1994) «Mortality of intravenous drug users living in Milan, Italy: role of HIV1 infection». *AIDS*, 8, 1457-63.

Groupe de l'action concertée sur l'épidémiologie de l'hépatite C. Résultats et propositions. (1995) RNSP, Saint-Maurice, 89p.

D. Hartel, E. Schoenbaum, P. Selwyn, J. Kline, K. Davenny, R. Klein, G. Friedland (1995) «Heroin use during methadone maintenance treatment». *American Journal of Public Health*, 85,1,83-88.

F. Hatton, F. Facy, E. Jouglà (1993). «La mortalité et la morbidité par toxicomanie augmentent en France». *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 41, 422-425.

Health Council of the Netherlands (1995) Committee on pharmaceutical interventions in heroin addicts. *The prescription of heroin to heroin addicts* The Hague : Health Council of the Netherlands)1995/12E.

R. Ingold.(1986) *Rapport d'étude et de réflexions sur le réseau sanitaire spécialisé dans la prise en charge des toxicomanes et sur son évaluation.* 71p

D. Lecomte, F. Hatton, E. Michel, A. Le Toulec, E. Jouglà (1995). «Décès par toxicomanie en Ile-de-France». *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 43, 560-572

F. Lert, E. Fombonne (1988). *La toxicomanie. Vers une évaluation de ses traitements.* La Documentation Française INSERM, 144p.

F. Lert, H. Lert (1989) *Les actions d'information et de prévention du sida en direction des jeunes. Etude de la situation dans 6 villes françaises.* Rapport pour la DGS.

F. Lert, H. Lert (1991) *La prévention du sida auprès des groupes vulnérables. Toxicomanes, prostitués, migrants, jeunes en difficulté. Etude de la situation dans deux grandes agglomérations. Analyse des obstacles et perspectives.* Rapport pour l'AFLS,.

F. Lert, M.J. Marne (1992) «Hospital care for drug users with AIDS or HIV infection in France». *AIDS Care*, 4, 3, 333-338.

F. Lert, H. Lert (1992) *Les actions d'information et de prévention du sida en direction des jeunes. Etude des effets du plan à deux ans de l'AFLS sur le développement des actions de prévention du sida dans six villes françaises entre 1989 et 1992,* Rapport pour l'AFLS, 68 p.

F. Lert, C. Candillier, E. Imbert, B. Belforte. (1995) «Pratiques de protection des usagers de drogue et exposition au risque de transmission du VIH». *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 50, 217-9.

F. Lert, J. Emmanuelli, J-F. Rioufol.(1997) Indicateurs de mise en oeuvre de la politique de réduction des risques en France : présentation des données issues de la mise en place d'un système d'information (SIAMOIS). ADELFI, Lausanne, 24-26 septembre 1997.

D.S. Metzger, GE Woody, A.T. McLellan, CP O'Brien, P. Druley, H. Navaline (1993) «Human Immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users an and out of treatment : an 18-month prospective follow-up». *Journal of AIDS*, 6, 1049-56.,

M. Morin, J.P. Moatti (1996). «Infection par le VIH : les aléas de l'observance thérapeutique». *Nature, Science et Société.* sous presse.

Ministère de l'Intérieur, Direction Générale de la Police Nationale, Direction Centrale de la Police Judiciaire, Sous-Direction des Affaires Criminelles et Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants. (1996) Usage et trafic de stupéfiants. Statistiques 1996. pp. 1-91. Ministère de l'Intérieur.

C.P O'Brien, A.T. McLellan (1996). «Myths about the treatment of addiction». *Lancet*, 347,237-240.

Y. Obadia, J-P Moatti, M. Souveille, M. Morin, R. Sebbah, T. Gamby, H. Gallais. J.A. Gastaud (1994) «Les médecins généralistes français face à la prise en charge de l'infection à VIH». *Revue Française des Affaires Sociales*, 2, 175-196.

OCRTIS (1997)

C. Olievenstein (entretien avec) (1996) «Contre l'alliance du libéralisme et de la santé publique». *Le Journal du Sida*, 82, 23-25

R. Orti, A. Domingo-Salavany, A. Munoz, D. MacFarlane, J.M. Suelves, J.M. Anto, (1996), «Mortality trends in a cohort of opiate addicts, Catalonia, Spain», *International Journal of Epidemiology*, 25, 545-553.

R. Padieu. (1994) *L'information statistique sur les drogues et les toxicomanies*. DGLDT, La Documentation Française.

D. Rey, C. Pradier, Y. Obadia (1995). «Prévalence de l'infection VIH dans la région PACA : une enquête anonyme non corrélée: Prévagest». *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 16, 69-70.

RNSP (1995) «Surveillance du sida en France (situation au 30 juin 1995)». *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 32, 141-147.

M. Rotily, A. Galinier-Pujol, Y. Obadia (1994) «HIV testing, HIV infection and associated risk factors among inmates in south-eastern french prisons». *AIDS*, 8, 1341-1344.

SESI (1996) «La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1994». *Documents statistiques*, n°258.

C. Six, F. Hamers, R. Ancelle-Park, J.B. Brunet (1996) *Enquête semestrielle sur l'infection à VIH chez les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement*, CESES, 21p.

J. Strang, D.C. Desjarlais, P. Griffiths, M. Gossop (1992). «The study of transitions in the route of drug use : the route from one route to other». *British Journal of Addiction*, 87, 473-483.

J. Strang, P. Griffiths, M. Gossop (1997) «Heroin smoking by 'chasing the dragon': origins and history». *Addiction*, 92, 6, 673-683

M.J. Taboada (1988). *Evaluation du traitement au chlorhydrate de méthadone*. Volume II, Paris, 101p

A. Uchtenhagen, F. Gutzwiller, A. Dobler-Mikola (1997) *Essais de prescription médicale de stupéfiants. Rapport final des mandataires de la recherche. Rapport de synthèse*. Zurich, 161p.

D. Touzeau (1993) «Théorie et pratique clinique des cures de méthadone». *Le Journal du sida*, 4, 34-36.

M. Verboud (1996). «Substitution : Feu orange pour les sulfates de morphine». *Le Journal du Sida*, 88, 28.

* INSERM, Saint-Maurice

¹ Le terme d'overdose recoupe des intoxications diverses liées à de véritables surdosages, aux effets combinés de substances consommées en même temps médicaments ou alcool, ou à des empoisonnement dus aux produits de coupage. Les usagers ont très peu de possibilité pour contrôler la qualité des produits.

²Cette estimation qui repose sur des doses moyennes quotidiennes de 8 à 10 mg suppose que les médicaments vendus sont consommés de façon quotidienne par une seule et même personne ; or on sait qu'il existe un détournement des produits sans pouvoir en évaluer l'ampleur.

CHAPITRE 3

DROGUES ILLICITES ET MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES EN GRANDE-BRETAGNE : HISTOIRE D'UNE FRONTIÈRE INCERTAINE

Virginia Berridge*

Les historiens et les anthropologues l'ont souvent rappelé : l'élément essentiel d'une drogue, d'un médicament ou même d'un aliment est leur construction sociale, culturelle et historique. En anglais, on utilise aujourd'hui le mot «drogue» pour désigner une catégorie de substances absorbées par le corps dans un but autre que celui de se nourrir. Dans ce sens, le mot drogue se distingue clairement de celui de nourriture. On peut définir les «drogues» selon deux grandes catégories : celles à visées curatives somatiques et celles que l'on utilise pour provoquer des changements psychologiques plutôt que physiologiques.' Mais ces catégorisations sont assez récentes. D'après Andrew Sherrat, elles sont apparues dans le contexte du capitalisme et de la révolution industrielle, comme étant spécifiquement liées à des sociétés possédant les capacités techniques de fabrication de produits chimiques élaborés et à des économies dans lesquelles ces produits pouvaient circuler¹. Ces développements ont entraîné une rupture avec les usages populaires antérieurs, mais également une séparation des «drogues» d'avec d'autres substances produisant un effet sur l'esprit et l'humeur, comme la nourriture et la boisson (café, thé et chocolat) ou d'autres habitudes, telles que la cigarette, la prise de tabac et les gommes à mâcher. La frontière entre les «drogues» et les autres substances varie non seulement selon les époques, mais aussi selon les cultures. De la même manière, la frontière entre les usages licites et illicites a toujours été sujette au changement et négociable.

Ces questions me sont revenues à l'esprit en préparant cet exposé², tout simplement parce que la langue anglaise ne possède qu'un seul terme, ambigu mais pratique, le mot *drug*, pour désigner à la fois les substances illicites et celles qui sont prescrites par le médecin, alors que la langue française, comme me l'a fait remarquer un de mes étudiants français, possède deux mots distincts, *drogue* et *médicament*, dont les sens ne se recoupent pas. Ces distinctions d'usage de la langue reflètent une histoire et une culture différentes. Mon objectif est d'observer les changements culturels et historiques de l'expérience britannique en matière de drogues et de médicaments, en les considérant dans leur sens large de substances licites et illicites, tout en faisant émerger ce qui me semble constituer les facteurs clés de cette évolution.

Le dix-neuvième siècle : mouvements territoriaux de l'opium

Les mouvements territoriaux de l'opium dans la société britannique du dix-neuvième siècle constituent un point de départ intéressant. Les journaux médicaux de l'époque

fournissent un grand nombre d'éléments prouvant l'importance de son utilisation dans le traitement médical de la première moitié du siècle. A titre d'exemple, Jonathan Pereira nota en 1839 dans son manuel de *materia medica* que l'opium était utilisé en médecine « pour soulager la douleur, diminuer les spasmes, faire dormir, réduire l'agitation nerveuse, favoriser la transpiration, et limiter les décharges abondantes de mucus dans les bronches et le tube gastro-intestinal »³. Il n'existait à l'époque aucun contrôle médical officiel de l'opium. Les conseils donnés par les manuels et les journaux médicaux reflétaient l'existence, à l'arrière-plan, d'un contrôle non professionnel important et socialement accepté de sa distribution et de ses usages. Jusqu'à ce que la loi de 1868 (*Pharmacy Act*) ne vienne restreindre l'approvisionnement en opiacés au-delà d'une certaine dose aux seuls pharmaciens professionnels qualifiés, il était possible de se procurer de l'opium n'importe où, sur les marchés ou à l'épicerie du coin, et on pouvait envoyer un enfant en acheter. Les frontières entre ce qui était perçu comme un usage «médical» et «non médical» étaient obscures. On savait que des figures importantes de la vie politique britannique, tels William Wilberforce, qui se battit pour la réforme de l'esclavage, ou le Premier Ministre William Ewart Gladstone, prenaient de l'opium pour se stimuler ou se remonter avant d'adresser leurs discours à la Chambre des Communes. On condamnait rarement ces usages publiquement.

La condamnation de l'usage d'opiacés en tant que «luxe», comme on disait dans la terminologie de l'époque, est liée à son usage dans les villes industrielles. Les enquêtes du service de santé publique menées dans les années 1840 commencèrent à montrer de l'inquiétude pour ce type d'usage, et le problème de la consommation chez les pauvres resta à l'ordre du jour, en particulier avec la «famine du coton» dans le Lancashire dans les années 1860, et l'usage par la classe ouvrière de «calmants pour enfants» qui plongeait ces derniers dans un état comateux pendant que leur mère allait travailler⁴. Le détail et l'analyse de la validité de ces arguments dépassent les limites de cet article. Néanmoins, il est important de noter que le type d'usager constitua un facteur décisif dans l'élaboration de frontières entre usage licite et illicite. Le café de Gladstone, additionné de laudanum, ne possédait aucune des menaces potentielles de la consommation d'opium ou d'alcool) des habitants des villes industrielles.

La formalisation des frontières entre le médical et le non-médical a également son origine dans des problèmes qui n'avaient pas grand-chose à voir avec l'expérience nationale britannique. A la fin du dix-neuvième siècle, la réaction contre le marché indochinois de l'opium entraîna du même coup une attention accrue sur son usage médical (légitime) et non médical (illégitime). En 1895, le rapport de la Commission Royale sur l'opium, que certains considérèrent comme une «réhabilitation» de la question de l'opium, montra qu'une telle distinction était difficilement applicable dans la pratique et qu'elle n'était pas appropriée dans le contexte de la culture indienne : « [...] On utilise l'opium de façon extensive pour des raisons non médicales et quasi médicales, dans certains cas avec des résultats positifs, et généralement sans conséquences nuisibles. Les usages non médicaux sont tellement imbriqués dans les usages médicaux qu'il ne devrait pas être possible de les différencier quant à la distribution et la vente de cette drogue. »⁵

Pourtant, la lutte contre l'opium continuait à gagner du terrain, surtout au début du vingtième siècle, grâce aux discussions de la *Shanghai Opium Commission* qui devaient mener au contrôle international des opiacés à l'échelle mondiale, à la Convention de la Haye en 1912⁶. Le cadre international des systèmes nationaux de contrôle des drogues devint l'important facteur que nous connaissons encore aujourd'hui.

La prescription sous contrôle médical

Au tournant du siècle, dans le contexte britannique tout du moins, les frontières entre usages licites et illicites étaient en train de se construire, mais pas seulement pour des raisons de politique intérieure. Dès la fin du siècle, les opiacés jouèrent un rôle moins important dans l'exercice de la médecine, avec l'apparition de nouveaux médicaments et la plus grande précision des diagnostics. De plus, les restrictions légales (loi de 1908 renforçant les contrôles pharmaceutiques) firent de la délivrance d'opiacés sans ordonnance un fait de moins en moins courant.

Parallèlement, des changements déterminants affectèrent les relations entre la profession médicale et l'État et, par conséquent, celles entre les médecins et leurs patients. L'événement clé fut la loi de 1911 sur la sécurité sociale (*National Health Insurance Act*), la composante sanitaire d'une série de réformes sociales votées dans les premières années du vingtième siècle. Son but principal était d'assurer l'avenir de la population de la Grande-Bretagne comme une race « impériale »⁷. L'objet de cette couverture sociale n'était pas tant de guérir la maladie que d'éviter le paupérisme. Par conséquent, l'application de la loi fut principalement limitée aux adultes de sexe masculin et elle fut dispensée par des organisations existantes : sociétés de secours mutuels (*friendly societies*), mutuelles d'assurances syndicales et compagnies commerciales, ce qu'on appelait les « sociétés agréées par l'État » qui offraient déjà des systèmes d'assurance-maladie. Les souscripteurs qu'elles assuraient avaient le droit, certes limité, d'être soignés gratuitement par un médecin qui figurait sur une liste de conventionnés, celui-ci recevant des honoraires supplémentaires en fonction du nombre de consultations conventionnées.

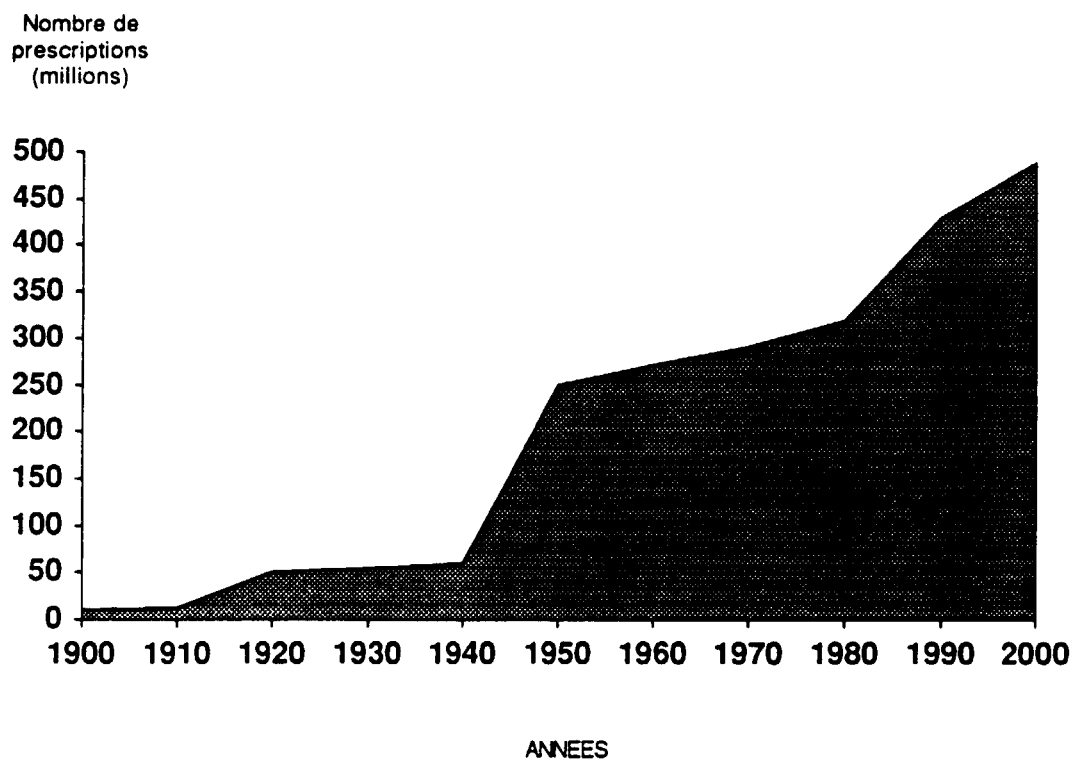
Ce développement fut significatif pour un certain nombre de raisons. Bien que l'administration du système ne fût pas centralisée, elle continuait d'être assurée par les compagnies d'assurance agréées par l'État, le rôle de ce dernier se voyait considérablement augmenté en ce qui concerne les dispositions et la gestion de l'accès aux soins. Du point de vue du sujet qui nous préoccupe ici, le contrôle exercé par les médecins sur leurs patients et, en particulier, leur pouvoir de prescrire, en fut radicalement changé.

Un rapide coup d'oeil en arrière sur le dix-neuvième siècle montre une situation bien différente. Les cahiers de prescriptions et les registres des pharmaciens révèlent que les clients avaient l'habitude d'apporter leurs propres recettes qui étaient préparées sans intervention médicale. Peu de patients possédaient une prescription pour leur médication et, même s'ils en avaient une, elle restait leur propriété et pouvait être réutilisée à volonté.

Cela vint à poser un problème particulier dans le cas des prescriptions de morphine et de cocaïne : ces substances étant des alcaloïdes plus coûteux et elles étaient plus souvent prescrites par les médecins que les opiacés. Au tournant du siècle, l'intérêt grandissant suscité par la toxicomanie mis l'accent sur le fait qu'il était difficile d'exercer un contrôle sur les patients, ces derniers restant propriétaires de leur prescription⁸. La loi sur la sécurité sociale vint changer tout cela - du moins, pour les malades assurés sociaux. Les prescriptions furent écrites sur des formulaires officiels et elles devinrent la propriété du centre de sécurité sociale local. Les pharmaciens en exercice à l'époque se souvinrent du changement. Le nombre des prescriptions ainsi légalisées exécutées par les pharmaciens monta en flèche après 1911⁹.

Figure

Croissance du nombre des prescriptions médicales en Grande-Bretagne au cours du vingtième siècle et remboursées par l'État.



La mise en place d'une relation légalisée entre les médecins et l'État renforça également le contrôle des ordonnances. Parallèlement, la bataille médicale menée contre les spécialités pharmaceutiques, qui continua et s'étendit après la Première guerre mondiale avec les contrôles sur les remèdes contre les maladies vénériennes et le cancer, contribua également à faire reculer les frontières de la consommation non contrôlée médicalement et à augmenter le pouvoir des professions médicales et pharmaceutiques.

De 1911 aux années 60 : la création de frontières pour les opiacés/narcotiques

Les changements réglementant les relations médecin/patient et médecin/patient/pharmacien constituèrent le contexte dans lequel se construisirent les frontières spécifiques entre l'usage illicite et l'usage prescrit des opiacés et des narcotiques. Les événements qui eurent lieu en Grande-Bretagne pendant et juste après la Première guerre mondiale mirent à profit le mélange d'intérêts professionnels et internationaux établis à la fin du dix-neuvième siècle. A cause d'une «épidémie» d'usage de cocaïne à des fins non médicales dans le centre de Londres, le *West End*, durant la guerre, la cocaïne et l'opium furent soumis à des mesures de restrictions d'urgence en application du règlement 40B de la loi sur la défense du royaume (*Defence of the Realm Act*).

La loi de 1920 sur les drogues dangereuses (*Dangerous Drugs Act*), qui était la réponse nationale britannique à l'obligation imposée par le Traité de Versailles d'appliquer les décrets de la Convention de la Haye de 1912¹⁰, étendit ces restrictions et les établit de façon permanente. Le début des années 20 fut une époque de réaction violente, au niveau politique, contre l'usage de drogues. Le *Home Office* (Ministère de l'Intérieur, département de la justice) fut chargé du contrôle des drogues. Il s'opposa au Ministère de la Santé, nouvellement créé, et il envisagea, sur le modèle américain, des mesures draconiennes qui criminaliseraient les usagers de narcotiques et ceux qui leur en prescrivaient ou qui leur en dispensaient. Selon le *Home Office*, c'était un problème qui se posait essentiellement à court terme et dont on pouvait venir à bout en quelques années¹¹.

La réponse à cette politique, qui avait pour objectif d'élargir les frontières de ce que l'on considérait comme usage de drogue illicite fut très intéressante. Elle mettait en relief une des variables clés intervenant dans la création de ces frontières : la puissance de la profession médicale. Depuis au moins les années 1880, les médecins soutenaient que l'« intoxication » et la « dépendance » relevaient de leurs compétences. Il en allait de même pour la prescription d'opiacés à ceux qui acceptaient la définition médicale de leur dépendance - principalement des gens issus des classes moyennes, souvent médecins par ailleurs. Cet équilibre des pouvoirs était menacé par l'intrusion du *Home Office* dans les années 1920. La profession médicale riposta, en 1926, avec le rapport de la commission Rolleston sur la dépendance à la morphine et à l'héroïne. Il y était fermement déclaré que la toxicomanie relevait du domaine propre de la profession médicale et que la prescription de ces drogues à des toxicomanes dépendants était une pratique médicale

acceptable¹². E. W. Adams, président de la commission, médecin et fonctionnaire au Ministère de la santé, écrivit en 1923 un mémorandum qui expliquait très précisément la raison d'être de cette réponse : « [...] Si le toxicomane ne désire pas rentrer dans la relation de patient à médecin, mais qu'il admet venir le voir simplement parce que c'est son seul moyen de se fournir en drogue, il est alors évident que le devoir du médecin est de refuser de s'occuper de son cas. Mais si l'habitué désire se faire soigner en tant que personne malade pour améliorer sa condition pathologique, alors on doit permettre au médecin d'agir comme il le juge bon... »¹³. La distinction entre usage illicite et usage prescrit fut fondée sur cette représentation professionnelle du problème.

La commission Rolleston mit en relief le pouvoir de la profession médicale britannique ; elle établit un «système» qui, étant donné le petit nombre de toxicomanes dépendants au Royaume-Uni, durera jusque dans les années 1960. Le contrôle médical et la prescription s'inscrivaient dans le cadre du contrôle pénal - le *Home Office* restait l'ultime autorité politique de tutelle -, mais l'équilibre des pouvoirs, établi dans les années 1920 fut rarement remis en cause. Quand ce fut le cas, la profession médicale s'en sortit victorieusement.

On en trouve un exemple dans la pression exercée par l'Organisation Mondiale de la Santé sur le gouvernement britannique, au cours des années 1950, pour interdire la fabrication et la prescription médicale d'héroïne. Au début, la réaction médicale à cette démarche inspirée par les Américains fut loin d'être unanime. Mais dès que l'interdiction fut officiellement annoncée en 1955, l'opposition se souda en un front virtuellement uni. Le gouvernement revint en arrière en 1956 sur un détail technique : sous le régime de la loi sur les drogues dangereuses, il paraissait peu probable qu'on puisse «interdire» plutôt que «contrôler». En Amérique, à l'occasion de débats similaires dans les années 20, l'opinion médicale s'était alignée sur la prohibition. En Grande-Bretagne, dans les années 50, les traditions d'autonomie clinique et l'importance attachée à la prescription médicale légitime restaient prédominantes¹⁴.

La profession avait de solides moyens pour défendre son pouvoir de prescrire les drogues illicites. Pourtant, quelques années après seulement, elle était prête à lâcher un peu de lest. Le facteur déterminant fut l'augmentation en nombre des toxicomanes et leur régression sur l'échelle sociale du début des années 1960. Comme dans les années 20, ce fut une commission gouvernementale (*Brain Committee*) qui pilota le changement. En fait, il y eut deux commissions de ce genre. La première, nommée en 1958 pour enquêter sur la situation, conclut qu'il n'y avait aucun problème : le marché illicite était réduit et le nombre des toxicomanes peu important. Les témoignages qu'elle entendit indiquèrent qu'il ne paraissait pas nécessaire de renverser la politique de Rolleston sur la prescription médicale pour stabiliser les toxicomanes. Mais les conclusions de cette commission furent mises en doute et, en 1965, un autre rapport vint changer l'équilibre des contrôles dont la prescription était de nouveau le pivot : « Si les contrôles sont insuffisants, cela pourrait entraîner un accroissement de la toxicomanie, comme c'est le cas aujourd'hui. Si, d'un autre côté, les restrictions sont si sévères qu'elles empêchent ou découragent les

toxicomanes de s'approvisionner auprès de sources légitimes, cela pourrait conduire au développement d'un trafic illicite organisé. On a largement attribué l'absence, jusqu'à ce jour, de trafics illicites organisés au fait que les toxicomanes peuvent obtenir leur drogue par des moyens légaux. Mais aujourd'hui on abuse de ce service et le résultat en est une augmentation de la toxicomanie »¹⁵.

La commission fit trois propositions liées : restriction de l'approvisionnement des toxicomanes, mise en place de centres de traitement spécialisés et d'un système officiel d'enregistrement des toxicomanes au *Home Office*. Les médecins autres que ceux travaillant dans les centres de soins ne seraient plus autorisés à prescrire des « drogues dangereuses » aux toxicomanes. Ces propositions ne s'appliquaient qu'à l'héroïne et la cocaïne, et seulement dans le cas des toxicomanes. D'autres médecins conserveraient le droit de prescrire, d'approvisionner et d'administrer n'importe quelle drogue dangereuse nécessaire au traitement d'autres patients s'ils étaient atteints de maladies organiques. Un changement d'équilibre entre usage illicite et usage prescrit s'opérait ainsi dans deux directions simultanées : une logique de santé publique dans le cas des maladies infectieuses (la toxicomanie était considérée comme une menace potentielle pour l'ensemble de la communauté) ; un retrait aux médecins généralistes de base du pouvoir, institué après 1961, de prescrire aux toxicomanes, pour le confier aux spécialistes de la psychiatrie hospitalière. Le fait qu'un certain nombre de médecins généralistes de Londres avaient prescrit à outrance accéléra le changement tout en sapant le genre d'opposition professionnelle qui avait triomphé de l'interdit sur l'héroïne. Peu de temps auparavant, des changements similaires concernant l'alcool avaient eu lieu, avec la création de centres de traitement de l'alcoolisme. Comme dans le cas de l'alcool, l'objectif n'était pas nécessairement d'instaurer un usage contrôlé. Certains appelèrent ces centres des « cliniques d'approvisionnement », alors que d'autres personnes ayant participé au changement, y virent un moyen d'encourager l'abstinence. Selon le psychiatre Max Glatt, qui avait participé à ces changements, la prescription de maintenance ne pouvait fonctionner que dans le cas de toxicomanes dépendants, pour des raisons thérapeutiques, ou appartenant aux professions médicales¹⁶.

Alors que nous nous apprêtons à quitter temporairement l'histoire des opiacés à la fin des années 1960, quelques unes des directions de l'analyse apparaissent clairement. La définition d'une drogue illicite et d'un médicament prescrit dépendait essentiellement, dans l'arène politique de la drogue, de la nature du pouvoir médical et du type de consommateurs potentiels. Il est essentiel de reconnaître la toile de fond des changements qui ont caractérisé la participation de l'État dans la mise en place des services de santé. Après 1911, la prescription fut placée sous contrôle médical. Après la seconde guerre mondiale, on a pu voir l'instauration de la sécurité sociale (*National Health Service*) et l'émergence, dans le domaine médical, d'une culture technocratique basée sur l'hôpital qui a aussi posé les fondations du développement des centres de traitement. Le nouveau recentrage de la prescription et les nouvelles frontières érigées entre ce qui était licite et ce qui ne l'était pas naquit aussi d'un pouvoir accru des spécialistes et de la santé mentale au sein de la sécurité sociale¹⁷.

De 1900 aux années 80: les psychotropes, nouvelles drogues et nouvelles donnes

Les médicaments psychotropes, c'est-à-dire les produits manufacturés et prescrits médicalement pour traiter les symptômes associés à une maladie mentale, furent pour ainsi dire une caractéristique de cette nouvelle relation entre l'État, les professions et la santé. Mais il y eut également d'autres facteurs en jeu. Les barbituriques, avec l'introduction du véronal par Bayer en 1903, furent d'abord considérés, comme beaucoup d'autres produits depuis, comme des médicaments plus inoffensifs et plus efficaces que les opiacés, plus anciens et moins «scientifiques», et que les bromures. Pendant les années 1930, les prescriptions de barbituriques triplèrent. Au *Home Office*, Sir William Willcox, un expert en toxicologie qui avait participé aux négociations de Rolleston, admit de nouveau l'importance du contrôle médical et pharmaceutique. En 1927, il conseilla que ce médicament ne soit délivré que sur ordonnance, que celle-ci soit conservée par le pharmacien, et qu'on ne puisse pas obtenir plus de six doses¹⁸.

La prescription de barbituriques continua pourtant à augmenter : leur consommation doubla pendant les années 50 et ce jusque dans la décennie suivante. Il fallut attendre l'entrée en scène, dans les années 60, d'une alternative apparemment plus sûre, les benzodiazépines, pour que la campagne médicale contre la prescription de barbituriques prenne son envol. En Grande-Bretagne, à partir des années 1970, c'était les barbituriques qui constituaient le problème principal. Le nombre croissant de morts accidentelles et de suicides (ainsi que le potentiel d'usage illicite) attisèrent la campagne contre ces médicaments. Les termes du débat, comme les ordonnances renouvelables qui, disait-on, étaient souvent signées par le réceptionniste du cabinet médical sans que le patient ait besoin de consulter son docteur, ressemblaient fort aux arguments contre la prescription de morphine et de cocaïne au tournant de ce siècle. Le rapport sur les barbituriques de la commission de révision des médicaments (*Committee on the Review of Medicines*), publié dans le *British Medical Journal* en 1979, concluait que ces substances pouvaient entraîner des états de dépendance graves, que leur efficacité ne durait pas longtemps et qu'ils ne devaient pas du tout être utilisés pour traiter l'anxiété diurne¹⁹.

Dès la fin des années 1970, on commença à observer le même phénomène pour les benzodiazépines que pour les barbituriques. Les prescriptions de benzodiazépines se stabilisèrent à environ 30 millions de prescriptions par an et les effets de la prescription à long terme chez les personnes âgées inquiétèrent de plus en plus les médecins. Dans les années 80, le processus s'accéléra : Petersson et Lader mirent en garde contre la dépendance aux benzodiazépines, un rapport fut publié en 1982 sur les troubles provoqués par les tranquillisants (*Troubles with Tranquillisers*) et les médias comme les groupes de patients s'intéressèrent de plus en plus à la question. Les ventes de benzodiazépines commencèrent à décliner dès le milieu des années 80. Dans un communiqué du *CSM* sur la dépendance aux benzodiazépines paru en 1988, il était

recommandé aux médecins de ne pas en prescrire au-delà de 2 à 4 semaines, et seulement dans les cas sévères et handicapants d'anxiété et d'insomnie.

L'histoire des médicaments psychotropes et celle des opiacés en Grande-Bretagne comportent des similarités mais aussi des différences importantes. La question du contrôle professionnel, et plus spécifiquement de savoir qui contrôle la prescription, en est un thème persistant. Mais il n'en est pas de même pour d'autres facteurs comme, par exemple, celui de l'automédication. Alors que les opiacés étaient passés d'un système de contrôle essentiellement non professionnel à un système de prescription médicale, les barbituriques et les benzodiazépines furent dès le départ presque toujours médicalement prescrits. Des appels en faveur de l'automédication furent peu suivis. Au début des années 1970, George Teeling-Smith, le directeur de l'*Office of Health Economics* (OHE), demanda que l'automédication soit autorisée pour ce genre de médicaments, et ses idées furent reprises, en 1975, dans un rapport de l'OHE : « Qu'on nous permette de suggérer que les tranquillisants disponibles actuellement, comme les benzodiazépines, soient considérés comme pouvant être utilisés dans le domaine de l'automédication, tout au moins dans la mesure où cela les placerait dans une position intermédiaire entre drogues «médicales» et drogues «sociales» ; par conséquent, cela tendrait à préserver l'indépendance de l'utilisateur et à le ou la protéger contre les effets secondaires sociaux de la médicalisation ... »²⁰.

L'histoire antérieure des opiacés, les contrôles législatifs qui en résultèrent et l'établissement d'un service de santé financé par l'État assurèrent l'échec de ces efforts pour introduire un élément non professionnel. Mais la participation de l'OHE nous indique l'importance cruciale de deux nouveaux facteurs : le rôle de l'industrie pharmaceutique et l'intérêt du gouvernement pour les aspects économiques et le coût de la santé. Tous deux étaient des facteurs relativement nouveaux dans cette équation. Comme l'avait indiqué Charles Medawar, l'essor des barbituriques avait coïncidé avec celui de l'industrie pharmaceutique moderne dans la période de l'entre-deux-guerres²¹. Les barbituriques étaient des «imitations» (*me too product*), très semblables chimiquement à des composés déjà existants, mais ils furent brevetés en tant qu'innovations chimiques et de plus en plus promus à grande échelle auprès des médecins. Leur augmentation coïncida avec le développement et la concentration du pouvoir entre les mains d'un nombre relativement restreint de laboratoires multinationaux et avec la saturation du marché mondial par ces composés d'imitation, dont on a estimé que pas moins de 70 % n'ont aucune fonction thérapeutique.

Ces développements atteignirent leur apogée dans les années 50 et 60, quand la croyance en la médecine scientifique servit de support à la création de traitements à base de médicaments pour soigner les états mentaux. Mais, à partir des années 70, la question des coûts finit par inquiéter les gouvernements et, en Grande-Bretagne, l'État intervint de plus en plus dans les affaires de santé contre l'autonomie des intérêts professionnels. L'un des exemples les plus frappants fut l'introduction en 1984-85 d'une «liste limitée de médicaments». Jusqu'alors, les médecins généralistes avaient possédé une liberté clinique

quasi complète pour prescrire (à l'exception de la législation sur les drogues dangereuses des années 60). En 1984, le gouvernement annonça son intention de modérer les dépenses de santé en publiant une liste d'environ 1800 médicaments qu'il n'allait plus rembourser. Un bon nombre d'entre eux n'étaient plus prescrits sur une grande échelle, mais la liste proposée incluait aussi la plupart des benzodiazépines. Une première proposition voulait réduire leur nombre de 17 à 3, dans le but spécifique de réduire les médicaments d'« imitation » et de contrôler la prescription. Elle souleva un tollé qui unifia une coalition disparate, allant de l'industrie pharmaceutique au parti travailliste, et qui permit de rajouter 6 benzodiazépines sur la liste de ceux que l'on pouvait encore prescrire. Mais cette liste empêcha que de nouveaux benzodiazépines soient prescrits dans le futur. Ils devaient être prescrits non plus sous leur nom de marque, mais sous leur nom générique.

Des années 1970 aux années 1990 : l'histoire de la méthadone

Les opiacés font ressurgir quelques-unes des questions déjà soulevées à propos des médicaments psychotropes. L'essor et le déclin de la méthadone en tant que « traitement » de la toxicomanie à partir des années 70, puis son renouveau dans les années 80 et 90 en tant que mesure préventive contre l'épidémie de SIDA, illustrent non seulement l'importance du contrôle médical et des représentations pour instaurer des frontières entre usage licite et usage illicite, mais aussi l'importance de questions ne relevant pas du domaine médical pour déterminer des formes de prescription. Bien qu'à la fin des années 60, les centres de traitement aient initialement prescrit de l'héroïne et même de la cocaïne, ces produits furent remplacés, dans les années 1970, d'abord par de la méthadone orale sans limitation de durée, puis par des cures de méthadone prescrite à court terme, sur une période déterminée, avec l'abstinence comme objectif.

Derrière ces changements, comme l'ont montré Stimson et Oppenheimer, la politique des drogues et la culture clinique et médicale se développaient de façon séparée²². La méthadone offrait un modèle de contrôle médicalisé plus durable que la prescription d'héroïne ; cela correspondait à une définition médicale de la toxicomanie qui mettait l'accent sur les avantages sociaux et médicaux du contrôle. La prescription avait une fonction sociale, celle d'empêcher l'extension de la toxicomanie dans la population générale, et une fonction médicale individualisée. Elle correspondait également, dans les années 70, à l'intérêt croissant des psychiatres cliniciens et de ceux qui travaillaient avec les toxicomanes pour la notion de traitement actif. La conviction que l'« épidémie » avait été contenue fut encouragée par une interruption de l'extension généralisée de l'usage de drogue et renforça l'attention portée sur le « traitement approprié » dispensé dans les cliniques. Les médecins n'avaient aucun désir d'être perçus comme des « épiciers de substitution » procurant de l'héroïne à des usagers à long terme qui ne souhaitaient aucunement devenir abstinents. La méthadone et la prescription à court terme leur offraient un rôle plus professionnel qui, par ailleurs, comme l'ont noté Stimson et Oppenheimer, transforma les cliniques en un lieu de travail plus agréable pour le personnel. Une recherche menée par Hartnoll et Mitcheson, sur les essais contrôlés

d'héroïne *versus* prescription de méthadone, a mis en évidence une image médicale de la méthadone comme une forme de traitement plus «responsable», bien qu'elle puisse potentiellement conduire à une plus grande implication dans la criminalité²³.

Avec l'avènement du SIDA, il y eut un renouveau du rôle de la méthadone et, une fois de plus, une mise en avant de ses fonctions sociales. En 1988, la première partie d'un rapport sur le SIDA et l'abus de drogue considérait que l'expansion potentielle du virus du SIDA dans la population générale par l'usage de drogue représentait une menace plus grande pour la santé de la nation que la toxicomanie elle-même²⁴. La priorité n'était pas, comme avec la prescription visant à l'abstinence, de tester la volonté des usagers de drogues, mais de les attirer vers le système de soin en utilisant la méthadone comme appât. La «prescription compétitive», caractéristique de la fin des années 60 et du début des années 70, connut un renouveau. Dans les années 70, la méthadone servit d'appât pour les héroïnomanes afin d'enrayer le développement des marchés noirs. Dans les années 80, elle était l'appât présumé pour enrayer le SIDA. Et, bien entendu, la prescription de méthadone monta en flèche dans le sillage du SIDA.

A ce jour, l'histoire de la méthadone reflète quelques-unes des complexités des interrelations existant entre médicaments prescrits et non prescrits, d'une part, et entre drogues illicites et psychotropes, d'autre part. Dans les années 70, puis de nouveau dans les années SIDA, la raison d'être de la prescription de méthadone s'articulait à la fois sur un mélange de représentations sociales, de représentations médicales individuelles et de représentations de la santé publique. L'usage de cette substance se définissait comme un «traitement», même si, du moins au début, elle ne semblait pas être autre chose que le remplacement d'une drogue moins médicalisée (l'héroïne) par une drogue plus médicalisée qui avait des avantages spécifiques pour le contrôle social de l'usager et la prévention. Ces questions plus larges faisaient aussi partie de cette définition. Dans les années 70 la méthadone était un moyen d'empêcher le marché noir, vers la fin des années 80 sa fonction préventive concernait plus directement la santé dans la mesure où elle constituait un moyen de prévention contre l'épidémie du SIDA.

Comparaisons de produits : alcool et nicotine

J'ai commencé cet article en faisant remarquer que les réponses à l'usage de drogues (dans le sens anglais du mot) peuvent varier selon les cultures et les époques. Mais il y a une autre dimension que l'on devrait considérer : ce sont les variations des conceptions de ce qui est licite et/ou illicite et de ce qui est prescrit selon les substances, mais dans le même contexte culturel et à la même époque. Je voudrais rapidement aborder cet aspect des choses.

La prescription médicale d'alcool possède en Grande-Bretagne une longue histoire et occupe une place honorable dans la thérapeutique britannique, et ce bien avant le vingtième siècle. Les théories de l'action stimulante, habituelles au dix-neuvième siècle et que l'on appliquait également à l'opium, furent contestées au fur et à mesure que la fin du

siècle approchait²⁵. Au tournant du XX^e siècle, des enquêtes menées par des médecins ou des associations sur les effets de l'alcool dans la pratique médicale conduisirent à diminuer l'usage de cette substance en tant que médicament. L'usage médical de l'alcool reçut son coup de grâce dans les années 80 quand les produits à base d'alcool furent eux aussi inclus dans la «liste limitée»²⁶. L'alcool n'est pourtant pas devenu pour autant une substance illicite ; et bien qu'il soit rarement prescrit de nos jours, les conceptions populaires et scientifiques sur ses propriétés stimulantes et revigorantes sont toujours influentes dans les débats sur la consommation d'alcool et les maladies de coeur. Malgré un groupe de pression de santé publique de plus en plus prohibitionniste à l'égard de l'alcool, ses propriétés conservent leur légitimité populaire et scientifique²⁷.

La place de la nicotine dans les débats sur le tabagisme fournit un contraste intéressant. La politique de santé publique en Grande-Bretagne, du moins depuis la fin des années 70, a préféré une politique carrément abstentionniste (arrêter de fumer) à des formes de minimisation des risques. Dans les années 70, la minimisation des risques sous la forme de cigarettes plus inoffensive (*light* ou *mild*) ne réussit pas à faire des adeptes. Malgré tout, il y a une forme de minimisation qui fonctionne, au moins dans une certaine mesure : c'est la thérapie de remplacement de la nicotine (*Nicotine Replacment Therapy*), avec l'emploi de gommes à mâcher, de timbres ou de vaporisateurs de nicotine. Il semblerait que la prescription de nicotine en tant que moyen sans danger d'ingérer une substance qui engendre de la dépendance, devrait correspondre exactement à la prescription de méthadone en tant que forme plus «inoffensive» de dépendance aux narcotiques. Pourtant, il y a une différence. La prescription de nicotine n'est pas reconnue par la sécurité sociale, mais elle est délivrée sans ordonnance chez le pharmacien. Pourquoi n'existe-t-il aucune défense du contrôle médical et de la prescription dans un cas, alors que dans l'autre on les revendique avec force ? L'explication se trouve dans les itinéraires particuliers du tabagisme qui l'ont amené à être défini comme un problème de l'après-guerre, dans le pouvoir d'un groupe de pression de santé publique guidé par une rationalité épidémiologique et dans le pouvoir moindre de la psychiatrie et du modèle de la dépendance, la médecine généraliste jouant, de son côté, un rôle différent que dans le cas de la toxicomanie. Ce sont donc les différences entre les histoires médicales des drogues illicites et de la nicotine qui ont établi ainsi d'autres frontières²⁸.

