UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

École Doctorale 519 – Sciences Humaines et Sociales, Perspectives Européennes

Laboratoire Dynamiques Européennes – UMR 7367

THÈSE

Présentée par :

Marie DOS SANTOS

Soutenue le 21 septembre 2016

Pour obtenir le grade de **Docteur de l'université de Strasbourg**

Discipline/ Spécialité : Sociologie

Usages de traitements de substitution aux opiacés
Etude comparative – France, Suisse et Québec

THÈSE dirigée par :

Madame Myriam KLINGER	Maître de Conférences HDR, Université de Strasbourg

RAPPORTEURS :

Monsieur Michel JOUBERT	Professeur des Universités, Université Paris 8
Monsieur Marc-Henri SOULET	Professeur des Universités, Université de Fribourg

AUTRES MEMBRES DU JURY :

Madame Sylvie FAINZANG	Directrice de recherches, INSERM – Cermes3
Madame Marie JAUFFRET-ROUSTIDE	Chargée de recherches, INSERM - Cermes3

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement ma directrice de thèse, Myriam Klinger, qui a cru en