Je me suis permise de m'étendre au-delà du titre initial qui m'avait été donné afin de démontrer la complexité des raisons conduisant à l'établissement de frontières particulières. Quelle dernière conclusion peut-on tirer sur les facteurs déterminant les frontières entre les champs de l'illicite et du licite, entre les psychotropes prescrits et ceux qui ne le sont pas ou qui sont soumis à d'autres formes de contrôle ? Il ne fait aucun doute que le rôle du contrôle professionnel, essentiellement médical, a constitué un facteur dont l'importance est déterminante. Cette profession n'est évidemment pas un ensemble unifié. Au contraire, le fait que le contrôle appartienne à l'un ou l'autre des segments particuliers de la profession et qu'il se déplace selon les époques est significatif ; il s'agit ici de la division classique existant dans l'organisation médicale

britannique entre spécialistes et médecins généralistes. On peut remarquer l'importance de cette division dans les fluctuations des politiques à l'égard des drogues illicites au cours des années 60, ainsi que dans l'origine des désaccords vis-à-vis de la méthadone et de la nicotine, démontrant par là même les différentes alliances possibles entre la psychiatrie et la santé publique. Le rôle fluctuant de l'État dans l'aménagement des services de santé a fourni un arrière-plan déterminant, en établissant l'hégémonie du secteur de la médecine et le contrôle des prescriptions en 1911, et en cherchant à régenter l'autonomie des médecins et à introduire des mesures d'économies dans les années 80, quand la complète implication de la technologie médicale devint évidente. L'essor de la « prévention » et de la promotion de la santé a constitué un thème important dans la Grande-Bretagne de l'après-guerre, en même temps que la croissance puis la critique de la médecine technologique. Mais toute analyse doit aussi regarder au-delà des frontières britanniques, et observer le rôle des compagnies pharmaceutiques, les différences de rôles entre contrôle international et droit national, et tout spécialement les itinéraires des différentes substances et des différentes drogues et médicaments qui les ont amenées aux frontières actuelles.

Traduction, Martine Lacaze

* London School of Hygiene and Tropical Medicine

¹Sherratt (A.), 1995, «Introduction : Peculiar Substances», in : Goodman (J.), Lovejoy (P.) et Sherratt (A.) (eds), *Consuming Habits. Drugs in History and Anthropology*, London, Routledge.

²Je remercie les participants au séminaire du GDR Psychotropes, Politique, Société de janvier 1996 à Paris, pour leurs commentaires sur cet exposé. Je suis reconnaissante à Stuart Anderson et à un élève en pharmacie pour m'avoir permis de reproduire la figure 1 qui provient de leurs travaux. Je remercie également Ingrid James pour son travail de secrétariat.

³Pereira (J.), 1839-40, *Elements of Materia Medica*, London, Longman, Orme, Browne, Green and Longmans, vol. 2, p. 1301.

⁴Berridge (V.) and Edwards (G.), 1987, *Opium and the People. Opiate Use in Nineteenth Century England*, New Haven and London, Yale University Press.

⁵Parliamentary Papers (P.P.), 1895, XLIII. *Final Report of the Royal Commission on Opium*, p. 133.

⁶Stein (S.), 1985, *International Diplomacy, State Administrators and Narcotics Control. The Origins of a Social Problem*, Aldershot, Gower.

⁷Pelling (M.), Berridge (V.), Harrison (M.) et Weindling (P.), 1993, «The Era of Public Health, 1848-1918» in Webster (C.) (ed), *Caring for Health : History and Diversity*, Milton Keynes, Open University Press.

⁸Gadd (W.), 1910, «The Ownership of Medical Prescriptions», *Lancet*, 2, 1030.

⁹Anderson (S.), «A Brief History of Prescribing in Great Britain during the Twentieth Century», *Pharmaceutical Journal* (à paraître).

¹⁰Berridge (V.), 1978, «War Conditions and Narcotics Control: The Passing of DORA Regulation 40B», *Journal of Social Policy*, 7, 285-304.

¹¹Berridge (V.), 1984, «Drugs and Social Policy: The Establishment of Drug Control in Britain, 1900-1930», *British Journal of Addiction*, 79, 17-29.

¹²Berridge (V.), 1996, «Stamping Out Addiction: The Work of the Rolleston Committee, 1924-1926», in : Berrios (G.) et Freeman (H.) (eds), *150 Years of British Psychiatry, 1841-1991, vol II : The Aftermath*, London, Athlone Press.

¹³Ministry of Health papers, 1923, *Mémorandum*, Dr E.W. Adams, M. H. 58/275.

¹⁴Berridge (V.), 1990, «The Society for the Study of Addiction, 1884-1988», special issue, *British Journal of Addiction*, 85, et Peter Bartrip, «Themselves writ large. A History of the British Medical Association», *BMJ Books*, (à paraître).

¹⁵Interdepartmental Committee on Drug Addiction, 1965, *Second Report*, London, HMSO, 7.

-
- 16 Interview de Max Glatt, in : Edwards (G.) (ed), 1991, *Addictions. Personal Influences and Scientific Movements*, New Brunswick and London, Transaction Publishers.
- 17 Berridge (V.), Webster (C.) et Walt (G.), «Mobilisation for Total Welfare», in : Webster (C.) (ed.), *History and Diversity*, Buckingham, Open University Press, 1993.
- 18 Cité dans Medawar (C.), 1992, *Power and Dependence, Social Audit on the Safety of Medicines*, London, Social Audit, 1992.
- 19 Cité dans Medawar, *op.cit.*, p.145-6.
- 20 Office of Health Economics, 1975, *Medicines which Affect the Mind*, London, OHE, cité dans Medawar, *ibid.*, p.130-31.
- 21 C. Medawar, *ibid.*, p.58, et Abraham (J.), 1995, *Science, Politics and the Pharmaceutical Industry. Controversy and Bias in Drug Regulation*, London, UCL Press.
- 22 Stimson (G.) et Oppenheimer (E.), 1982, *Heroin Addiction. Treatment and Control in Britain*, London and New York, Tavistock Publications.
- 23 Hartnoll (R.L.), Mitcheson (M.C.), Battersby (A.), Brown (G.), Ellis (M.), Fleming (P.) et Hedley (N.), 1980, «Evaluation of Heroin Maintenance in Controlled Trial», *Archives of General Psychiatry*, 37, 877.
- 24 Advisory Council on the Misuse of Drugs, 1988, *AIDS and Drug Misuse, part one*, London, HMSO.
- 25 Harley Warner (J.), 1980, «Physiological Theory and Therapeutic explanation in the 1860s : The British Debate on the Medical Use of Alcohol», *Bulletin of the History of Medicine*, 55, 235-257.
- 26 Zimmerman (J.), 1993, «When Doctors Disagree» : Scientific Temperance and Scientific Authority, 1891-1906», *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 48, 171-197.
- 27 Se référer aux récents débats sur «boire raisonnablement», Edwards (G.), «Sensible Drinking. Doctors should stick with the independent medical advice», *British Medical Journal*, 312, 6 janvier 1996, 1, et la suite, 24 février 1996, 6.
- 28 Berridge (V.), «Science and Policy : The Case of Post War British Smoking Policy» in Lock (S.) (ed.), *Ashes to Ashes* (à paraître).

CHAPITRE 4

LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS. ESSAI D'APPROCHE HISTORIQUE

Olivier Faure*

Aux yeux de l'historien, la consommation de psychotropes est à la fois un phénomène contemporain mais aussi le prolongement d'un mouvement beaucoup plus vaste et plus ancien. L'essor de la consommation médicamenteuse ne date en effet pas de l'apparition conjuguée de la sécurité sociale et des antibiotiques, ni même de l'apparition de l'industrie chimique à la fin du XIX^e siècle puisqu'on retrouve des traces dès le XVII^e siècle, voire avant. Aussi, le succès du médicament n'est-il pas essentiellement dû à l'efficacité thérapeutique des produits employés mais plutôt à leur capacité supposée à satisfaire de nouvelles aspirations et à répondre à de nouveaux problèmes. Ce paradoxe apparent conduit tout naturellement à analyser sur le long terme les processus économiques, sociaux et culturels qui peuvent rendre compte de ce mouvement et à délaisser les rares indices, déjà souvent présentés¹, qui témoignent de l'expansion du médicament au XIX^e siècle.

Une place centrale et ancienne

Même si les histoires de la médecine y insistent peu, sous prétexte qu'elle est inefficace, la thérapeutique médicamenteuse occupe une place centrale dans la médecine occidentale qui naît pendant l'Antiquité et perdure jusqu'à l'aube des lumières.

Utilisée depuis la période archaïque, le pharmakon ou substance introduite dans l'organisme pour en modifier l'état est très vite l'objet de réflexions théoriques qui l'intègrent dans le cadre général de la médecine des humeurs. Aux côtés de la chirurgie, des régimes de santé, les médicaments doivent contribuer au rétablissement de l'équilibre en expulsant ou en dissolvant les matières pathogènes qui corrompent les humeurs. Avec l'introduction, au tout début de notre ère, des drogues orientales, le médicament prend aussi un aspect utopique que symbolise la thériaque, médicament composé, supposée guérir vite et protéger de toutes les maladies². Cette association des aspects rationnels et utopiques se retrouve dans la pratique, autant qu'on puisse la connaître. A tous les niveaux de la société règne la multiplicité des recours thérapeutiques. Les paysans font communément et simultanément usage des plantes indigènes, de la prière et du rebouteux sans négliger les formules et gestes magiques des sorciers et leveurs de sort. Les gens de l'élite n'ont pas un comportement radicalement différent, même si leurs recours sont autres. Ils fréquentent le médecin et ses prescriptions savantes, mais aussi les guérisseurs à la mode. Pour être exceptionnel, le succès de Mesmer à la fin du XVIII^e siècle est révélateur de cette pluralité des recours. Au sommet de la pyramide sociale, les rois de France et d'Angleterre qui oeuvrent pour moderniser les professions médicales de leur

pays ne renoncent pas pour autant à exercer leurs pouvoirs thaumaturgiques. Ce dernier exemple montre bien qu'il n'y a pas juxtaposition mais addition, confusion et syncrétisme entre des comportements qui relèvent pour nous (mais seulement pour nous) d'univers différents et de logiques opposées. C'est sans doute autour du médicament souvent appelé remède que s'exprime et se développe le mieux ce syncrétisme. Hommes de l'art, guérisseurs, gens ordinaires ne distribuent pas des produits différents et l'on sait la place importante qu'occupent les substances «répugnantes» dans la pharmacopée officielle jusqu'à une date tardive. De plus, la prescription du remède s'accompagne de rites et de formules ésotériques, qu'elles soient prononcées par un médecin ou par un sorcier. La médecine des signatures, qui sélectionne les remèdes en fonction de leur parenté de forme et de couleur avec les symptômes dont souffre le malade, montre aussi l'absence de frontière entre le savoir médical et l'expérience des gens du commun. Quant à l'ingestion du médicament, elle suscite autant d'espoirs que d'effets réels. Là encore, il n'existe guère d'opposition entre la panacée du médecin et celle du sorcier. Aussi, la prise du remède s'apparente-t-elle à d'autres gestes thérapeutiques qui vont de la prière au porter des pierres précieuses en passant par le pèlerinage et le toucher des reliques³. Central dans la médecine savante comme dans les pratiques quotidiennes, le médicament n'est pas un objet neutre produisant seulement des effets physiologiques. Il est aussi porteur d'une espérance de guérison et générateur de rites.

L'extension de la consommation devient visible, sinon mesurable, à partir surtout de la fin du XVII^e siècle. La période «moderne» a été caractérisée par certains comme l'âge d'or du charlatanisme⁴. Derrière ce terme péjoratif se cachent des individus divers qui comprennent, avant les médecins, les profits qu'ils peuvent tirer d'une société soumise au processus de commercialisation dans laquelle les élites s'enrichissent, les communications s'accroissent, où l'écrit se répand et où les marchandises deviennent essentielles. Tout naturellement, ces aventuriers s'implantent d'abord et surtout en Hollande et en Angleterre, là où se met en place le plus précocement une économie marchande et où s'impose dans tous les domaines la liberté du commerce. L'affaire est plus difficile en France où le contrôle de la Commission royale de médecine (1728) puis de la Société royale de médecine (1786) s'ajoute au moindre développement de l'économie du pays. Le bilan n'est pas moins impressionnant. Ces deux instances permettent de mesurer l'ampleur du commerce des remèdes secrets répandus dans le pays. Entre 1772 et 1778 pas moins de 350 inventeurs demandent la reconnaissance de leur découverte et dans la décennie suivante, ils sont plus de sept cents⁶. Sans aucun doute, ces chiffres sont loin de représenter la totalité des médicaments de ce type mis sur le marché. De plus, si la quasi-totalité de ces préparations sont refusées, la répétition des avis les interdisant montre bien leur survie dans l'illégalité. Les commerçants de remèdes ne profitent pas seulement du développement du marché. Ils savent aussi fort bien utiliser les lacunes les plus béantes de la médecine officielle en misant d'abord sur les maladies les plus rebelles, les plus effrayantes, les plus handicapantes. Ils concentrent leurs efforts sur les maladies des yeux, les maladies vénériennes, les paralysies. Ils n'oublient pas non plus de jouer sur le goût du merveilleux et sur la puissance des recommandations. Ils associent donc tous les registres : l'exotisme, et le boniment à l'oral ; le témoignage fallacieux et l'argument

scientifique dans leurs écrits publicitaires. Traditionnel et donc rassurant, le remède secret est aussi novateur puisque, inspiré des tendances les plus récentes de la médecine (en particulier l'iatrochimie), il ne vise pas à rétablir un équilibre général perturbé, mais à traiter spécifiquement une maladie⁷. Enfin, le remède secret dispense du recours au médecin, toujours coûteux et dont les traitements sont longs, complexes et les résultats hasardeux. En revanche, en privilégiant les purgatifs, les émétiques et tous les remèdes évacuants les plus drastiques, le remède secret se rattache à la médecine des humeurs. Loin d'être un signe d'archaïsme, l'explosion du remède secret est un habile compromis entre la science et la magie, entre la science et le commerce, entre la charité et l'exploitation de la crédulité, entre la tradition et la nouveauté.

Pourtant, le succès du médicament ne résulte pas essentiellement de l'habileté de ses promoteurs ou de l'efficacité de leurs produits mais plutôt de sa capacité à répondre aux exigences croissantes de la société en matière de santé. Celles-ci se lisent dans le succès grandissant des ouvrages de vulgarisation médicale. Certes, ceux-ci sont beaucoup plus anciens, puisque le premier est attribué à Arnaud de Villeneuve (XIII^e siècle), mais l'essor du genre est particulièrement net à partir de la fin du XVII^e siècle à la fois en nombre de titrés, d'éditions et de tirage. Un ouvrage comme celui de Madame Fouquet (1675), essentiellement un recueil de remèdes, connaît pas moins de seize éditions en soixante ans et celui de Tissot une par an entre sa parution (1761) et 1782⁸. Le mouvement n'a rien de typiquement français puisqu'on retrouve ce genre de littérature dans les Iles britanniques avec le *Domestic Medicine* du médecin William Buchan et le *Primitive Physik* du leader méthodiste John Wesley, en Allemagne avec le *Catéchisme de la santé* de Christoph Faust⁹. Si les plus démocrates, comme William Buchan, tempèrent contre le monopole médical et prônent la constitution de pharmacies domestiques, les plus farouches partisans du monopole, comme Tissot, n'hésitent pas, malgré leur méfiance pour l'abus de médicaments, à inclure dans leurs traités des listes de recettes de remèdes à fabriquer chez soi. *L'Avis au peuple sur sa santé* de Tissot se conclut par pas moins de soixante et onze recettes de ce genre¹⁰. Ce dernier exemple montre combien la recherche d'une meilleure santé passe de plus en plus par le médicament. Le souci croissant du bien-être n'est pas réservé aux seules classes aisées capables de lire et d'acheter les ouvrages souvent lourds et coûteux des vulgarisateurs. Ceux-ci destinent leurs écrits aux pasteurs, maîtres d'école, chirurgiens de campagne, seigneurs éclairés, dames de charité dont la mission explicite est de soigner les indigents¹¹. Le message n'est pas seulement transmis par oral mais aussi par le biais des almanachs et des livrets de la bibliothèque bleue dont le commerce s'étend au XVII^e siècle¹². Eux aussi accordent une grande importance aux élixirs, sirops et autres recettes médicamenteuses.

Le succès des produits non européens révèle et accélère la confusion entre traitement et médicaments mais il manifeste aussi d'autres mutations décisives. L'introduction du quinquina et de l'ipécacuanha entre les années 1630 et 1670 n'est pas due à la réflexion médicale mais à l'association entre des membres du clergé (les jésuites) et des commerçants. Plus révélateur encore, le succès que connaissent ces produits auprès des souverains et des membres des cours, malgré les réticences des médecins¹³. Avec

l'introduction du café, du thé et du tabac jouent deux autres phénomènes. Sans être avant le XIX^e siècle des produits de consommation courante, ils se répandent très vite, du moins dans les circonstances économiques et sociales du temps¹⁴. Ce succès n'est pas seulement dû à leur prix, relativement abordable, mais aussi aux fonctions multiples qu'ils remplissent. Comme les remèdes plus traditionnels, ces substances facilitent la digestion, contribuent à l'épuration de l'organisme mais elles stimulent aussi les capacités intellectuelles, dissipent les vapeurs, augmentent la vigilance et satisfont ainsi les besoins nouveaux d'individus de plus en plus nombreux (commerçants, administrateurs) voués à des tâches intellectuelles et comptables, confrontés à des négociations réclamant une attention de tous les instants. Au fur et à mesure que se développent les processus d'interdépendance entre individus qui réclament la vigilance constante de chacun¹⁵, la frontière entre l'aliment et le médicament s'estompe et le spectre d'action de la substance stimulante s'élargit au cerveau. L'usage du thé et du café est aussi lié au développement de la sociabilité mondaine qui est l'une des manifestations de l'extension de la société de cour. Café et thé sont des prétextes et des adjuvants de la conversation qui à son tour nourrit la consommation. Sans perdre son côté médical et magique, le médicament devient aussi un produit d'agrément qui stimule, fortifie tout en procurant plaisir et bien-être.

L'essor du XIX^e siècle

Replacé dans un contexte chronologique plus vaste, le XIX^e siècle n'est donc pas aussi révolutionnaire qu'il peut y paraître dans une vision étroitement technique des choses. De plus, la consommation médicamenteuse n'a pas attendu l'isolement des alcaloïdes pour se développer ni la mise en place des premiers systèmes de prise en charge ni la naissance de l'industrie pharmaceutique. Si ces phénomènes accélèrent le développement de la consommation, ils sont aussi contrebalancés par d'autres. La pression des intérêts professionnels, l'orientation préventive de la médecine, la hantise des crimes, de la dégénérescence et de la dépopulation, la recherche de l'économie viennent freiner les effets de l'abaissement du seuil de tolérance à la douleur et de la croissance des exigences de santé et de forme physique et mentale.

La médecine du XIX^e siècle est globalement réticente face à l'usage du médicament. Largement édifiée contre la médecine traditionnelle et sa pharmacopée galénique, la médecine d'observation met en évidence l'inanité et l'absence de caractère scientifique de remèdes délivrés au petit bonheur. Pour des raisons tout autant sociales et politiques que techniques, la médecine clinique met l'accent sur la prévention. Seule, cette dernière permettra de limiter l'extension de la maladie et de donner au médecin la position de conseiller de la société qu'il convoite. Face au malade individuel, la plupart des médecins de la première moitié du XIX^e siècle font confiance à sa force vitale conformément au message d'Hippocrate, redécouvert à la fin du XVIII^e siècle. Aussi, bornent-ils leur action à ne pas nuire et au mieux à aider la nature. Trousseau, célèbre clinicien du milieu du siècle s'adresse ainsi aux étudiants lors de la rentrée solennelle de la faculté de Paris en 1842 : « Dans un grand nombre de maladies, nous n'avons pas le droit d'être fiers du résultat de notre intervention thérapeutique car la nature les mène presque toujours à

bonne fin et dans ce cas, il faut bien l'avouer, l'expectation sera plus utile, ou plutôt moins inutile que bien des modes de traitement actifs »¹⁶. Dans le cadre de ce vitalisme diffus, la douleur est interprétée comme un signe positif de réaction de l'organisme et un annonciateur de la guérison qu'il ne faut en aucun cas apaiser de peur d'interrompre le processus¹⁷. Ainsi s'expliquent largement les réticences médicales à l'anesthésie et le décalage chronologique considérable entre l'isolement de la morphine et la mise au point de la seringue hypodermique qui en permet un usage facile¹⁸. D'autres obstacles à la prescription des médicaments sont plutôt d'ordre institutionnel et culturel. Le triomphe de la médecine clinique se traduit par l'instauration d'une hiérarchie médicale au sommet de laquelle trônent les professeurs de clinique qui sont souvent aussi chefs de services hospitaliers. La part de la matière médicale et de la thérapeutique est bien limitée à la fois dans la répartition des chaires et dans le cursus des étudiants. Face à la chaire unique qui, dans les écoles secondaires de médecine, associe thérapeutique et matière médicale, la conjonction des chaires de pathologie et de clinique constitue l'essentiel de l'enseignement¹⁹. Parmi les cinq examens du doctorat prévus par la loi de Ventôse an XI, un seul porte tout à la fois sur la thérapeutique, la chimie et la pharmacie qui n'ont ainsi, ensemble, pas plus de place que l'hygiène et la médecine légale. Pour les étudiants formés en province, la thérapeutique n'est enseignée, comme à Lyon, que pendant deux semestres situés à la fin des études alors que la clinique l'est pendant six semestres étalés tout au long des trois années d'études²⁰. Cette ignorance de la thérapeutique a des conséquences multiples et ambiguës. Réfugiée dans les facultés de sciences, le Collège de France et de modestes officines, la recherche thérapeutique accomplit des prouesses en isolant très vite les principaux alcaloïdes, mais ces découvertes ne sont guère utilisées par les médecins peu instruits dans l'art de prescrire. Dans cette situation, ils sont tentés, soit d'utiliser les anciens remèdes héroïques, soit d'employer des doses massives de substances brutes (comme le mercure ou l'opium) soit de se laisser séduire par les propositions de commerçants de médicaments composés tout faits, les spécialités, descendantes des remèdes secrets. Paradoxalement, le désintérêt médical pour le médicament est l'une des raisons de son succès, comme le notent déjà des observateurs de la fin du siècle dernier²¹. En effet, le plus souvent, la médecine expectante n'est guère praticable sur le terrain et face à la pression des clients qui n'acceptent volontiers le médecin que s'il permet d'accéder au médicament²². Inentamé jusqu'aux années 1870, le règne absolu de la clinique détermine longtemps encore les réticences du corps médical à l'égard du médicament. Certes, les découvertes de Pasteur, de Koch et des autres ne sont guère suivies de conséquences thérapeutiques et les espoirs déçus, comme ceux engendrés par la tuberculine, renforcent la suspicion. En matière de tuberculose, la méfiance devient même une hostilité systématique dans laquelle certains relèguent ce qu'ils appellent la « mitrailleuse pharmaceutique » au triste rôle de simple adjuvant moral dont la mission est de « semer de roses le chemin de la tombe »²³. Sans doute justifiée face à des thérapeutiques comme les sels d'or, cette méfiance s'étend indûment aux techniques préventives comme le B.C.G. dont la mise au point passe presque inaperçue, dans un premier temps, aux yeux des responsables de la lutte antituberculeuse. A ce point du raisonnement, il est légitime de se demander si l'absence de formation théorique est bien la seule cause de ce quasi refus du médicament..

En médecine comme ailleurs, le XIX^e siècle voit émerger des professionnels qui revendiquent le monopole de la pratique et la surveillance de ceux dont ils s'occupent.

La tentation du monopole est grande en matière pharmaceutique. Tardivement dégagés de la confusion avec les épiciers, les apothicaires, devenus pharmaciens seulement au début du XIX^e siècle, obtiennent en théorie par l'édit royal de 1777 et par la loi de Germinal an XI le monopole de la vente au poids médicinal des substances entrant dans le corps humain. Traumatisés par les souvenirs de la Révolution et fascinés par l'héritage de l'Ancien Régime, les pharmaciens sont, jusqu'aux années 1850, les chantres d'une profession artisanale organisée à la manière d'une corporation malthusienne contrôlant le nombre de ses membres, écartant la concurrence et protégeant son monopole. Aussi, même si le nombre des pharmaciens croît de façon spectaculaire, il reste à la fois faible (sans doute 3000 officines au milieu du siècle) et mal réparti dans l'espace.

Cette stratégie a plus d'inconvénients que d'avantages dans la mesure où elle va à l'encontre des logiques dominantes. Malgré la loi de Germinal, aucun gouvernement et aucune autorité judiciaire et administrative n'ose céder aux revendications pharmaceutiques, ni même appliquer la loi de 1803. Outre la défense des pharmacies religieuses, très forte sous le Premier Empire et la Restauration, les gouvernements veulent respecter la liberté ... et ménager les intérêts du commerce et de l'industrie. La voie du commerce est d'autant plus attirante que le corps des pharmaciens la délaisse, laissant à des aventuriers (fussent-ils pharmaciens) les perspectives de juteux profits réalisés grâce à l'association de la chimie, de la publicité et avec la complicité de distributeurs de médicaments dépourvus de connaissances et quelquefois de scrupules. Dans la première moitié du XIX^e siècle, le médicament échappe largement au contrôle de la profession pharmaceutique au fur et à mesure que celle-ci se crispe sur ses privilèges. Épiciers, droguistes, religieuses, herboristes vendent presque impunément à des gens modestes, trop éloignés de pharmaciens rares et coûteux, des médicaments de plus en plus agréables et efficaces, bientôt fabriqués en série. La défaite d'une pharmacie scientifique et contrôlée devient totale lorsque les professionnels acceptent, pour leur plus grand profit, de se placer sous la dépendance des circuits industriels et commerciaux et de renoncer à leurs revendications corporatives²⁴.

La banalisation du médicament est encore accentuée par le ralliement implicite des médecins aux lois du marché. A l'intérieur d'un monopole plus fermement établi que celui des pharmaciens, les médecins prônent et obtiennent la libre concurrence. Si elle va de soi dans la clientèle solvable, elle s'impose aussi bientôt à l'intérieur des premières institutions de prise en charge collectives de la maladie. A la fin du siècle, le malade, quel que soit son statut, peut choisir son médecin et donc en changer. Il s'ensuit inévitablement un processus de négociation spontanée entre le médecin et son malade dans lequel le premier n'est pas toujours en position de force. En effet, dans la première moitié du siècle, le nombre de médecins croît plus rapidement que la population capable de les payer, en l'absence de tout dispositif général de prise en charge. Le phénomène est

particulièrement net en ville où la concurrence s'exacerbe sous l'effet de l'accumulation des médecins. Sans qu'on puisse vraiment le mesurer, le médicament devient vite l'objet privilégié de cette négociation et les médecins affirment à l'envi qu'ils sont mieux accueillis lorsqu'ils distribuent des médicaments que des conseils. A la fin du siècle, la banalisation du médicament par la publicité, le oui-dire, la littérature de vulgarisation médicale et la multiplication des officines accentue les pressions d'une clientèle élargie (par l'extension de la mutualité et la création de l'assistance médicale gratuite) sur des médecins à nouveau localement en surnombre²⁵.

Aussi, les stratégies professionnelles visant à additionner les avantages du libéralisme à ceux du corporatisme aboutissent à mettre plus facilement à la disposition d'un nombre croissant de clients des médicaments plus nombreux et abondants, sans mettre fin aux circuits de distribution parallèles. Sans renoncer à leurs caractéristiques antérieures, les médicaments accèdent au statut de produits de consommation courante. Reste à expliquer l'essentiel : les raisons de cette curieuse mutation.

Ajoutés aux précédents, plusieurs processus viennent renforcer à la fois la méfiance et l'attrait pour le médicament, le plaçant dans la situation où il est toujours aujourd'hui.

Le contexte d'inquiétude sociale profonde qui marque le siècle a des traductions précises sur la façon de considérer le médicament. Dans la première moitié du siècle, l'obsession du crime comme révélateur de la menace sociale n'est pas étrangère au vote de la loi de 1845 qui se donne pour but de «contrôler la vente des substances qui peuvent devenir la cause des crimes dont la multiplication est un sujet d'effroi pour la société»²⁶. Le rapporteur à la Chambre des députés est encore plus alarmiste : «Depuis quelques années, les empoisonnements se sont multipliés; les cours d'assises ont assisté à de lugubres drames; la presse qui en retraçait les détails a jeté l'effroi dans les familles et peut-être aussi répandu de dangereux enseignements. A la vue des facilités laissées au crime pour se procurer les substances qui donnent la mort et en particulier l'arsenic, on a accusé de toutes parts l'impuissance de la loi ou l'indifférence de l'administration ... Personne n'ignore le détestable génie des empoisonneurs ; l'histoire a conservé le souvenir de leurs attentats; le deuil des familles atteste de leur science infernale»²⁷. Ces affirmations relèvent plus du fantasme que de la réalité puisque le nombre des empoisonnements reste stable sous la Monarchie de Juillet (entre 35 et 50 par an) et constitue 10 à 15 % du nombre des assassinats. Le poids institutionnel de la médecine légale, symbolisé par Orfila, doyen de la Faculté de médecine de Paris et conseiller écouté du gouvernement, explique la cristallisation des angoisses sur le crime par empoisonnement²⁸. Après 1870, la montée en puissance de la hantise de la dégénérescence promeut certaines substances au statut de «dissolvants des énergies nationales»²⁹ et les mesures prises pour les combattre deviennent des «initiatives patriotiques» telle la proposition de loi Leboucq qui, en 1913, prévoit de punir tous ceux qui de près ou de loin favorisent la consommation des alcaloïdes de l'opium.

Au delà de ce processus bien connu³⁰, il n'est pas exclu que, dans ce contexte, la méfiance s'étende à l'ensemble des médicaments, en particulier lorsqu'ils sont consommés par les pauvres. L'acharnement mis à essayer de réduire la consommation médicamenteuse dans les sociétés de secours mutuels et les services d'assistance ne relève pas seulement d'un souci exacerbé d'économie, et on peut déceler derrière le discours sur les abus et les descriptions horrifiées d'un peuple adonné à une consommation effrénée le spectre d'une population qui a perdu le sens de la souffrance, de l'effort, de la peine et des valeurs traditionnelles. Cette angoisse se relie à la notion de péril social qui voit dans les exigences populaires en matière de médicaments une image et une préfiguration d'autres revendications qui peuvent mettre en péril l'ordre social. Néanmoins, la hantise du péril social inspire aussi une politique de réforme qui n'est pas sans effet sur la consommation des médicaments. Depuis le milieu du siècle au moins sont discutés des projets d'assistance médicale qui ne font pas mystère de leur but d'apaisement social. A celui-ci s'ajoute bientôt la volonté d'enrayer le déclin démographique du pays et l'exode rural, de limiter la mortalité infantile et d'améliorer la santé collective pour mieux répondre aux défis de l'industrialisation et de la défense nationale. Aboutissant au vote de la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite, cette volonté politique accentue la médicalisation de la société et, partant, la consommation de médicaments dans des couches de la population qui jusqu'alors n'y avaient pas accès. Certes, il y a loin du discours aux réalités. Que ce soit en matière de répression de l'usage des substances toxiques ou d'établissement de l'assistance, les initiatives se heurtent aux logiques de l'économie libérale et aux intérêts des groupes de pression. Les pharmaciens ne sont guère enthousiastes ni zélés pour appliquer les mesures de contrôle qu'ils jugent attentatoires à leur dignité et n'hésitent pas toujours à profiter des occasions de bénéfice que leur offrent les lois d'assistance. En sens inverse, les grands discours généreux sur une sorte de droit à la santé voient leurs effets limités par le très fort attachement au sacro-saint équilibre budgétaire. Enfin, il n'est pas exclu que l'on puisse étendre à l'ensemble du domaine pharmaceutique le jugement de la Société de pathologie exotique sur les projets de répression de l'usage des stupéfiants : « Il semble que les pénalités ne doivent pas être trop draconiennes si on ne veut pas exciter davantage l'ingéniosité des fraudeurs et rebuter le public par l'exagération même de la répression »³¹.

Des significations multiples

Au delà de cet enchaînement peut-être sommaire, le médicament se trouve au carrefour de plusieurs mouvements de fond qu'il n'est hélas pas toujours facile de décrire concrètement.

L'abaissement du seuil de tolérance à la douleur est à lui seul un processus complexe, difficilement mesurable, où l'on connaît mieux l'évolution des discours que celle des comportements quotidiens. Certes, la douleur est valorisée dans la doctrine de l'église catholique comme moyen de se rapprocher du Christ, de racheter ses fautes et de s'arracher au monde. La renaissance catholique du début du siècle, placée sous le signe du rigorisme, renforce la sacralisation de la douleur. A la fin du siècle, le catholicisme

ultramontain, plus accommodant, prêche toujours la résignation à la douleur dans un cadre plus vaste de refus du monde moderne. Comme on l'a vu, le soulagement de la douleur n'est pas, pendant longtemps, un objectif central de la thérapeutique. Celle-ci devient sans doute plus douloureuse qu'elle ne l'était auparavant. La mode des sétons, des cautères des moxas et autres vésicatoires a sans doute augmenté le niveau et multiplié l'expérience de la douleur d'origine médicale, imposant en échange la nécessité de calmants plus efficaces. De façon plus déterminante, les blessures des guerres extérieures et civiles infligées par des armes de plus en plus meurtrières ont multiplié le spectacle et la réalité de l'individu souffrant. Les transformations techniques vont sans doute dans le même sens en ajoutant aux accidents traditionnels ceux que provoquent les machines textiles, les exploitations minières et l'augmentation de la circulation. Face à tout cela, la médecine empêche plus souvent qu'auparavant les blessés de mourir sans pour autant les guérir. Elle laisse derrière elle de plus en plus de semi-guérés condamnés à la souffrance. Aussi, l'argument selon lequel la sensibilité à la souffrance diminue mécaniquement au fur et à mesure que celle-ci s'atténue est-elle contestable pour le XIX^e siècle. Plus que par un mystérieux changement de mentalité, l'accueil enthousiaste de l'anesthésie s'expliquerait d'abord par une montée de la souffrance physique réelle dans la première moitié du siècle. Ce n'est que dans un second temps que l'usage des analgésiques, la croissance de la sécurité au travail, l'apaisement des conflits rendent moins fréquents et donc moins tolérés les surgissements de la souffrance physique. De plus, dans une société qui se laïcise, la douleur perd progressivement la dimension religieuse qui pouvait contribuer à la rendre plus supportable.

La nécessité d'augmenter la force et les capacités physiques des individus, surtout les plus pauvres, est ouvertement revendiquée par le «programme de renforcement»³² qui naît au début du siècle et se renforce à partir de 1870 pour combattre la dégénérescence et adapter la population aux exigences de la production industrielle et de la défense nationale. Aux côtés des bienfaits de la gymnastique et d'un régime alimentaire carné, ses thuriféraires promeuvent l'usage des fortifiants et des produits de santé reconstituants à base de viande ou d'autres substances. Ceux-ci connaissent très vite un succès qui dépasse les frontières des classes aisées mais ne signifie pas un ralliement aux objectifs du programme. Plus qu'à ceux-ci, les consommateurs sont sensibles à la publicité qui vante ces produits, séduits par le côté ludique des dynamomètres qui se répandent dans les foires et les fêtes foraines. Au delà, ce programme rencontre de plus anciennes traditions où la bonne mine, la vigueur, l'embonpoint sont des symboles de prospérité et de bonne santé. De façon peut-être plus insidieuse, le ralliement aux fortifiants pourrait être un moyen de se libérer des images dévalorisantes que la presse et les romans renvoient à l'homme du peuple. Caricaturant les résultats des enquêtes ouvrières et des conseils de révision, ces moyens de communication le désignent comme un être rabougri, difforme, estropié, aux chairs flasques et au teint pâle, porteur de toute une série de tares et de dangers parfois contagieux. Par cette voie, l'usage du médicament peut être le support d'une revendication de dignité.

En parallèle avec l'exaltation de la force physique apparaît dans le même contexte la dénonciation de la fatigue et du surmenage³³. Si ce discours insiste plus sur la fatigue intellectuelle que sur la fatigue physique et s'adresse en priorité aux élites, il rencontre aisément les aspirations au repos que l'on discerne à la fin du siècle dans les revendications syndicales et de façon plus ténue dans les plaintes croissantes qui s'élèvent dans les milieux modestes contre le bruit des industries voisines³⁴. L'hymne au sommeil n'est peut-être pas seulement un discours bourgeois. Faute de l'obtenir de façon naturelle à cause d'un environnement déficient, certains, y compris dans les milieux populaires du Nord, recourent aux somnifères.

A côté de la recherche de la force et du repos, l'angoisse est sans doute la principale pourvoyeuse de la consommation médicamenteuse, mais il est difficile d'établir solidement les choses pour la fin du siècle dernier. Certes, cette période sue l'angoisse : angoisse de la maladie vénérienne, de la tuberculose, de la dégénérescence, de la guerre. Toutes ces angoisses venues d'en haut s'infiltrèrent dans les profondeurs du corps social par une grande presse de plus en plus lue, par une école de plus en plus fréquentée, par l'affiche, par la carte postale de plus en plus répandue, bientôt par le cinéma. En deçà, les causes d'angoisse intime se multiplient au fur et à mesure que la mêlée sociale plus ouverte expose l'individu à des aspirations et à des frustrations multipliées. Avec la fréquentation massive de l'école, se répand à la fois la croyance dans la promotion sociale et l'angoisse de ne pas la réussir. Avec la lente transformation des relations au sein des couples un peu plus égalitaires, l'investissement affectif et l'horizon des attentes s'élargit en même temps que les risques d'échec³⁵. De façon plus prosaïque, l'ouverture des grands magasins, l'explosion publicitaire accroissent la rage de posséder et la frustration de ne pouvoir l'assouvir. Souvent plus accessible que les autres produits de consommation (grâce aux premiers systèmes de prise en charge) le médicament joue le rôle de succédané (cela est clair dans la propension à consommer des vins médicinaux et des eaux minérales) voire de substitut symbolique à ce que l'on ne peut pas acquérir. Prendre un médicament serait dans ce cadre une façon symbolique d'adhérer à une société de consommation naissante³⁶. Plus généralement, la tension naît de la rencontre entre un individu de plus en plus libre mais isolé et une société de plus en plus complexe et bureaucratique. A la fin du siècle, l'explosion du marché du médicament, l'apparition de la psychologie et de la psychanalyse traduisent ce malaise et la timide apparition d'un marché de l'amélioration de soi³⁷. Le médicament n'est plus seulement un produit qui doit guérir mais doit aider à mieux vivre.

Loin d'être un produit neutre prescrit pour des raisons techniques par des hommes de science, le médicament est depuis fort longtemps au centre de notre civilisation. Substance aux effets plus ou moins magiques, le médicament garde jusqu'à aujourd'hui cet aspect, malgré les révolutions techniques et sociales qui l'ont rendu plus efficace et plus accessible. Pourtant, si notre siècle et le précédent représentent une indéniable accélération dans une longue histoire, ils ne le doivent pas seulement aux révolutions qui les caractérisent mais aussi à l'accentuation du processus d'individualisation. Dans une société où l'individu doit répondre seul à des défis sans cesse plus nombreux, le

médicament, qui dispense de toute aide extérieure, est assez naturellement l'auxiliaire sans cesse plus prisé de chacun, bien au delà de ses seules vertus thérapeutiques.

* Université Lyon 3 - Centre Pierre Léon.

1 Faure (Olivier) «Officines, pharmaciens et médicaments en France au XIX^e siècle», *Bulletin de la société d'histoire moderne*, 1989, n° 44, p. 31-39.

Id. «Le rôle du médicament dans la médicalisation en France au XIX^e siècle» in : *Maladies, médecines et sociétés*, Paris, L'Harmattan, 1993, tome II, p. 197-205.

Id. «Le succès du médicament en France au XIX^e siècle», in : *La Philosophie du remède*, Seyssel. Champ. Vallon, 1993, 376 p, p. 216-225.

2 Touwaide (Alain) «Les stratégies thérapeutiques», in : Grmek (Mirko D), *Histoire de la pensée médicale en Occident*, Paris, Le Seuil, 1995, vol. I, 382 p., p. 227-238.

3 Lebrun (François), *Médecins, saints et sorciers : se soigner autrefois (XVII -XVIII^e siècles)*, Paris. Messidor, 1983, 206 p., (réed 1995).

4 Porter (Roy), *Health for sale : Quackery in England (1660-1850)* Manchester, Manchester University press, 1989.

5 Porter (Roy), «Strategie therapeutiche», in : Grmek (Mirko), sous dir, *Storia del pensiero medico occidentale*, Roma-Bari, Laterza, 1996, vol. II, 613 p., p. 335-380.

6 Ramsey (Matthew) «The regulation of the secret remedies in the Ancien Régime», *Historical reflections/Réflexions historiques*, volume 9, 1982, p. 215-232.

7 Porter (Roy), in : Grmek (Mirko), op. cit.

8 Laget (Mireille) Luu (Claudine), *Médecine et chirurgie des pauvres*, Toulouse, Privat, 1984, 147 p.

9 Porter (Roy), sous dir, *The Popularization of Medicine*, London, Routledge, 1992.

10 Tissot (Samuel), *Avis au peuple sur sa santé*, Lausanne, 1761. (réed. Paris, Quai Voltaire, 1993, 432 p.)

11 Ibid.

12 Mandrou (Robert) *De la culture populaire aux XVII^e et XVIII^e siècles*, Paris, 1964, (réed. 1975).

Bollemé (Geneviève), *La Bibliothèque bleue : la littérature populaire en France aux XVII^e et XVIII^e siècles*, Paris, 1971.

13 Faure (Olivier) *Histoire sociale de la médecine (XVIII^e-XX^e siècles)*, Paris, Anthropos Economica, 1995, 272 p, p. 29-30.

14 Vigarello (Georges) *Le Sain et le malsain : santé et bien-être depuis le Moyen-Age*, Paris. Seuil. 1993, 400 p., p. 127-140.

15 Elias (Norbert), *La Dynamique de l'Occident*, Paris, Calmann-Lévy, 1975, réed 1991, 328 p.

16 *Gazette des hôpitaux* , 1842, p. 616-618.

17 Rey (Roselyne) *Histoire de la douleur*, Paris, La Découverte, 1993, 414 p.

18 Yvoret (Jean-Jacques) *Les Poisons de l'esprit*, Paris, Quai Voltaire, 1992.

19 Par exemple à Lyon : cf. Faure (Olivier), *Genèse de l'hôpital moderne : les hospices civils de Lyon de 1802 à 1845*, Paris/Lyon, CNRS/PUL, 1982.

20 Ibid.

21 *L'Union pharmaceutique*, Février 1861.

22 Faure (Olivier) *Les Français et leur médecine au XIX^e siècle*, Paris, Belin, 1993, 320 p.

23 Expressions citées dans : Dessertine (Dominique), Faure (Olivier), *Combattre la tuberculose 1900-1940*, Lyon. PUL, 1988, 244 p., p. 48.

24 Faure (Olivier) *Les Français et leur médecine...*, op. cit.

25 Ibid.

26 Rapport du Président de la Chambre des Pairs (Teste) sur la loi sur les poisons le 11 Juillet 1845. *Le Moniteur Universel*, 12 Juillet 1845, p. 2109.

27 Rapport de M. Virieu sur le projet de loi relatif à la vente des poisons présenté à la Chambre des députés à la séance du 14 Juin 1845. *Le Moniteur Universel*, 26 Juin 1845, p. 1922.

28 Rey (Roselyne), op. cit., p. 174.

29 Simonin (J) Le projet de loi Leboucq..., *Bulletin de la société de médecine légale de France*, 1913, pp. 251-257.

30 Yvoret (Jean-Jacques), op. cit.

31 Cité dans le *Bulletin de la société de médecine légale de France*, 1914, pp. 36-41.

-
- 32 Vigarello (Georges), *op. cit.* pour tout le paragraphe qui suit.
- 33 Corbin (Alain), *L'Avènement des loisirs 1850-1960*, Paris, Aubier, 1995, 471 p., p. 276-298.
- 34 Faure (Olivier), «L'industrie et l'environnement à Lyon au XIX^e siècle», *Cahiers des Annales de Normandie*, n° 24, 1992, 616 p., pp. 299-311.
- 35 Roussel (Louis) *La Famille incertaine*, Paris, Odile Jacob, 1991.
- 36 Faure (Olivier), *Les Français et leur médecine*, *op. cit.*
- 37 Ehrenberg (Alain) *L'Individu incertain*, Paris, Hachette Pluriel, 1996, 251 p., p. 58-65.

CHAPITRE 5

GRAMMAIRE DE LA DROGUE

Albert Ogien*

Pourquoi l'idée même d'une pilule du bonheur nous paraît-elle tout aussi inacceptable que celle de la liberté absolue de l'usage de drogues ? Tout bien pesé, telle est la question à laquelle nous renvoie la notion de substitution, lorsqu'elle s'applique à la consommation de substances modifiant l'état de conscience. Et c'est à cette question que cet article voudrait apporter quelques fragments de réponse, en esquissant une analyse de l'utilisation qui est faite de cette notion dans les descriptions de la toxicomanie.

Cette analyse se mènera à partir d'une proposition initiale : si l'on veut comprendre pourquoi le droit de se droguer ou de recourir de façon incontrôlée à des produits psychotropes est tenu pour insupportable, il faut d'abord savoir d'où vient qu'on tienne qu'une «vraie vie» exclut le recours à l'artificiel, qu'elle proscrive toute espèce de «supplémentarité technologique», pour reprendre l'expression que Jacques Derrida¹ emploie pour qualifier l'ensemble des méthodes mises à notre disposition par la science afin de suppléer des fonctions «naturelles» ayant cessé d'être opérantes. Telle est la proposition dont cet article tâchera d'éprouver la valeur en essayant de saisir ce qui nous permet :

- d'identifier la substitution en tant que phénomène participant d'un abandon de la consommation de stupéfiants, et
- de nous servir de ce terme dans la description que nous faisons des choses de la drogue et de la toxicomanie.

Derrière cet essai se trouve une question, secondaire sans être insignifiante : qu'est-ce que la sociologie peut dire d'utile et de spécifique à propos du phénomène de l'usage de drogues ; ou, plus largement, quelles sont les limites de l'interprétation de ce phénomène ? Ce questionnement devrait permettre à ce texte de dépasser le cadre étiqué d'une discipline, pour intéresser tous ceux qui ont à s'exprimer publiquement en la matière.

Un dernier mot d'introduction pour expliciter le titre de cet article. La démarche adoptée ici - que j'ai proposé de nommer sociologie analytique² - se bâtit sur un postulat : appréhender un phénomène, c'est comprendre ce qui le rend descriptible. Une compréhension de ce type peut, en reprenant une distinction élaborée par Vincent Descombes, être de deux sortes : herméneutique ou grammaticale³. Dans le premier cas, on cherche à attribuer un sens au phénomène en le rapportant à des abstractions, théoriques ou métaphysiques (nature ou essence de la chose, conditions socio-économiques, mentalités, etc.) ; dans le second, la signification est tout entière contenue

dans l'emploi que nous faisons des mots qui nous servent à parler du phénomène en question ; et l'analyse consiste à mettre en évidence ce qui se trouve au fondement de cet emploi et en assure l'intelligibilité, c'est-à-dire ce qu'en philosophie on appelle traditionnellement la « grammaire »⁴ de la langue naturelle.

L'approche grammaticale repose sur un postulat : on n'utilise pas les mots de n'importe quelle manière dans n'importe quel type d'énoncé. Pour ceux qui admettent la validité de ce postulat, chaque mot dispose de conditions d'utilisation qui lui sont propres (rendant de ce fait certaines utilisations «impropres» en certaines circonstances). De ce point de vue, s'occuper de grammaire n'est pas se contenter de traiter simplement de formes de discours : c'est, au contraire, *s'efforcer de saisir ce qui, dans l'usage de la langue, pose des contraintes à l'action*. Et cet engagement porte une double conséquence de méthode :
- tenir que le déroulement de l'action et les productions langagières qui l'accompagnent et l'orientent sont théoriquement indissociables ;
- prendre au sérieux les énoncés ordinaires sans les disqualifier a priori sous prétexte qu'ils ne reflètent qu'un «sens commun» ou qu'ils sont mal formés. Bref, s'intéresser à nos manières de parler serait, ici, affirmer de façon radicale le primat qu'il s'agit d'accorder à la pratique lorsqu'on entend rendre compte de l'action.

L'analyse de la notion de substitution proposée dans cet article ne traitera donc pas des affaires liées à la méthadone ou aux autres produits prescrits à des fins identiques (leur invention, leur distribution, leur usage social, les controverses morales et médicales qui les entourent, les politiques de réduction des risques qui les accompagnent, etc.). Ces détails, qui sont certainement riches d'enseignements au plan des pratiques et de leur évaluation, sont, dans la perspective retenue ici, moins pertinents que ce qui rend pensable la notion même substitution, c'est-à-dire *tout ce qu'il faut déjà avoir présent à l'esprit pour utiliser le mot substitution et agir en raison de cette conception*. Et c'est un peu de ce «tout» que l'analyse présentée dans cet article voudrait essayer de décrire.

La notion de substitution

A l'arrière-plan de l'emploi de la notion de substitution, lorsque ce terme est accolé aux problèmes liés à la drogue, se trouve nécessairement un jugement *a priori* porté sur la normalité de la consommation de substances stupéfiantes ou psycho-actives. Saisir l'utilisation qui est actuellement faite de cette notion dans le cadre de l'organisation de la prise en charge des toxicomanes requiert donc de remonter à cet arrière-plan. Cette enquête se mènera en deux temps. Tout d'abord, fixer le lien entre drogue et substitution, en rappelant le contenu pratique du concept de drogue ; puis se livrer à l'examen de trois notions qui, à mon sens, façonnent de manière décisive le jugement porté sur la consommation de stupéfiants et sur ce qui lui tient lieu de substitution : celles d'intégrité de la personne humaine, d'autonomie de la volonté et de causalités mentale et psychique.

Le contenu pratique du concept de drogue

Les traitements de substitution sont l'autre face de l'usage de drogues dans la mesure où, pour que cette supplantation remplisse son office, c'est-à-dire en soit vraiment une, elle doit parvenir à remplacer la consommation de stupéfiants par une occupation d'égale valeur au moins. Rendre compte de cette autre face requiert donc de saisir la spécificité de la première. Voilà pourquoi il convient de s'intéresser d'abord à ce que nous entendons habituellement sous le mot drogue.

Comme je l'ai montré ailleurs⁵, le concept de drogue, tel qu'il est utilisé aujourd'hui, est défini par quatre caractéristiques directement associées à son usage : automaticité de la déchéance, induction de la compulsivité, expérience de l'irresponsabilité, chute dans l'animalité. Or, lorsque le concept de drogue est défini par ces caractéristiques (qui l'assujettissent aux figures du fléau, de l'aliénation et de la mort), sa présence dans un énoncé semble directement appeler la condamnation d'une pratique terrifiante, voire fatale. Certes, cette définition tragique ne constitue pas la référence unanime et définitive pour l'ensemble de ceux qui emploient le concept : un dealer, un consommateur ou un de ses proches, un psychiatre ou un travailleur social, un agent de la brigade des stupés ou un douanier, un ministre de la justice français ou hollandais n'envisageront probablement pas la drogue et ses usages de manière identique. Autrement dit, si le contenu atroce du concept de drogue semble figurer l'horizon de son utilisation actuelle, il ne peut être tenu pour le seul. La pragmatique nous enseigne en effet qu'un concept ne renvoie pas à une définition unique et immuable, mais qu'il conviendrait plutôt de l'envisager comme une désignation découpant un espace sémantique qui fixe les limites de variation de ses contenus acceptables. Dans le cas de la drogue, cet espace est borné, d'une part, par l'exécration absolue que suscite son évocation et, de l'autre, par le doute qui s'empare de celui qui, face à un drogué avéré (qu'il soit sous l'emprise actuelle d'un produit ou connu pour être habitué à le consommer), peut légitimement se demander à qui il a à faire. Les définitions circonstanciées du contenu du concept de drogue s'établissent donc entre ces deux pôles de l'exécration et du doute.

Cet espace sémantique est particulièrement contraignant. Car même celui qui considère l'usage de drogues comme une pratique absolument banale doit, comme tout un chacun, s'opposer à l'habitude qui le conduit à le tenir pour une expérience menaçante. Et qui pourrait aujourd'hui mettre ouvertement en doute le fait que la consommation de stupéfiants soit une aventure entraînant celui qui s'y engage vers le désastre ? Par ailleurs, accorder l'entière responsabilité sur son sort au drogué serait lui reconnaître le droit de choisir le mode de vie qui lui plaît. Or, est-il si facile de considérer qu'un individu sous l'emprise d'un stupéfiant soit en mesure de faire un vrai choix - qui suppose une conscience libre ? Ici, il faudrait pouvoir récuser l'idée selon laquelle une substance dont tout laisse à penser, puisque c'est une drogue, qu'elle emporte même l'esprit le moins disposé à l'être ne possède pas cette qualité. Mais, sauf à ignorer ce que le mot drogue veut dire, peut-on honnêtement le faire ?

Il faut lever une dernière hypothèse : certains diront, en effet, que les caractéristiques donnant la drogue pour une substance maléfique ne sont en rien discriminantes puisqu'elles peuvent tout aussi bien s'appliquer à l'alcool et à certaines spécialités de médicaments. A ceux qui défendent cette analogie, on peut objecter que les mots alcool, médicament et drogue persèverent à exister dans notre vocabulaire, et que nous les employons rarement comme synonymes (sauf lorsqu'on est à cours d'arguments à la télévision ou qu'on formule explicitement une métaphore). Bref, même si on admettait le point de vue de ceux qui contestent la pertinence de la distinction entre alcool, drogue et médicament psychotrope et la tiennent pour un abus de langage (voire l'expression d'une idéologie prohibitionniste), il resterait toujours à comprendre comment nous exprimons-nous lorsqu'il nous arrive de ne pas utiliser les mots alcool, drogue et médicament psychotrope comme des synonymes. Autrement dit, la charge de la preuve doit être inversée. C'est à ceux qui défendent l'idée selon laquelle les spiritueux, les stupéfiants et les psychotropes appartiennent à une même classe d'objets (les drogues) d'apporter une réponse convaincante à cette question : *sur la base de quels écarts intelligibles différencions-nous les multiples utilisations que nous faisons de ces mots ?*

Pour donner une vague idée du problème, on peut avancer quelques faciles arguments. Le médicament (au moins depuis la Seconde guerre mondiale) renvoie à l'idée d'une définition scientifique des molécules synthétisées, à des formes réglementées de prescription, d'acquisition et d'administration, à une connaissance de la chimie du cerveau. L'alcool, quant à lui, tolère des usages distingués et sacrés, qui interdisent que son absorption soit exclusivement perçue comme attentatoire à la respectabilité, à la moralité et à l'humanité du buveur. Dans l'excès, la boisson peut toujours être une épreuve : celle de la résistance à la tentation. De la drogue, on peut dire qu'elle tire la spécificité de ses caractéristiques d'une conception dont on a le plus grand mal à se débarrasser : la moindre prise de la plus petite quantité d'une substance présentée sous ce nom porte la promesse d'une modification immédiate de l'état de conscience de celui qui l'absorbe.

On peut donc supposer que si le mot drogue fait partie de notre lexique, c'est que sa signification distingue *a priori* les expériences de la consommation de stupéfiants, d'alcool ou de médicaments psychotropes⁶.

Pour vérifier la force de cette affirmation, il suffit, comme je l'ai proposé ailleurs⁷, de se livrer à un petit test qui met en lumière la force du sens commun et indique comment, dès lors qu'une action est nommée «se droguer», cette nomination même nous oblige à supposer certaines conditions nécessaires. Ce test est le suivant : observer le jugement que nous portons sur une personne dont on nous dit qu'elle s'injecte régulièrement des doses raisonnables d'héroïne et mène une vie sans écart, se rendant quotidiennement au bureau ou à l'usine, travaillant de façon efficace et responsable, s'occupant de ses enfants le soir venu avant de regarder la télévision ? Il semble bien qu'en ce cas il nous soit plus facile de mettre en doute le fait que cet individu se drogue «vraiment», qu'il soit un « vrai »

toxicomane, plutôt que de modifier la signification que nous avons coutume d'attribuer à l'acte de se droguer.

Voilà l'essentiel de ce à quoi peut ici nous servir l'analyse du contenu pratique du concept de drogue. Passons donc à présent à l'examen annoncé des trois autres notions : celles d'intégrité de la personne humaine, d'autonomie de la volonté et de causalités mentale et psychique.

L'intégrité de la personne humaine

Pour ceux qui doivent mettre en oeuvre les pratiques de la substitution, l'idée d'intégrité de la personne humaine se présente en ces termes : comment établir la distance qui sépare la définition théorique de l'intégrité de l'affirmation de son manque chez un individu particulier ? Telle est donc la question à laquelle on essayera maintenant de répondre.

Pour concevoir le fait que la personne humaine possède une intégrité, il faut disposer de l'idée d'un dessein originel : c'est en effet par rapport à une figure idéale de l'être humain que peuvent se déceler les écarts à la norme qui manifestent tout manquement à l'intégrité. Or cette figure idéale, d'où nous vient-elle ? Traditionnellement, de deux sources : Dieu et la Nature. Dans le premier cas, l'humain ne s'appartient pas : il est création divine, et le projet qui l'anime lui échappe totalement. De ce point de vue, Dieu seul connaît l'essence de l'être humain. On sait que les religions monothéistes ont tiré certains principes de ce postulat, comme ceux d'unicité et d'inviolabilité de la capsule corporelle ou de respect de l'ordre naturel conçu en tant que reflet de la volonté divine. Bref, pour les institutions des monothéismes, que l'humain puisse prétendre modifier sa destinée reviendrait à en faire l'égal de Dieu, chose tout bonnement inconcevable⁸. C'est pourquoi la disponibilité du corps (contraception, transplantations, fécondations artificielles, transfusions, et plus généralement tout ce qui vise à permettre à l'humain de traiter son corps - comme celui des animaux d'ailleurs - en toute liberté) y fait l'objet de prescriptions et d'interdits - que ce soit au nom de la pureté, du péché, de la résurrection ou de la dévotion⁹.

Une orientation à peine différente est celle qui rapporte l'intégrité de la personne humaine à d'incertaines lois de la nature. Tels nous sommes faits, tels nous devons rester ; et déroger à cette règle serait manquer à l'authenticité, trahir une vocation inscrite dans l'ordre des choses, attenter au règne du vivant ou mettre en danger l'éco-système. Ici, même s'ils cherchent à être tout aussi contraignants ou culpabilisants, les interdits sont moins rigoureux : le droit humain n'a pas encore la puissance de la loi divine. Mais la question est complexe : existe-t-il une essence de l'humain ? François Dagognet a fait pièce à l'argumentation naturaliste, en rappelant qu'elle repose toujours sur trois notions héritées d'Aristote :

« - l'artificiel ne peut valoir le naturel qu'il imite, mais qu'il singe (du dehors) seulement ;

- la génération fournit la preuve de l'éminence du vivant : l'inimitable auto-reproduction de lui-même ou le mouvement intérieur d'un être capable de se pérenniser ;
- enfin, l'équilibre sert de règle et nous enseigne à éviter les extrêmes. Ces trois notions aristotéliennes (le naturel, le vivant et la régulation) se correspondent et se soutiennent. »¹⁰

Dagognet conteste la validité de cet héritage aristotélien, réactualisé au temps des Lumières et aujourd'hui à l'oeuvre dans la pensée écologiste. Pour lui, il n'existe pas d'aune de naturalité à partir de laquelle on pourrait mesurer une déviation en rapport à un projet originel qui serait définitivement donné par la Nature. Le vivant est perpétuellement marqué par la main de l'espèce humaine et les transformations qu'elle y introduit. Pour le matérialiste, la maîtrise du vivant est donc inhérente à la vie des sociétés humaines. Et si Dagognet défend le principe des progrès de la science et de la technologie, c'est qu'il les conçoit comme participant nécessairement du vivant en étant directement et inmanquablement à son service. De ce point de vue, le fait que l'être humain consomme des substances psychotropes dont il attend qu'elles lui procurent un certain état de félicité doit tout simplement être constaté et tenu pour une dimension normale du comportement de l'espèce au sujet de laquelle il n'y aurait rien de spécifique à dire.

Il existe une troisième manière d'envisager l'intégrité, d'après laquelle le projet auquel les humains répondent n'est ni divin ni naturel, mais plutôt de nature sociale. Cette version connaît deux types : pour les uns, une sorte de *fatum* vouerait des individus à être esclaves, d'autres à être leurs maîtres ; les femmes à servir les hommes ; les prolétaires à ne jamais accéder à l'élite de pouvoir ; les intouchables à appartenir pour l'éternité au dernier rang de la hiérarchie sociale. Ce principe organise les sociétés de caste ou, plus près de nous, le nazisme ou l'apartheid, avec leurs extensions : la haine de classe ou de d'origine, l'eugénisme, l'extermination des inférieurs, etc. Une seconde conception de l'intégrité de nature sociale repose sur les progrès récents de la connaissance objective. C'est que les statistiques attestent, avec le sérieux qui leur confère la mathématique, que ceux qui défont la morale, l'ordre et la loi se recrutent toujours et majoritairement dans les mêmes milieux sociaux. Confortés par ce constat, d'aucuns formulent une thèse : les pauvres, les criminels et les drogués participent d'une « culture » dont les habitudes déviantes sont une caractéristique essentielle¹¹. Et certains n'hésitent pas à en tirer un enseignement : puisque *l'underclass* est décidément inamendable, autant l'abandonner à son sort en la cantonnant dans ses quartiers¹². En gros, cette version de la thèse de l'intégrité sociale se traduit par une maxime de ce genre : « il ne sert à rien de consacrer le bon argent du contribuable à l'assistance aux pauvres et aux drogués ».

La référence à Dieu, à la Nature ou à la détermination sociale (et à ses avatars socio-génético-biologiques) asseoient des conceptions différentes de l'intégrité. Toutes admettent néanmoins un même principe : l'être humain est modelé sur un plan originel dont la finalité ne saurait être modifiée sans grave dommage pour l'individu, l'espèce ou l'univers. Bref, tout ce qui trahit et détrompe l'intégrité est un artifice qu'il faut par

principe condamner. Et comme toute substitution est un artifice de ce genre, elle doit également être condamnée.

L'autonomie de la volonté

Avec la drogue, l'idée de l'intégrité de la personne humaine se complique : c'est qu'en ce cas, il est question d'esprit plus que de corps. Et dès que ce qui est en jeu est cette faculté exclusivement humaine de la pensée, la vieille dualité âme-corps ressurgit. A Dieu et à la Nature se substituent deux autres notions : la Conscience et la Raison. Et deux principes de définition de l'individu s'opposent soudain : la Foi et l'Autonomie. Mais que l'on se réfère à l'un ou l'autre de ces deux principes, se droguer est toujours un acte portant à être exclu de la commune humanité. Dans le premier, céder au diable en suspendant l'obéissance due aux commandements vaut bannissement du peuple de Dieu; dans le second, c'est de l'espace de la citoyenneté que l'individu se retire : si la consommation de stupéfiants est le facteur d'assujettissement que le concept vernaculaire de drogue¹³ assure qu'elle est, elle annule la rationalité qui consacre l'individu comme être autonome et sujet d'une démocratie, c'est-à-dire libre, responsable, ayant l'aptitude de comprendre les affaires de la Cité et de l'Univers, et d'y intervenir à bon escient¹⁴.

Que ce soit au nom de l'obéissance aux décrets divins par une conscience bien formée, ou au nom du respect des règles de responsabilité dictées par les principes de la rationalité, l'usage de drogues semble toujours faire l'objet d'un jugement discréditant. Car, au-delà du motif retenu : atteinte à la religion ou à l'autonomie, ce qui est condamné dans la consommation de substances stupéfiantes est l'aliénation qu'elle est censée provoquer, et ses effets moraux et politiques censément catastrophiques.

L'appréciation portée sur les agissements humains est toujours habitée par une certaine idée du mérite : la qualité d'autrui est moins évaluée en raison de principes abstraits qu'en fonction de l'effort qu'il fait pour se conformer à des exigences fondant une normalité particulière. Cette évaluation s'accomplit en usant de systèmes de référence différents : ainsi, dans la morale religieuse du monothéisme, la vertu est-elle récompensée dans l'au-delà des bienheureux ; et, dans la morale laïque, le statut de citoyen - et les droits qui en découlent - ne peut être revendiqué que par celui qui fait montre de sa capacité à en bien user.

Lorsque la notion de mérite est conçue comme un critère du jugement ordinaire, elle possède un caractère directement pratique. Elle marque, par exemple, les doctrines de guérison pronées par ceux des intervenants en toxicomanie qui estiment que, pour mettre véritablement fin à un état de dépendance, l'individu doit s'engager dans un travail de longue haleine sur les failles de sa personnalité. Elle se découvre aussi dans les multiples obstructions que le drogué doit affronter lorsqu'il lui prend la lubie (ou la provocation) d'arguer de sa citoyenneté pour revendiquer ses droits à la santé et à la protection sociale. Il faudrait, avant de s'offusquer des procédures de suspension de ses droits dont le drogué est l'objet, saisir toutes les conséquences du fondement capacitaire de la démocratie¹⁵. Arrêtons-nous un instant sur ce point.

La citoyenneté est une notion politique. Elle renvoie à un statut, conféré à l'individu par sa seule appartenance à une collectivité organisée selon un principe égalitaire ouvrant, à chacun de ses membres, un même ensemble de droits civiques et sociaux. Si on admet cette définition, la citoyenneté ne peut se confondre avec la dignité due à tout être humain : on peut traiter un étranger de façon déférente et honorable sans devoir le considérer comme un citoyen pour autant.

Certains affirment que permettre au drogué d'exercer la plénitude des droits que lui donne son statut de citoyen serait simplement lui rendre justice. Or, si on admet que ces droits sont directement liés à la définition politique de la citoyenneté, on conçoit qu'une telle reconnaissance reste difficilement acceptable tant que le droit de vote est tenu pour la pierre d'angle de la démocratie. Car si le vote est souverain, c'est dans l'unique mesure où il est exercé par des gens informés et faisant usage de leur libre-arbitre. La question se pose alors de savoir quelle valeur accorder au geste électoral de celui qui se trouve sous l'emprise de substances aliénantes. Tout progrès des conditions d'attribution et d'exercice de la citoyenneté - c'est-à-dire l'intégration d'un groupe de personnes auparavant exclu de son bénéfice, comme l'étaient les femmes avant 1945 en France, ou comme le sont aujourd'hui les étrangers y résidant depuis un certain temps, les sans domicile fixe qui ne peuvent voter faute de lieu de résidence, les criminels suspendus de leurs droits civiques - réclame, en certains cas, une modification des critères de définition de la démocratie ou, à tout le moins, un amendement de la clause capacitaire qui rend légitime le système représentatif¹⁶.

La question de l'autonomie de la volonté se présente également sous un jour moins explicitement moral et politique. Au début de ce siècle, la médecine découvre lentement qu'un ensemble de substances ruinent la santé mentale et physique de ceux qui les consomment de façon abusive et continue. Au nom de la connaissance scientifique accumulé au sujet de ces drogues, des formes de jugement émergent qui permettent de porter un autre regard sur l'intempérance, l'irresponsabilité ou la criminalité de cette figure inédite de l'humain : le «dépendant». Pour l'essentiel, ces jugements savants reprennent et actualisent, sous couvert de rhétorique médicale, l'idée de sens commun qui fonde la disqualification de celui dont on suppose qu'il n'a plus tous ses esprits, comme le fou ou le pris de boisson. Et c'est parce que le consommateur de drogues se livre à une aliénation dangereuse pour lui-même qu'il est légitime de recourir à n'importe quel moyen visant à l'écartier d'une passion pour une substance dont le pouvoir addictif fait craindre qu'il ne perde définitivement la maîtrise de soi.

Dès lors qu'on envisage le phénomène de l'usage de drogues à partir de l'idée d'autonomie de la volonté, penser la substitution est un exercice qui peine à se différencier des modalités traditionnelles de la disqualification morale. Pour le théologien et le croyant, substituer serait rendre un inutile et regrettable hommage au vice; pour le rationaliste, ce serait tenter l'impossible et périlleux pari de faire confiance à l'irresponsable; et, pour ces tenants du positivisme que sont les professionnels du soin,

ce serait commettre une faute thérapeutique en traitant le symptôme moins que la cause. Il existe cependant des façons d'opter pour un point de vue moralement neutre : c'est le cas lorsqu'on conçoit l'usage de drogues comme une pathologie chronique relevant d'un traitement de maintenance au long cours, ou comme une inclination inhérente à la nature humaine qu'il est insensé de combattre. Mais c'est, on l'a souvent dit, une utilisation de la notion de substitution (une forme grammaticale, pour reprendre l'approche défendue ici) qu'il est encore difficile à faire accepter en France, de la même manière qu'il est difficile d'y faire admettre le développement du traitement anti-douleur¹⁷.

Causalité mentale et causalité psychique

Aux problèmes de l'intégrité de la personne humaine et de l'autonomie de la volonté s'adjoint celui que pose, à un niveau bien plus général, l'idée de causalité.

Dans le raisonnement scientifique, cette idée renvoie à un schème d'interprétation linéaire et chronologique qui permet d'identifier des antécédants et des conséquents indéfectiblement liés dans une relation de détermination inscrite dans une temporalité irréversible. Il est sans doute inutile de préciser que ce schème fait l'objet d'intenses critiques et que celui qui l'adopte aujourd'hui devrait être en mesure de justifier le bien-fondé de sa prétention à le faire. La forme la plus commune que prend l'analyse causale en sociologie repose sur des recherches de nature quantitative¹⁸. Comme en témoignent les travaux d'épidémiologie et de statistique, elle se heurte constamment à des questions techniques liées à la définition des variables retenues dans les opérations de dénombrement et de classement ; qui sont les drogués, combien sont-ils, pourquoi le deviennent-ils, de quelle manière sont-ils appréhendés par la police, mis en accusation par la justice, pris en charge par la médecine; quelle est la nature des rapports qu'ils entretiennent avec le monde extérieur, leur groupe de pairs ou la délinquance¹⁹ ?

Mais le point de vue déterministe organise également l'appréhension du phénomène de l'usage de drogues et de la substitution, en introduisant une distinction entre causalité mentale et causalité psychique. Cette distinction fleure encore bon le débat âme-corps : il s'agit de savoir si l'action humaine est causée par des intentions, des désirs ou des croyances (causalité mentale) ou si elle est le fait d'un organe, le cerveau, qui produit les mouvements du corps sans aucun lien avec cette entité métaphysique qu'est la conscience (causalité psychique).

Si on s'en tient à ce qu'avancent des philosophes, des tenants des sciences cognitives, des neuro-biologistes ou des psychiatres, le mental n'est pas le psychique. Le cerveau reste donc, pour l'instant, le siège de deux sources de l'action : l'une morale, l'autre physique ; et il n'existe pas de théorie unifiée qui permettrait de comprendre l'interaction entre le psychique - le cerveau conçu comme organe causant mécaniquement les faits et gestes des individus - et le mental - l'esprit en tant que faculté à donner sens à l'action. Tout au plus la postule-t-on, comme le fait D. Widlöcher :

« L'essentiel est d'admettre qu'à tout événement mental correspond un événement physiologique. A un instant donné, l'état mental exprime un certain état cérébral. On peut dire que l'état cérébral détermine l'état mental puisqu'il le produit (en ce sens, il y a une contrainte du cérébral sur le mental). La prescription d'un psychotrope détermine un changement d'état cérébral et son effet clinique réalise un changement d'état mental. L'erreur que commettent le neurobiologiste «réductionniste» et le psychogénéticien « pur » est de ne pas voir que la réciproque est nécessairement vraie. Un changement d'état mental doit s'accompagner d'un changement d'état cérébral. »²⁰.

Il faut cependant signaler que l'idée de causalité mentale est loin de faire l'unanimité parmi les philosophes, les sociologues ou les psychologues qui cherchent à expliquer l'action : pour nombre d'entre eux, admettre qu'une intention ou qu'une croyance puisse causer une action est une erreur qui encombre l'explication plus qu'elle ne permet l'analyse²¹.

Ce débat théorique n'est pas inintéressant. Mais les choses se présentent sous un autre jour lorsqu'on considère un problème pratique : comment rendre compte de l'action du drogué ? Car si'on définit l'humain par sa faculté de rationalité, c'est-à-dire le fait qu'il soit responsable d'actes auxquels nous pouvons conférer une intelligibilité et qu'il est possible de rapporter à leur auteur, l'ingestion d'une substance psychoactive peut être appréhendée comme une consommation suspendant l'humanité en celui qui doit recourir à une supplémentation pour remplir des fonctions qui devraient être normalement assurées de façon naturelle²².

L'opposition entre causalité mentale et causalité psychique n'est pas uniquement une construction théorique : elle organise les pratiques de prise en charge des personnes frappées de pathologies mentales (et, parmi elles, les toxicomanes). Les maux de l'esprit présentent de multiples formes de dérèglement de ce qui fait l'essence même de l'humain : l'angoisse, la souffrance, le malheur, le plaisir, etc. Ici, les limites du normal et du pathologique ne sont jamais précises : l'individu devrait être angoissé mais pas excessivement, connaître le plaisir mais pas n'importe lequel, boire mais pas trop, manger mais de façon raisonnable, etc. Les professionnels du soin (parfois regroupés au sein de Comités d'Ethique, de Conseils Consultatifs ou de Conférences de consensus) cherchent à fixer la juste mesure au-delà de laquelle une conduite devient déviante, à établir leur empire sur la définition de l'authenticité d'un état pathologique. Et on sait que cette tentative se heurte à l'opposition des patients qui continuent à proposer la leur. Mais comment ces professionnels peuvent-ils établir la mesure de drogue ou de médicament de bien-être qu'il est loisible de consommer sans que cette consommation n'attente à l'humanité même du malade ? Qu'un médicament présente trop de qualités sédatives, et le voilà vite discrédité au titre de la dénaturation qu'il ferait subir à l'expérience humaine. Qu'une drogue soit prise pour ses propriétés apaisantes ou bénéfiques, et la voilà dotée des pires séductions du malin²³.

Mais, quels que soient les développements futurs en matière de prescription de molécules de bien-être ou de commerce de stupéfiants, on peut estimer qu'il existe une limite à ces évolutions. C'est que le jugement sur la juste mesure s'achoppa toujours à une question difficile : peut-on nommer bonheur un état de satisfaction ne provenant pas de l'intériorité «vraie» d'un individu, n'exprimant pas sa personnalité et sa profondeur, ne manifestant pas l'éclat d'une âme et le tranchant d'un esprit ? C'est à ce point que la question du recours à la pilule du bonheur rejoint celle de la liberté de l'usage de drogues.

Tout conduit donc à conclure que les illusions contenues dans la notion de conscience nous rivent à une vision de l'humain dans laquelle l'action se conçoit toujours comme le fait d'une intention claire, arrêtée et réfléchie. Il semble bien que tant que cette vision romanesque de la conscience habitera notre conception de l'humain, la supplémentation chimique du cerveau - par la drogue ou le médicament - sera vouée à être envisagée comme une dénaturation, un recours incongru ou insoutenable à l'artificiel. Et telle est probablement le noeud du débat portant sur les produits de substitution à la drogue ou le recours abusif aux médicaments psychotropes.

Pour tester la valeur de cette affirmation, on peut à nouveau recourir à un exercice de pragmatique. A l'heure actuelle, se nomment «traitements de substitution à la drogue » des protocoles dans lesquels la délivrance d'un nombre autorisé de médicaments (méthadone, subutex, morphine et autres dérivés, etc.) produisant des effets censément analogues à ceux des substances illégales consommées précédemment est prescrite et administrée dans des conditions de stricte surveillance. Bien que la fin visée par ces traitements doive être l'abstinence, ils tendent, le plus souvent, à réaliser la «stabilisation» ou la «maintenance» dans un état de dépendance. Un degré de disparité existe donc entre objectifs officiels et pratiques de terrain, qui conduit certaines associations de drogués à réclamer qu'un terme soit mis à ce qu'ils tiennent pour une mesure hypocrite provoquant ses effets pervers, comme le fait qu'un héroïnomane sous traitement de substitution doive encore alimenter le trafic clandestin en allant s'y procurer, non sans péril, la substance qu'il désire ingérer. Ces associations revendiquent donc, pour ces individus, la mise sur pied du seul traitement de substitution qu'ils jugent efficace : la distribution médicalement contrôlée d'héroïne. Mais comment raisonnablement envisager que la consommation d'héroïne soit une pratique de substitution à la consommation d'héroïne ? Une chose peut-elle vraiment être elle-même et sa propre contrefaçon à la fois ? Ce genre d'impossibilité logique devrait conduire à annuler un des deux termes de la contradiction : soit supprimer la référence à la substitution (et alors admettre que la maintenance sous héroïne est une forme de traitement et pas d'empoisonnement), soit soutenir que la toxicomanie n'est pas une maladie (et donc qu'elle ne relève d'aucun traitement de substitution). Ce petit exercice de pragmatique permet également d'affirmer que, dans un contexte d'affrontement politique, une telle revendication doit être tenue pour une provocation, ou un argument reposant sur le maniement de la dérision ou de l'absurbe, plutôt que pour une proposition correctement formulée.

Les enseignements de l'analyse conceptuelle

L'analyse conceptuelle de la notion de substitution menée ici semble ne rien apprendre de bien concret pour l'examen de ce que certains nomment les réalités sociales du traitement de la toxicomanie. Alors à quoi sert-elle ?

De la façon la plus générale, c'est-à-dire en relation avec ce qui touche au terme du débat public, on peut dire que ce type d'analyse contribue à cerner ce qu'on pourrait dire de façon sérieuse à propos des pratiques de la substitution. Elle montre, en effet, qu'il y a de fortes chances pour que nos jugements à ce sujet impliquent des conceptions dépassant largement les arguments que s'opposent, dans les circonstances de la vie courante, les membres d'une société quant à la nature et à la légitimité de la supplémentation chimique des facultés mentales.

La substitution est une méthode au moyen de laquelle un individu pallie une déficience en employant un adjuvant ou une prothèse. En ce sens, elle renvoie toujours à un ersatz. Et, dans le cas de la drogue, elle pose un problème singulier: elle ne pourrait être que l'ersatz d'un ersatz. C'est ce qu'on constate en observant que, pour les professionnels de l'aide et du soin, la seule substitution réelle à l'usage de drogues consisterait à s'engager dans une «vraie» passion humaine : amour, maternité ou paternité, sport, art, travail, etc. A cette aune, toute autre forme de remplacement - médicament, méthadone, alcool, etc. - ne serait qu'une autre conduite attentant semblablement à l'intégrité de la personne et à l'autonomie de la volonté, donc un artifice tout aussi condamnable que celui auquel elle entend se substituer. On peut noter que, dans cette perspective, ce qui est artificiel dans l'usage de drogues n'est pas la pratique de consommation qu'elle figure, mais bien le type de passion qu'elle suscite.

L'analyse conceptuelle suggère également que les problèmes techniques, au nom desquels les professionnels soutiennent telle ou telle position, recouvrent souvent des jugements moraux plus fondamentaux qui portent, en ce cas, sur l'essence de la nature humaine et de la liberté. Elle conduit ainsi à affirmer que, tant que la discussion sur l'usage de drogues se situe à un niveau technique, elle élude le débat sur les idées de sens commun qui déterminent souvent les choix thérapeutiques et dont ne sont critiquées ni la valeur ni la pertinence dans le cadre des questions pratiques que pose, quotidiennement, la prise en charge des toxicomanes.

On sait que les idées de sens commun varient avec les sociétés. La majorité des pays occidentaux a admis la légitimité des traitements de substitution à la méthadone plus rapidement que la France; les droits sanitaires des drogués ont été reconnus et exercés plus aisément ici qu'ailleurs ; la tolérance (l'indifférence diraient certains) à l'égard du drogué se manifeste différemment selon les systèmes sociaux; et la libre disposition de son corps - donc le droit de se détruire - est un droit fondamental reconnu à l'individu plus sereinement dans certaines contrées que dans d'autres. Mais, au-delà de ces remarques sur la contingence des formes d'organisation des sociétés humaines, les éléments d'analyse qu'on vient de rapporter permettent de dire que le débat sur la validité de la

substitution n'est jamais nulle part définitivement clos et que, malgré des variations tenant aux coutumes locales, ses termes généraux demeurent identiques, tant en ce qui concerne l'essence de l'humain qu'en ce qui touche à l'exakte étendue de sa liberté, qu'elle soit politique - la citoyenneté - ou technico-scientifique - la manipulation (ou la dénaturation) du vivant.

Mais l'essentiel des enseignements que livre l'analyse conceptuelle est d'ordre plus théorique. Le premier rappelle la place centrale que tient le sens commun dans la compréhension immédiate que nous avons du monde social et de ce qui s'y passe. Omettre de prendre sérieusement en considération l'importance de nos «intuitions bien fondées»²⁴ dans la définition de l'action, c'est courir le risque d'en produire une interprétation détachée de son ancrage dans la pratique. En ce qui concerne la toxicomanie et l'idée de sa prise en charge, cet article s'est efforcé d'indiquer en quoi les conceptions ordinaires à propos de l'intégrité de la personne humaine, de l'autonomie de la volonté et de la causalité étaient déterminantes.

Le second apport de l'analyse conceptuelle est méthodologique : elle fournit en effet un excellent outil permettant d'orienter les interprétations que le sociologue fait des énoncés des personnes qu'il interroge dans le cadre d'une enquête. Dans une recherche portant sur la drogue et les traitements de substitution, on peut, de façon assez commode, régler ce problème d'interprétation en tenant les propositions que formulent les professionnels, les politiques, les usagers et leurs proches pour l'expression d'une idéologie - ou de vagues représentations, ce qui ne vaut guère mieux. Une autre attitude, à mon avis plus rigoureuse, consiste à essayer de comprendre comment se construisent les énoncés qu'on recueille, que ce soit dans les entretiens ou dans les textes législatifs, les discours politiques, la littérature savante ou la prose journalistique. C'est à cela que sert l'analyse conceptuelle, en guidant le travail sociologique vers l'étude des pratiques discursives. En effet, ce genre d'analyse permet : 1) de distinguer les différents *domaines de pertinence des descriptions*, et 2) de classer chacun des énoncés recueilli dans le registre descriptif qui lui convient - ce qui réduit le risque d'interprétation abusive. C'est ainsi que, pour ce qui concerne le débat sur la méthadone et les politiques de réduction des risques, un cadre d'interprétation des propositions formulées pour en rendre compte peut être élaboré dans lequel quatre registres descriptifs : moral, technique, savant et politique, se croisent avec les couples intégrité/artificialité, autonomie/irresponsabilité, volonté/passivité.

Si l'étude des énoncés portant sur les formes de la substitution doit être menée en appliquant ce guide de décomposition, c'est que la notion même de substitution contient un ensemble de notions (authenticité, artifice, autonomie, responsabilité, liberté, aliénation, conscience, psychisme, etc.) qui admettent des interprétations divergentes dont aucune ne peut se prévaloir d'être la seule légitime. Et contrairement à ce que pourrait croire le sociologue qui emploie ces notions de façon naïve, leur signification, loin d'être élucidée une fois pour toutes, est objet de redéfinitions permanentes dans le cours de l'action.

De ce fait, différencier les domaines de pertinence de description permet de sérier les formes de classement employées dans l'action en les rapportant à des logiques descriptives d'ordres distincts. L'analyse conceptuelle apporte donc une réponse pratique à la question de la pluralité des descriptions possibles d'un même phénomène. Car, et on en revient à une recommandation posée en introduction, cette démarche invite à renoncer à expliquer les réalités du traitement de la toxicomanie (combien, où, comment, selon quelles régularités, avec quels risques, etc. ?), pour se contenter de rendre compte de la *descriptibilité* du phénomène, c'est-à-dire dégager ce qu'il est tenu pour acceptable de penser, donc de faire, à propos de la substitution en matière de drogues.

Si on admet le bien-fondé de l'analyse conceptuelle, c'est-à-dire la primauté de la descriptibilité des phénomènes, une question reste en suspens : quelle unité faut-il attribuer au phénomène faisant l'objet d'une description ? Peut-on appréhender une chose ou un événement du monde en considérant qu'ils répondent à une définition unique ou doit-on, au contraire, les concevoir sous l'angle de la diversité qu'ils ne manquent pas de manifester en pratique²⁵ ? Un dernier mot d'explication paraît donc nécessaire pour répondre, par anticipation, aux inévitables critiques de ceux que ce problème de méthode taraude.

Un ultime point de méthode

L'usage de drogues est, indéniablement, un phénomène à multiples facettes. Les pratiques de trafic et de consommation de substances stupéfiantes illicites n'en finissent pas de se modifier, que ce soit par le simple effet du changement social (évolution des clientèles, des goûts, des principes de civilisation - conceptions de la vie, de la santé, du bien-être, etc. -, des rapports de production) ou sous le poids des contraintes de la répression et de la misère. Pourtant, ces modifications n'affectent pas le fait que l'ensemble de ces pratiques reste identifié comme un phénomène de nature identique. Et, en effet, l'action de se droguer renvoie toujours, dans la compréhension que tout un chacun en a, à un genre d'expérience marqué par une succession d'étapes typiques et nécessaires : initiation, engagement, investissement, réponse aux risques et aux dangers, rapport au produit, interaction avec le milieu d'approvisionnement, reconceptualisation, sortie, etc.

Une distinction s'impose donc au chercheur : il a affaire, d'une part, à un phénomène doté d'une sorte de structure (ce que nous persistons à nommer l'usage de drogues) et, d'autre part, à des détails qui spécifient ce phénomène de façon momentanée (qui consomme quoi, dans quelles conditions et sur quels modes, pour quelles raisons, avec quelles variations de groupes de population concernés et de modalités de soin et de répression mises en oeuvre au moment de telle enquête). Produire une interprétation sociologique l'oblige donc à résoudre un problème liminaire : quel rapport convient-il d'établir entre le phénomène et les détails qu'on peut légitimement lui rattacher ? Or, cette question reçoit aujourd'hui deux réponses opposées.

Pour le positiviste, dont l'ambition est d'atteindre la connaissance objective du phénomène, le travail consiste à le décomposer en autant d'éléments constitutifs que possible et d'étudier chacun de ces éléments de la manière la plus scientifique possible - généralement au moyen de la quantification. Cette démarche, qui s'efforce d'imiter celle de la «vraie» science, est généralement animée par un souci d'exhaustivité dérivant souvent vers une quête infinie du moindre des détails des innombrables actualisations d'un même phénomène.

La connaissance objective n'est en aucun cas inutile : elle nous informe de l'extrême variabilité des formes sous lesquelles un même phénomène peut se manifester au monde. Elle recèle cependant deux écueils. Le premier est embarrassant : une trop grande accumulation de connaissances risque parfois de transformer l'explication en une mission impossible, tant la production effrénée de données bute sur l'incapacité - qui n'est pas aisément amendable - à leur donner une cohérence d'ensemble²⁶. Le second est plus redoutable : la multiplication des points de vue portés sur un même phénomène peut conduire à sur-valoriser sa variabilité et à affirmer que la prétention à en construire une définition unique est illusoire. C'est ainsi que, dénonçant cette prétention, certains chercheurs soutiennent que toute description d'un phénomène est dépendante des circonstances dans lesquelles elle est produite. Et, défendant cette thèse, qu'on peut nommer contextualiste, jusqu'à son terme le plus extrême, ils conviennent qu'il serait irréaliste de parler d'une même chose si deux descriptions peuvent la présenter sous des allures contradictoires. Ainsi, il serait aberrant de parler de l'usage de drogues, tant chacune des conduites associées à la consommation d'un stupéfiant dans une circonstance singulière engagerait un univers de significations particulier. Le risque est ici de voir se dissoudre l'objet même qu'on cherche à décrire. Et certains contextualistes (les moins rigoureux sans doute) y ont parfois succombé, en déduisant qu'il fallait tout à la fois renoncer à concevoir les phénomènes sociaux sous l'angle de leur unicité, et abandonner la tentation d'en donner la moindre explication.

Le travail en sciences humaines est actuellement divisé entre tenants du positivisme et du contextualisme. Et à la question de savoir comment concevoir l'unité d'un phénomène (l'usage de drogues par exemple) tout en l'envisageant sous les multiples descriptions dont il peut faire l'objet (selon les lieux, les gens, les traitements, les pratiques, les enjeux, etc.), les uns et les autres répondent en excluant l'un des termes du problème : les premiers en niant la diversité, les seconds en réfutant l'unicité.

Une autre manière de répondre à cette question consiste à admettre que si le phénomène ne possède pas une définition univoque et déterminante, il n'en figure pas moins un cadre relativement stable qui limite le nombre de descriptions acceptables que l'on peut en donner. C'est que, pour pouvoir faire l'objet d'une description quelconque, un phénomène doit déjà être conçu. Cette troisième voie justifie la mise en oeuvre d'un travail accordant une prépondérance à la structure du phénomène sur la multiplicité de ses descriptions possibles. Pour être précis, disons que cette prépondérance n'est pas de l'ordre de la détermination (on ne peut plus croire qu'un objet puisse être défini à partir

d'une essence fixée par des conditions nécessaires et suffisantes) mais de l'antécédence logique. Et c'est justement cette voie qu'entend arpenter la sociologie analytique : mettre au jour les conceptions *a priori* qui organisent les descriptions et les pratiques ordinaires. En présentant une analyse de la notion de substitution en matière de toxicomanie, c'est aussi une illustration de cette démarche que ce texte a voulu proposer.

* GRASS-IRESKO, CNRS

1 J. Derrida, «Rhétorique de la drogue», in : *L'esprit des drogues, Autrement*, n°106, 1989.

2 A. Ogien, *Le raisonnement psychiatrique. Essai de sociologie analytique*, Paris, Méridiens Klincksieck, 1989. Le qualificatif «analytique» s'apparente ici à celui dont Ludwig Wittgenstein a affublé sa philosophie : « 90 - Nous avons comme le sentiment que nous devons *pénétrer* les phénomènes : cependant notre investigation ne se porte pas sur les *phénomènes*, mais comme on pourrait dire, sur les *possibilités* des phénomènes. Nous prenons conscience du *mode des énoncés* que nous formulons à l'égard des phénomènes ... Notre investigation de ce fait en est une grammaticale. Et cette investigation clarifie notre problème en écartant des malentendus. Malentendus qui concernent l'usage des mots; provoqués, entre autres, par certaines analogies entre les formes d'expression dans différents domaines de notre langage. - Certains de ces malentendus se laissent écarter, du fait que l'on remplace une forme d'expression par une autre, on peut nommer cela une façon d'«analyser» nos formes d'expression, car ce processus ressemble parfois à une sorte de décomposition », *Investigations philosophiques*, Paris, Gallimard, coll. TEL , 1986, p.159-160.

3 V. Descombes, *Grammaire d'objets en tous genres*, Paris, Ed. de Minuit, 1983, p.13-24.

4 On doit l'introduction, dans les premières années de ce siècle, du terme «grammaire» en philosophie, et de la démarche que ce terme y fonde, à G. E. Moore. Pour une explicitation de la notion de grammaire telle qu'elle est formulée par Wittgenstein, cf. J. Bouveresse, *La force de la règle*, Paris, Ed. de Minuit, 1987. On peut tout de même rapporter deux de ses propositions : « 371 - L'essence d'une chose est exprimée par l'usage grammatical du mot correspondant ... 373 - C'est la grammaire qui dit quel genre d'objet est quelque chose », L. Wittgenstein, *ibid.*, p.243. Il est possible d'apparenter la notion de grammaire à celle d'«organisation sociale de l'activité pratique» utilisée en ethnométhodologie.

5 A. Ogien, « Évaluation et sens commun. L'objectivation du phénomène de l'usage des drogues », dans M. L. Cesoni (éd.), *Usage de stupéfiants. Politiques européennes*, Genève, Georg Editions, 1996.

6 Ce n'est bien sûr pas le lexique en tant que tel qui nous force à concevoir les objets qu'il recense comme nous le faisons, mais, si on adopte une position réaliste, le fait que l'existence d'un mot et de ses usages appelle nécessairement la référence à une factualité qui les soutient et que l'on peut invoquer à tout moment pour asseoir leur pertinence.

7 A. Ogien, « Évaluation et sens commun. L'objectivation du phénomène de l'usage des drogues », *art. cit.*

8 Tel n'est certainement pas le cas dans ces systèmes religieux (polythéistes ou animistes par exemple) qui ne se construisent pas sur une coupure radicale entre l'homme et le cosmos, ou sur une séparation âme/corps aussi strictement policée qu'elle ne l'est dans la pensée monothéiste. Mais on note souvent que, dans ces systèmes, les drogues ne causent pas nécessairement l'aliénation : elles se présentent plus volontiers comme des substances sacrées qui ouvrent au contact avec les Dieux, les ancêtres ou le totem ; à moins qu'elle ne soient conçues comme le moyen d'un dépassement de soi, d'une connaissance plus intime de son être ou des limites de la perception humaine.

9 S. A. Goldberg, *Les deux rives du Yabbok*, Paris, Ed. du Cerf, 1989.

10 F. Dagognet, *La maîtrise du vivant*, Paris, Hachette, 1988, p.29.

11 A. Ogien, *Sociologie de la déviance*, Paris, A. Colin, 1995.

12 Il est certainement inutile de dire que cette conception de l'intégrité - pour laquelle le drogué accomplit parfaitement son destin - heurte nos sentiments démocratiques. On y reviendra plus loin.

13 A. Ogien, « Évaluation et sens commun. L'objectivation du phénomène de l'usage des drogues », *art. cit.*

14 A. Renaut, «Individu, dépendance, autonomie», dans : A. Ehrenberg (sous la dir.), *Individus sous influence*, Paris, Ed. Esprit, 1991.

15 Un autre usage du mérite comme critère de jugement pratique se découvre dans les arguments défendus par ces militants d'associations qui entendent mettre fin à l'ostracisme pesant sur des personnes affectées d'une particularité infamante. Comme, par exemple, celles atteintes de certains cancers ou du sida : on essaye d'imposer publiquement l'«innocence» de malades qui ne seraient que des victimes de l'adversité. Mais on sait combien cette revendication est dure à faire accepter lorsque ces malades sont toxicomanes.

grands fumeurs ou, plus généralement des personnes qui ne respectent aucune des règles d'une bonne hygiène de vie.

16 Cette clause peut légitimement s'appliquer aux toxicomanes en état de manque ou sous l'emprise d'un stupéfiant. Il suffit d'imaginer le jugement que nous porterions sur la valeur d'une démocratie dans laquelle un peuple totalement dépendant d'une substance addictive se donnerait librement pour représentants ceux qui la lui fournissent. Certes, la banalisation du vote (la certitude qu'il n'assure aucunement la prédominance des gouvernés sur ceux qui les dirigent) et le niveau d'abstention aujourd'hui observé dans ce qu'il est convenu d'appeler les «vieilles» démocraties peuvent conduire à envisager sereinement cette perspective. Mais il convient de rappeler à ceux qui défendent ce point de vue qu'on peut le soutenir uniquement lorsqu'on cesse de concevoir l'idée de démocratie comme indissociable de celle d'exercice du droit de vote.

17 Difficulté qu'il ne faut pas rapporter à un quelconque tropisme culturel (le catholicisme ou la latinité), mais sans doute aux spécificités de l'organisation de la profession médicale en France. J. Y. Nau, «Les médecins français sous-évaluent la prise en charge de la douleur», *Le Monde*, 8.12.1995.

18 Cette conception est parfaitement formulée par M. Forsé, *L'analyse structurelle du changement social*, Paris, PUF, 1991. La démarche quantitative ne se confond pas toujours avec un objectivisme obtus : les plus rigoureux d'entre les producteurs de statistiques peuvent donner à leur travail un tour critique, à la fois interne (sur les conditions de leur production) et externe (sur la lecture et l'utilisation qui en est faite). Cf. A. Desrosières, *La politique des grands nombres*, Paris, La Découverte, 1995 ; R. Padiou, « La déontologie des statisticiens », *Sociétés Contemporaines*, 7, 1991.

19 Ces problèmes techniques sont impeccablement étudiés par T. Hirschi et H. Selvin, *Recherches en délinquance*, La Haye, Mouton, 1975, qui établissent les limites de l'analyse causale en sociologie. Sur ces limites, on peut lire avec profit H. Blalock, «The Real and Unrealized Contributions of Quantitative Sociology», *American Sociological Review*, 54 (2), 1989.

20 D. Widlöcher, « Le cerveau et la vie mentale », *La Recherche*, n°280, 1995, p.102.

21 Pour avoir un bon aperçu de l'étendue des difficultés théoriques que soulève le problème de la causalité : R. Ogien, *Les causes et les raisons*, Nîmes, J. Chambon, 1995.

22 Tel est bien le raisonnement sur lequel repose la thèse de la «béquille» justifiant un «travail» de restauration de l'intégrité psychique.

23 On peut néanmoins se rassurer : toute délicate qu'elle soit dans l'absolu, la distinction drogue douce/drogue dure permet d'exclure certaines consommations de la classe des conduites addictives. Les juges italiens ou espagnols ont établi la quantité de haschisch valant usage personnel ; et les hollandais et les allemands ont commencé à le faire pour l'héroïne. C'est dire que rien n'est vraiment impensable en cette affaire ...

24 Pour reprendre la notion de J. Rawls, *Justice et démocratie*, Paris, Ed. du Seuil, 1993.

25 Pour un traitement plus complet de cette question : A. Ogien, « Que faire de l'instabilité de la définition des faits ? », *Annales*, 3, 1996.

26 A ce sujet, il faut lire R. Padiou, *L'Information statistique sur les drogues et les toxicomanies*, Paris, La documentation française, 1995.

CHAPITRE 6

« C'ÉTAIT PAS COMME UNE DROGUE SI VOUS VOULEZ, MAIS ENFIN »

Appropriation de la notion de dépendance et opportunité des psychotropes à travers l'étude de pharmacies familiales dans une région rurale de Basse-Normandie

Claudie Haxaire*, J. Brabant-Hamonic**, E. Cambon***
à partir des enquêtes d'E. Rougeot****

« *C'était pas comme une drogue si vous voulez mais enfin* », ainsi l'une de nos interlocutrices nous désignait-elle l'anxiolytique dont elle s'était déprise. L'embarras de formulation autour de ce mot qui ne va pas de soi¹, que l'on renvoie à l'enquêtrice (*si vous voulez*), laisse entendre qu'il s'agissait bien tout de même un peu de cela (*c'était pas... mais enfin*) comme dans tout déni².

A travers une vingtaine d'entretiens portant sur les pharmacies familiales dans une zone rurale de Basse Normandie, nous allons tenter de décrire ce qui ressort, dans le discours, des relations ambivalentes que nous, gens ordinaires, entretenons avec ces médicaments que nous ne savons trop définir, n'usant pas du terme savant de psychotrope³. Mais drogue s'entend tout autant que stupéfiant, que toxique, drogue du droguiste, ce que les ruraux proches de leur environnement perçoivent avec plus d'acuité. Drogue pourrait également désigner un médicament au sens péjoratif, dont l'usage peut être contesté, et peut être y a-t-il lieu de s'interroger sur la pertinence, du point de vue de nos interlocuteurs, d'un traitement médicamenteux aux maux dont il sera ici question. Que les psychotropes et singulièrement les anxiolytiques nous soient déclinés tout au long du corpus sur l'ensemble de ces acceptions du mot drogue laisse sans doute entendre qu'à tout ces titres leur emploi ne va pas de soi.

Enquête et méthodologie

Les données analysées pour cet article sont issues d'une enquête sur les usages et les compétences familiales en matière de psychotropes⁴. Les entretiens ont donc été réalisés dans le bocage ornais, pays de vergers, d'élevage (vaches laitières, porcs), de forêts, de vieilles traditions industrielles (métallurgie, textile), de petites villes animées par le commerce et quelques industries. On y trouvait plus spécifiquement des mines de fer dont la dernière a fermé ses portes en 1970. Nous abordions l'usage des psychotropes à travers le discours de nos informateurs à propos des médicaments présents au foyer (pharmacies familiales) et ne traitons ici que les dix-neuf entretiens où il était fait mention de psychotropes. L'interlocuteur était laissé libre d'évoquer les différents épisodes de maladie et leur contexte, infortunes diverses, ayant donné lieu à l'usage de ces

médicaments⁵ ainsi que les autres remèdes ou recours connus de lui. Si le terme de pharmacie «familiale» est un terme convenu, il ne s'agit pas toujours de familles car un certain nombre de vieilles personnes vivent seules, mais il n'y a pas de célibataire jeune dans l'échantillon retenu. Dans les couples, les épouses ayant répondu plus facilement que leur mari, qu'elles «gèrent» ou non les médicaments de l'ensemble de la maisonnée, il s'agit de discours féminins auxquels seuls quatre hommes ont joint leur voix⁶ (deux d'entre eux se contenant de commenter les propos de leur femme). La plus grande partie des enquêtés étaient des retraités⁷ ayant été : aides familiales, infirmière, ouvrières, employées (femme de service, vendeuse). On y trouve également une institutrice, une commerçante ou des femmes n'ayant pas eu d'activité salariée. Parmi les maris on dénombre d'anciens ouvriers, mineurs, employés et agriculteurs. Ces personnes sont pratiquement toutes originaires de Basse-Normandie. Leurs parents étaient souvent de modestes agriculteurs. Les personnes en activités sont des agriculteurs, des aides familiales et une femme professeur dans un lycée agricole. En dehors de leurs propres maux, certains interviewés, toutes des femmes, nous ont parlé des affections de ceux qu'elles ont en charge, que P. Wald propose de qualifier de «patients problèmes» et de personnes de leur entourage qui jouent le rôle de «patients exemples». Ces dix-neuf entretiens sont mis en perspective avec les propos recueillis par J. Brabant à l'officine (dialogues à la pharmacie), les données ethnographiques sur la médecine traditionnelle (J. Brabant 1982-85-94) l'usage de la «goutte» (J. Brabant 1996) et sur la dépression (E. Rougeot 1995), ce qui ne se dit pas se révélant au cours de l'observation participante. Nous avons également été sensibles aux emplois locaux des termes, auxquels les écrits sur la sorcellerie de J. Favret-Saada (1977) et sur l'alcoolisme dans la région du Havre de J. P. Castelain (1989) nous donnaient accès.

Si l'analyse lexicométrique du corpus est peu exploitée, et si nous ne feront mention ici que des seules concordances⁸ qu'E. Cambon a dégagées, il apparaît cependant que le traitement statistique des données textuelles (par le logiciel Alceste : M. Reinert 1993-95)⁹ que P. Wald applique au corpus, partage les énoncés en trois univers lexicaux. Le premier groupe d'énoncés est caractérisé par le vocabulaire ayant trait aux maladies traitées par les spécialités pharmaceutiques (*boîtes*) ainsi que celles pour lesquelles à la suite de diagnostics techniques (*analyse, examen*), sont mis en oeuvre des actes thérapeutiques spécifiques (*opérations*). Le second comprend tout ce qui tourne autour des dérivés de la racine *calm*, les troubles du sommeil et des rythmes, des cycles, des habitudes et des nerfs au sens ancien de nerf-tendon qui se tendent, craquent, etc. C'est ici que nous trouvons les noms de spécialités psychotropes, sauf le Tranxène¹⁰. En effet, aucune mention n'est faite dans le corpus du terme antidépresseur pourtant indiqué sur les notices. Les spécialités appartenant à cette classe (Ludiomil, Anafranil), sont traitées comme médicaments *pour les nerfs* avec une spécificité pour l'anxiété et ses manifestations corporelles (être *serré*). Nous ne nous étonnerons donc pas de voir attribuer à l'ensemble de ces spécialités (ainsi qu'aux neuroleptiques : Synedil, Dogmatil) les caractéristiques des benzodiazépines. Tous les termes évoquant la dépendance, l'habitude, l'accoutumance se retrouvent dans cet univers. Le troisième univers lexical enfin comprend les termes qui tournent autour de *déprime* et de *dépression*. Du point de

vue de l'analyse de discours, les énoncés de cette classe, massivement à la troisième personne, relèvent d'un genre de type de récit (de vie, d'histoire familiales) ou de description, ce qui l'oppose au mode discursif et conversationnel des deux premières. C'est dans cette classe que nous retrouvons les mots *suicide, boire, folie*, les recours traditionnels (*toucheur, médium ...*). Aucun nom de spécialité n'apparaît dans ce groupe. Lorsqu'il s'agit d'un épisode passé qui manifestement était un épisode dépressif, nos interlocuteurs ne se souviennent plus du nom de la spécialité associée aux anxiolytiques, lorsqu'il font mention d'un autre médicament. Plus qu'autour de la maladie donc, le monde lexical où *dépressif* apparaît se construit autour des termes de parenté ou de voisinage, des liens d'entraides, des relations sociales. Les verbes indiquant les actions ou la façon dont les relations sociales se construisent, ainsi que le nom correspondant, sont abondants et significativement liés (*aide, aider, parler, venir, connaître, entraider...*).

Ainsi, les médicaments *pour les nerfs* appartiennent à un univers lexical situé entre celui des médicaments classiques (*boîtes*) et celui des maux dont on parle sans les référer aux médicaments, quitte à ne pas les mentionner si on en prend, car ils semblent plutôt requérir une réactivation du lien social. Cet entre-deux reflète bien toute l'ambiguïté de l'usage des psychotropes/anxiolytiques que va faire apparaître l'analyse de contenu qui suit.

Pas tout à fait comme une Drogue... mais quand même

Dans notre corpus, l'emploi de *Drogue* au sens de stupéfiant est rare¹¹, introduit sur le mode de la comparaison (*comme* ou du fait de sa présence dans une liste : *c'est l'enchaînement, c'est la drogue*) mais, bien qu'on ne se l'approprie pas lorsque l'autre l'introduit, on acquiesce fortement à cette idée (*Ah oui, oui, Le Lexomil...*)¹². Pour nos interlocuteurs «Drogue» dans ce sens réfère d'une part à la notion de dépendance, de l'autre à une altération plus ou moins marquée de l'état de conscience habituel. Mais la frontière n'est pas nette entre ces états et leurs corollaires plus familiers. La dépendance pourrait bien être la sanction d'habitudes (entendues mauvaise) de consommation, les modifications de la conscience sont déjà annoncées par le caractère «artificiel» du sommeil obtenus ou les troubles de la mémoire.

Dépendance/habitudes : avant l'engrenage, le pli

Tomber dans l'engrenage de la dépendance

Bien que bon nombre de personnes lisent les notices (des benzodiazépines) sur lesquelles apparaissent des mises en garde explicites contre une éventuelle dépendance, peu reprennent ce mot à leur compte. Nous emploierons le terme de dépendance car c'est le terme retrouvé sur les notices (consultées) des médicaments cités (Seresta, Temesta, Nordaz, Noctran, Immovane, Lexomil) lorsqu'il n'était pas simplement fait mention de «durée de prescription limitée à 4 semaines» (Stilnox). Seule, parmi celles des anxiolytiques de l'échantillon, la notice de Tranxène emploie le terme d'accoutumance¹³. Néanmoins, dans tout le corpus (500 p.) nous ne retrouvons que 6 occurrences¹⁴ où

dépendance est employé par seulement deux locutrices¹⁵. Il est remarquable en outre que le terme ne soit pas repris lorsqu'il est introduit par l'enquêtrice. Une lecture de notice, ensuite commentée par l'une de ces locutrices en faisant référence au pharmacien peut s'entendre sur le mode de la concession (cf. *...vous avez vu ça ? un état de dépendance oui, bon le pharmacien....*, concession qui ne serait pas tant sur l'état en question que sur le terme lui-même. Ce que nous retrouverons à propos d'*accoutumer*¹⁶. Au même titre que *drogue*, la *dépendance*¹⁷ n'est donc pas un mot à soi (notice, pharmacien) ; la seule occurrence de «je» est porteuse d'une volonté de «ne pas» : *la dépendance du Lexomil que je ne voulais pas ...* C'est un terme gênant (*oui, bon*) que l'on ne reprend pas à son compte quand l'enquêtrice l'a, elle, repris ou amené, dont on pourrait dire que l'on se débarrasse, dont, en tout cas, on ne veut pas. Le terme d'*accoutumance*¹⁸ n'est pas utilisé à propos de Tranxène mais pour justifier un refus de somnifères (*je ne voulais jamais prendre de somnifère parce que je pensais que ce serait une accoutumance et je voulais absolument pas y arriver*). Il y a une peur de *s'accoutumer*, il s'agit là d'un processus qu'il faut¹⁹ *combattre* et la volonté de *ne pas* est réitérée (*j'avais dans l'idée de combattre, de ne pas m'y accoutumer*)²⁰.

De fait, nos interlocuteurs parlent plutôt *d'avoir l'habitude*, de *ne pas pouvoir se passer de* ou d'être *pris*. Néanmoins c'est bien de dépendance qu'il s'agit lorsqu'on fait état de manque (*si je l'avais oublié... y avait quelque chose qui me manquait*) ou de besoin comme le complète l'interlocutrice déjà citée (*c'était pas comme une drogue si vous voulez m'enfin, je sentais que j'avais besoin de ça, tous les jours...*). Ce qu'ils appréhendent et qui de fait se produit, c'est de *ne plus pouvoir s'en passer, de ce truc là..* Ne pouvant plus *s'en défaire, c'est l'enchaînement, c'est la Drogue*.

On évoque plus volontiers cette dépendance chez d'autres, qui servent de repoussoir et que nous avons nommé «patients exemple», que pour soi même, et dans ce dernier cas il s'agit d'épisodes passés. Les mots ne sont pas assez forts pour décrire la dépendance de ces patients exemples appartenant souvent à la génération précédente, à qui les anxiolytiques étaient prescrits sans précaution²¹. *Elle est complètement prise dans l'engrenage de ces médicaments là, elle peut plus du tout s'en défaire, s'en détacher... je crois même qu'elle arrive à des doses énormes*. Cet exemple incitait son entourage à repousser le traitement d'une dépression car *il n'osait pas commencer ces médicaments là, il croyait pas pouvoir s'en détacher et justement on a dit au médecin de ne pas donner des doses trop fortes*. Et ceci sur les conseils de la personne dépendante elle-même qui disait : *faut pas que tu tombes dans l'engrenage dans lequel je suis*. Apparaît l'image du lien que l'on fait et que l'on défait mais qui, en la circonstance, ne peut se dénouer, l'image de l'engrenage qui entraîne sans retour en arrière, qui broie. Les images sont d'autant plus significatives qu'elles sont exprimées par une agricultrice. Les verbes employés ne sont pas plus indifférents, dans cette région on *tombe* dans l'alcoolisme (plus précisément *dans la débîne* Castelain 1989) ou dans la dépression, ce qui marque une déchéance mais on est *pris* par un sort. Comme l'a bien montré J. Favret-Saada (1977-1990) *être pris*, sans complément, renvoie à la sorcellerie, où l'on est *pris...* dans le pouvoir de l'autre. Dans l'exemple relaté, la personne était déjà trop sous l'influence de

ces médicaments quand elle a eu envie d'arrêter elle était déjà pris trop, enfin, c'est ce que je pense...les conséquences en furent dramatiques, elle était plus maîtresse d'elle, elle devenait folle. Ils ont voulu lui arrêter le Lexomil qu'elle prend depuis plus de 10 ans... elle était prête à faire une bêtise quoi, elle était plus maîtresse d'elle. La folie (plus maîtresse d'elle) et le suicide (faire une bêtise) considérés comme des déviations apparaissent à l'horizon, ici conséquence d'excès²², ça fait plus de dix ans... elle prend des doses énormes et d'une attitude transgressive dont le patient a la responsabilité : je sais pas trop mais je pense que, à une certaine époque elle a fait des surdoses de ce médicament là, sans médecin et maintenant bon, ben ces surdoses là, elle les paie quoi.

Ambivalent, le pharmakon serait bon sous le seul contrôle du médecin qui sait prescrire la juste dose de ce qui est par ailleurs un poison. La dépendance apparaît, très justement, liée à la durée du traitement et à la dose, d'où l'insistance de nombreux interlocuteurs à ne prendre pas fort, pas dur (deux petits carrés - de Lexomil - moi je prends pas dur) doux, mais vraiment très très mini, c'est vraiment le truc très léger... pour enlever un petit peu l'angoisse, et donc à demander au médecin de ne pas donner des doses trop fortes. On risque sinon un état donné comme irréversible (trop, en stade trop avancé pour être récupérable) et aucune alternative n'est envisageable (l'homéopathie ne va pas répondre, il lui faut des traitements de choc). Drogue dans toutes les acceptions du terme désigne le médicament puissant, le toxique, ce qui transparait dans cette réflexion à propos d'un patient exemple : elle s'est droguée toute une vie mais alors ces gros médicaments... Ici encore il n'est pas indifférent que la force du médicament puisse être décrite dans les mêmes termes que l'entrée dans un processus d'ensorcellement où on est pris très fort, pris très dur et où toute la peur réside dans le fait que le guérisseur ne soit pas assez fort contre le mal.

Réciproquement, le risque de dépendance peut attester de la force du médicament et de son adéquation au traitement d'un état d'anxiété supposé spécifique et qualifié de « certain état » sur la notice. Dans cet exemple, Atarax²³ ne suffisant pas, la patiente s'était décidée, la mort dans l'âme, à en passer par là : donc il a fallu coûte que coûte que je prenne Seresta, je l'ai vraiment pas pris de gaieté de cœur parce que je me disais « Oh là, là ça y est j'en ai pour la fin de mes jours, j'ai 44 ans et j'en prendrai toute ma vie »... Atarax, simple calmant était juste préconisé (sur la notice) en cas d'anxiété ... Seresta bon c'est quand même un anti-anxiolytique... le fait que j'avais lu que cela appartenait à la famille des benzodia...pézines, là des trucs pour dormir ça me faisait plus peur. Le risque de dépendance était alors mis en balance avec celui de tomber dans la dépression c'est vrai que j'ai cru que j'allais faire une dépression de ne pas dormir, tellement j'avais envie de dormir... N'oublions pas que pour ces interlocuteurs la dépression, c'est les nerfs qui craquent... c'est quand mes nerfs lâchent ce qui peut se produire à force de tension, de trop de fatigue. A juste dose l'anti-anxiolytique éloigne dépression (et folie) dans lesquelles son abus ferait tomber. Mais plus exactement, dans le contexte de cet entretien où l'interlocutrice était à la recherche de traitements de fond (de Séglor plutôt qu'un simple antalgique par exemple pour des maux de tête supposés « d'origine vasculaire »²⁴), c'était le juste traitement de l'insomnie profonde qu'il convenait de trouver, Sédatif PC

tout comme Atarax n'étant indiqués que pour les *états émotifs ou anxieux*, ou pour les *troubles du sommeil*. Cela étant, la patiente respecta scrupuleusement l'arrêt progressif et évita de *passer* à une dose supérieure pour éviter la dépendance.

Il y a une dangerosité autour de *passer* dans ce discours sur les médicaments comme l'illustre cet énoncé : *pour moi le problème du médicament c'est que j'ai du mal à m'y mettre mais quand je suis dedans, j'ai du mal à m'en aller, enfin, à m'en passer, c'est ça que je trouve dangereux*. En effet, l'expression «s'en passer» organise le pouvoir de s'en passer ou bien l'impuissance à *s'en passer*. Ici encore, on tient à garder cette dangerosité à distance de soi. Il est surtout question d'autres que l'on connaît ou encore des autres en général (*les gens* par exemple) et sur les trois occurrences où «je» est présent, deux sont au passé. Bien que, des médicaments, on dise *qu'ils aident à passer l'événement*, qu'on se cite ou qu'on cite quelqu'un disant *ça va se passer*, comme pour se persuader, le risque est néanmoins d'un passage à l'acte où il s'agit de suicide et de *la force de passer à l'acte* (expression employée par une seule personne car il s'agit presque toujours de non-dit). C'est face à ce risque qu'on est obligé de *passer par là* et même *d'y passer* (par le traitement médicamenteux)²⁵.

Cette nécessité *d'en passer par là*, pour beaucoup de patients âgés notamment, ne se situe pas isolément. Elle est souvent évoquée lorsque trop de douleur justifie l'administration d'antalgiques ou d'anti-inflammatoires. Elle peut d'autre part être prise dans l'ensemble d'une attitude d'assujettissement aux médicaments lors de maux récurrents ou chroniques. Cette attitude n'est pas nouvelle, l'aspirine autrefois comblait tant bien que mal beaucoup de demandes thérapeutiques, auxquelles l'évolution de la médecine et de la pharmacie, ainsi que celle, conjointe, de la prise en charge économique par les organismes sociaux ont permis de mieux répondre. Il est cependant intéressant de noter que les réticences de nombreux patients à l'égard des psychotropes sont beaucoup plus nombreuses et affirmées que celles touchant par exemple aux analgésiques courants : paracétamol ou aspirine qui font par ailleurs l'objet d'une importante consommation. Les réticences du corps médical craignant les risques de dépendance et d'accoutumance à la consommation des psychotropes serait une raison évidente de cette prudence. Mais pour reprendre l'exemple de l'aspirine précédemment citée et même de certains anti-inflammatoires, dont les usagers ont relativement bien assimilé les troubles iatrogènes (en retenant ceux circonscrits à la sphère digestive : *trou dans l'estomac*), c'est aussi que ces médicaments ne présentent pas à leurs yeux ce danger d'engrenage aux connotations infinies, irrémédiables.

Une mauvaise habitude, un mauvais pli

De façon moins dramatique, la plupart de nos interlocuteurs (-trices) reprennent les mots du quotidien pour évoquer la dépendance. Cet état de fait *je suis habituée*²⁶ dans un contexte où *je ne peux plus m'en passer* (de Valium) s'avoue cependant le plus souvent au passé. En effet, ce n'est pas sans culpabilité, liée au sentiment de sa responsabilité personnelle, que ce constat est fait : *il n'aurait pas fallu que je m'y habitue, peut être que..., maintenant je suis habituée*. Dans les formes pronominales²⁷ *je m'y habitue, je*

m'y suis habituée est présente l'idée d'un processus à mettre en oeuvre par rapport au médicament, ou celle de pli que l'on prendrait alors même qu'on ne le voudrait pas et dans lequel on retombe. Souvent le locuteur *trouve qu'il ne faut pas s'y habituer* (à prendre des cachets pour dormir). Cela relevait donc de la volonté de s'arrêter *c'était plutôt du Lexomil que j'ai pris... parce que je veux pas m'y habituer, ah non, surtout pas... et puis il fallait absolument, je ne voulais pas m'habituer...la* même personne poursuit : *Non, un traitement médical ça doit s'arrêter sinon, jusqu'à maintenant, quand je serai vieille je sais pas mais, ah non, faut surtout pas s'habituer aux médicaments...*

Certes le psychotrope, comme tout médicament *doit*, sans doute pour garder son statut de traitement médical, être pris durant une période limitée. Comme à tout médicament (les antibiotiques ou, dans l'exemple, les antalgiques), on *pense qu'y faut pas s'y habituer*, et ce parce qu'à l'évidence : *ben il arrive un moment, on entend dire un moment que ça ferait plus d'effet, je sais pas, dans ce sens là je le vois*. Cette notion pour certains est proche de la tolérance, *c'est le corps qui s'habitue je trouve que le médicament on s'y habitue, le corps s'y habitue alors faut toujours un peu plus, toujours un peu plus alors non, enfin c'est un avis personnel, je sais pas si j'ai raison*. Il convient alors de changer de traitement tout comme on varie les antibiotiques, voire comme on envisage de prendre un autre médecin (car, à force de vous connaître il ne vous ausculterait plus). Les psychotropes n'échappent pas à ce processus. Ainsi, à 75 ans cette dame s'est vue substituer l'Atarax au Théralène...*ça faisait plus d'effet. Ben ça, à force d'en prendre vous savez ça ne prend plus*. Peut être en sont-ils d'ailleurs les meilleurs exemples car c'est presque toujours à propos de psychotropes qu'on parle de s'habituer²⁸. Dans ces contextes, le psychotrope n'apparaît pas très valorisé : *des trucs pour dormir, ça*. Il s'agit bien de *ne pas s'habituer*²⁹. En effet, lorsque «habituer» n'est pas à la forme négative, le locuteur parlait de s'habituer à vivre sans : *et puis après ça a demandé quatre-cinq mois, le temps de s'habituer et puis après j'ai repris le rythme, ou bien il est immédiatement suivi de si je peux m'en déshabituer*. On note également un nombre conséquent de vouloir et de falloir, tous dans un contexte de négation; *on ne veut pas s'habituer* ou *il ne faut pas s'habituer* au médicament, voire *surtout pas*. Quand la question est posée de pourquoi cela, on *ne sait pas* ou bien le *Ben* vient ponctuer le possible caractère d'évidence de cette volonté ou de cette obligation morale que par ailleurs le locuteur prend en charge : *je trouve, je pense* ou, d'une autre façon, *ah non... surtout pas*³⁰. Une des locutrices nous explicitait le caractère moral de l'obligation en ces termes : *Ben, c'est des mauvaises habitudes, c'est pas normal...* Seul l'âge rend anodine la dépendance *alors je pense qu'il s'y est habitué un petit peu mais arrivé à 80 ans c'est pas un problème*. Effectivement, à cet âge il n'aura pas le temps de *se déshabituer de s'habituer*³¹, cela n'a plus d'importance ... Néanmoins une bonne partie de nos interlocutrices âgées (de 60, 65 ans voire plus) se disent encore trop jeunes : *parce que j'aime pas ces trucs là, je trouve que je suis trop jeune encore pour prendre cela*. Le «vieux» est toujours plus vieux que soi, et le fait que ces médicaments s'adressent aux plus âgés conforte l'idée que la «mauvaise habitude», c'est pour toujours, et pour eux, il y a effectivement des chances que ce le soit³².

L'habitude, d'habitude, que l'on peut envisager comme mesure du quotidien (j'ai l'habitude, comme d'habitude, par habitude) ne semble pas convenir quand il est question de médicaments. L'habitude, d'un traitement hormonal par exemple, peut peser (j'ai tellement eu l'habitude, je prend ça tellement par habitude...). Il n'y a qu'un exemple de négation autour de ce terme quand il s'agit de médicament : moi c'est pas mon habitude de prendre des tas de trucs. Mais on trouve les traces d'un commentaire à faire autour de «prendre l'habitude», quand il s'agit de médicament : j'en ai pris l'habitude voyez et c'est en fin de compte une habitude personnelle que j'ai pris (indice que cette expression ne va pas de soi en tout cas dans cet exemple où il s'agit des médicaments des enfants). Dans le corpus on se sent ou pas, on est ou pas comme d'habitude. On a l'habitude du «travail» ou de «dormir», «dire», «pleurer», «prendre». Dans le contexte de «prendre l'habitude», le pli dont nous parlions précédemment, quand il ne s'agit pas de médicament, tourne autour du sommeil. Pour se déshabituer du médicament pour dormir il faut reprendre son rythme, tout comme la mère de famille tente de donner une vie régulière à ses enfants et de les coucher à heures fixes pour éviter d'avoir à leur donner ces sirops dont on ne veut même pas retenir le nom je trouvais choquant de donner ça à un petit... ça me mettait mal à l'aise de lui donner ça. Pour les adultes de même, le médicament pour dormir rompt (ou signifie la rupture de) l'alternance naturelle, normale, de veille et de sommeil (mais j'ai essayé de m'en débarrasser assez rapidement parce que je voulais pas m'habituer à ça. Ben c'est des mauvaises habitudes, c'est pas normal, le sommeil doit venir naturellement...).

Autant avoir l'habitude est une expression couramment employée par les bocains pour justifier un accommodement à des circonstances difficiles, autant «prendre l'habitude de prendre» un médicament dans ces mêmes conditions marque, à leurs yeux, l'échec de ce processus d'adaptation³³. Ainsi de cette darne de service dans une école qui se vit prescrire un anxiolytique pour récupérer de la fatigue que lui provoquaient les soucis de l'école... nous on n'a pas l'habitude, les profs ils ont l'habitude toute la journée comme ça... Le sevrage se fit sans problème à la retraite. Avoir l'habitude marque une attitude de résignation face aux duretés de la vie, qui fut longtemps pour certains, et demeure encore, une réponse obligée aux situations irréductibles et désespérantes. Ainsi en était-il des conditions de travail de cette ancienne ouvrière de tissage, née en 1912 et devenue par la suite commerçante rencontrée par J. Brabant: *A treize ans j'ai commencé à l'usine dix heures, à quinze ans, treize heures quand il y avait la presse (...) cent vingt heures par semaine.* - J. B. : comment teniez-vous ? - Mme S : *Ben vous savez, c'était une habitude, c'était une habitude, c'était comme ça. Bon on savait qu'il fallait travailler, bon, je savais qu'à treize ans j'irai à l'usine, ben il n'y avait pas à dire : je veux pas, c'était comme ça.* Pour les personnes âgées ayant été éduquées à ne pas s'écouter, car autrefois la satisfaction du travail accompli avec de la misère l'emportait sur celle du travail facile (J. Léonard 1986), le psychotrope pourrait constituer une «gourmandise», une facilité trop grande au bien être. Leurs réticences se fonderaient sur la crainte qu'à s'écouter de trop on n'en ait des mauvaises idées, des idées noires et qu'on n'en tombe dans la «maladie d'idée» (dépression folie). Mais pour ce qui est des générations actuelles, comme nous le développerons plus loin, beaucoup estiment que le médicament vient

pallier la difficulté à s'adapter aux nouvelles conditions de travail. En ville comme à la campagne en effet, l'organisation du temps, en rupture avec les rythmes naturels, génère une autre fatigue à laquelle on ne s'habitue peut être pas, *une fatigue nerveuse* que doit dénouer le médicament avant que le sommeil ne survienne. Il reste néanmoins la crainte « *qu'à force de prendre l'habitude d'en prendre, on y reste pris* » qu'à prendre le pli on en tombe dans l'engrenage.

Modifications de la conscience habituelle / un autre sommeil et des problèmes de mémoire

Modifications de la conscience

Dans le discours de nos interlocuteurs, Drogue s'emploie également lorsqu'un médicament induit un état inhabituel de surexcitation ou d'endormissement. Il en est ainsi bien sûr des sirops calmants que l'on peut donner aux enfants *ça donne soit des enfants endormis soit ça donne des enfants surexcités, comme drogués*, mais aussi de la Ventoline : *pour moi personnellement c'est une drogue, il augmentait les doses, il était infernal, électrique, on sentait bien qu'il n'était pas dans son comportement normal.*³⁴ L'insistance du *pour moi personnellement* marque bien que la locutrice est consciente du poids de ce qu'elle dit et à quel point est «anormal», *infernal*, le comportement induit. Pour une autre locutrice, il en est de même de *l'euphorie* qu'elle lie d'ailleurs à la dépendance : *justement la dépendance du Lexomil que je voulais pas, moi ça me donnait un genre d'euphorie et puis ça me faisait dormir l'après-midi... je pense que l'euphorie me gênait quelque part... je devais savoir que ce n'était pas normal, qu'il fallait pas rester comme ça et puis avec mes idées anti-drogues. Surexcitation, agitation électrique ou détente euphorique* manifestent le trop ou le trop peu de tension des nerfs par rapport à la «norme», gage d'un comportement équilibré. Au delà, l'état second dans lequel on se trouve après les piqûres de Tranxène est vécu comme particulièrement angoissant... *puis on est un peu dans les vapes, on a beau dire tout ce qu'on veut... ça m'a anéanti carrément puis quand je suis sortie des vapes. En comparaison du Mandrax pris autrefois : j'ai dit «ça peut pas continuer comme ça» je dormais la journée, ça vous assomme, le Lexomil est bien supporté par un des rares hommes de l'enquête parce qu'avec, il n'est pas dans les vapes. On retrouve cette réticence dans les remarques de clients de la pharmacie, notées par J. Brabant³⁵ : j'ai arrêté le Lexomil parce que je planais (geste de la main autour de la tête) ce n'était pas mon tempérament, cela m'abrutissait. Pour certains, les psychotropes semblent presque pires que le mal. Ils sont accusés de faire perdre les sensations du corps, perte qui marque l'espace de dangerosité du médicament³⁶. Pour ce qui est des vieilles personnes il est possible de penser qu'elles ne désirent pas s'habituer à des états générés par des mécanismes de sensations qui échappent aux circuits sensoriels habituels. On note une horreur de tout ce qui *bouscule un petit peu la tête* (comme le Di-Antalvic) *parce que ça brouille toutes ces choses*. Il est difficile d'accepter de ne plus être dans son état normal : *Mais il y avait encore un autre inconvénient, y a des inconvénients, on ne réagit plus du tout du tout pareil.**

Tout aussi dérangement que l'euphorie et cet état second est la perte de vigilance constatée sur soi même et sur les patients exemples *j'ai ma belle mère, elle prend du Temesta...*

mais j'ai l'impression quand même que le matin, quand elle se réveille, elle est un petit peu, bon, il faut bien le petit déjeuner pour remettre ça... ou a propos d'un conjoint une heure ou deux après le lever il était pas trop dans son assiette quoi. C'est également ce dont on se souvient de traitements passés sommeil je dirais peut être un peu artificiel, j'étais peut être pas très très claire le matin en me réveillant... je rêvais plus, je faisais plus de cauchemars peut-être. A ce point se rejoignent les deux acceptions de Drogue/drogue, car ces produits laisseraient au réveil une sensation de lendemain d'orgie : vous voyez, ça vous endort et après vous êtes pas bien dans la journée. Moi je réagis mal après, le matin on a tout le système qui est endormi à moitié. ...ben je vous dit, ça fait dormir... mais on se réveille mal le matin, on est mal, on a la bouche farineuse, on a... non on est mal. Alors que l'idéal serait de garder tout ses esprits, comme avec cet ancien médicament qui pourtant contenait un peu de barbiturique : c'est un médicament, le Sédathonyl qui rend les gens calmes, vous pouvez réfléchir si vous voulez, ça vous abat pas au contraire ça vous met, je sais pas moi calme, c'est bien ça calme et puis c'est net quoi, dans la tête c'est net. Dans les entretiens cités précédemment tout comme dans les « dialogues à la pharmacie » relevés, la justification d'une diminution spontanée des doses prescrites est souvent le refus, la peur d'être assommé, de s'anéantir, ou surtout de s'abrutir. Devenir une brute, ne pas avoir de contrôle sur soi, échapper au monde policé est peut être l'image du déviant stigmatisée par les campagnes des hygiénistes qui décrivaient l'ivrogne comme une brute. J. Léonard (1986 p. 249) cite une dictée soumise aux enfants des écoles de cette région vers 1870 : « on n'est plus un être humain, c'est un corps engourdi que l'âme ne gouverne plus ». On peut se demander jusqu'à quel point cette propagande s'est imprimée dans la mémoire des personnes ayant eu à la subir et dans quelle mesure il l'ont transmise, car ce sont des quadragénaires qui s'exprimaient ainsi.

Un autre sommeil

Les craintes concernent tout autant une modification de la nature même du sommeil, touchant à sa quantité et à sa qualité. L'anéantissement brutal dans le sommeil n'apparaît pas plus supportable que l'évanouissement dans les vapes, d'autant plus que c'est de plongée dans les cauchemars que l'on se souvient. *L'autre fois j'en ai pris un demi (Témesta), mon mari s'est levé dans la nuit, je m'en suis pas aperçue, alors la preuve que ça endort quand même... C'est un sommeil plus profond... Je trouve que c'est pas normal, on doit veiller au bruit, un bruit oui ça doit te réveiller, mais alors si ça te réveille tu dois te rendormir, parce qu'avant c'était comme ça. J'avais un sommeil léger, mais même s'il y avait quelque chose je me levais voir et je me recouchais. ...Je dormais, je ne dormais pas mieux, confirme une autre dame en se souvenant de l'époque où elle prenait des anxiolytiques, en fait parce que je faisais des cauchemars, je dormais plus brutalement, que maintenant je dors moins mais en douceur. Le médicament, plus particulièrement la benzodiazépine, et plus encore l'habitude de la prendre, va provoquer une rupture dans ce que les locuteurs (les plus âgés avec plus d'insistance) reconnaissent comme naturel : oui le médicament rétablit le cycle, le cycle si vous voulez, le cycle du sommeil est plus rapide, j'ai l'impression que c'est plus rapide.*

L'aptitude à dormir longuement ou faiblement se comparait, dans le passé aux capacités de l'appétit, comme il y a «de gros et de petits mangeurs», il y a «de gros et de petits dormeurs». Par le biais du tranquillisant s'opère un changement dans «l'appétit» de sommeil : «les petits dormeurs» sont devenus «gros dormeurs» et ce de façon parfois brutale : *c'est pas une grosse dormeuse mais autrement ça l'assomme* («dialogue à la pharmacie» 23/6/94). Pour F. Loux et Ph. Richard (1978 : 58), « Sous le rapport économie/repos, apparaît nature du monde/nature de l'homme, ces deux relations s'expliquent mutuellement ». Une rupture s'est opérée avec le temps paysan, le temps où le corps se trouvait beaucoup plus investi dans les tâches de la vie quotidienne, avec la soumission à l'ordre de la nature, à ses rythmes et à ses cycles : (autrefois) *on n'en faisait pas du tout de cas* (du manque de sommeil) *ben, on manquait de sommeil parce que c'était l'âge, hein, souvent, c'est l'âge souvent, parce que la vie était peut-être plus fatigante que maintenant, mais plus fatigante physiquement, que maintenant c'est énérvé.* Le médicament hypnogène (perçu comme *chimique* c'est-à-dire non-naturel, non issu de la nature), mais plus encore *l'habitude* de le prendre, arrachent la personne à ce qui était perçu comme un facteur de régulation naturelle, celui de l'environnement : influence de la lune, de l'orientation, des eaux souterraines, des courants telluriques, etc. En rupture donc avec ce qui constituait précédemment les éléments d'une sémiologie de l'insomnie ou du bon sommeil.

En corollaire, une demande commune à de nombreux usagers serait que le médicament procure les conditions d'un sommeil idéalisé, proche de celui prêté au bébé, dont on a pu contempler l'abandon paisible : *ça calme, ça me calme, je m'endors comme un bébé et sans aucune trace le lendemain matin, ça je me réveille très bien que j'ai pris un Nordaze dans la nuit ou que j'en ai pas pris je me réveille le lendemain matin pareil, il n'y a pas de trace.* Tous nos interlocuteurs ne s'accordent donc pas sur cet autre sommeil et certains vivent une sorte de lune de miel avec leurs *médicaments pour dormir*. C'est idéal ont-ils dit plusieurs fois, *c'est radical* ont ils répété, et ce dernier mot est emprunté au vocabulaire qualificatif des thérapeutiques traditionnelles dont l'efficacité méritait d'être soulignée. *Autrefois, est-ce qu'on prenait quelque chose pour dormir ? On connaissait pas tellement ça, ça faisait comme on pouvait, on dormait moins, ben puis on dormait bien quand même.* Si J. Brabant (1996) n'a pu mettre en évidence, au cours de son enquête, un remède explicitement qualifié de somnifère, il n'en demeure pas moins que le petit digestif, que les vieilles personnes plus que d'autres avaient coutume de prendre avant de se coucher, composé d'eau de vie dans laquelle avait macéré des plantes, avait bien pour effet, en permettant la bonne assimilation de la nourriture qui alimente normalement les nerfs, de faciliter le sommeil.

Des troubles de la mémoire

Ces modificateurs du comportement, de la nature du sommeil, ont en outre pour conséquence une dégradation de certaines facultés, de la mémoire en particulier : *c'est vrai que c'est très mauvais pour la mémoire.* C'est précisément l'une des «traces» désagréables qui entraîne l'arrêt de la prise : *le Dr m'avait donné du Temesta, mais j'ai arrêté, je ne me souvenais plus de rien, je ne savais plus où je mettais mon vélo en*

*descendant en ville, je ne prend plus rien.*³⁷ La peur d'une perte irréversible de mémoire est un des arguments médicaux qui agissent le mieux comme frein à la consommation des psychotropes : *et puis bon, les pertes de mémoire on en a assez comme ça !* On comprend que ces absences soient particulièrement anxiogènes et plus encore dans les périodes de souffrance, quand le patient éprouve d'une manière plus forte le besoin de revivre les souvenirs heureux, mais aussi, de saisir et d'éprouver les jalons transmis : « mon père (mère, soeur, voisin, etc.) faisaient ainsi ... ». En corollaire, l'atteinte de la mémoire, le flou des réminiscences, seraient susceptibles de modifier la force de l'impératif moral qui anime en partie le refus de prendre des psychotropes. La demande exercée à l'égard du psychotrope n'est donc que superficiellement paradoxale : offrir un oubli momentané des souffrances ou des souvenirs traumatisants, ne serait-ce que dans la période licite du sommeil, mais conserver intacte la capacité de se souvenir des références. La perte de mémoire éprouve plus encore les personnes âgées qui, l'activité diminuant, la présence à la société s'estompant, ont plus que d'autres tendance à se rattacher au passé.

Pas une Drogue

Lorsque, après une consommation ayant duré des années, nos interlocuteurs ne reconnaissent pas la dépendance, pour eux-mêmes ou pour les patients exemples, c'est toujours que la prescription est légitimée à leurs yeux par une atteinte corporelle (accident, tête) qui en fait un médicament comme un autre. Ces prescriptions relèvent alors de la nécessité. Tout comme on est *obligé* de prendre un antalgique (*je suis obligée quand j'ai trop mal de prendre des médicaments*), le grand-père a été *obligé d'en prendre* [des somnifères] après une opération de la hanche. Les vieux de 80 ans *ils sont obligés... mais bon, admettons que c'est l'âge*, on l'explique alors par une altération du système nerveux ... *ou alors c'est le système qui s'use là, le système nerveux qui s'use et qui ne veut plus dormir mais je crois que c'est normal.*

Cet état, normal au moment de la vieillesse, les accidents de la vie peuvent le générer plus tôt. Ainsi les problèmes de sommeil *ça vient sur les personnes âgées normalement, qui trouvent plus le sommeil. Enfin âgées, la soixantaine... mais moi, c'est un état général bien déséquilibré... quand même beaucoup de problèmes... migraines... vertiges. Moi c'est des séquelles d'accidents... c'est toujours la tête.* Pour une autre interlocutrice, les insomnies qui ont suivi une opération de la thyroïde seraient dues à une atteinte du cerveau lors de l'intervention : *et puis mon sommeil en a pris un coup ça c'est sûr... je sais pas, ça a du peut-être me coincer le cerveau.* Pour elle, l'insomnie est comme toutes les autres maladies, l'altération d'un organe, ici le cerveau : *c'est quelque chose dans mon cerveau, et je pense que je suis pourtant bien nette, mais bon, j'ai perdu le sommeil.* Notons bien que toute éventualité de maladie mentale est écartée (*je pense que je suis pourtant bien nette*) encore que ce soit une éventualité crainte, envisagée mais repoussée (*je pense que*). Il s'agit précisément d'un dysfonctionnement des propriétés équilibratrices du cerveau, celles qui permettent le sommeil : *ça m'a chamboulée, j'ai vraiment été chamboulée.* Le Temesta est alors pensé agir exactement sur le mécanisme

perturbé : *le Temesta doit mettre de l'ordre voilà, ça doit mettre de l'ordre dans le cerveau.* Ce qui est absolument nécessaire pour les autres organes : *une nuit sans dormir, la deuxième nuit j'ai encore plus de mal à m'endormir parce que j'ai le coeur, je sais pas, ça va plus quoi, tout c'est dérégulé, c'est comme une pendule qu'on a bousculé et qui... c'est ça.* C'est sur le même principe qu'un homme n'évoque pas la dépendance alors que la notice du Lexomil est soigneusement épluchée. Il juge ce médicament efficace contre une crise d'angoisse (pour lui *l'explosion d'un nerveux intérieur*) *le médicament abat les nerfs... le cerveau, peut être que ça stabilise tout ça.* Une constitution physique particulière *cela tient aux nerfs, de tempérament... c'est de famille* peut également légitimer la prise de somnifère. Sinon, le médicament se justifierait par une « pathologie mentale » avérée, ce qu'exprime cette même locutrice qui considérait les sirops pour calmer les enfants comme des Drogues : *si vous avez des caractériels... on est bien obligé de passer par là.*

Pour ces personnes proches de la société traditionnelle, on peut penser qu'on retrouve ici la prolongation d'une reconnaissance licite et approuvée socialement des manifestations corporelles, des maux, alors que le mal-être psychique était souvent qualifié péjorativement de *maladie d'idée* (E. Rougeot 1995). La « maladie d'idée », *d'idées noires* en l'occurrence, constituait une des anciennes représentations du mal de vivre, et pourrait-on dire par extension de la dépression. Ce mal ne s'inscrivait pas d'une manière très visible dans le corps, tout juste la personne changeait-elle d'allure, de comportement et de statut. Si ce mal ne se manifestait pas par une conduite déviante, il n'était pas reconnu comme pathologique. Les déséquilibres étant perçus dans leurs enracinements et dans leurs manifestations corporelles, ils étaient facilement conçus comme procédant d'un manque de *forces*, d'énergie. Les maladies mentales, qui étaient et sont encore considérées avec suspicion, sont jugées comme le fait de gens *qui s'écourent* et par là, si les plaintes portent sur la fatigue et l'anéantissement, elles sont soumises à un jugement moral, comme corollaires à un manque de volonté, à la paresse. La *maladie d'idée* repose donc sur un double sens : d'une part, *c'est des idées*, c'est-à-dire c'est imaginaire, sous-entendu : pour attirer l'attention sur soi, se faire prendre en pitié, ne rien faire etc. d'autre part, c'est aussi pour tirer partie d'une situation et ne pas participer au travail et à l'effort collectifs. Ce jugement social rejoint les injonctions du : *faut pas s'écouter.*

De ces *maladies d'idée* sous leur forme actuelle la dépression, nous avons vu que l'on parle peu, jamais pour soi-même, et qu'en tout cas elles ne sont pas associées en tant que telles à des traitements médicamenteux dans le corpus. Les antidépresseurs, médicaments pour l'angoisse sont donnés comme une forme particulière de médicaments pour les nerfs quand on est serré. Le toucheur interrogé par J. Brabant reconnaît qu'il ne traite ce mal moderne que depuis quelques années mais que pour ce faire il a recours aux prières « pour les nerfs ». Les bocains attribuent de même la « déprime » à *un surcroît de travail, la fatigue, les nerfs qui sont... pas manger suffisamment, une vie pas régulière, les nerfs craquent* d'être trop tendus, mal alimentés. Ils ne sont plus susceptibles de donner force à l'individu : *moi j'suis pas gros mais je suis nerveux, c'est les nerfs qui marchent, y me donnent la force, tout.* Cette force, comme l'a montré J. Brabant (1996) ainsi que les

«remontants» qui l'entretiennent au niveau psychique comme somatique, se vivaient en terme de modification de la qualité, de la mobilité du sang, en réchauffement de celui-ci par exemple. La fatigue *être à plat, ne plus avoir de force* étaient fréquemment attribuée à une faiblesse du sang. Se remonter s'entend dans une conception hippocratique du corps où, selon une sorte d'hydraulique des fluides, le niveau humoral subit des fluctuations et dont l'étiage définirait l'état de fatigue. L'eau-de-vie constituait le recours familier *mais ça c'était vraiment le remède, une petite goutte quand on avait un peu de cafard, allez...* dit un témoin de J. Brabant. Se remonter au physique comme au moral réalimentait les nerfs et évitait qu'ils *aient le dessus*.

Face à ces *maladies d'idées* aux contours aussi flou et si chargées de danger mais qui actuellement n'en sont pas moins rapportées à un dysfonctionnement des nerfs, on comprend que nos interlocutrices insistent sur des lésions situées précisément sur le plan anatomique, des atteintes dues à des événements datés, un fonctionnement presque mécanique des nerfs ou du cerveau. Si elles sont *obligées* pour des raisons médicales de consommer des médicaments *pour les nerfs*, il s'agit de bien s'en tenir à la matérialité du trouble, *le Dogmatil c'est pour les nerfs*. Si ces raisons n'en justifiaient plus la consommation, on aborderait le domaine menaçant de la déviance ou des habitudes (mauvaises donc).

Néanmoins une drogue (toxique)

Dans le corpus, nous trouvons une utilisation de *drogue* comme verbe à la première personne du singulier³⁸ où *je me drogue* est à rapprocher de *«je prend des médicaments de façon abondante»*. Chacune de ces occurrences est accompagnée de négation dont une seulement est forte : *moi je ne me drogue pas*. S'agissant d'anxiolytique, on peut se demander si le sens de drogue n'est pas ici ambigu. Ce refus de prendre est tout de même tempéré par le contexte : *moi je suis comme ça, si j'ai pas mal ou si ça va, moi je ne me drogue pas, comme j'en prend quand même pas mal, y a que des médicaments qu'il faut absolument prendre, bon, ben faut les prendre*. Ce terme est-il là investi de son sens ancien ou du sens de stupéfiant ? Plus loin le même interlocuteur, atteint d'une longue maladie il est vrai, tendait à limiter la quantité des produits ingérés *pourquoi prendre tant de médicaments, pourquoi se gaver* (en général), l'anxiolytique n'étant pas sa priorité. Les autres négations plus modérées, s'entendent sur le mode du déni *«je me drogue, mais peu»* : *je ne me drogue guère* ou *on ne peut pas dire que je me drogue beaucoup*. Mais cette seconde phrase se poursuit ainsi : *c'est vrai parce que de toute façon je n'aime pas, je n'ai pas envie de m'empoisonner ...ça guérit certaines choses mais empoisonne d'autres*. Ce qui renforce considérablement la réticence. Pour certains - retrouvant dans toxique le sens ancien de stupéfiant - l'intoxication frise la dépendance : *ça c'est certain, je suis intoxiquée avec ça, difficile du jours au lendemain d'arrêter*. Une autre interlocutrice, dans le but de laisser son organisme reposer entre les traitements «chimiques» qu'elle était obligée de prendre pour le coeur et la tension, alternait avec ce qu'elle qualifiait de «petits traitements doux» à base de plantes tels la poudre BOP, l'Aubéline, ou pour ce qui nous concerne le Sympathyl en place de Lexomil. *ça vous*

empoisonne moins tout votre système... au bout de deux, trois... c'est tout le système, soit le système nerveux ou le foie qui est malade ou le... moi je suis d'une nature très constipée. Bref tout l'organisme en est encrassé ! Aussi ne se drogue-t-elle guère. Cette crainte retient aussi la prise jugée non indispensable du somnifère : *jamais j'en ai pris des cachets pour dormir, jamais... Non, parce qu'on entend tellement de trucs, y en a qui ont le foie détraqué par les médicaments, alors comme j'en avale déjà pas mal par jour, alors je crois que j'en avale assez.* Les «drogues» intoxiquent, empoisonnent l'organisme, partant tous les «systèmes», ce qui résulte pour ces interlocuteurs de l'atteinte du foie.

Les enquêtes sur la médecine traditionnelle (Brabant 1982) nous ont en effet appris que le dysfonctionnement du foie entraîne le mal de tête, les douleurs abdominales et celles du côté droit, les états nauséux et la constipation. Ces symptômes résultent des engorgements, des stases si redoutées dans le processus de la digestion, source d'accumulation de toxines. C. Durif-Bruckert (1994 : 136) a bien retrouvé ces fonctions du foie dans le discours des citadins. « Il sécrète, filtre, distille. C'est en fin de compte lui qui est responsable d'une partie de la reconversion et de la liquidation des déchets, et qui plus est, de la neutralisation des toxines ». Pour les bocains en outre, un foie *détraqué* empêche le sang d'assimiler les forces énergétiques dues à la nourriture, et de soutenir sans fatigue les activités. Une des thérapeutiques anciennes consistait en la pratique systématique de la purge (J. Brabant, 1996), associée à une diète hydrique de préférence au repos allongé. Ces purges se prenaient systématiquement lors du renouveau printanier, dans le temps du Carême et du jeûne prescrit par l'Église : *quand ça commence à pousser tout ça... ça faisait un effet sur le sang... ah ça nettoyait la personne... comme autour de Pâques, quand il y avait les Quatre Temps ...* Aujourd'hui encore, le foie, perçu à la fois comme organe et fonction, doit subir régulièrement une purification pour lui donner sa capacité à restituer (avec le sang) ces *forces* énergétiques : *Le vaccin contre l'hépatite, est-ce que ça peut redonner des forces ? La fatigue ça vient du foie, alors je me disais, un vaccin, ça pourrait me redonner des forces* (femme, quarantaine : dialogues à la pharmacie, 1994).

Par transposition dans la sphère morale, le foie devient l'organe dont le dysfonctionnement, reconnu à ses symptômes, révèle le laisser aller moral : la gourmandise. Tous les abus digestifs et plus spécialement l'abus d'alcool, et, nous le voyons par glissement, celui de psychotropes, agissent sur le foie, le détraquent, perturbent cette fonction de discernement, de régulation et de tri. C. Durif-Bruckert (1994 : 138) remarque de même qu'il « est clair que le foie garde les traits de son passé humoral, c'est-à-dire d'organe sensible, raisonnable et responsable, à qui l'on peut confier sans hésiter la régulation des passions... ». La peur d'un envahissement médicamenteux, dont la toxicité résulterait d'une sorte d'étouffement des capacités régulatrices du foie, renvoie l'une des interlocutrices vers les thérapeutiques traditionnelles anciennes et donc éprouvées par le temps et l'expérience, jugées préservatrices des organes digestifs et de leurs fonctions. : *Je pense que moi j'aimerais mieux aller à un toucheur par exemple que d'aller chez le docteur avec un tas de médicaments qui va te détraquer tout ton foie et ton estomac et des machins comme ça.*

L'observation des conduites d'automédication à la pharmacie et les propos de certains locuteurs confirme que pour beaucoup l'alternative aux psychotropes, et plus spécialement aux somnifères et aux benzodiazépines consiste en un traitement à base de plantes (phytothérapeutique ou homéopathique) *Euphytose : un tranquillisant de plante*. Elle se situe dans ce refus culturel et se fait donc dans un mouvement de retour à la pharmacopée passée, transmise par les générations précédentes³⁹, connotées positivement : *des plantes, c'est inoffensif...*⁴⁰ *Lexomil mais moi je trouve que c'est pas naturel comme les plantes, je suis pour les plantes...* Production étrangère à la nature, qui ne rentre pas dans le cycle agricole traditionnel, le médicament se trouve dans le même champ que l'industriel, le chimique (engrais, pesticides), mais aussi le citadin, le médical, l'intellectuel, le scientifique, etc. qui les ont produits. Or, à travers les commentaires de nos interlocuteurs, il apparaît que cette société moderne est elle-même vécue comme pathogène par l'environnement qu'elle génère. Maintenant, *il y a des conservateurs dans tout on ignore la provenance des produits, maintenant quand vous mangez des oeufs et tout ça, vous attrapez des maladies*. Autrefois, bien manger était préventif *nous, on mangeait bien, on n'était jamais malade... notre corps a besoin de nourriture, c'est un ensemble, les nerfs, les os, chez nous on dit : on n'ajamais vu un sac vide tenir debout*. Il en est de même de l'eau : *avant on buvait de l'eau du puits et les gens n'étaient pas malades et maintenant, il y a des nitrates dans l'eau, c'est aberrant*. La ville est créditée des plus grands dangers : *on y mange des choses dégouttantes et les gens sont beaucoup plus stressés, il y a plus de bruit*. A la nourriture qui ne donne plus de force, polluée, à la fatigue, au stress qui ajoute ses toxines, la seule réponse serait une intoxication de plus par l'ingestion d'un médicament chimique, portant un nom si compliqué que ç'en est *de l'hébreux* et qui de plus ont des effets secondaires ?⁴¹

Alternatives : de la pertinence de se Droguer/droguer

Réticents à consommer ces médicaments pour les diverses raisons que nous venons d'exposer, nombre de nos interlocutrices, et nos rares interlocuteurs, élaborent à leur façon des stratégies alternatives - diminution des doses, médecine douce - car en réalité leurs maux résulteraient plutôt à leur yeux d'un défaut d'élimination.

Diminution spontanée des doses prescrites / médecine douce

Parmi les personnes non-dépendantes, finalement assez nombreuses dans notre échantillon, il n'est pas rare de décider, dès la première prise, de diminuer de moitié les doses prescrites. Et heureusement, commente l'une des vieilles dames qui, elle, avait pris le quart du comprimé, vu l'effet obtenu : *comment peut-on prendre un comprimé entier ? j'en aurais été malade, mais malade à mourir !* Plus couramment, elles ne se droguent que si vraiment elles n'ont pas dormi de plusieurs nuits : *logiquement je suis presque anti-médicament... mais on est obligé quand même de... c'est la dernière limite... Par contre je prend desfois ça pour dormir, Stilnox ça fait bien...* (mais un demi au lieu de un prescrit) *et je vais bien être là une semaine sans en prendre... je prend pas fort... j'trouve que je suis encore trop jeune pour avoir des trucs comme ça..* On constate également,

chez le seul homme prenant du Lexomil à avoir répondu à l'interview, que ceux qui ne veulent pas *s'habituer* respectent scrupuleusement les indications de la notice qui préconisent de diminuer progressivement les doses. Cet homme anticipait même les décisions du médecin en la matière. Le recours serait plutôt de *redonner des rythmes à son corps* lorsque le sommeil fuit, de rééquilibrer en quelque sorte ce qui a été *chamboulé*.

A défaut de ne pouvoir se passer de remède pour dormir, nous avons vu qu'il reste le recours de la phytothérapie : *petits médicaments doux* (Sympathil, Euphytose donnés pour phytothérapie en faisant abstraction du phénobarbital contenu dans le Sympathil !). Les composantes de ces médicaments ont l'avantage d'évoquer des plantes connues, familières : l'aubépine, la valériane... Mieux encore, plutôt que de donner *ça* (un sirop calmant) à la petite ayant des problèmes de sommeil, la mère de famille qui estimait que c'était une drogue a eu recours au toucheur : *par chance ça a pris... il a fallu la ramener parce qu'elle recommençait un tout petit peu «c'est parce qu'elle a un foie paresseux»* a dit le toucheur. Nous voyons ici que si les répulsions de la mère avaient trait en priorité aux propriétés stupéfiantes du sirop calmant (une Drogue), le toucheur la confirme dans sa réticence à l'emploi de médicament chimique donc toxique (une drogue).

De la nécessité de se libérer

En effet, quelque chose doit *sortir /dégager /évacuer /être rejeté* sinon cela *explose*. Selon les personnes il s'agit de paroles, de pleurs ou de maladies qui somatisent ce dégagement et qui constituent la *soupape* qui permet *d'éliminer, de libérer*.

C'était aussi le fait de l'activité physique *on n'est pas assez fatigué physiquement... on est fatigué de la tête en fin de compte mais pas du physique.. D'ailleurs si les vieux sont obligés... avant ils avaient une activité physique*. Certains ont la chance d'avoir un heureux tempérament qui procède tout seul à son rééquilibrage : tel cet autre homme de notre échantillon qui, lui, ne prend aucun anxiolytique. S'il dort mal, *ça vient comme ça vient* mais pour ce qui concerne la question des nerfs : il «dégage» : *moi je pleure facilement, alors je dégage comme dit l'autre, ben je sais pas, je crois que ça évacue... ben la force tout ça permet de résister*. On comprend, en effet, que les nerfs, n'étant pas intoxiqués gardent toute leur force. D'autres somatisent et éliminent par la maladie, et pas n'importe laquelle, des staphylocoques dorés, indice d'une sensibilité particulière aux médicaments tout comme aux «toxines nerveuses». C'est *ma soupape de sûreté... quand j'ai quelque chose qui m'ennuie... je vais avoir sur le corps des boutons, des genres de furoncles, c'est le staphylocoque doré qui se fâche... Ainsi elle élimine :et j'avais la chance que mon organisme au bout de deux mois rejetait les toxines que je pouvais emmagasiner au point de vue nervosité ; au bout de deux mois j'avais quelque chose, zona, oreillons...* C'est ce que lui avait dit le Docteur⁴² : *...vous arriviez par un bout ou par un autre à éliminer*. N'oublions pas que les guérisseurs et les toucheurs de la région soignaient les nerfs pour certaines maladies de peau : eczéma, psoriasis etc. (avant d'étendre leurs compétences à la dépression comme nous l'avons vu). C'est ainsi que s'extériorisaient au sens propre les toxines de la nervosité et c'est bien sûr ce que

reprennent leurs patients : *pitiriasis me libérait un peu*. Quant à la deuxième fille de la famille déjà citée *elle est très nerveuse ...c'est la constipation, c'est l'impétigo dans les cheveux, c'est comme ça que ça se manifeste*.

Mais la somatisation, ou l'élimination par les pleurs ou la sueur du travail physique n'est que l'expression de ce qui se communiquerait mieux par la parole. Ce qui a été accumulé des problèmes de la vie (le chagrin à la mort d'un père en l'occurrence) doit sortir : *je pense qu'intérieurement il a tout accumulé en fait* dit l'épouse pour expliquer la dépression. Le retour de la guerre d'Algérie fut à cet égard exemplaire de l'isolement dans lequel chacun restait avec son traumatisme. Il a fallu une vingtaine d'années pour que les femmes osent parler entre-elles des troubles du sommeil et des dépressions de leurs maris : *y en avait beaucoup qui le disaient pas, mais dès que je rencontre les femmes, les femmes de notre âge, de notre époque, on se retrouve, on se le dit, maintenant on dit : « y étaient vraiment quand même énervés »*. A tout ressasser on tombe dans la dépression, parfois quelques années après. La réaction inverse se produit précisément chez un nerveux intérieur justement qui n'évacue pas, d'où l'explosion, car cela doit sortir : *y en a qui explosent, moi, c'était pas mon cas, fallait un certain temps pour que j'explose justement*. Il faut alors avoir recours aux médicaments *le médicament abat les nerfs... le cerveau, peut être que ça stabilise tout ça*. Mais est ce à coups de drogue que se résolvent les problèmes ? Tous en doutent, comme cette dame : *il vaut mieux parler avec les gens quand on a des soucis et tout ça, moi je sais parler que le garder pour moi. Mais c'est pas en me droguant que... je crois que c'est pas ça qui va m'enlever mes soucis. A fortiori lorsqu'il s'agit d'enfants, l'aide familiale éduque les parents selon ce qu'elle a retenu de ses formations : faut pas en donner [du Théralène] parce que ça les habitue à avoir une réponse médicale à un problème qui peut se résoudre autrement*. Les voisins, la famille sont sollicités mais on attend également ce type d'aide du médecin *on peut discuter avec lui, on peut lui poser des questions... y parle, on discute*. La qualité de son écoute, sa disponibilité sont donnés comme indispensable à la compliance dans les cas de dépression, au sevrage d'anxiolytique ou de somnifères pour les personnes devenues dépendantes. Dans ce type de rapports, la fermeté du médecin peut être déterminante : *comme je voyais qu'il était tout à fait contre ces médicaments là, ben petit à petit, comme c'est un ami, j'ai voulu lui faire plaisir et j'ai arrêté les médicaments*. A défaut de vieux médecins qui eux, *écoutaient les clients*, on crédite les praticiens des médecines «douces» (homéopathes etc.) de prendre le temps de parler : *cette dame là, elle est charmante parce qu'elle écoute, elle écoute, d'ailleurs elle est en même temps, elle fait de la stimulation, elle est formidable*. En réponse à la question posée sur ce qu'est cette stimulation elle nous répond : *Ben justement, elle vous écoute et dans ce que vous avez elle vous stimule*. On ne saurait mieux définir l'effet bénéfique du médecin.

Cependant l'écoute bienveillante du médecin ne suffit parfois pas plus que la prescription : *je trouvais que son médicament ne faisait rien... c'était pas vraiment les médicaments qu'il me fallait, ç'aurait été un psychologue... y avait un problème qui fallait qui sorte, et puis le médicament n'allait jamais le faire sortir... Il aurait fallu une écoute autre, j'avais besoin de médicaments de dormir mais après, c'était pas ça...* Familiarisé

avec les notions de psychologie par la formation d'aide familiale suivie, cette dame dit avoir fait, seule, un travail de lecture et de réflexion sur elle-même, aidée dit-elle par *un climat familial plus chaleureux*. D'autres, n'ayant pas ce recours, se tournent vers un médium lorsque l'un de leurs proche semble manifester des troubles plus graves, ramené aux risques de dépression, les médicaments étant crédités de peu d'efficacité (ce qu'indique le nombre de suicides : *si ils [les médicaments] pouvaient vraiment aider, pourquoi qu'y aurait autant de gens qui se suicident si les médicaments pouvaient aider*). Il s'agit là d'antidépresseurs mais replacés dans la catégorie plus vaste de *médicaments pour les nerfs*. Le médium lui, travaillant éventuellement sur photo, évoque ses saints, dit des prières suppose-t-on mais, *il a déjà le don de voyance parce que quand le fils a été pris, et qu'il y a quelque chose...* Curieusement, cette dame rassurée d'avoir ce recours pour résoudre les problèmes de famille en parle comme de maintien de liens : *Oh ben oui, parce que sinon il n'y aurait pas de lien qui serait entre nous*. S'agit-il de liens avec le médium, ou de la restauration des liens familiaux ? Cette même personne insiste sur la nécessité de la solidarité *pour surmonter les mauvais moments entre personnes*. *Oui* reprend-t-elle, *déjà une famille bien liée, une famille qui s'entend bien, enfin comme on fait un peu nous, si y a un problème... Mais pour ça faut bien s'entendre et comme y a beaucoup de déchirements dans les familles plus que d'amis, je crois que c'est ça..* A défaut, reprend sa belle fille *les gens n'ont plus le courage de lutter alors c'est tout de suite le médecin et l'amalgame de médicaments...* La perte de la sociabilité d'antan, où l'on donnait de son temps, où la solidarité se manifestait par des actes et par la présence des voisins et amis en cas de malheurs est donnée par tous comme facteur de déstabilisation. Tous regrettent l'entraide dans le travail agricole et spécifiquement les échanges lors des pauses pour le repas. *Pour l'angoisse ça aidait beaucoup, quand le travail était fini, c'était la blague, c'était le moment de rire, de s'amuser*. Actuellement, certains, pour rentabiliser la location de leur machine, se contentent de manger un sandwich sans même s'arrêter. La dispersion des familles, la *télé* concourent d'une part à *couper le lien familial*, de l'autre à raréfier et atomiser les rapports sociaux, ce qui bien sûr n'aide pas ceux qui se trouvent mal. On note l'importance de ces liens sociaux travers le discours de ceux et celles qui, souvent après un deuil, se sont vu prescrire ces *médicaments pour les nerfs*, et qui ayant manifestement arrêté l'éventuel antidépresseur, ont tenté de diminuer puis cesser l'anxiolytique pris avant le coucher. C'est grâce à la qualité du contact avec le médecin, avec l'aide des visites des uns et des autres, parce qu'ils *étaient bien entourés*, que certains, loin de leur région d'origine pourtant, ont réussi leur sevrage. Significative est à cet égard la résolution d'une veuve qui se promet de ne jamais dire «bon courage» à une personne endeuillée mais *je vous donne toute mon amitié, n'hésitez pas à m'appeler si vous avez besoin*. Les alternatives à la prise de psychotropes, particulièrement lorsqu'il s'agit de causes événementielles chez des personnes «jeunes», sont données comme la reconstitution de liens ou l'éloignement de la situation perturbante (de mauvais rapports professionnels, l'école, l'usine). Plus que médicaments en ce cas, *l'écoute, la parole, les relations sociales* apparaissent dans le corpus comme organisant le *besoin*, pas le sien propre, celui des autres. Mais peut-être parle-t-on alors de soi.

Conclusion

A l'issue de ce parcours autour des pharmacies familiales où nous avons retenu les propos que suscitent, chez des personnes somme toute raisonnables, les produits donnant lieu à dépendance ordinaire, «sur ordonnance», on pourrait envisager la notion de dépendance comme définie, dans ce discours, par un rapport dynamique entre les quatre termes étudiés : « il ne faut pas s'y *habituer* et/ou on ne veut pas s'y *habituer*, mais on est bien *obligé* quand même quand on en a *besoin*. Néanmoins il s'agit d'une rupture avec *l'habitude* de vie et la mauvaise habitudes ou de *besoins* artificiels ». L'exploration de l'attrance-répulsion envers ces produits située dans le rapports de ces interlocuteurs au médicaments et à la médecine en général montre que pour beaucoup, prendre un médicament *pour les nerfs* ne se légitime que lorsqu'une atteinte organique le justifie, ce qui remet le médicament à sa place de substitut à un manque, ou lorsque la pathologie relève de domaines dangereux que ces interlocuteurs tiennent à distance. La proximité de tout ce qui touche à la *déprime-dépression* avec ces domaines pose problème⁴³. Les maux de la vie que sont les pertes, ruptures des liens, usures des soucis ou de la vieillesse, qui demanderaient écoute, qualité des relations sociales, ne peuvent, sans *amalgamme*, trouver remède, dans l'ingestion de substances chimiques. Ces substances, modifiant le comportement, faisant risquer de ne plus pouvoir s'en passer, donc *comme des Drogues*, même prises avec toutes les précautions que leur dangerosité requiert, n'en sont pas moins des substances toxiques, des *drogues*, ajoutant leur charge de *toxines* quand le remède serait précisément d'éliminer, d'extérioriser.

S'attacher ainsi au détail de ce que disent certains de nos contemporains, certes ruraux, certes pour la plupart plus que quadragénaires, amène peut être à reconsidérer la noblesse et la légitimité du statut de médicament que notre société donne à certains substances psychotropes (Zarifian 1996). Dans l'incertitude (Ehrenberg 1995) où les laissent les modifications de l'environnement écologique, alimentaire, social auxquelles ils attribuent leurs maux, c'est à tout ce qui recrée des liens qu'aspirent nos interlocuteurs.

Références bibliographiques

- Achard, P., 1993, *La Sociologie du langage*, Que sais-je ? PUF, Paris.
- Authier-Revuz, J., 1995, *Ces mots qui ne vont pas de soi. Boucles réflexives et non coïncidences du dire*, Larousse, Paris.
- Bardeau, F., 1973, *La Pharmacie du Bon Dieu*, Stock, Paris.
- Bontemps, M., 1993, *Encyclopédie de Santé Familiale*, Godefroy, La Ferrière-sur-Risle.
- Brabant-Hamonic, J., 1982, *Plantes médicinales et pensée traditionnelle en Basse Normandie : les simples du bocages* ; Thèse de doctorat troisième cycle, Anthropologie sociale et culturelle, Paris V René Descartes.
- Brabant-Hamonic, J., 1985, «Phytothérapie familiale en Basse Normandie», *Ethnologie Française*, XV, 2, 155-168.
- Brabant-Hamonic, J., 1994, «De la recette au remède dans la pharmacopée basse normande», n° spécial *La plante et le corps, Écologie Humaine.*, XI, 1, p. 69-84.
- Brabant-Hamonic, J., 1996, «L'eau-de-vie comme remède familial dans la société rurale traditionnelle de Basse Normandie», *Cahiers de Sociologie Économique et Culturelle, Ethnopsychologie*, 25, juin, p. 95-148.
- Castelain, J. P., 1989, *Manières de vivre, manières de boire, alcool et sociabilité sur le port*, Imago, Paris.
- Dagognet, F., 1964, *La Raison et le remède*, PUF, Paris, 348 p.
- Durif-Bruckert, C., 1994, *Une fabuleuse machine, Anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques*, Métaillé, Paris, 223 p.
- Ehrenberg, A., 1995, *L'Individu incertain*, Calmann-Lévy, Paris
- Favret-Saada, J., 1977, *Les Mots, la morts, les sorts, la sorcellerie dans le bocage*, Paris, Gallimard.
- Favret-Saada, J., 1981, *Corps pour Corps*, Paris, Gallimard.
- Favret-Saada, J., 1991, «Le désorcèlement comme thérapie», *Ethnologie française*, IV 1.2, 19-34.
- Fremont, A., 1981, *Paysans de Normandie*, Flammarion, Paris.
- Gautier, C., 1867, *Monographies des villes et villages de France : département de l'Orne*, Res. Universalis, Paris.
- Leonard, J., 1986, *Archives du corps - La santé au XIX^e siècle*, Rennes, Ouest-France Université.
- Loux, F., 1981, «Recettes françaises de médecine populaire», *Ethnologie Française*, XI. 4.
- Loux F., Richard PH., 1978, *Sagesses du corps, la santé et la maladie dans les proverbes français*, Paris, Maisonneuve-Larose.
- Palaiseul, J., 1972, *Nos Grand-mères savaient ; la vérité sur les plantes et la vie naturelle*, R. Laffont, Poche, Paris.
- Mannoni, O., 1969, *Clefs pour l'imaginaire ou l'autre scène*, Seuil, Paris.

Reinert, M., 1993 «Les "mondes lexicaux" et leur "logique" à travers l'analyse statistique d'un corpus de récits de cauchemar», *Langage et Société*, n°66, p. 5-39.

Rougeot E., 1995 (sept.), *Les «nerfs» et la dépression dans le Bocage ornais, De l'aveu et du secret dans le discours sur la dépression*, Mémoire de Maîtrise, dépt. d'Ethnologie univ. de Paris X, Nanterre, sous la dir. de M.C. Pouchelle.

Seguin, J., 1937, *Comment naît, vit et meurt un Bas Normand*, Guénégaud, Paris.

Zarifian, E., 1996, *Le Prix du bien-être, psychotropes et société*, éd. Odile Jacob, Paris.

* UMR 116 du CNRS / Université de Paris X

** Pharmacien-ethnologue 61600 La Ferté-Macé

*** Université de Paris III.

**** P. Achard et P. Wald nous ont soutenues et critiquées tout au long de ce travail. C. Haxaire et P. Achard ont présenté une version partielle de ces résultats dans le séminaire L'expérience française des drogues et des psychotropes, séminaire du GDR 1106 (CNRS) C. Faugeron, M. Kokoreff, M. Schiray le 5 avril 1996 (V. Nahoum-Grappe discutant). Nous remercions la discutante et les participants du séminaire de nous avoir aidé de leurs critiques.

1 J. Authier-Revuz 1995.

2 O. Mannoni 1969.

3 «Vous savez moi je sais pas trop le définir ce médicament là, je sais que ça fait du mal, ça fait du bien d'un côté et puis ça fait du mal de l'autre, ça je le sais.»

4 Elle a été effectuée dans le cadre du projet Usages et compétences familiales en matière de psychotropes : comparaison entre zone rurale (bocage Ouest-ornais et Nord-mayennais) et zone urbaine (Antony/Fresnes) financé par la MIRE (Mission Interministérielle de Recherche et d'Expérimentation) en réponse à l'appel d'offre Psychotrope et Santé mentale. Nous ne traiterons ici que la première partie de l'étude, en zone rurale donc et auprès d'une population relativement peu dépendante. L'équipe, constituée de deux pharmaciens-ethnologues, C. Haxaire (responsable du projet) et J. Brabant, et de deux sociologues du langage, P. Achard et P. Wald, auxquels se sont jointes une étudiante en anthropologie médicale, E. Rougeot, et une autre en sociologie du langage, E. Cambon. Nous avons choisi de travailler dans la région où J. Brabant avait au préalable conduit ses recherches sur la médecine traditionnelle de façon à pouvoir contextualiser les données recueillies et mener une analyse anthropologique.

5 Nous emploierons le terme de médicament pour désigner la préparation biomédicale soumise aux normes de la profession et le terme remède dans le sens plus large de recours visant à résorber l'écart entre un état conçu par le locuteur comme pathologique et une norme définie par lui – ou par son entourage social (famille, milieu professionnel, médecin).

6 Le grand nombre de femmes dans notre échantillon s'explique, en partie, par la structure même de la population dans certaines classes d'âge, leur plus grande disponibilité et le fait qu'elles gèrent dans une certaine mesure les médicaments du foyer. Les hommes, par contre, se disant occupés à d'autres tâches (bricolage, jardinage), semblaient moins concernés par ces questions.

7 Ceci est dû à la fois à la construction du réseau (installation de l'enquêtrice chez des Bas-Normands retraités), au fait que les retraités sont perçus comme de grands consommateurs de médicaments et au fait qu'ils sont plus disponibles.

8 Nous avons utilisé le logiciel Lexico I mis au point par B. Salem (1990 Saint Cloud). Les concordances donnent toutes les occurrences d'un terme choisi à partir d'hypothèses dans le corpus. Cette exhaustivité permet de situer le terme dans un «environnement» lexical qui peut être tout à fait disparate ou bien répétitif ; dans ce dernier cas, on peut dire que le terme choisi au départ est organisé par cet environnement répétitif. Le fait que les concordances, dans Lexico I, soient très courtes ne nous permet que de voir l'environnement immédiat du terme en question. Ce logiciel trie, à la demande de l'analyste, les contextes par ordre alphabétique soit avant, soit après, ou bien dans l'ordre du texte (nous avons ici demandé les trois tris chaque fois que le nombre des occurrences d'un terme était supérieur à 10). Les traces de l'énonciation présentes dans l'environnement immédiat de ce terme nous donnent des pistes quant

à la façon dont «le» locuteur (unifié ici) prend en charge son discours, se situe par rapport au terme observé. (Les marques de la personne, de la non-personne - il -, du temps et du lieu sont particulièrement étudiés comme instrument de mesure de cette distance entre le locuteur et son discours. Le fait de prendre un terme comme point de vue et de lister toutes ses occurrences sans sélection préalable de l'émetteur vient de ce que l'on suppose une unité discursive du corpus suffisamment forte pour pouvoir interpréter ses distributions, en fonction de son contexte immédiat, indépendamment de ce que l'on sait de l'émetteur de l'une ou l'autre des occurrences. C'est bien dans la mesure où un terme reçoit une organisation récurrente que l'on peut voir s'il condense autour de lui un sens ayant un poids dans le discours produit, quel poids - en fonction du nombre d'occurrences et de la diversité, ou non, des locuteurs, repérables à partir des numéros de ligne - et quel sens.

⁹ Cette méthodologie vise la partition automatique du corpus en ensembles d'énoncés caractérisés par la convergence significative de leur vocabulaire plein (celui des mots dont la sémantique n'est pas relative au contexte à l'opposition des mots outils) en se basant sur les cooccurrences de ces mots dans des unités de contextes délimitées dans le corpus. On obtiendra ainsi des ensembles d'énoncés caractérisés par leurs «mondes lexicaux» respectifs.

¹⁰ Mais un retour au corpus nous montre qu'il s'agissait de Tranxène injectable, administré en urgence. Cette analyse est confirmée, a contrario, par le fait que nous retrouvons dans cette seconde catégorie deux anti-arythmiques qui, dans un entretien, sont associés à un neuroleptique et traités comme psychotropes dans le discours.

¹¹ 4 occurrences. Nous écrivons désormais Drogue.

¹² C'est un mot de l'autre que l'on rejette (*quoi, si vous voulez,*) malgré le côté personnel redondant que l'on trouve une fois (*personnellement pour moi*). En effet la précision de ce «*personnellement pour moi*» entérine la possibilité que dans l'interaction, ce mot soit susceptible de ne pas être reconnu comme étant un mot à soi, qu'il est nécessaire de préparer le terrain au terme.

¹³ Bien évidemment, aucune mise en garde de ce type n'apparaît sur les notices d'antidépresseur (Anafranil, Ludiomil), de sédatifs (Euphytose, Sédibaine, Sympathyl etc.), de neuroleptiques (Synédyl).

¹⁴ Trois autres sont attribuables à l'enquêtrice, dans des questions où le terme est repris en tant que tel ou à partir de «dépendante». Ce qui porte ces occurrences à 9.

¹⁵ Nous parlerons de «locuteurs» pour les enquêtés et d'«enquêtrice» pour E. Rougeot dans la mesure où nous ne prenons pas son discours en compte en tant que tel dans cette phase de la recherche socio-linguistique.

¹⁶ Le locuteur ici, en question, étant celui qui emploie le plus ce terme.

¹⁷ La dépendance est soit la dépendance *au* médicament, soit la dépendance *du* Lexomil. Les noms de médicaments étant très peu cités autour de «dépendance», il est difficile de voir une éventuelle condensation discursive de ce *du* ; on peut cependant avancer, à partir de cette mise en relation de *au* avec *du* que c'est que c'est soi qui dépend du médicament avec le *au*, que le point de vue sur dépendance est soi, tandis que c'est le Lexomil qui contient cette dépendance, qui l'amène et que le point de vue est le médicament en question.

¹⁸ Sur les 5 emplois d'accoutumance, 4 sont de la même personne qui emploiera de même accoutumer 4 fois (sur les 7 du corpus). Ceci rend l'étude de ce terme peu porteuse au niveau global du corpus.

¹⁹ Sur cet entretien particulier, le «je» est présent dans chacun des énoncés.

²⁰ En regardant les distributions de *habituer*, on peut envisager que *accoutumer* soit en relation de synonymie avec ce terme, dans la mesure où *s'y* ou *m'y habituer* est récurrent. Nous avancerons qu'il s'agit là d'une particularité d'un locuteur, le parallélisme de forme nous y engage en tout cas.

²¹ Certains sont suffisamment âgés pour avoir connu la période où les benzodiazépines n'existaient pas ou celle où la dépendance due à ces produits n'était pas reconnue. Bien entendu nous ne savons rien de la pratique réelle de ces patients ni de celle de leurs médecins. Nous ne prendrons ces résultats que comme révélateur de l'imaginaire actuel des enquêtés. Il en est de même des conseils, car le point important est moins qu'ils aient été donnés que la mémorisation et l'utilisation des citations qui en est faite.

²² Quelle que soit bien entendu la pathologie sous-jacente de cette dame ; c'est ainsi que l'entretien l'organise.

²³ Il apparaissait comme anodin, rien n'indiquant sa dangerosité sur la notice. J. Brabant signale d'autre part que ce produit est prescrit contre les allergies causées par les produits passés sur le corps pour les radios que la dame aurait pu éventuellement prendre.

²⁴ Elle se sentait une fragilité particulière, son père étant mort d'une hémorragie cérébrale.

²⁵ Les trois occurrences de cette expression portent sur le fait de *passer par* les médicaments et il ne s'agit que de «on» et pas de soi dans toutes les occurrences de *passer par là*.

-
- 26 *Étant* donné le peu d'hommes dans les entretiens, la comparaison de *habitué* avec *habituée* au féminin, est quelque peu faussée en terme de sexe. Pour le premier terme, le seul *je*, c'est-à-dire la seule prise en charge personnelle du fait d'être *habitué* concerne un régime.
- 27 Le verbe étant toujours à la forme pronominale, on parle de soi autour de *habituier* (8 *m'habituier*) ou on en parle de façon générique dans 5 occurrences sur les 7 *s'habituier*, les deux autres occurrences renvoyant à un patient exemple.
- 28 Dans les 15 occurrences de locuteurs (sur 16 : il n'y a qu'une seule occurrence émanant d'une question de l'enquêtrice), 14 marquent la référence à un médicament par *à*, *aux* ou *y* et il s'agit 11 fois de psychotropes. Une seule ne concerne pas les médicaments, mais il s'agit de s'habituier aux opérations et aux risques de mort.
- 29 12 *habituier* sont dans la négation.
- 30 Contrairement à *accoutumer*, on ne trouve pas de peur de *s'habituier* et seulement une occurrence où *s'habituier* pourrait avoir un caractère de fatalité, *je me disais je vais m'habituier*.
- 31 Dialogue à la pharmacie.
- 32 Nous a fait remarquer V. Nahoum-Grappe, pour qui : la figure des vieux «usés», formant une population à risque de surconsommation et d'habituatation aux médicaments qui ne pose pas de problèmes à la société civile, émerge fortement dans les énoncés.
- 33 Ce qui est la définition même de l'anxiété !
- 34 Agricultrice en activité (35 ans).
- 35 Dialogues à la pharmacie du 19 janvier 1995 (femme de 40 ans)
- 36 Comme nous l'a fait remarquer A. Biadi lors du séminaire. C'est d'ailleurs, poursuit-elle, l'inverse de ce qui a cours en psychiatrie où les patients ont perdu la possibilité d'exprimer cette limite du corps et où une des tâches des soignants est justement de la leur faire de nouveau ressentir. De fait, plus les effets secondaires sont importants, plus le malade peut reprendre conscience de son corps et développer d'autres symptômes.
- 37 Dialogue à la pharmacie.
- 38 3 sur les 7 occurrences de «drogue» du corpus.
- 39 Jean Palaiseul, 1972, Nos grand-mères savaient, F. Bardeau, 1973, La Pharmacie du Bon Dieu, Michel Bontemps, 1993, Encyclopédie de la Santé Familiale, etc.
- 40 Dialogues à la pharmacie, février 93.
- 41 *Moi je suis pas pour ça. Je sais plus d'abord ce qu'il y a dedans, «Anxiété» vas-y donc ! «Bromazepa...» . Ouh là là, c'est de l'hébreux ça. Y a du benzo ! «insuffisance respiratoire» voyez vous ça ! «contre indications». Alors insuffisance respiratoire moi justement ça palpate dur, alors c'est le contraire voyez vous. Alors on vous soigne quelque fois avec des médicaments contraires et je crois que c'est assez souvent ça !*
- 42 Se souvient-elle, cf. note 25.
- 43 Ce dont nous traiterons dans un autre article.

CHAPITRE 7

L'USAGE THÉRAPEUTIQUE DU MÉDICAMENT PSYCHOTROPE SON RÔLE DANS LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ EN PSYCHIATRIE DE SECTEUR

Anne Biadi-Imhof*

Les réflexions qui suivent¹ s'appuient sur une recherche menée dans un secteur extrahospitalier relevant de la psychiatrie publique. Plus globalement, elles s'inscrivent dans le débat qui anime les diverses sociétés occidentales et plus particulièrement la société française autour de la consommation de médicaments psychotropes. Faut-il associer cette «sur»consommation aux caractéristiques du système de santé français et envisager les conséquences que pourraient avoir des mesures économiques pour limiter les remboursements, ou des mesures administratives pour sanctionner les prescripteurs ? Faut-il y lire un symptôme ou même une maladie de société ? Faut-il inscrire ce débat dans la problématique des drogues et suivre l'usage de ces médicaments jusqu'aux limites du thérapeutique. Un appel d'offre lancé par la MIRE, *Médicament et santé mentale*, en soulignant la diversité des disciplines scientifiques concernées par ces questions, incite à penser non seulement en terme de «système» : « il apparaît particulièrement important de comprendre comment l'ensemble de ces références et de ces stratégies se constitue en système, dont les éléments sont difficilement déchiffrables isolément² », mais peut être plus globalement en terme d'interdépendance.

Si tout le monde semble d'accord aujourd'hui pour dire qu'on ne peut étudier une situation séparée de son contexte, l'angle d'observation divise encore très largement les approches objectivistes et subjectivistes. Que l'on évoque les relations entre l'individu et la société en terme d'interaction ou d'intersubjectivité ; que l'on fasse appel à des logiques du lien social ou à des stratégies de domination ; que l'on mette en évidence des «systèmes», des «patterns», des «structures» ou tout autre type de «forme» pouvant rendre compte d'une organisation ou peut-être d'une «intention» sous-jacente ; toute la question revient à fonder le postulat sur lequel on s'appuie : « Le problème qui se pose alors est de savoir si, à titre de postulat, la notion de l'interdépendance universelle peut être substituée aux anciennes notions intuitives de base »³. Raymond Abellio pense que ce tournant est aujourd'hui capital mais qu'il oblige à sortir « d'une philosophie du concept pour rentrer dans une philosophie de la conscience⁴ ». Ce regard transformé suppose de faire l'expérience du caractère dialectique de toute structure. Il demande à sortir d'un globalisme empirique qui tisse un « réseau de relations abstraites faites de lois de composition ou de voisinage, on peut le concevoir comme s'étendant de proche en proche à des globalités de plus en plus étendues, de plus en plus intégrantes, mais ce réseau reste spatial. Or il y a également des relations temporelles qui apparaissent avec le temps et ce passage veut aussi être « structuré »⁵ ».

Pour intégrer la dimension de la durée comme élément constitutif de tout fait d'expérience, Abellio, dans son ouvrage *La structure absolue* a tenté un *essai de phénoménologie génétique* dont nous nous inspirerons pour mettre en évidence ce que nous appelons *des effets de conscience*.

En décidant d'observer le médicament psychotrope dans la relation thérapeutique nous avons cherché à le constituer comme champ d'expérience d'une pratique : celle de son utilisation comme remède dans un processus complexe celui du soin en psychiatrie ambulatoire. Dans ce contexte, ce que nous avons à retenir et à mettre en relation concerne à la fois les représentations sociales du médicament psychotrope, mais aussi les attentes et les usages qui en découlent. Nous devons tenir compte encore de la spécificité du milieu psychiatrique dans les conditions d'ouverture que permet la pratique de secteur. Enfin, il nous faudra rencontrer, tant au niveau des représentations qu'au niveau des pratiques, la réalité amenée par la maladie mentale. Toutes ces données, quelles qu'elles soient, sont incarnées par des individus singuliers qui sont des hommes des femmes avec leur âge, leur vécu, leur histoire. Tous se manifestent à travers des comportements dont la causalité n'apparaît par toujours clairement reliée aux attentes, mais qui malgré tout doivent prendre sens dans le processus thérapeutique.

Les données que nous avons recueillies sont faites : 1) Des discours des soignants sur les médicaments psychotropes, sur la relation thérapeutique ou sur la maladie mentale. Ils permettent de comprendre comment les personnels des équipes soignantes «se représentent» la réalité de leur pratique. 2) De récits racontant, dans la durée, des échanges thérapeutiques avec des personnes particulières.

Ces derniers n'ont cependant pas été utilisés pour construire des études de cas, mais plutôt pour suivre la relation singulière que chacun des soignants a pu entretenir avec les malades en question ; sa vision particulière et l'influence de cette vision ; son «projet» pour le malade et la place qu'il prend dans l'échange thérapeutique, ses réactions spécifiques au comportement de ce dernier.

Il ne s'agissait pas d'avoir un regard critique sur une pratique, mais plutôt d'entendre ce qui nous était dit et de structurer les différents éléments apportés par ces rencontres pour faire apparaître le processus thérapeutique en train de se produire.

Au delà de l'observation et de la structuration, ce travail nous a permis de mettre en évidence les «effets» que peut produire dans une situation thérapeutique une «attention» différente. «Conscience» ou «attention», si tant est que ces deux termes évoquent quelque chose de vraiment distinct, appartiennent à un registre qualitatif qui exigent, au niveau méthodologique, une approche qui ne cherche pas seulement à repérer la répétition d'événements attendus, mais qui soit disponible pour une perception plus globale du phénomène thérapeutique.

Toutes les «histoires» qui nous ont été amenées se trouvaient à un moment critique de leur évolution, ou de leur non-évolution : découragement des soignants, tensions dans le service, phénomène de rejet, incertitudes diverses. Or toutes, durant le temps que nous les avons observées, ont connu un dénouement que les soignants n'avaient pas envisagé. Nous devons non seulement pouvoir rendre compte de cette réalité complexe, mais encore fallait-il la relier à un univers de sens qui ne fasse pas perdre le contact avec les situations concrètes. Nous avons retenu comme effets de conscience les modifications parfois infimes, d'autres fois plus spectaculaires qui produisent lorsque l'attention change de nature. Elles apparaissent souvent lorsque survient un temps d'arrêt où les soignants ont bien souvent l'impression «de ne plus rien faire».

Le travail que nous avons mené sur la relation thérapeutique prise comme «champ structurable» autour des données d'expérience qu'expriment les différents pôles qui activent la relation, répond, nous semble-t-il, à ces exigences qualitatives. Mais avant d'en rendre compte nous rappellerons brièvement les grandes questions qui interrogent la rencontre entre un malade et son thérapeute.

La relation thérapeutique comme espace de questionnement

Lorsque l'on se réfère à la relation thérapeutique c'est avant tout sous la forme de l'échange médecin-malade ou encore soignant-soigné qu'elle est évoquée. On sait que la fonction de cet échange est déterminante dans le processus de guérison, mais il reste néanmoins une donnée relativement obscure donnant lieu à plusieurs types d'explications qui vont faire appel à des facteurs psychologiques, sociaux ou culturels.

Paradoxalement, ce n'est pas la recherche médicale proprement dite qui s'est le plus intéressée à cette relation, bien que l'importance des travaux réalisés autour du placebo depuis l'explosion de la pharmacologie témoignent des questions ouvertes que posent les interactions qui s'établissent dans une cure thérapeutique. On pourrait même dire que la méthode expérimentale qui utilise le double aveugle est une reconnaissance implicite du rôle de ce phénomène interactif et des éléments inconnus qu'ils manifestent. Cependant pour Bernard Lachaux et Patrick Lemoine (1988)⁶, « la reconnaissance du phénomène placebo ne doit conduire, ni à des «philosophies obscures» de la guérison, ni à la totale contingence. Elle peut être replacée dans une optique épistémologique et nous encourager à mieux cerner les éléments fondamentaux de l'exercice médical, la prescription médicamenteuse, le médicaments et les expérimentations ».

La sociologie américaine avec Parsons⁷, Freidson⁸ et bien d'autres a fait ressortir à la fois l'importance du *statut* à médecin et compétence technique face à un patient profane, mais aussi le *pouvoir du client* sur la médecine. La sociologie française, notamment avec Claudine Herzlich et Janine Pierret⁹ va pour sa part jusqu'à soutenir que « l'attitude du malade obéit à une logique propre, irréductible à celle des professionnels» [...] et que les deux visions de la maladie, celle du profane et celle du médecin ne peuvent que s'affronter ». Jean Stoetzel prend aussi en compte la définition de la maladie dans son

Esquisse d'une analyse psychosociale, mais les éléments qu'il avance pour expliquer la dynamique de la relation thérapeutique, reposent essentiellement sur les représentations sociales qu'une société partage à un moment donnée et que l'on peut lire dans le statut accordé au médecin comme dans les obligations et droits des malades. Les courants issus de la psychanalyse, principalement autour de Michael Balint (1960)¹⁰, E. Stern (1960)¹¹, Jean-Paul Valabrega (1962)¹², ont non seulement cherché à formaliser, mais encore ont expérimenté ce qui leur est apparu central dans cette relation, à savoir le « *médecin en tant que remède* », c'est-à-dire « *la participation expérientielle du médecin dans le traitement* », qui en se reconnaissant comme remède, « devient avec tout son être l'agent de la guérison [...] ; il se place ainsi au centre des implications psychologiques », inhérentes à cette relation.

C'est l'anthropologie qui à notre avis conduit le plus loin la réflexion sur le processus de guérissage et sur la relation thérapeutique qui en est le centre, cela, grâce à son regard sur d'autres systèmes de santé, sur d'autres «logiques». Divers auteurs J.P Hélyary (1987)¹³, Daniel Friedmann (1981)¹⁴, Françoise Loux (1978)¹⁵, Jeanne Favret-Saada (1981)¹⁶, François Laplantine (1986)¹⁷, Denise Jodelet (1989)¹⁸ ont montré que ces divers systèmes de référence peuvent cohabiter, même dans nos sociétés les plus développées. Serge Moscovici (1993)¹⁹, dans ses analyses de la pensée du sens commun, se réfère à la persistance d'une mentalité «prélogique», tandis que J.P. Hélyary (1987) explique comment le «connaître traditionnel» s'exprime dans la relation thérapeutique à travers une «expérience de la connaissance», et non par une vérification expérimentale d'un savoir constitué. Il s'agit d'une expérience « à la fois concrète et mythique de la nature ... qui semble donner aux sens et aux sentiments une priorité par rapport à la pensée ».

Ce tour d'horizon sur la problématique de la relation thérapeutique met en évidence la diversité des approches qui néanmoins peuvent se résumer en quatre dynamiques possibles : celle qui est induite par le malade qui est à la fois client, consommateur et patient ; celle qui est induite par le médecin qui est à la fois professionnel parmi ses confrères, expert pour la société, détenteur d'un savoir et d'un pouvoir face aux malades ; celle qui est induite par la société qui délimite les rapports de droits et d'obligations ; celle qui est induite par le développement des différentes technologies de soins.

Ce bref aperçu nous conduit à envisager la relation thérapeutique, non pas comme une succession d'échanges interpersonnels plus ou moins qualitatifs, mais comme un champ structurable entre des éléments en interaction reliés entre eux dans une dialectique évolutive.

La relation thérapeutique comme structure dialectique

Cet essai de mise en structure de la relation thérapeutique tente de relier les dynamiques sociales et individuelles, non pas dans un rapport d'opposition mais dans une complémentarité de nature dialectique. La mise en évidence d'une *structure sénaire* donne

l'ouverture qui permet d'intégrer la durée comme donnée structurante, posant ainsi la *conscience* comme fondement de toute idée d'évolution.

Si l'oeuvre d'Abellio²⁰ fut déterminante pour conduire notre attention d'abord vers la perception de la complémentarité, puis plus globalement vers une approche de l'interdépendance, c'est au contact direct des récits des soignants évoquant leur vécu de l'échange avec les malades, que s'est mise en place la *structure sénnaire* qui nous permet aujourd'hui de rendre compte de la relation thérapeutique selon les différentes modalités à travers laquelle elle s'exprime. L'intérêt de ce travail est d'avoir révélé les multiples dynamiques qui peuvent naître de chacun des quatre pôles qui activent l'échange thérapeutique, montrant ainsi un processus différent selon que tel ou tel pôle prend l'initiative.

Il convient néanmoins de souligner que les quatre pôles qui construisent le plan horizontal de la structure sénnaire ne sont pas des termes abstraits dégagés *a priori* pour cadrer et contraindre une réalité et l'inscrire dans une théorie explicative. La dynamique de ces quatre pôles s'est dégagée d'elle-même au contact des échanges thérapeutiques rapportés par les soignants. C'est cette logique active qui nous a positionné au coeur de la relation sans pour autant nous obliger à raconter la vie de gens que nous ne connaissions pas, ou à juger des pratiques sans aucune qualification pour le faire. La perception de cette dimension dialectique comme réalité expérientielle et pas seulement conceptuelle, est au centre de notre problématique comme de notre méthodologie.

La synthèse des différentes approches de la relation thérapeutique a mis en évidence quatre dynamiques possibles qui correspondent à celles que nous avons retrouvées à partir des histoires que nous ont racontées les soignants. Dès lors, la délimitation du champ qui se trouve activé par le processus thérapeutique donne les quatre pôles qui permettent la mise en structure.

La construction d'un plan horizontal tracé par le mouvement solidaire et inverse des deux axes reliant les quatre pôles, amène obligatoirement la présence d'un axe de rotation vertical. Celui-ci positionne un haut et un bas, donnant à l'ensemble de la structure un mouvement sphérique. Tandis que le plan horizontal met en scène les causes, les effets, et leurs interactions multiples et infinies, le plan vertical traduit le resserrement qu'implique tout phénomène d'intériorisation. Cet axe vertical va nous donner à lire *l'évolution* de la relation thérapeutique selon une perspective différente en fonction de l'activation de chacun des quatre pôles.

L'idée d'évolution oblige à se poser la question de ce qui évolue et vers quoi. Elle implique la dimension de la conscience pour pouvoir penser l'évolution. L'axe vertical permet de suivre, à chaque étape de la relation thérapeutique, le niveau de conscience qui se trouve sollicité.

En positionnant la direction du haut sur un registre *culture-esprit* et la direction du bas sur le registre *nature-corps* nous n'avons pas cherché à tracer des oppositions ou à rétablir des dualités, mais au contraire à introduire une dimension de complémentarité telle qu'elle se donne à vivre sur le plan unifié de la conscience.

Dans le cadre de cet article nous insisterons sur la place du médicament dans les différents schémas²¹ qui rendent compte de la relation thérapeutique. Nous soulignerons l'importance de la position qu'occupe le médicament dans le processus thérapeutique, mais aussi la place des représentations sociales et le rôle qu'elles jouent dans le phénomène de consommation auquel participent les psychotropes.

Dans le cas du schéma n° 1, le *malade* est principalement *actif* et s'adresse à un *médecin* dans une relation singulière et intime. C'est parce qu'il a été sollicité que le *médecin* va devenir *actif* et sa réponse ne va pas revenir directement au *malade* sur un plan relationnel, mais va prendre la forme d'un *diagnostic* et d'une *réponse thérapeutique* (médicaments et/ou autres techniques). Dans ce cas de figure, le médecin se trouve en situation de réagir à une demande, et il n'est pas directement impliqué dans un projet propre.

Nos histoires nous montrent que dans ce schéma de la relation thérapeutique, ce qu'apporte le malade comme symptômes correspond le plus souvent à quelque chose de relativement peu élaboré, quelque chose où il livre l'ignorance qu'il a de son corps, et l'inquiétude, voire l'angoisse qui en découle. C'est un état sur lequel le malade ne se sent plus de prise et pour lequel il attend sinon une réponse immédiate, du moins *une réassurance*. Dans cette position, le médecin se sent à la fois prisonnier du symptôme et de l'urgence, et sa prescription médicamenteuse va se trouver influencée par la pression que lui donne le sentiment... *de ne pas aller au fond des choses...* de rencontrer des patients *...qui attendent des miracles des médicaments...* ou alors *...qui n'y croit pas ...* et *...qui demandent des médicaments en disant qu'ils ont déjà tout essayé...*²².

Cette relation de clientèle est une donnée nouvelle dont la psychiatrie n'est pas coutumière. On peut penser qu'elle est amenée à se développer avec l'expansion du secteur et des nouvelles populations qui commencent à le fréquenter. Néanmoins nous voyons à travers nos histoires qu'elle ne correspond le plus souvent qu'à un moment de la relation thérapeutique, mais ce moment est malgré tout celui où le malade apporte de façon plus ou moins consciente quelque chose de lui-même (symptômes, angoisses, demandes). Dans ce schéma la réponse médicamenteuse est souvent mal investie et par le médecin, et par le malade, car ce qui est demandé relève au moins autant de la prise en charge (d'urgence) que de produits qui font office de substitution autant que de remède.

Lorsqu'ils se sentent dans cette situation de clientèle, les psychiatres sont le plus souvent mal à l'aise avec le médicament. C'est également dans ce contexte qu'ils rencontrent et dénoncent la concurrence des généralistes. Et en fin de compte, le médicament, prescrit

dans ces conditions de contrainte, se révèle bien souvent inefficace et décevant, pour ne pas dire inadéquat.

Dans ce schéma, l'axe relationnel est actif dans le sens du malade vers le médecin, et tout ce qui va se jouer sur l'axe social (société-maladie - Interventions thérapeutiques) va se trouver en retour influencé par le poids du relationnel.

Lorsqu'on se trouve dans la dynamique du schéma n° 1 (et ce cas de figure est certainement le plus fréquent dans ce que nous avons rencontré), ce qui s'exprime sur l'axe vertical correspond au niveau de conscience manifesté par le malade dans la relation thérapeutique. On remarque, dans les exemples que nous avons étudié, qu'il s'agit alors de quelque chose de relativement peu élaboré qui s'exprime selon deux registres :

- . l'espace peu conscient d'un état de *nature... hyperexpressivité du corps... passivité... recherche de plaisir en milieu protégé... ou encore ...symptômes corporels... passivité chez elle ... osmose avec les femmes... foyer, enfants, réalité biologique de la famille... Chez une autre encore, le corps d'abord absent, devient peu à peu plus présent à travers la manifestation des effets secondaires ;*
- . la grossesse souvent pesante et peu analysée des modèles *culturels ... provocation... non-intelligence, fainéantise... contrainte... Ou dans un autre exemple ... dépendance à l'égard de la médecine... asociale chez elle... tête vide avec les hommes... Ou encore ... acceptation de la maladie et passivité... demande de réassurance avec les soignants hommes ... etc.*

On peut repérer cependant dans le déroulement des différentes étapes de la relation thérapeutique, qu'entre le début de la relation et les dernières étapes, il y a souvent une évolution progressive des symptômes qui conduisent vers un peu plus de conscience tant au niveau corps qu'au niveau *esprit*²³. Cela s'observe, même dans le cas où la presque totalité de l'échange thérapeutique évolue selon le schéma n°1 et ne varie pas durant tout le temps de la prise en charge. Cette observation incite à penser que tout échange amène à terme un minimum d'évolution, même si celle-ci n'est pas toujours perceptible. Il arrive même fréquemment que les soignants ne voient pas toujours venir un changement chez leur patient, et cela d'autant plus que dans ce schéma, leur marge de manoeuvre est souvent réduite et qu'ils ont tendance à se sentir manipulés.

Le schéma n° 2 fonctionne sur une toute autre logique. C'est la *société* qui fait le *diagnostic* et désigne le *malade* qui sera adressé au *médecin* ou à l'*institution* psychiatrique. Dans ce schéma, les *médicaments* que va prescrire le *médecin* vont revenir vers le pôle *société-maladie* (flèche n° 4). Cette configuration nous permet de comprendre comment le médicament se trouve en position de dicter le diagnostic (sens de la flèche n° 4). La flèche n° 3 conduit le médecin à offrir une réponse pratique (la prescription), pour intervenir sur ce que la société a déjà signalé comme relevant de la maladie.

Dans ce schéma, la dimension relationnelle (malade-médecin) est réduite au minimum et c'est l'axe social qui devient déterminant. Il ne faut pas oublier que la mission première de la psychiatrie relève de l'ordre public. Cette constatation nous permet de mieux comprendre la tournure forcément explosive que devait prendre le mouvement antipsychiatrique qui se proposait d'introduire du relationnel dans un espace construit sur des impératifs de société.

Dans le temps où l'intervention thérapeutique relevait du traitement moral, il semblait normal de définir la maladie des patients à partir de leur capacité plus ou moins grande à recevoir et à «profiter» de ce type de traitement. Plus récemment, il a été courant d'appliquer des traitements que l'on sait violents (cure de Sakel, électrochocs, maladie thérapeutique, etc.) pour faire réagir la maladie et se déterminer sur le diagnostic selon le type de réponse.

Le fait que la réaction au médicament serve de support au diagnostic n'est donc pas quelque chose de nouveau en psychiatrie, (notre schéma montre même que cela fait partie d'une logique structurelle). Ce qui est nouveau par contre c'est que cette logique pose problème et soit ressentie comme anormale.

Que ce soit le médicament, et plus précisément le médicament psychotrope qui soit à l'origine de ce «tournant» déterminant de la psychiatrie est une donnée qui interroge sur le fonctionnement «social» du médicament.

Dans le cas de ce schéma, lorsque le médecin prescrit, il s'appuie sur le diagnostic ou plutôt sur la désignation, par la société, d'un état de trouble mental. Les réactions *antipsychotiques*, *antidépessives* *antiproductives*, etc., vont confirmer, *pour la société*, le bien fondé de la désignation. Dans ce schéma, le diagnostic n'est pas une réponse, au niveau du sens, pour le malade (comme dans le schéma n° 1), et le médicament est véritablement un outil pour la société, au même titre que le traitement moral. La différence, c'est que le médicament psychotrope qui a contribué, en quelques décennies, à bouleverser l'ordre psychiatrique n'a pas seulement une action sociale, il a aussi une action à la fois biologique et psychologique, même s'il n'est pas du ressort de la société de se la représenter. La réalité biologique de l'intervention médicamenteuse a rapproché la psychiatrie de la médecine ordinaire. Mais la gestion psychologique du médicament semble avoir ouvert le chemin de cette institution à l'infinie variété des techniques relationnelles, bouleversant par le fait même, l'ordre social qui le régissait.

Lorsque la relation thérapeutique se déroule dans la logique du schéma n° 2, ce qui apparaît sur l'axe vertical révèle la manière dont la société prend conscience du malade. Bien que notre recherche se soit déroulée dans un secteur psychiatrique, les moments où ce schéma est présent sont très peu nombreux dans les exemples que nous avons retenus (3 au total). Ils montrent toutefois que le malade va se trouver *évalué* selon un certain nombre de critères : par exemple, entre *adulte*, qui renvoie au plan *culture-esprit*, et *enfant*, qui renvoie au plan *nature-corps*. Ce regard évaluatif s'exprime encore à travers

...des bilans sociaux et médicaux..., où devient plus classificateur en repérant des catégories de malades. On rencontre aussi une tendance à *situer* le malade en le rapprochant de son père, ce qui le place alors sur le registre *culture-esprit*, tandis que lorsqu'il rejoint sa mère il se voit réassocié au côté *nature-corps*.

Dans ce cas où la société se donne à lire dans sa prise de conscience d'elle-même, une évolution est à noter entre un regard qui inventorie et classe en catégories, et l'étape suivante où ce même regard est capable d'*évaluer*, c'est-à-dire de juger et de se déterminer en fonction d'une norme de référence. La capacité à *situer* dans un contexte demande plus encore, elle suppose la prise en compte des interactions avec le milieu et exige par le fait même une ouverture sur la complexité.

Dans le schéma n° 3, les soignants sont le pôle actif initial. Dans ce cas de figure, nommer la maladie et prescrire s'organisent en *projet thérapeutique pour le malade*. Contrairement au schéma n° 1 où l'espace thérapeutique est envahi par la plainte du malade qui se comporte comme un client, et peut s'en aller s'il n'est pas content, dans ce schéma, les soignants se mobilisent autour d'un *projet thérapeutique*. La prescription (lorsqu'elle a lieu) intervient comme un acte dans lequel le thérapeute s'investit dans un savoir qu'il propose au malade. Il n'est plus *captif* dans une relation d'assistance obligée, mais *actif* dans un échange où la médiation de l'axe social lui donne le recul et la légitimité nécessaire pour être reconnu et susciter l'adhésion.

Lorsqu'il est prescrit dans un climat où s'est instaurée cette *...confiance réciproque...*, le médicament non seulement va être accepté, mais *...il peut même faire des miracles...*, et même s'il n'est pas parfaitement adapté tout de suite, un réajustement du traitement n'entraînera pas de remise en cause de la relation thérapeutique. Cette relation confiante au traitement est particulièrement recherchée par les infirmières qui vont à domicile et qui ont besoin d'une qualité relationnelle leur permettant de garder le contact avec les personnes.

Dans les exemples de relation thérapeutique que nous avons étudiés, les soignants du secteur de psychiatrie adulte apparaissent dans le rôle actif initial du schéma n° 3 seulement au cours de quelques étapes du processus thérapeutique. Par contre, dans les deux cas suivis par le service d'alcoologie, presque toutes les étapes de la relation se déroulent selon la dynamique du schéma n° 3. La dimension «service spécialisé», et le fait que les patients qui fréquentent ces unités de soins ne présentent pas de pathologies trop lourdes contribuent sans doute à donner aux soignants un rôle qu'ils jugent plus valorisant. Il est certain aussi que les «cas» qui nous ont été présentés font partie de ceux qui ont permis aux soignants de s'investir *...comme ils aimeraient toujours le faire...*

Lorsque l'on regarde sur l'axe vertical où se lit en mode d'intériorisation l'étape traversée, la relation thérapeutique qui se déroule selon ce schéma permet au patient de sortir de la répétition incessante du symptôme (telle qu'elle se donne dans le schéma n° 1). Elle offre la possibilité d'une mise à distance acceptée et conduite par le thérapeute *pour le malade*. Elle permet de dépasser le niveau très indifférencié où les symptômes disent le corps qui

ne sait pas encore avoir la sensation de lui même, et où la passivité, qui définit culturellement le patient ne lui donne pas accès à sa dimension de sujet.

Il est parfois délicat de repérer dans l'échange thérapeutique le moment qui inaugure le renversement de la relation, mais il correspond toujours à un changement qualitatif qui semble déterminant dans le processus de guérison. Les soignants recherchent et appellent ces moments privilégiés en espérant une *demande* chez les malades qui les fassent sortir de *...l'étalage...* des symptômes pour accéder enfin *...aux causes de la maladie...* Mais cette position forte, déterminée ou active des soignants, qui n'est pas une position de pouvoir (cette dernière ne permettant pas l'adhésion du malade), leur demande d'assurer et de prendre confiance dans ce que nous avons appelé leur *outil thérapeutique*²⁴ Cette démarche les conduit, par un *travail de développement individuel volontaire*²⁵ à trouver leur place dans la relation thérapeutique, et à réveiller en eux *...spontanéité et empathie...* pour le malade. Elle leur donne aussi les moyens d'influencer de façon décisive le déroulement du processus.

Au niveau relationnel, la position active du malade dans le schéma n° 1 correspond à une action primaire et souvent peu consciente pour retenir l'attention (symptôme). Cette même position active des soignants dans le schéma n° 3 les positionne dans une démarche consciente de relation à autrui.

Les soignants que nous avons rencontrés, ont été partie prenante de ce travail de recherche. Il les a conduit à un certain recul quant à leur insertion dans le processus thérapeutique. Il leur a permis de voir à distance, en quelque sorte, se dénouer des situations. Peut-être simplement parce qu'ils avaient accepté de les regarder autrement, des effets de conscience ont pu se produire, capables de changer le cours de certaines situations.

Dans le schéma n° 4, c'est le pôle *interventions thérapeutiques* qui se trouve principalement actif. A ce niveau, les médicaments psychotropes apparaissent comme une technique thérapeutique, au même titre que la psychothérapie ou tout autre mode d'intervention. La dynamique de ce schéma montre cependant que l'axe social est déterminant, non pas sur le plan du sens et de la norme (comme dans le schéma n° 2), mais sur le plan d'une activation de l'instrumentalité de la technique. C'est *l'outil* médicament (ou psychanalyse, ou autre) qui va construire l'espace social (et non médical) de son intervention.

L'étude de J.M. Floch²⁶ montre que les annonceurs des firmes pharmaceutiques, lorsqu'ils définissent le champ d'action des médicaments psychotropes, restent étonnement flous et peu précis. Ils jouent sur des éléments symboliques pour évoquer le passage d'un état de mal-être à un état de bien-être, en faisant un usage minimum des références médicales dans le domaine des troubles mentaux. Les contraintes grandissantes imposées aujourd'hui aux laboratoires sur les coûts, l'efficacité et la sécurité (procédures très lourdes d'expérimentation avant l'autorisation de mise sur le marché) des nouveaux

médicaments les obligent à miser sur une augmentation des ventes pour pouvoir financer de nouvelles recherches. Or les procédures d'évaluation de l'efficacité d'un médicament exigent entre autre, la preuve d'une amélioration de la qualité de vie du malade. Alain Puech remarque d'ailleurs que « tous les grands laboratoires sont en train de se doter de cellules d'évaluation de la qualité de la vie ».²⁷ La présence constante des consommateurs potentiels dans les stratégies des laboratoires nous semble être une des réalités incontournables des médicaments psychotropes.

Sur ce même registre où se construit l'espace social des médicaments, les protocoles expérimentaux pour répondre aux exigences de sécurité imposées par les pouvoirs publics n'obéissent pas aux mêmes logiques que celle de la recherche médicale. Edouard Zarifian insiste sur le fait que « les contraintes méthodologiques et réglementaires des essais thérapeutiques des nouvelles substances ne permettent pas de retrouver les conditions de liberté qui existaient à l'époque de Laborit. Aujourd'hui, il est devenu impensable d'observer chez l'homme des effets imprévisibles et potentiellement thérapeutiques. Il faut recueillir des effets attendus, déterminés à l'avance ».²⁸ L'intervention des pouvoirs publics, pour faire monter le seuil des exigences sécuritaires peut s'analyser selon plusieurs perspectives. On peut y voir la manifestation de l'état protecteur du citoyen, mais à l'inverse il peut s'agir d'une législation visant à protéger les fabricants contre les requêtes éventuelles des usagers. Quoiqu'il en soit, ce qu'il convient de souligner c'est le poids de la dimension sociale sur la définition de la recherche médicale.

Cette importance du social est présente aussi dans le schéma n° 2. Dans ce cas, c'est la maladie qui va être définie à partir des limites de transgression que tolère la société. Dans les deux schémas, ce sont les représentations sociales qui habitent la pensée de sens commun à un certain moment qui vont servir de cadre pour se représenter à la fois la maladie mentale et les moyens d'y faire face. Cependant la flèche n° 2 du schéma n° 4 rappelle que ce sont malgré tout les médecins qui prescrivent, ce qui suppose qu'ils puissent se retrouver dans une certaine approche médicale de la situation. Toute la logique de la formation permanente autour de l'usage des psychotropes (et de façon moindre autour des autres types de médicaments) organisée par les firmes pharmaceutiques en direction des médecins et même aujourd'hui des infirmiers qui travaillent en psychiatrie, visent à les former à cette représentation sociale des médicaments psychotropes.

Le prescripteur, dans le schéma n° 4, n'inscrit pas son acte dans un programme thérapeutique qu'il met en place pour le malade (comme dans le schéma n° 3), il est en quelque sorte porté par «l'air du temps». Mais cette prescription socialisée, le dépossède par le fait même du savoir qui légitimait sa fonction, d'où l'attitude ambivalente, tant des psychiatres que des généralistes d'ailleurs à l'égard de ces médications.

Ce schéma fait apparaître un autre élément important : la direction de la flèche n° 4 qui met le malade en relation directe avec le médicament sans aucun intermédiaire. Nous avons vu en traitant de la notion d'évolution qu'une des caractéristiques des messages qui font connaître les médicaments psychotropes, est qu'ils s'appuient sur les discours des

patients autour du vécu de leurs troubles et non sur les connaissances amenées par la science médicale ou par la clinique. Ce mode de prise en compte de la réalité du patient qui consiste à diriger la représentation des troubles qu'il éprouve vers une solution facilement accessible, en revient à court-circuiter l'influence médicale. Dans ce schéma, le patient apparaît comme un consommateur plutôt que comme un malade, et les troubles dont il souffre le rendent partie prenante d'une société dont il partage et ressent l'anxiété, l'angoisse, la déprime. A travers les « médicaments de société » qui lui sont proposés, il se sent entendu, compris, représenté et même soutenu, soulagé, voire guéri. Il se sent sujet d'un mouvement de masse.

Cet aspect attirant du médicament psychotrope qui en fait un produit de consommation encore entouré de subjectivité et de mystère, non encore complètement banalisé puisque tout le monde en parle (au terme de la banalisation on en parle plus, l'habitude devient naturelle et incontestée), est à rapprocher de l'attrait suscité par les produits illicites (drogues diverses). Comme pour ces derniers, les consommateurs de Prozac ont l'impression de participer à l'expérience de sensations nouvelles. Les produits désinhibiteurs se représentent avec les mots de la culture psychologique qui prônent le développement individuel et la liberté de comportement. Le médicament cesse d'être un remède destiné à soigner une maladie, pour devenir un relais vers une certaine autonomisation du sujet. La personne ne se sent plus malade mais d'une certaine façon valorisée par la prise en compte de ses réactions subjectives.

Ce schéma met en évidence la dynamique des représentations sociales à la fois dans sa phase *d'objectivation* où ce sont les firmes pharmaceutiques qui identifient l'image des troubles mentaux que véhiculent les discours des patients, pour projeter cette image plus globalement dans la société et y faire participer les médecins, permettant ainsi son *ancrage*²⁹ dans un mode de penser partagé par tous.

Si l'on se place sur l'axe vertical, le schéma n° 4, qui est cependant très peu présent dans les exemples que nous avons rapportés (1 seule fois), nous permet de comprendre comment s'intériorise, dans la pensée sociale d'une époque, cette instrumentalité du médicament (comme des autres techniques thérapeutiques). Ce qui apparaît alors au niveau du malade va nous renseigner sur sa façon spécifique de faire l'expérience d'un médicament (en l'occurrence le Prozac) en donnant une forme reconnaissable socialement par tous à l'action du médicament.

Lorsque le médecin prescrit du Prozac à la jeune fille de notre histoire, on peut penser que son objectif est d'utiliser l'effet désinhibiteur de ce médicament. Mais il est difficile pour le thérapeute de savoir l'influence des représentations sociales de cet effet dans l'expérience que la jeune fille va faire de ce médicament. C'est à partir de cette ordonnance de Prozac qu'elle est *ressentie*... par les soignants qu'elle rencontre comme *autonome, se gérant toute seule*..., c'est-à-dire au niveau *culture-esprit*, comme conforme à ce que «représente» la désinhibition pour une jeune étudiante. Sur le plan

nature-corps, elle devient présente au niveau de son corps...*ce qui n'était pas dans ses habitudes...*

La dynamique de ce schéma, qui souligne l'effet représentationnel du médicament, semble peu présente en psychiatrie, du moins dans les secteurs que nous avons étudiés. Mais il serait intéressant de poursuivre cette recherche dans d'autres espaces thérapeutiques.

En conclusion, il convient d'insister sur l'importance de la méthodologie utilisée dans une telle approche. Nous n'en traiterons pas dans le cadre de cette article, mais nous précisons néanmoins que l'objectif que nous nous proposons était de pouvoir rendre aux intéressés le travail produit et que ce retour avait pour nous valeur de validation. Tous ont reçu ce travail avec intérêt, ils y ont trouvé aussi une vision synthétique qu'ils n'avaient pas réussi à construire au niveau de l'équipe.

Pour rendre unanimement acceptable ce regard à distance, nous nous sommes laissés conduire par cette «*attitude phénoménologique*»³⁰ dont parle Georges Lantéri-Laura qui consiste à s'en tenir à la description la plus fidèle de ce que chacun peut rapporter de son vécu de soignant, pour donner ensuite à cette description valeur heuristique, puis mettre en relation tous ces échanges singuliers et rendre ainsi plus compréhensible les comportements des patients. Le fait que ce travail puisse être reçu, sans effort, comme quelque chose *...de normal puisque c'est nous... ...et ça c'est vrai on s'y reconnaît complètement...* offre une première validation. Mais ce niveau essentiel qui permet aux soignants de s'y retrouver et de voir ce qu'ils n'ont pas vu de leur fonctionnement ne nous semble cependant pas suffisant. Pour qu'ils se sentent intéressés et motivés à poursuivre une recherche sur leur pratique, il faut qu'ils y trouvent un plus de sens et un outil qui leur soit accessible pour rendre compte de l'expérience qu'ils font de l'interdépendance des phénomènes. C'est ce que nous avons voulu apporter avec cet essai de mise en structure.

Le retour auprès des soignants des histoires racontées à partir de leurs dires était nécessaire pour préparer la mise en structure, et la perception des interactions. Mais nous avons été très surpris de l'intérêt immédiat suscité par la dynamique des schémas, comme si cette dialectique était à fleur de conscience, que chacun le savait d'une manière ou d'une autre (notamment l'impact du schéma n°1 en psychiatrie et le poids de la demande initiale du malade), mais qu'il manquait d'un outil pour la penser.

* GRASS-IRESICO, CNRS.

¹ Elles s'appuient sur une recherche financée par la MIRE, Biadi-Imhof A. (1996). *Le rôle de la prescription dans la relation thérapeutique. Un exemple dans la psychiatrie de secteur*. Rapport MIRE.

² Médicament et santé mentale, MIRE, mai 1994.

³ Abellio R. (1965), *La structure absolue*, Paris, Idées Gallimard, p. 13.

⁴ *Ibid.*, p. 13.

⁵ *Ibid.*, p. 10.

⁶ Lachaux B., Lemoine P. (1988), *Placebo. Un médicament qui cherche sa vérité*, MEDSI/McGraw-Hill, p. 113.

⁷ Parsons T. (1955), *Eléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon.

⁸ Freidson E. (1970), « L'influence du client sur l'exercice de la médecine », in : C. Herzlich, *Médecine maladie et société*, Paris, Mouton.

⁹ Herzlich C, Pierret J. (1984), *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Coll. Médecine et Société, Paris, Payot. Cité par M. Membrado (1993), « La construction médicale de la relation thérapeutique. Pour une définition des enjeux », *Ethnologie française*, XXIII, 4.

¹⁰ Balint M. (1960), *Le médecin son malade et la maladie*, Paris, PUF.

¹¹ Stern E. (1960), *Le médecin et son patient*, Emmanuel Ville Editeur.

¹² Valabrega J.P. (1962), *La relation thérapeutique. Malade et médecin*, Paris Flammarion.

¹³ Helary J. P. (1987), « Les pratiques thérapeutiques traditionnelles : un monde de connaissance singulier », *Sociologie du Sud-Est Revue des Sciences Sociales*, 51-54 jan-déc. 1987.

¹⁴ Friedmann D. (1981), *Les guérisseurs*, Paris, A.M. Métailié.

¹⁵ Loux F. (1978), « Santé et maladie dans les représentations populaires françaises traditionnelles et modernes », in : *Santé médecine et société*. Colloque International de Sociologie Médicale, Paris, Juillet 1976, CNRS-INSERM.

¹⁶ Favret-Saada J., Contreras J. (1981), *Corps pour corps. Enquête sur la sorcellerie dans le bocage*, Paris, Gallimard.

¹⁷ Laplantine F. (1986), *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot.

¹⁸ Jodelet D. (1989), *Les représentations sociales de la folie*, Paris, PUF.

¹⁹ Moscovici S. (1993), « La mentalité prélogique des civilisés », in : U. Flick (ed.), *La perception quotidienne de la santé et de la maladie, théories subjectives et représentations sociales*. Paris, l'Harmattan.

²⁰ Abellio R. (1965), *La structure absolue*, Paris NRF, Gallimard.

²¹ Nous avons en annexe de cet article tracé une représentation de ces différents schémas. Il est important de s'y référer et de les regarder attentivement pour bien s'imprégner de la logique qu'ils induisent.

²² Cette citation et les suivantes sont tirées des récits des soignants sur leur pratique thérapeutique.

²³ Contrairement à ce que remarquent certains travailleurs sociaux dans les conduites addictives où ils ont l'impression que chaque nouvelle crise est plus forte que la précédente et qu'il y a une sorte de surenchère

²⁴ Biadi-Imhof A. (1989), « Trajectoires individuelles, trajectoires sociales », in : D. Friedmann *Le champ de la santé mentale et les biens de salut*, Paris, rapport MIRE.

²⁵ Friedmann D. (1989), *ibid.*

²⁶ Floch J.M. (1990), *Sémiotique, marketing et communication. Sous les signes, les stratégies*, Paris, PUF.

²⁷ Cité par Cl. Bert dans « Psychotropes : les labos condamnés à l'innovation », *L'Événement du Jeudi*, 23 au 29 mars 1995.

²⁸ Zarifian E., « Les limites d'une conquête », *La Recherche*, 280, Oct. 1995.

²⁹ Jodelet D. (1992), « Représentation sociale », in : *Grand dictionnaire de la psychologie*, Larousse.

³⁰ Lanteri-Laura G. (1963), *La psychiatrie phénoménologique*, Paris, PUF.

CHAPITRE 8

L'USAGE CHRONIQUE DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES : PROBLÈMES D'ANALYSE ET DE MÉTHODE

Philippe Le Moigne*

La recherche quantitative sur l'usage des substances psychotropes bute sur un problème de connaissance évident, sauf à considérer qu'une opération de dénombrement peut défier sans encombre les critères de droit et les principes moraux qui travaillent en amont le relevé des recours aux drogues, à l'alcool ou aux médicaments, et leur divulgation par autrui. Évaluer la prégnance sociale du phénomène, typer la fréquence ou la durée du recours ou bien encore déterminer le profil des consommateurs, oblige à s'engager dans un conflit de légitimités ou, faute de l'apercevoir, à porter un crédit immédiat aux données secondaires disponibles.

Encore ne suffit-il pas de limiter les problèmes de recensement à une question d'échelle ou d'estimation, comme s'il s'agissait simplement de parfaire la mesure d'une pratique bien établie. Les difficultés d'accès aux données masquent en fait un problème de catégorisation plus général : peut-on, guidé par une grille d'ordre pharmacologique, admettre sous une même rubrique l'ensemble des pratiques mobilisant un produit psychoactif au motif que l'exposition à des substrats chimiques de nature similaire implique l'entrée dans un régime d'action spécifique ? Ou faut-il établir dans l'usage et sa qualification sociale, armé d'un diagnostic cette fois de facture plus sociologique, le seul critère permettant de typer et de regrouper les consommations, quitte à les expurger de leur soubassement proprement physiologique ? Les opérations de comptage sont évidemment tributaires des réponses données à ces questions. Dans le premier cas, la tentation est grande de fondre dans un même groupe l'usager épisodique et le consommateur compulsif de drogues, quand il ne s'agit pas d'assimiler le buveur invétéré à l'insomniaque sous hypnotiques, sans voir qu'une telle association enferme les recours et les individus dans un cercle de motivations et de statuts qui de toute évidence ne sont pas comparables. Dans le second cas, l'opération qui consiste à remplacer l'arbitraire des classements pharmacologiques par ceux issus des classifications sociales et de «leur pouvoir de suggestion» peut aboutir à l'excès inverse : l'analyse cherchant à statuer sur le caractère plus ou moins déviant du recours classera les consommateurs en s'appuyant sur le degré de légitimité des comportements qu'ils mobilisent à travers l'absorption ou l'injection du produit. Ce faisant, elle distinguera le buveur du toxicomane, l'usager de cocaïne de l'héroïnoman, laissant la part congrue aux effets physiques et psychiques que de tels emplois sont en mesure de susciter chez les sujets qui choisissent d'en faire l'expérience et qui pourtant motivent une bonne part de leur conduite.

S'appuyant sur une série d'enquêtes relatives à *la consommation des médicaments psychotropes* dans l'agglomération rouennaise, ce texte a pour objet de donner à voir l'ampleur des problèmes statistiques et interprétatifs soulevés par l'investigation sur les drogues quand bien même celle-ci reste limitée à la face légale et sans doute la plus institutionnalisée du phénomène, c'est-à-dire *aux recours qui pour l'essentiel demeurent encadrés par le système de soin*. Notamment, la confrontation des données recueillies sur la base des demandes de remboursement adressées à la CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie), d'une part, à celles recensées par voie de questionnaire auprès de populations potentiellement consommatrices, d'autre part, offre un éclairage saisissant de l'influence exercée par la procédure d'enquête sur l'estimation tant chiffrée que descriptive, voire interprétative, du recours. Les écarts observés commandent une réflexion sur l'objet lui-même : l'utilisation de médicaments psychotropes, qu'on a trop souvent tendance à associer à une sorte de thérapeutique des dysfonctionnements psychosociaux, s'avère en fait à la fois fort répandue et fort diverse si on en juge par la fréquence et la durée des consommations, ou bien encore par les différents contextes (individuels, sociaux et même sanitaires) qu'on peut y associer. Une question exige donc réponse : peut-on en bon droit conclure à l'existence ici d'un «régime» commun de pratiques et, dans l'affirmative, à partir de quelle approche construire une lecture transversale et éclairante du recours aux psychotropes ?

Les investigations commentées ici n'apportent pas une réponse unique, elles permettent néanmoins de comprendre dans quelle mesure la consommation de médicaments psychotropes, telle qu'elle peut être saisie par l'intermédiaire du système de soin, qu'elle soit chronique ou conjoncturelle, cherche à répondre à une sollicitation où la cohérence de la situation sociale, individuelle ou proprement physique est en jeu : un élément à verser à l'arsenal dont disposent les acteurs pour stabiliser ou rétablir leur «politique identitaire», en un mot, se maintenir. Penser l'utilisation des psychotropes en termes rationnels et la substance elle-même comme *un outil du maintien de soi*, l'une et l'autre mobilisées par et à travers le recours, permet d'associer l'objet médicinal, le médicament, doté de propriétés le cas échéant fantasmées mais néanmoins présentes ne serait-ce qu'à titre symbolique, aux dynamiques sociales qui structurent la distribution de la vulnérabilité, de la prescription ou du choix thérapeutique. Cette approche fait donc éclater l'idée d'un recours typé, totalement redevable au produit ou au milieu de consommation, comme elle remet en cause l'interprétation qui tend un peu trop systématiquement à saisir dans ce recours une pratique d'évasion ou une attitude toxicomaniaque. Elle établit plus précisément l'unité de l'objet à *la croisée* des éléments physiques (techniques, médicaux, chimiques, organiques ...) et sociaux (culturels, communautaires, professionnels, territoriaux...) qui décident tout à la fois de la mise en oeuvre de cette rationalité, de son motif et de son déroulement. Cette analyse conduit ici à repérer dans l'environnement immédiat du consommateur, de l'abstinent ou du réfractaire, les éléments biographiques et collectifs qui «règlent» la trajectoire des candidats potentiels au recours (distance, entrée, maintien, retrait, va-et-vient ...) et qui décident à un moment donné - dans l'imbrication des événements rencontrés (déclin social, souffrance morale, douleur mais également effet secondaire, effet iatrogène des

substances ...) et des buts poursuivis par chacun d'eux - de l'usage et de la légitimité qu'ils prêtent au concours de la médecine et des médicaments psychotropes en particulier.

Le traitement des données institutionnelles

Avantages et limites des données de Sécurité Sociale

Les données de la première enquête s'appuient sur le relevé systématique de l'ensemble des ordonnances qui, adressées en 1991 en vue de leur remboursement à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Rouen et aux autres organismes de sécurité sociale, comprenaient au moins un psychotrope¹. Devant l'ampleur de la tâche, seules quatre journées de traitement, c'est-à-dire une par trimestre, ont été retenues, soit au total plus de 7500 ordonnances. Afin de statuer sur la présence effective d'une substance de ce type, on a entrepris avec l'aide de médecins et d'épidémiologues de retenir cinq classes de médicaments qui, considérées dans leur ensemble, sont assez représentatives des psychotropes ; à savoir les neuroleptiques, les anxiolytiques, les sédatifs, les hypnotiques et les antidépresseurs. Dans chacune de ces catégories, on a repéré les médicaments les plus couramment prescrits ; une liste de quarante produits a été ainsi dressée². Bien entendu, cette saisie de la consommation fond dans un même ensemble les demandes de remboursement qui font suite à une absorption réelle du médicament et celles pour lesquelles on ignore si l'achat a donné lieu à une consommation effective³. Aussi, en ne retenant que l'achat effectivement suivi d'une demande de remboursement, gomme-t-on d'emblée l'ensemble des prescriptions qui ne donne pas lieu à une mise en circulation du médicament. Bref, on ne sélectionne que la population dont la probabilité de consommer est la plus forte du fait même de sa proximité au médicament. Cette mesure de la consommation ne peut néanmoins être considérée comme une mesure de la prescription. Il s'agit d'un moyen terme : le moment saisi se situe entre l'achat en pharmacie et le remboursement. On saisit donc au plus près le consommateur accompli et inséré dans le processus institutionnel de soins mais on ne peut s'assurer de l'effectivité de la consommation ni du respect de la prescription.

D'autres limites proviennent des informations livrées par les ordonnances. Ces informations sont moins nombreuses qu'on pourrait le souhaiter. Elles permettent de connaître l'adresse, l'âge et le sexe du patient mais elles ne disent rien de sa profession ni de son niveau d'études. Les limitations introduites par l'absence de la catégorie socio-professionnelle ou des titres scolaires peuvent difficilement être contournées ; elles déterminent un nombre important des essais cartographiques de cette étude qui, faute d'être fondés sur ces données, entreprennent d'en approcher la réalité en décrivant les milieux - pour lesquelles on dispose des informations INSEE - dans lesquels ces consommateurs vivent. Enfin, les ordonnances donnent quelques informations supplémentaires : le prescripteur est connu à travers un code qui permet de distinguer les généralistes des spécialistes. L'adresse du praticien n'a en revanche pas été retenue. Par ailleurs et pour éviter un temps de saisie par trop dissuasif, les chercheurs ont attribué la valeur d'unité à chaque médicament psychotrope inscrit sur l'ordonnance : la

posologie et le nombre de boîtes prescrits n'ont pas été retenus. De la même manière, on connaît le nombre total de médicaments présents sur l'ordonnance, leur coût d'achat ou de remboursement, mais on ne sait rien de la nature des médicaments non-psychotropes également prescrits : là encore, on ne pouvait pas transcrire le détail de la médication et notamment la qualité de l'ensemble des médicaments sauf à s'engager dans une procédure bien trop coûteuse en temps.

Une médication associée

Les feuilles de remboursement livrent deux éléments d'information : d'une part, les psychotropes prescrits ne paraissent pas désigner un état «dépressif» caractérisé, d'autre part, les ordonnances parvenant à la C.P.A.M. traduisent une médication peu spécifique et peu justiciable en l'occurrence d'une lecture réduite à la seule prise en compte des psychotropes. En effet, la grande majorité des demandes de remboursement concerne l'achat d'anxiolytiques et d'hypnotiques ; les antidépresseurs, les neuroleptiques et les sédatifs - censés parer à des situations de crise psychique, d'état de choc, ou de «désarroi» durable - n'occupant qu'une position marginale sur cet axe⁴. Par ailleurs, la fréquence d'apparition de ces différents médicaments est inversement proportionnelle à la longueur et au caractère spécifique de l'ordonnance. Autrement dit, lorsque les antidépresseurs ou les neuroleptiques sont présents, ils représentent respectivement 57 et 54 % de la totalité de la prescription. Si on applique le même raisonnement aux anxiolytiques et aux hypnotiques, on observe des valeurs sensiblement inférieures, de l'ordre de 46 et 42 %.

Ces premiers résultats semblent donc indiquer qu'il s'agit d'une médication non pas orientée mais associée. La désignation d'états dépressifs ou d'une pathologie justiciable d'un traitement organisé sur la base de ces seuls médicaments s'avère assez rare et ne peut être considérée comme caractéristique⁵. Par ailleurs, on constate que les ordonnances les plus spécifiques, c'est-à-dire celles qui contiennent essentiellement ou uniquement des psychotropes, ne peuvent être attribuées à un territoire particulier : leur répartition dans l'espace est relativement homogène. En revanche, la médication associée est en valeur et en proportion beaucoup plus fréquente sur certains espaces, notamment sur la Rive Gauche et le long de la Vallée du Cailly⁶. Soulignons toutefois que 3 % seulement de la population totale d'une zone géographique est comprise dans l'effectif des consommateurs, soit 5 % au plus de la population adulte.

L'âge et le sexe : influence générique et poids relatif

L'enquête confirme, à propos de l'âge et du genre, ce qu'avancent la plupart des travaux effectués en la matière⁷. Environ un consommateur sur deux a plus de 60 ans. Sept fois sur 10, le consommateur est une femme. Le nombre d'ordonnances croît donc avec l'âge et culmine pour les patients âgés de 65 ans. Quant aux femmes, elles représentent parfois 100 % des consommateurs d'une même aire géographique.

Néanmoins, il ne s'agit pas là, hormis la fréquence, de la consommation la plus spécifique : la grande majorité des ordonnances des personnes âgées relève d'une médication associée. C'est plutôt aux catégories d'âge situées entre 29 et 40 ans qu'on peut observer la médication la plus spécifique puisque 55 % des médicaments contenus dans les ordonnances de cette population comprennent des psychotropes. En un mot, le nombre de médicaments, la facture et la valeur du remboursement augmentent avec l'âge mais de tels éléments, s'ils sont inducteurs de coûts, ne peuvent être attribués seulement, loin s'en faut, à la prescription de psychotropes⁸. Ils sont également le reflet de la structure par âge de la consommation de soins.

La prise en compte du genre apporte quelques éléments nouveaux. Près de 2 demandes de remboursement sur 3 concernent des femmes⁹. En outre et cela va de pair avec les précédentes conclusions, les prescriptions revêtent pour elles un caractère beaucoup plus général : les femmes consomment bien davantage de sédatifs et d'antidépresseurs que les hommes. En revanche, si les ordonnances masculines sont moins nombreuses, elles sont également davantage orientées, notamment vers la prescription de neuroleptiques¹⁰. Enfin, si on croise l'âge et le genre, on peut remarquer que la consommation féminine croît dès l'âge de 20 ans. Par ailleurs, si on ne tient compte que des ordonnances féminines les plus spécifiques, on observe un pic vers 40 ans : avant et après cet âge, la fréquence de ce type de prescriptions est moins importante. La structure par âge ne constitue donc qu'une explication partielle ; en tout état de cause, le vieillissement n'est pas inducteur d'une augmentation brute de la prescription par individu.

Variables démographiques ou variables contextuelles ?

Un élément plus déroutant peut être observé dès lors qu'on contextualise ces données. Si l'âge et le sexe étaient porteurs d'une influence générique et totalement discriminante, on ne devrait enregistrer aucune variation de la consommation dans des espaces semblables du point de vue démographique. Or, les communes où le nombre de consommateurs recensés est le plus important ne sont pas nécessairement marquées par une structure à la fois féminine et âgée. Les résultats de *l'analyse écologique* sont ici particulièrement parlants. Cette analyse consiste, rappelons-le, à interpréter en termes individuels un ensemble de propositions portant sur des collectifs¹¹. S'il existe, par exemple, une relation forte entre les variations de consommation et la proportion de femmes présentes dans l'espace, alors on peut raisonnablement conclure à l'existence d'un effet individuel pur, incarné par le genre et peu sensible au contexte. L'analyse, menée au niveau du quartier INSEE, ne révèle pas une telle constante. En un mot, l'effet du genre paraît médié par le milieu. En revanche, l'âge s'avère plus déterminant puisqu'on observe un lien certain entre la présence des plus de 65 ans et le niveau de consommation. L'éventualité accrue d'un accident sanitaire, passé cet âge, expliquerait en grande partie la permanence de ce trait cette fois proprement individuel.

La procédure, étendue à *l'analyse contextuelle*, confirme ces résultats. Ce type d'analyse a pour objet de mesurer l'influence que le contexte social (la structure démographique

des quartiers par exemple) exerce sur les relations observées entre variables individuelles (l'âge, le sexe du consommateur, la probabilité individuelle d'un recours aux psychotropes...) ¹². On observe que la probabilité pour une personne de plus de 60 ans de consommer est toujours supérieure à celle des personnes plus jeunes quel que soit le contexte considéré. Par ailleurs, cette probabilité croît logiquement lorsque les personnes âgées résident sur un territoire où globalement la fréquence de consommation est plus forte qu'ailleurs. Autrement dit, l'influence du cycle de vie est renforcée - jusqu'à 2 fois - par la présence d'une tendance locale à la consommation. Quant au genre, la probabilité qu'une femme soit concernée par ce recours est, à milieu identique, toujours supérieure à celle des hommes. En revanche, on ne peut établir aucun lien réel entre cette probabilité et la progression du nombre de femmes dans le contexte. Paradoxalement, le recours masculin peut, dans certains quartiers, égaler voir dépasser celui des femmes placées dans d'autres milieux. En résumé, on peut dire que le genre explique une partie de la variance de la consommation en deçà d'un certain âge. Passé le seuil de la soixantaine, l'âge informe certainement davantage ce type de pratique. En deçà de cette ligne, la consommation peut être dite en partie féminine. Néanmoins, cela ne suffit pas à faire de ces dimensions, des variables totalement explicatives de la variance de la consommation. En un mot, l'âge et le sexe n'exercent qu'une influence limitée sur les disparités spatiales observées. C'est pourquoi il a paru opportun de rechercher ailleurs, c'est-à-dire du côté des caractéristiques de milieu, les raisons d'une telle distribution.

La consommation en regard de quelques dimensions du statut social et de l'habitat

La distribution spatiale devient beaucoup plus intelligible dès lors qu'on rapporte la consommation à la composition sociale des zones, aux revenus de leurs habitants et à la nature de l'habitat. Une forte corrélation peut ainsi être mise au jour entre le taux d'ouvriers et le nombre d'ordonnances, tous deux évalués à la hauteur d'une zone géographique de 250 mètres de côté. Plus la présence ouvrière est forte, plus la concentration des demandes de remboursement est importante ¹³. En revanche, la présence d'un fort taux d'employés dans une aire ouvrière ne peut pas être associée à une consommation élevée. On ne peut donc accorder aux variables socio-professionnelles une influence *sui generis* ; leur poids dépend plutôt de leurs imbrications concrètes et locales. Un commun dénominateur paraît néanmoins fédérer l'ensemble des corrélations : la présence ou la proximité de zones qu'on peut définir comme les anciens faubourgs industriels est généralement inductrice des consommations les plus fortes. A l'inverse, les quartiers marqués par une présence massive de chefs d'entreprise, de professions libérales ou de cadres supérieurs sont beaucoup moins réceptifs aux différentes combinaisons spatiales, ce, même dans le cas d'une forte proximité aux espaces ouvriers. On peut donc parler d'effets de zones différenciés.

Si on poursuit l'analyse, on observe également une réelle relation entre la consommation de psychotropes et le taux de chômage. Néanmoins, cette corrélation apparaît plus importante pour les zones de chômage médian. En revanche, elle est plus faible pour les

sites caractérisés par des niveaux élevés de chômage. Dans les zones où la crise économique est plus forte qu'ailleurs et les risques de précarisation plus nombreux - si tant est que le taux de chômage suffise à pareille caractérisation - le niveau de consommation tend à décroître. La même chose peut être dite de la distribution des revenus : la consommation croît en raison inverse du niveau de revenu mais la corrélation n'atteint un point culminant ($r = 0,65$) qu'à l'intérieur des zones qui peuvent se prévaloir d'un revenu moyen assez conséquent. En deçà ou au-delà de ce seuil, la relation est moins marquée. La consommation n'est donc pas l'indice ou l'émanation d'une précarité sociale ni d'une médicalisation de l'exclusion. L'étude effectuée à partir de la localisation des bénéficiaires du RMI vient à l'appui de ces observations¹⁴.

La prise en compte des différentes variables servant à décrire l'habitat permet de résumer et d'affiner ce qui vient d'être dit. Les quartiers où la consommation est la plus dense ne sont pas des ZUP, des espaces marqués par les grands ensembles ou les appartements individuels mais plutôt des zones caractérisées par un bâti pavillonnaire ouvrier, ancien et vétuste. Ces logements, qu'ils soient occupés par des propriétaires ou des locataires, ont été pour la plupart construits avant 1949. Plusieurs éléments attestent du caractère vétuste et plus largement de la dépréciation dont semble pâtir ce type d'habitat. Le nombre de logements vacants y est supérieur à la moyenne, les indicateurs de vétusté concernant les sanitaires et le chauffage y enregistrent une valeur inégale, enfin et c'est le corollaire de ce qui précède, la valeur locative de cet habitat est l'une des plus faibles de toute l'agglomération. Il s'agit là des anciens faubourgs industriels, c'est-à-dire des premiers espaces à avoir été touchés par la récession économique, notamment celle du textile, et qui donc ne bénéficient plus depuis longtemps d'une taxe professionnelle susceptible d'enclencher une politique de service étoffée. Par ailleurs, la relative absence de logements sociaux contribue à exclure ces zones des différentes politiques de ré-aménagement et de rénovation de l'habitat. D'ailleurs lorsqu'on tente de rapporter la carte de la consommation à celle des demandes de Prêts à l'Amélioration de l'Habitat, la symétrie est grande, ce qui, encore une fois, semble confirmer l'idée selon laquelle la situation de la population ainsi identifiée est bien le déclassement et non pas l'extrême précarité.

Par ailleurs, l'analyse factorielle signale que le poids de la distribution socio-professionnelle n'est pas réellement linéaire. On observe, à taux d'ouvriers actifs constants, des niveaux de consommation assez différenciés. La présence de cette population constitue un élément explicatif réel mais partiel. En revanche, l'analyse permet d'établir que la probabilité de recours en milieu ouvrier tend à croître de manière significative lorsque la population ouvrière elle-même connaît un taux de chômage supérieur à la moyenne locale et qu'elle doit composer avec une distance sociale (mesurée à la présence d'artisans, de chefs d'entreprise, de professions libérales et de cadres supérieurs) elle-même relativement forte. Le poids du contexte est donc d'autant plus marqué qu'on a affaire à une population ouvrière devant faire face à la fois à une menace de déclassement et à une structure sociale clivée.

Un mode silencieux de réaction au déclassement social ?

Parvenu à ce point, il paraît possible d'établir à partir des informations livrées par les demandes de remboursement un début d'hypothèse interprétative. Dans la mesure où la fréquence de consommation la plus forte, en dépit de la part résiduelle de la population concernée par cette pratique, se situe dans les quartiers les plus directement affectés par le déclassement urbain, le recours au psychotrope semblerait témoigner d'une recherche d'intégration, d'un désir de rester «dedans», quand bien même la communauté d'appartenance est aux prises avec une certaine anomie¹⁵.

En revanche, contrairement à ce qu'on pourrait croire, les territoires des grands ensembles (ZUP), intégrés aux procédures publiques de revalorisation (DSQ) et caractérisés par un habitat social important, des revenus plutôt faibles et des taux de chômage élevés ne se distinguent pas par de forts niveaux de consommation. C'est pourquoi cette étude permet de considérer que le recours au psychotrope constitue une forme spécifique de lutte contre le désarroi et que ce désarroi lui-même n'est pas à mettre au compte d'une accumulation de handicaps.

Une enquête par questionnaire

Afin de mieux cerner la dimension proprement urbaine de cette catégorie de la consommation de soins, on a entrepris de sélectionner 4 quartiers, en veillant à mobiliser chacune des variables censées modifier le volume de la prescription, en vue d'interroger *cette fois par voie de questionnaire* la population résidente sur sa pratique des psychotropes. Le choix de ces sites s'est effectué sur la base d'une analyse à la fois écologique et contextuelle : il s'agissait de déterminer plus avant, en fonction des résultats offerts par la première étude, la liste des facteurs permettant de discriminer les espaces *et* dont on pouvait penser qu'ils affectaient, pour des individus dotés des mêmes caractéristiques mais résidant dans des contextes différents, leur probabilité de consommer¹⁶.

Le choix du terrain s'est porté finalement sur 4 zones de densités ouvrières et de niveaux de consommation - tels qu'ils étaient estimés sur la base des demandes de remboursement - différents. Par ailleurs, afin de donner l'entière mesure de la spécificité des espaces, on a décidé de retenir une échelle territoriale inférieure au quartier : les zones comprennent 1000 personnes au plus, soit 350 logements en moyenne. La passation du questionnaire, conduite en janvier 1996, a été effectuée par 17 enquêtrices. Elle a permis de recueillir 550 questionnaires exploitables. L'objet de cette investigation était double : cerner le profil socio-démographique des consommateurs mais également des non-consommateurs (abstentionnistes ou réfractaires) ; statuer sur la relation apparente entre ce fait de santé et son organisation dans l'espace.

De l'exceptionnel au commun : «tous consommateurs» ?

Estimer par voie de questionnaire la fréquence d'une pratique de consommation oblige à des détours, des «manoeuvres» tant discursives que tactiques, sans garantie réelle de résultats : le répondant sait-il répondre, omet-il certaines informations, ou répond-il «trop bien», ayant cerné avec un réel discernement les attentes des chercheurs, sinon les postures qu'il convient de défendre lorsque chacun est mis à l'épreuve d'afficher une bonne connaissance des codes sociaux les plus légitimes¹⁷. Le problème est ici d'autant plus aigu qu'il est question de pratiques dont le dévoilement peut être compris le cas échéant comme l'aveu d'un échec, d'une position marginale voire déviante. La procédure retenue cherche à éviter pareille stigmatisation : les personnes ont été interrogées à la fois sur leur situation par rapport à l'emploi, leur condition de logement et leur pratique de santé. Sur ce dernier thème, en dehors des questions relatives aux consultations médicales et à la carrière sanitaire, on leur a présenté une liste de 40 marques de médicaments psychotropes, sans que la nature des substances soit explicitement mentionnée, puis on leur a demandé d'indiquer celles qu'elles connaissaient et qu'elles avaient consommées. Ce n'est que plus loin dans le questionnaire qu'on a interrogé les personnes sur leur opinion à l'égard des substances et qu'on leur a demandé de désigner quels étaient, selon elles, les motifs légitimes de recours.

La première surprise provient du fait que plus de la moitié des personnes interrogées déclare avoir consommé au cours de leur vie passée au moins une fois de telles substances. Pour près d'un tiers d'entre elles, ce recours s'est prolongé durant une période continue d'au moins un mois, enfin, 13 % de l'échantillon reconnaît une pratique ininterrompue d'une durée supérieure à 2 ans. Le caractère généralisé de la consommation, entendue dans son sens le plus large, est donc tout à fait criant. Il est d'ailleurs difficile à ce stade de mobiliser une variable permettant de discriminer les populations selon qu'elles sont consommatrices ou abstinentes. Les utilisateurs sont évidemment moins réfractaires à la thérapeutique et accordent un plus large éventail de motifs possibles à sa mise en oeuvre. De même, ils ont tendance à mieux connaître les substances mais encore ne faut-il pas généraliser cet aspect puisqu'on recense également de «bons connaisseurs» qui sont par ailleurs de forts abstentionnistes : ils se recrutent généralement parmi le corps médical, para-médical et les personnels de l'intervention sociale, c'est-à-dire parmi les agents professionnels les mieux informés par leur pratique sur le répertoire des substances et également les plus directement tenus par leur emploi de se positionner par rapport à la prescription. On peut certes montrer que la proximité au système de soin, évaluée sommairement par la fréquence des consultations médicales, constitue une condition nécessairement mobilisée par la consommation. Mais, cette dimension n'est pas suffisante dans la mesure où on peut montrer à l'inverse qu'une fréquentation assidue des cabinets médicaux ne se solde par aucune prescription psychotrope, sinon par aucune médication : dans ce cas, il s'agit des individus les plus directement engagés dans les visites de routine ou de contrôle, spontanées ou telles qu'elles sont suscitées par l'exercice de la gynécologie, de l'ophtalmologie ou de la dentisterie. L'intégration de la filière sanitaire peut donc ne traduire qu'une posture de

prophylaxie, de réassurance ou de prévention, qu'elle émane du patient ou du praticien ; posture qui tend à exclure tout recours médicinal.

En conséquence de quoi, la probabilité de consommer et de consommer durablement des médicaments psychotropes n'est réellement reliée *qu'au diagnostic médical d'un trouble* ; elle suppose une entente minimale entre le médecin et le patient sur la qualification pathologique de l'état organique, psychique ou social du «cas» qu'ils étudient ensemble lors de la consultation. Or, cette éventualité, même si elle implique des étiologies et des diagnostics fort différents selon l'origine sociale des patients, demeure à âge égal trop générale et ne permet donc pas de typer un groupe cible. Il n'est donc pas surprenant de constater également que la sous-population des consommateurs déclare toujours davantage de problèmes d'ordre psychique ou organique. Que ce trait trahisse une réelle habileté à suggérer au médecin ou à l'enquêteur la présence d'un prétendu *pathos* qui masque en fait une attente de sollicitude - une figure renouvelée de l'hypocondrie, ou qu'il renvoie à la manifestation objective d'un trouble, importe peu ici. Ce qu'il faut plutôt souligner c'est la régularité avec laquelle les personnes interrogées lient le recours au dépistage par eux-mêmes ou par autrui d'une difficulté qui doit pouvoir trouver réponse dans la thérapeutique telle qu'elle est sanctionnée par le colloque médical, les indications pharmacologiques, ou par le réseau des proches dans les cas plus rares d'auto-prescription¹⁸. On ne peut donc pas faire dépendre cette consommation, comme il est parfois convenu de le faire, de l'arbitraire d'un médecin transformé à l'occasion en un délivreur habile de pharmacopée : cette consommation s'effectue le plus souvent en connaissance de cause et décrit une sorte d'ordinaire de la pratique. Dans la mesure où la consommation noue une problématique du soi à sa résolution tant médicinale que médicale, il convient de rechercher l'élément qui accroît le plus sensiblement la probabilité de consommer du côté des facteurs qui suscitent une accélération de la carrière sanitaire, c'est-à-dire tout à la fois une augmentation de la fréquence des visites *et* de la probabilité d'une qualification pathologique du Moi. Certains cycles de vie se prêtent évidemment mieux à une telle conjonction, c'est pourquoi l'âge constitue ici un facteur réellement discriminant¹⁹.

L'âge : la sélection des candidats à la consommation

Si on considère le fait de consommation dans sa dimension la plus générale (avoir consommé au moins une fois), on observe que les facteurs démographiques, le sexe et surtout l'âge, sont de loin les plus discriminants. La probabilité pour un individu de consommer croît de manière extrêmement significative lorsqu'il est de sexe féminin et qu'il est âgé (plus de 50 ans). On peut établir par ailleurs que si le genre constitue un élément explicatif assez générique, il est d'autant plus influent qu'on considère les classes d'âge les plus jeunes.

Que faut-il déduire de ce premier constat ? Au moins trois choses : 1) D'abord, comme on l'a déjà indiqué, que la sur-représentation des femmes dans la population consommatrice obéit aux mécanismes sociaux qui sélectionnent les candidats à la consultation médicale ; la distance à l'égard de l'appareil de soins étant en effet plus

importante pour les hommes. 2) Ensuite que, passé la cinquantaine, lorsque la carrière sanitaire de l'individu tend à s'accélérer, la discrimination par le genre s'estompe très sensiblement ; c'est pourquoi il faut attribuer à l'âge, comme on l'avait déjà également fait remarquer, le statut d'une variable autonome, tant à l'égard des facteurs socio-démographiques que territoriaux. A l'inverse, l'effet du genre est lui-même médiatisé par l'appartenance sociale, et notamment par le degré d'inactivité féminine - faisant suite à une période d'activité importante - associé à chacune des catégories socio-professionnelles, ouvrières en particulier. 3) Enfin que l'influence du genre irrigue la consommation dans ses aspects les plus conjoncturels mais qu'elle est de loin dépassée par celle de l'âge dans le registre des recours durables et de l'ancrage thérapeutique. En résumé, la consommation des médicaments psychotropes reflète point par point l'organisation sociale de la consommation de soins en général ; elle est comme elle surdéterminée par la proximité féminine à l'appareil médical et surtout par le lien qui noue la vulnérabilité à la structure par âge de la population.

Par ailleurs, comme on l'a fait remarquer, l'opinion à l'égard des psychotropes est d'autant plus mauvaise qu'aucune consommation n'est déclarée. Il y a donc bien chez les non-consommateurs une part de réfractaires. Mais, en dehors de la congruence que laisse apparaître cette donnée entre le jugement et la pratique, il demeure que l'hostilité déclarée est trop fréquente pour typer réellement une population définie autrement que par le genre ou la proximité aux soins. Néanmoins, cette opposition est moins importante chez les anciens ouvriers : l'augmentation de la fréquence de consommation s'accompagne en effet d'une opinion plutôt favorable. La question demeure de savoir si l'opinion prédispose à la consommation ou si celle-ci «impose» à sa suite «son» jugement, auquel cas s'agirait-il au plus ici d'une adhésion par défaut. L'hypothèse qu'on peut avancer est la suivante : chez les répondants, l'opinion est d'autant plus défavorable qu'ils n'ont pas encore été confrontés à une maladie de type chronique. De ce point de vue, les réfractaires et les abstentionnistes ne se différencient que par l'intensité de leur aversion à l'égard de la thérapeutique. Pour l'essentiel, la répulsion ou l'indifférence notoire pour les médicaments est de leur part d'autant plus facile à exprimer qu'ils n'ont pas été mis en demeure par la maladie de construire une politique de recours²⁰.

Les ressorts sociaux de la vulnérabilité : une explication à la distribution de la population consommatrice

Les variables démographiques opèrent donc l'essentiel de la sélection parmi la population candidate en probabilité à la consommation, que celle-ci soit évaluée de manière extrêmement large (une prise au moins) ou plus précise (un traitement). Elles agissent également, et sur un mode identique à ce qui vient d'être dit, lorsqu'on limite l'investigation aux populations consommatrices. Néanmoins, leur influence est concurrencée ici par l'appartenance sociale des consommateurs. Autrement dit, les facteurs démographiques expliquent l'essentiel de la variance impliquée par *l'entrée en consommation*, et moins *la ventilation statistique des différents consommateurs*, tels qu'ils peuvent être distingués par la durée et par la récurrence de leur recours. Ici, il faut faire jouer la vulnérabilité à la maladie des différentes catégories sociales. Un rapport

étroit lie en effet la hiérarchie sociale tant à la chronicité qu'à la fréquence du recours. Les ouvriers, les manoeuvres en particulier, forment l'essentiel du groupe affecté par «une pathologie handicapante» et faisant un usage chronique des médicaments²¹. On retrouve ici la lecture proprement sanitaire de la consommation mais telle qu'elle est informée cette fois par la distribution sociale de la maladie. Autrement dit, les employés, mais surtout les professions intermédiaires et les cadres, sont d'autant moins des «consommateurs compulsifs» de telles substances qu'ils connaissent en moyenne moins de difficultés organiques sérieuses. A travers ce premier élément, proprement objectif (physiologique ou si on veut organogénétique), transparaissent aussi bien les conséquences particulières des conditions de travail auxquelles sont soumises les différentes catégories sociales que les implications sanitaires de leurs modes de vie, telles qu'elles déterminent en amont leurs probabilités respectives d'être confrontées à la maladie²².

A ce premier élément d'explication s'ajoutent d'autres facteurs, plus résiduels, mais cette fois plus en lien avec *les interprétations sociales du mal être* et des manières d'en déjouer la venue, ou bien encore avec les moyens - tels qu'ils sont mis à disposition des individus par chacun des groupes sociaux - que peuvent mobiliser leurs ressortissants afin de construire *une alternative au recours*. Chez les ouvriers, la probabilité de consommer est d'autant plus importante que la médication psychotrope noue, apparemment sous la forme d'un paradoxe, un système de qualifications souvent hostiles au médecin à un dénuement soudain. Autrement dit, on peut faire l'hypothèse que cette prescription finit par déjouer la rivalité des rapports sociaux, dont la consultation ouvrière constitue l'une des occurrences, lorsqu'elle parvient à réduire le diagnostic - et la relation qu'elle implique - à des causes purement organogénétiques. Du côté de l'ouvrier, le lien qui soude sa représentation du mal et de l'organisme à une sorte de «physique des corps» offre un terrain propice à ce type de qualifications. Mais, cette interprétation est d'autant plus à l'oeuvre de son côté qu'il ne peut plus mobiliser la résistance communautaire offerte par le réseau d'amis - la fratrie - ou par l'organisation associative, et donc opposer à la qualification médicale de sa personne et de sa souffrance une lecture proprement relationnelle, sinon conflictuelle. On constate en effet une relation statistique importante entre l'isolement - évalué par la densité des relations amicales ou par l'affiliation associative - et la prescription. Hypothèse complémentaire : si la liaison statistique qui relie l'inactivité à la consommation est d'autant plus forte chez les ouvriers, les anciennes ouvrières en particulier, c'est que la fin du travail signe chez eux la clôture - souvent définitive - de leur inscription dans le groupe et l'effritement des différentes solidarités acquises à cette occasion. La dimension revêtue ici par le travail, plus exactement par le groupe, le temps et l'espace de travail, agit d'autant plus sur la propension à consommer qu'elle éclate au moment du passage à la retraite, pour les hommes, ou du «confinement social» que suggère le repli sur le foyer pour les femmes lorsqu'elles sont «invitées», souvent aussi bien par l'appareil économique que par leur conjoint, à quitter leur emploi. Cette définition nouvelle de l'espace des possibles accroît bien évidemment l'influence du médecin auprès des membres de la classe ouvrière. Par ailleurs, l'abstentionnisme médical -

souvent prolongé - de ces patients, leur faible adhésion aux normes de la prévention et de la prophylaxie sanitaires, alimentent à l'envi une représentation médicale déjà acquise à la pathologie tant comportementale qu'organique du monde ouvrier. D'autant que la probabilité que le médecin ait face à lui, au moment où il prescrit un psychotrope, un ouvrier qui se définit lui-même pour tout ou partie comme « malade », s'étant résolu à passer enfin le seuil du cabinet, paraît elle-même surdéterminée.

En revanche, la vulnérabilité organique des classes moyennes paraissant bien inférieure, tout comme leur isolement vis-à-vis de leur groupe d'appartenance une fois atteint l'âge de la retraite, la saturation pathologique de la relation tant au médecin qu'à soi-même y apparaît plus rare. Là encore qualification du mal et solidarité sociale vont de pair. On note en effet ici une tendance plus forte à la psychologisation du trouble, c'est-à-dire à une estimation proprement relationnelle des causes du malaise. L'absence d'amis, les événements conjugaux, forment ici l'essentiel des éléments formels qu'on peut associer à la consommation de ces fractions sociales. Ce ressort expurge le diagnostic tant subjectif que médical du registre conventionnel de la pathologie : il l'inscrit dans le cadre plus étroit des difficultés comportementales, de la souffrance morale, des « déchirures de l'âme », bref d'une psychologie sans doute spontanée mais tout également légitime dans ce cadre. Cette caractérisation construit une relation sans malade et sans coupable, le patient comme le médecin dressant sans doute une lecture à la fois plus victimaire et plus individualisée du malaise, sans référence à la sphère sociale ou à l'activité de travail. C'est pourquoi la prescription débouche le plus souvent sur un traitement de courte durée, et la consommation au plus sur une certaine récurrence, et peu sinon jamais sur un usage chronique.

Une nouvelle formulation de l'effet territorial

Régie par les conventions qui structurent la maladie et par celles qui phagocytent la définition légitime du « chagrin », la consommation est très peu sollicitée par l'événement du chômage, la précarisation massive, à moins qu'ils ne soient porteurs d'isolement, d'une rupture conjugale ou d'une somatisation excessive. Ce n'est en effet que passé le seuil des longues périodes chômées (2 ans et plus), qu'un lien paraît se dessiner entre la perte de l'emploi et le recours ; encore ne s'agit-il là que d'un épiphénomène. Ce constat va dans le sens des conclusions livrées par l'analyse des données de sécurité sociale, néanmoins, il grève tout également la crédibilité d'une partie de l'hypothèse du déclin, si on limite celle-ci à la notion de déclassement, c'est-à-dire entre autres au rapport qu'elle serait censée faire apparaître entre précarisation et consommation. De fait, aucune relation n'a pu être établie entre la consommation, jugée en bloc ou à travers ses différents types, d'une part, la perte de l'emploi, l'incapacité à préserver son patrimoine (la vente de la propriété) ou à le maintenir (la vétusté du logement), le fait de devoir affronter une mobilité sociale descendante ou une homogamie peu conforme aux attentes du groupe d'origine, d'autre part. Les consommateurs les plus « assidus » sont le plus souvent propriétaires de leur habitat, dont ils ont d'ailleurs le plus souvent réglé en totalité le coût. Par ailleurs, ils sont très peu concernés par le déclassement puisque ouvriers, ils sont pour la plupart eux-mêmes

filis d'ouvriers, de manoeuvres en particulier. La consommation est donc plutôt associée à une forte reproduction sociale, voire à une ascension relative si on considère la dimension patrimoniale du statut, telle l'accès à la propriété ou la détention d'une épargne.

Toutefois, si on étend la caractérisation du déclassement à la situation d'emploi des enfants, on observe bel et bien une relation entre cette variable et la consommation. Chez les consommateurs, plus est important le chômage des enfants, plus leur recours croît en durée. Naturellement, l'absence d'emploi qui affecte la descendance est d'autant plus massive qu'on dirige l'investigation vers les populations ouvrières. Le déclin se trouve donc bel et bien mobilisé par la pratique de consommation mais, à vrai dire, d'une manière assez peu fidèle à l'influence qu'on lui avait prêtée. La précarisation - qu'on pensait pouvoir déduire de la carte relative à la vétusté du logement, parfaitement accolée à celle de la consommation - n'est en fait que très indirectement influente, si ce n'est par l'intermédiaire des enfants. A cela une raison simple : la vétusté de l'habitat s'avère en fait un piètre indice de la pauvreté des ménages ; elle soulignerait plutôt chez les propriétaires des cultures d'habitat qui diffèrent des normes le plus souvent mobilisées aujourd'hui pour définir le confort.

Au détour, on peut se demander si associer avoirs et dispositifs sanitaires du logement par une relation logique ne trahit pas en fait une sorte d'hygiénisme à rebours. La consommation, surtout dans sa durée, est trop structurée par la maladie pour faire apparaître l'influence propre du logement, sinon sous le mode d'un effet marginal à verser au compte des différents éléments qui rehaussent par surcroît - mais dans quelle mesure ? - la probabilité pour une même personne de contracter une affection sérieuse. La consommation, donc la pathologie organique, sont d'abord travaillées par les conditions de travail, puis par l'inactivité, enfin par les définitions catégorielles qui orientent la légitimité à prendre soin de soi, tantôt vers le sujet et son corps, tantôt vers des dimensions plus externes à la personne. Associer directement la vulnérabilité d'un individu à l'état sanitaire de son logement, revient donc en quelque sorte à appliquer de manière un peu trop directe un raisonnement hérité à la fois de l'hygiénisme et du thérapeutisme ; raisonnement dont la particularité consiste à minimiser la dimension sociale de la maladie, telle qu'elle stratifie à travers l'activité de travail et les normes comportementales du groupe la vulnérabilité des personnes, au profit d'une étiologie purement formelle, physique (organique) ou matérielle (le bâti) du *pathos*.

Néanmoins, on peut mettre en lumière, au-delà de cette constante, un mécanisme proprement territorial, de fait, moins important qu'on l'avait supposé. En effet, le taux - et non plus cette fois le nombre - d'ouvriers effectivement consommateurs dans un périmètre donné, croît lorsque cette catégorie sociale est moins présente et plus hétérogène. Ce phénomène traduit localement dans la plupart des cas une raréfaction numérique de la présence ouvrière, au profit de la classe moyenne, et un déplacement relatif des secteurs d'embauche des ouvriers eux-mêmes, de l'industrie (papeterie, métallurgie, textile) vers les services (transport) ou la construction (le bâtiment). Ce

mouvement implique sans doute, du moins c'est l'hypothèse qu'on peut en déduire, un affaiblissement de la résistance de classe si on considère que ce type d'opposition est sensible tant à la densité du milieu qu'à l'homogénéité de conditions. On peut donc parler ici de *l'influence exercée par le déclassement social de l'espace ouvrier* si on associe à cette formulation, d'une part, une croissance locale de la distance sociale, de l'autre, *un effritement relatif de l'organisation communautaire*.

Par ailleurs, l'appareil de soin qui organise une part des rencontres entre les résidents n'échappe pas sur ces sites à la nouvelle donne sociale. De ce point de vue, le déclassement social de l'espace ouvrier pourrait se traduire par ce qu'on a été tenté d'appeler *un effet de clientèle*. On oublie généralement que la prescription médicale tire son argument non seulement de l'interrogatoire et des indices visuels et tactiles qui l'accompagnent, où d'ailleurs stigmates pathologiques et stigmates sociaux finissent pour partie par se confondre, mais qu'elle est également sensible aux normes que finit par imposer au jugement du médecin la stratification spécifique de sa clientèle. Là où les ouvriers, moins nombreux, sont également moins en mesure qu'ailleurs d'imposer par leur venue massive dans les cabinets une représentation homogène des publics, une discrimination prescriptive - se soldant par l'ordonnance plus fréquente d'un traitement - paraît mobilisée par le médecin à leur égard. Ce phénomène affecte également les membres de la classe moyenne lorsqu'ils résident dans des quartiers où la consultation ouvrière «donne le ton». *L'imbrication de l'effet prescripteur*, toujours mobilisé dans la mesure où la médication implique toujours peu ou prou une lecture du trouble informée socialement, *et de la configuration sociale du site* expliquerait ainsi la relative surconsommation des ouvriers dans les quartiers où leur présence est pourtant moins massive et, à l'inverse, celle des employés et de professions intermédiaires des « fiefs » ouvriers. Toutefois, l'effet clientèle ainsi décrit, à travers lequel on pointe en effet la dimension proprement contextuelle et donc territoriale de la pratique, ne doit pas faire illusion : la consommation est d'abord structurée par l'âge, ensuite, par la distribution sociale du *pathos*, enfin seulement, par le rôle qu'on peut prêter à l'évolution des agencements sociaux qui spécifient chacune des configurations territoriales.

Conclusion : écarts d'appréciation, problèmes d'interprétation

La consommation de médicaments psychotropes : catégorie pratique ou pratique de milieu ?

Une des questions peu résolues par ce travail, même si elle est sans doute mieux approchée maintenant, concerne la qualification du fait de consommation : à partir de quels éléments, sur la base de quelles durées ou de quelles fréquences, diagnostiquer l'existence d'une telle pratique ? Si le fait d'avoir ingéré au moins une fois un médicament psychotrope suffit à pareille caractérisation, alors il s'agit d'une pratique extrêmement peu typée - un fait ordinaire. Si on étend la durée de consommation à une dizaine de jours, ou sa fréquence à quelques prises, tout en ignorant les recours à la fois prolongés et durables, on obtient bien en fait un premier élément de différenciation sociale : en effet, si on borne ainsi la pratique, la consommation paraît monopolisée par

les classes moyennes, et par une définition essentiellement relationnelle du trouble. En revanche, si on décide de ne retenir que les dimensions les plus chroniques du recours, on associera volontiers l'usage des psychotropes à une particularité de la pratique ouvrière, et à l'incidence des dérégulations organiques et de l'isolement social. L'énoncé de ces différents points de vue n'est pas seulement théorique, il dépend également du choix effectué en matière de recueil des données.

Le corpus construit sur la base des feuilles de remboursement tend à sur-estimer les recours chroniques, d'abord, parce que les consommations conjoncturelles se prêtent davantage à l'auto-médication, ensuite, parce que les personnes en traitement - par la récurrence des visites et des prescriptions qu'implique cette forme de prise en charge - ont une probabilité bien supérieure d'intégrer l'échantillon ainsi constitué. De ce point de vue, la première étude, essentiellement basée sur ce corpus, ampute l'estimation du recours d'une part non-négligeable des pratiques occasionnelles, partant, elle sous-estime l'usage propre aux classes moyennes. Quant au questionnaire, il tend peut-être à noyer sous la rubrique générique du fait de consommation des pratiques en fait peu comparables : qu'y a-t-il de commun entre un recours exceptionnel, proche de «l'essai thérapeutique», et la prise quotidienne d'un médicament ? Cette procédure n'est-elle pas d'une certaine manière victime d'un intérêt excessif pour l'objet ?

Le débat sur les psychotropes, fondé sur une alternative un peu sommaire entre recours ou abstinence, paraît à l'issue de cette recherche sonner un peu creux, tant ce fait de consommation paraît à la fois ordinaire et hiérarchisé. Il reste néanmoins que la dénonciation de la pratique, tout aussi virulente que désincarnée, risque de stigmatiser surtout les consommations qui sont parmi les plus visibles parce que les plus contraintes : l'individu en traitement, le plus souvent suivi également pour une pathologie chronique, doit faire face à une réelle réduction de son espace de choix, de son autonomie aussi bien physiologique que sociale, sans pour autant pouvoir esquiver - à la différence du consommateur ponctuel qui a réussi à maintenir son usage tant secret qu'exceptionnel - le jugement du médecin ou du pharmacien qui lui délivre les substances à période échue, celui de l'ami ou du parent qui indique au détour son mépris pour «la chimie de l'esprit». Implicitement, la critique du recours met en demeure de répondre aux attaques implicites, aux remarques désobligeantes, aux regards désapprobateurs, ceux que contribue surtout à visibiliser le système de soins : en l'occurrence, le plus souvent des ouvriers ...

Une figure du souci de soi : aux origines d'une fixation technique de l'identité

Mais, par-delà les problèmes relatifs au dénombrement et à l'identification des ressorts sociaux de la consommation, on aperçoit qu'une des questions essentielles posées par ce type d'investigation porte sur la pertinence de l'objet lui-même. Le recours aux drogues, qu'il s'agisse des médicaments ou des substances interdites, définit-il un objet possible, c'est-à-dire une entité pratique suffisamment cohérente et limitée pour suggérer une interrogation de recherche spécifique ? La réponse est négative si on s'en tient à une des dimensions seulement mobilisées par la pratique : la diversité des produits d'une part, la

multiplicité des usages de l'autre, doivent dissuader de fonder aussi bien dans une approche purement pharmacologique que dans une lecture limitée à la qualification sociale de la consommation l'origine d'une catégorie particulière du questionnement sociologique. En revanche, accorder aux psychotropes le statut de substance identitaire, c'est-à-dire d'un substrat dont la particularité ne réside pas tant dans sa capacité d'exprimer en autrui la condition sociale de son utilisateur que dans cette qualité quasi mécanique par laquelle il agit directement au stade de la construction tant physique que subjective du sujet, permet de tenir ensemble semble-t-il les caractéristiques à la fois physiques et collectives du recours. La critique des termes du débat public consacré aux médicaments psychotropes, telle qu'elle peut être conduite sur la base des résultats de recherche présentés ici, offrira peut-être une illustration plus nette d'une telle approche.

Le diagnostic d'une consommation croissante de médicaments psychotropes s'accompagne en France d'une série d'explications dont les logiques se répondent pour dénoncer tantôt le geste médical, et à travers lui la sur-prescription, tantôt l'illusion d'une thérapeutique du malheur social, et par son biais, les dangers d'une médicalisation de la précarité. Selon cet argument, le traitement par les substances des problèmes sociaux, en dehors d'être parfaitement vain, aurait pour effet contre-productif de décupler les situations d'assuétude aux produits. Ainsi, la fréquence des recours de longue durée, voire chroniques, pourrait être lue rétrospectivement comme l'indice d'une incitation massive, offerte par la technologie pharmaco-médicale, à l'entrée des «pauvres» en toxicomanie²³.

Or, les investigations dont on a mentionné ici certains des résultats ne permettent pas d'abonder dans le sens d'un lien naturel entre pauvreté et «manies chimiques». Comprendre un tel écart exige d'aller plus loin qu'un simple constat empirique ; l'argumentaire d'une intoxication des pauvres doit faire place à une autre perspective d'explication. D'abord, il paraît salutaire de rétablir la dimension objective, rationnelle si on veut, de la consommation et des médicaments en particulier. Ce recours ne peut être réduit à une réponse dénuée de fondements : il est porteur de ressources propres, il s'accompagne de logiques et de rationalités, il est lui-même susceptible de s'établir en *cause*. Cela revient à dire que la consommation prend place parmi «une constellation» d'investissements, d'objectifs, de règles comportementales, d'événements et de solutions, qui forment un tout imbriqué : la pratique ne décrit pas nécessairement la face compensatrice d'un univers subjectif désorganisé ; elle est, au même titre que d'autres modes d'action, *l'un de ses éléments organisateurs : son emploi dépend des objectifs visés par l'individu et donc des effets attendus* d'une telle médication. De cette perspective peut se déduire une implication simple : la durée du recours, sa chronicité, ne décrivent une pratique de type toxicomaniaque qu'à condition qu'elles s'inscrivent bel et bien dans la poursuite d'un jeu addictif ; or, si cette possibilité constitue l'une des ressources offertes par les substances, elle ne signale en aucun cas l'aboutissement obligé d'une prise prolongée de médicaments ni sa seule vocation²⁴.

Cette révision permet de situer différemment la consommation : elle se place au carrefour de parcours individuels (ascension, déclin, isolement, intégration d'un nouveau collectif...), de placements et de ressources (thérapeutiques mais également matérielles, professionnelles, familiales, politiques...), et enfin de cultures de recours qui structurent les moyens et les buts légitimes qu'il convient d'utiliser ou de réaliser. De ces imbrications se déduit tout également *un réel travail d'acteur*, voué à la construction de ce qu'on pourrait appeler *une formule de l'être*. Ce travail prend appui sur un matériau composite, situé dans le temps, associant une configuration de ressources disponibles à des logiques d'action apprêtées, toutes deux également travaillées par la succession des événements auxquels participe l'individu et qui déterminent en retour la pertinence des moyens et des solutions qu'il peut mobiliser : *une politique subjective*.

Le problème d'un bon nombre d'analyses est qu'elles statuent toujours par la négative sur les vertus intrinsèques de l'addiction elle-même ou plus généralement du recours aux psychotropes. Celui-ci est toujours réduit à une réponse ; il forme le point émergent d'un mouvement plus général, d'une série d'épisodes dont il constitue la conclusion. Or, *un tout autre point de vue consiste à inverser le propos et à établir l'addiction ou la consommation de psychotropes en ressources, appelant des rationalités particulières*. En pointant cette pertinence, on se donne l'occasion tout aussi bien de « rapatrier » l'addiction dans la sphère des modèles d'action mobilisables par la pratique - on la normalise - que de la comparer avec d'autres conduites qui s'en rapprochent mais qui ne sont pas de nature nécessairement identique : on veut parler entre autres des comportements associés à l'usage chronique des médicaments psychotropes.

La consommation de médicaments, lorsqu'elle est associée au système de soins, trahit plus volontiers une formule du maintien de l'identité, d'une totalité subjective tant physique que sociale, qu'une effusion subjective. Le rapport négocié avec le médecin paraît indiquer que ce type de consommation contient bel et bien une forme de contractualisation. La prescription de médicaments signe, du côté du patient, l'aboutissement d'une recherche d'autonomie pour partie déléguée au praticien, à qui il est reconnu une part de savoir et un droit de contrôle légitime sur la délivrance des produits. Si on mesure donc l'usage des substances par l'effet qu'il imprime sur l'environnement immédiat, on est donc enclin à penser qu'il façonne un recours, une interaction, *qu'il sert de médiation à une forme de construction collective*, induisant une entente minimale entre les interactants. On est donc loin d'une pratique d'addiction : dans ce cas, l'usage du produit organise également une médiation mais d'un tout autre genre dans la mesure où il noue dans de nombreux cas les conditions d'un échange impossible, d'une dénégation réciproque de l'autre ; bref, l'évitement du contrat.

Quelques pistes possibles

Il manque néanmoins pour étayer un tel point de vue un certain nombre d'informations de nature plus qualitative. On peut indiquer quelques voies à suivre. Notamment, il resterait à connaître le rôle et les réactions de l'entourage immédiat du consommateur.

Mais, selon toute hypothèse, cette forme de consommation ne paraît pas là non plus organiser un jeu sans fin d'admonestations et de commisérations dans la mesure où elle demeure reliée à une pratique de totalisation extérieure à sa dynamique : en recourant à l'offre médicale, le sujet affirme son intention de se maintenir ou de faire face aux épreuves qui «minent» momentanément ou durablement les différentes démarches d'appropriation ou de projection qu'il a pu concevoir par le passé. Là encore, cette «extériorité» doit permettre de relativiser le lien qui relie l'usage - y compris chronique - de médicaments au diagnostic d'une dépendance qualifiée. Si cet usage peut contribuer pour l'entourage à faire apparaître *une nouvelle formule de l'être* sous le sceau d'un individu-sous-médicaments, il ne peut néanmoins y enfermer complètement le sujet au motif qu'il cherche lui-même à revendiquer par ce recours une certaine continuité avec lui-même, c'est-à-dire finalement, le partage d'une certaine communauté de vues avec son milieu.

Une conduite addictive inclut une hiérarchisation des pratiques au profit des placements immédiats : la consommation instantanée de la substance, la réalisation *per se* d'une conduite à risque... Elle se constitue en tropisme pratique grâce et par la substance. Mais, la consommation des mêmes produits peut très bien être également associée à des placements différés : l'accumulation (l'épargne, la propriété), la lignée (la descendance, la famille), la réussite sociale (professionnelle, statutaire), l'action collective (l'engagement politique, le mouvement social) ... Ici, la hiérarchisation des placements s'opère au bénéfice d'éléments alternatifs, étrangers à la consommation de drogues ou à la prise volontaire de risque. De telles activités délivrent plutôt des ressources susceptibles de maintenir une ou plusieurs des formes de capitalisation, temporairement menacées ou définitivement taries par le deuil, la maladie ou la précarisation ... On doit donc toujours rapporter cet emploi aux rationalités auxquelles il s'associe. Pour comprendre la nature du recours, on doit chercher à restituer pour chaque individu la configuration de ses placements (descendance et solidarité familiale, action collective ...), c'est-à-dire des rationalités alternatives qu'il peut mobiliser *et* auxquelles il accorde une valeur égale.

Par ailleurs, connaître la nature de ces placements n'est pas suffisant ; il faut chercher également à comprendre comment le recours aux psychotropes s'imbrique avec eux, leur relation, leur hiérarchisation. Cette nécessité demanderait qu'on étende l'investigation aux rapports que l'acteur entretient à l'égard d'autres produits psychoactifs (alcool, drogues ...) ou d'autres activités susceptibles de donner lieu à une addiction. Pourquoi un tel intérêt ? Parce qu'il n'y a pas de raison de penser que la relation que le sujet entretient avec le médicament soit particulièrement différente de celles qu'il établit avec d'autres substances ou d'autres activités à risque. Prenons l'exemple des polytoxicomanies et de leur lien avec la dépendance : un même individu peut fumer, jouer et boire plus-qu'il-ne-faudrait, recourir aux médicaments psychotropes, sans pour autant qu'une telle masse critique d'inclinations aboutisse, par un effet de cumul, à une pratique comparable avec la dépendance à l'héroïne et à ses différents substitués. Dans ce cas, il faut en effet savoir si l'individu a cessé de se

conformer à la logique des placements différés pour entrer dans le cercle de la dépendance. A l'inverse la prise de médicaments peut très bien à un moment donné servir de supplétif à une pratique toxicomaniaque rendue momentanément impossible, par le marché, par une interpellation... Ici, le médicament - le « cacheton » - entre dans l'économie d'un placement totalisant, étranger à toute projection durable dans le temps : le recours est compris dans l'objectif qu'il réalise²⁵.

Un autre élément mérite d'être considéré : il concerne les conséquences attendues de la pratique. Quelles réactions par exemple la pratique médicale provoque-t-elle ou cherche-t-elle à provoquer dans l'entourage immédiat (les parents, les amis, le médecin) mais également dans l'environnement (le voisinage, les relations professionnelles ...) ? Il faudrait déterminer ici quelle est l'intention première que l'individu place dans le recours : la recherche de l'isolement momentané, propice au rétablissement d'activités ordinaires ; la performance, c'est-à-dire l'attente d'une capacité d'action décuplée ; la différence, autrement dit, le maintien d'une identité menacée par la transformation du potentiel individuel ou du contexte d'action ; ou bien encore, l'évitement du compromis et de toute forme de projection ou d'appropriation. A ce sujet, il faudrait veiller à rétablir la forme des jeux de négociation auxquels participe le sujet, tant avec le monde médical qu'avec l'ensemble de ses interlocuteurs quotidiens : la prescription de médicaments a-t-elle pour objet d'établir ou de maintenir un compromis, de stabiliser une rivalité ; introduit-elle au contraire une relation de connivence (culturelle, catégorielle) entre le médecin et le patient ; enfin, décrit-elle une relation purement instrumentale vouée à satisfaire un objectif personnel, extérieur au recours, ou à l'inverse purement limité à la délivrance de substances psychoactives, comme ce peut être le cas dans une situation où le sujet sollicite le médecin en vue de contenir ou de satisfaire sa dépendance aux substances ? Sans trop présumer d'analyses qui restent pour la plupart à conduire, on voit bien toutefois que dans chacun des cas les conjonctions spécifiques qui relient le produit à un contexte relationnel particulier signifient sans doute des manières différentes d'assurer, à travers les formes physiques que constituent les substances, son rapport à l'identité.

Enfin, il faudrait s'attacher, mieux qu'on a pu le faire dans cet espace, à restituer par-delà les motivations des consommateurs les gestes et procédures mobilisés par la consommation elle-même. Rapporter l'usage à une technique du maintien de soi suppose d'envisager qu'un certain nombre d'opérations mentales et sensorielles découlent nécessairement de l'absorption du produit. Ce travail ne s'organise pas seulement sur la base des apports relationnels que la prise en charge médicale est susceptible de livrer en contrepoint de l'isolement social du patient ; il implique également un certain nombre de modifications, liées à la prise du produit, dans les manières de faire sens pour soi-même à travers son corps, sa perception de l'espace ou d'autrui. Cette phénoménologie du recours implique une saisie fine du rapport que l'ingestion de la substance noue concrètement, matériellement, avec le souci de continuité biographique : suspension du temps, constitution d'un espace protégé des définitions « parasitaires de la réalité », sélection et remodelage des représentations ...

autant de recompositions qui ne peuvent être aisément réduites aux fonctions - organiques ou psychiques - que la thérapeutique est censée remplir. Cette alchimie, dont la sociologie s'est encore peu saisie, invite à une réelle interrogation sur la relation particulière qui lie ici le sens et le ressenti, les manifestations du corps et celles d'autrui, dans le sens d'une continuité acquise ou, si on veut, d'une fidélité à soi-même.

Chercher à identifier les consommateurs, leurs trajectoires, les modes particuliers de recours que traduisent chacun à leur manière l'emploi médicinal des ouvriers, celui des ressortissants de la classe moyenne, sans gommer ni la dimension spécifique des produits ni la rationalité qui en accompagne l'usage, constitue un premier pas vers une orientation de recherche à la fois respectueuse de l'objet et de ceux qui s'en emparent. Cette posture oblige à une révision des habitudes de pensée. Trop souvent encore, le repérage des causes externes à la consommation trahit implicitement la volonté d'associer le choix psychotrope, soit à une anomalie de comportement, soit à la marque résiduelle d'une appartenance sociale. En indiquant que le recours ouvrier est d'autant plus durable que le maintien de l'identité aussi bien catégorielle que subjective ne peut plus prendre appui sur l'espace communautaire, tant mobilisé par cette tâche dans le passé, en indiquant également que cet emploi solidifie plus qu'il n'entame le niveau d'intégration des personnes, on donne à voir quels sont les termes de ce programme. Celui-ci porte moins sur l'identification des carences qui précéderaient l'emploi des produits et qui justifieraient en retour son classement parmi les conduites pathologiques ; il concerne plutôt le dénombrement des éléments - des conditions individuelles et sociales - qui, à un moment ou un autre, décuplent, tarissent ou maintiennent chez le sujet *l'attrait pour cette autre rationalité d'action* qu'enferme le recours aux substances et *l'aperception d'une alternative* rendue possible par son concours.

* Laboratoire d'Etude et de Recherche Sociales, IRTS-HN

¹ La CPAM ne traite pas l'ensemble des demandes de remboursement. Les mutuelles assurent également pareille opération. En plus des feuilles de remboursement adressées à la CPAM, on a donc dû analyser les feuilles maladies des principales Mutuelles rouennaises ; à savoir celles de la MGEN, de la MGPTT, de la SLI (autres fonctionnaires) et de la CMR (artisans et commerçants). La seule mutuelle importante délaissée fut la mutuelle agricole ; les agriculteurs étant quasiment absents de l'aire d'étude.

² Cf. G. De Ridder, C. Legrand, P. Le Moigne, *Carte noire pour nuits blanches : la consommation de médicaments psychotropes dans l'agglomération rouennaise. De l'analyse spatiale aux comportements de santé*, (en collaboration avec M. Bussi), Rouen, LERS/MTG/PIR-Environnement, 1993.

³ De fait, un nombre important des prescriptions ne donne lieu à aucun achat. En effet, selon certaines études, cette forme de non-observance concernerait 25% des prescriptions. Par ailleurs, près de 40% des consommateurs effectifs avouent la plupart du temps modifier la médication et notamment la posologie. Cf. N. Fineman, «The social construction on noncompliance : a study of health care and social service providers in everyday practice», *Sociology of health and illness*, vol.13, n°3, 1991, p. 354-374.

⁴ Plus précisément, le nombre total d'items relevés pour chacune des catégories de médicaments se répartit comme suit : les anxiolytiques (4800), les hypnotiques (3000), les antidépresseurs (1500), les sédatifs (500) et les neuroleptiques (400).

⁵ Ainsi, lorsqu'un antidépresseur est présent sur une ordonnance, dans 62% des cas, les autres médicaments également prescrits appartiennent à la catégorie des psychotropes. En revanche, ce redoublement ne concerne que 40% des ordonnances qui comprennent un anxiolytique. Enfin, la majorité des ordonnances ne comprennent, parmi les médicaments prescrits, qu'un psychotrope.

6 La Vallée du Cailly traverse les communes de Déville-lès-Rouen, Maromme, Notre Dame de Bondeville, Le Houlme et Malaunay.

7 Cf. E. Holme Hansen, «How widely do women and men differ in their use of psychotropic drugs : a review of Danish studies», *Journal of social and administrative pharmacy*, Vol. 6, 1989, p. 165-183. J. Hendricks, T. P. Johnson, S. L. Sheahan and S. J. Coons, «Medication use among older persons in congregate living facilities», *Journal of geriatric drug therapy*, Vol. 6, 1991, pp. 47-61 et N. Guignon, P. Mormiche et C. Sermet, «La consommation régulière de psychotropes», Paris, INSEE-SESI- CREDES, 1994.

8 Si on mêle fréquence et spécificité, l'âge moyen du consommateur est de 56 ans et son ordonnance comprend 3 psychotropes au moins. Quant à l'âge moyen des personnes dont les ordonnances sont exclusivement liées à la prescription de psychotropes, éventualité somme toute assez rare comparée à l'occurrence de la médication associée, il est égal à 48,6 ans.

9 Les Françaises ont un meilleur accès que les Français à la santé et aux progrès sanitaires. Cf. O. Choquet et B. Morel, «La santé en France, un secteur en mutation», in *Données Sociales*, Paris, INSEE, 1990. Le facteur explicatif le plus couramment évoqué, mais aussi contesté, est que le suivi de la contraception, de la maternité, de la santé des enfants induit une meilleure proximité des femmes envers l'offre médicale. Des hypothèses interprétatives s'imposent ici. Les femmes ne sont pas surmédicalisées parce qu'elles vont plus mal, elles sont davantage médicalisées parce qu'elles s'autorisent, et sont autorisées culturellement, à reconnaître des symptômes et à aller en demander «la légitimation par le médecin». Cf. N. Dodier, «Les événements corporels dans les activités de travail», *Revue Française de Sociologie*, XXVII, 1986 ; N. Lefaucheur et G. Falconnet, *La fabrication des mâles*, Paris, Le Seuil, 1975 et G. De Ridder, *Du côté des hommes : à la recherche de nouveaux rapports avec les femmes*, L'Harmattan, 1982.

10 Pour cette catégorie de médicaments, la prescription masculine s'élève à 40%.

11 A propos de l'analyse écologique, on peut consulter R. Boudon, «Propriétés individuelles et propriétés collectives : un problème d'analyse écologique», in R. Boudon et P. Lazarsfeld, *L'Analyse empirique de la causalité*, Paris, La-Haye, Mouton, 1966, p. 233-247.

12 A propos de l'analyse contextuelle, on peut consulter J. Davis, « Effets de composition et survie de groupes », in : R. Boudon et P. Lazarsfeld, *ibid.* p. 181-187.

13 Cette étude reste, rappelons-le, tributaire d'informations manquantes. En effet, il conviendrait de comparer la composition sociale - qui nous est inconnue - de la population des consommateurs de psychotropes avec les données connues sur la population du territoire où elle réside. Pour l'instant, on peut affirmer que les territoires à forte présence ouvrière sont des zones de forte consommation de psychotropes ; mais on ne sait pas si les consommateurs saisis par les ordonnances sont eux-mêmes ouvriers.

14 La relation entre RMI et consommation est très faible. Cette observation reste toutefois d'une portée limitée dans la mesure où la spatialisation des ayants droit exprime une trop grande dispersion pour rendre compte à elle seule ou de manière conjointe des disparités territoriales observées.

15 On pense ici au travail de J. P. Castelain sur l'opposition entre alcoolisation intégrative et alcoolisation anomique chez les dockers du Havre. Cf. J. P. Castelain, *Manières de vivre, manières de boire : alcool et sociabilité sur le port*, Paris, Ed. Imago, 1989.

16 Cf. P. Le Moigne, *Territoires en déclin et consommation médicale : le psychotrope, une gestion ouvrière du désarroi urbain?*, Rouen, LERS/PIR-Villes, 1996.

17 D'autres stratégies, comme celles consistant à faire réagir les personnes sur l'organisation de leur pharmacie familiale en vue d'aborder indirectement la question des médicaments psychotropes, offrent l'avantage de n'imposer qu'au détour la thématique de recherche à la population enquêtée. C'est là l'un des aspects de l'observation conduite par C. Haxaire *et alii*. Voir leur article dans le même volume. Mais, si les informations ainsi recueillies incluent sans doute une plus grande part de vérité, elles se prêtent plus difficilement à une opération de comptage, de recensement en particulier.

18 La quasi-totalité des consommateurs fait dépendre le recours de la délivrance de médicaments telle qu'elle est encadrée par le médecin et le pharmacien. Cette démarche consacre, à travers la figure de l'omnipraticien, l'expertise de la médecine généraliste, de la médecine organique, du soin de proximité et des relations durables. Très peu de recours sont exclusivement liés aux modes plus informels de mise à disposition du médicament, qu'on songe à ceux éventuellement assurés par les proches ou par les réseaux de revente, ce qui ne veut pas dire qu'une fois acheté en pharmacie le médicament soit consommé conformément à l'ordonnance, à la posologie, ou qu'il ne soit pas réutilisé de manière sporadique.

19 Ce qui ne veut pas dire que les non-consommateurs se portent nécessairement mieux. Tout juste s'agit-il d'indiquer ici que l'absence de recours sanctionne chez eux une situation sanitaire, individuelle ou

sociale, dont les aspects les plus problématiques sont demeurés à l'écart d'une traduction publique, en l'occurrence médicale. Bien entendu, l'éventualité de ce «silence public» est d'autant plus forte que l'individu peut compter sur une solidarité d'ordre privé et minimiser la résonance proprement sociale des troubles, incidents et autres accidents qui jalonnent son parcours tant professionnel, intime que médical, et qui naturellement tendent à s'accroître pour une part d'entre eux avec l'âge.

20 Cette explication est d'autant plus probable que l'échantillon se prononce très rarement en faveur des médecines alternatives ou des prises en charge de type psychologique. La dénonciation de la thérapeutique ne trahit donc pas ici une posture - cognitive et pratique - acquise à la cause d'un recours concurrentiel, sinon conflictuel. C'est plutôt l'événement traumatique, et en l'occurrence la probabilité d'y être confronté, qui structurent la distribution des jugements.

21 Il est difficile en l'occurrence de connaître avec exactitude la nature des pathologies organiques associées au recours. Une seule certitude : les usages chroniques s'inscrivent dans un ensemble thérapeutique large où le médicament psychotrope décrit une composante seulement de la panoplie médicinale. A ce stade, la multiplication des troubles, leur enchaînement, accordent à la thérapeutique psychotrope à proprement parler un statut et une fonction qu'il est difficile de restituer : s'agit-il de parer aux désagréments physiques induits par une anomalie organique, un dysfonctionnement handicapant plus lourd ; s'agit-il de compenser l'effet secondaire des autres substances utilisées ; ou, s'agit-il de réguler l'humeur du sujet «pris» par sa maladie ? De ce point de vue, le découpage souvent utilisé pour décrire les modes de prise en charge associés à la médication psychotrope, par lequel on distingue les usages affectés aux troubles psychologiques des recours relatifs aux affections organiques, ce découpage éclate tant la thérapeutique paraît prise dans l'enchaînement des événements sanitaires, des diagnostics et des interprétations qui fixent à un moment donné le sens aussi bien cognitif que sensitif que le sujet a de lui-même ou que le médecin veut bien lui prêter. On peut penser toutefois que dans un contexte de «profusion médicinale», l'emploi de produits psychoactifs bénéficie d'une certaine dédramatisation dans la mesure où il est lui-même «aspiré» par la spirale de la qualification pathologique du Moi. Autre manière d'indiquer comment sans doute la figure de la maladie, au-delà d'un seuil, favorise un surcroît thérapeutique et donc probablement une «sur-prescription» de médicaments psychotropes.

22 Ces résultats confirment les analyses consacrées notamment à la consommation des hypnotiques : celle-ci tend en effet à croître lorsque l'âge de la retraite approche et que l'entrée dans ce nouveau cycle de vie fait suite à une carrière professionnelle fortement marquée par le décalage horaire, c'est-à-dire les trois-huit ou le travail alterné en équipe. Cf. A. Touranchet *et alii.*, «Santé, travail et âge. Résultats de l'enquête Estev 1990», *Actualité et dossier en santé publique*, n° 15, 1996, p. 18-24.

23 On reprend ici certains des éléments de conclusion de l'analyse menée conjointement par l'INSEE et le CREDES. Cf. N. Guignon, P. Mormiche, C. Sermet, *La consommation régulière de psychotropes*, *op. cit.*. Indiquons toutefois que les conclusions de cette étude ne peuvent être réduites à l'interprétation qu'on mentionne ici ; celle-ci se déduirait plutôt des commentaires que cette recherche a suscités dans la presse.

24 On pense ici aux analyses d'Alfred Lindesmith qui tendent à montrer que l'usage prolongé des morphiniques dans le cadre hospitalier ne se solde qu'exceptionnellement par une assuétude caractérisée. Cf. A. Lindesmith, *Addiction and Opiates*, New York, Adeline, 1947.

25 Albert Ogien souligne ainsi combien les projets de filiation, de réussite professionnelle ou de rétablissement physiologique s'avèrent décisifs dans la sortie de la toxicomanie. A. Ogien, « La morale du toxicomane », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°2, 1994, p. 59-67.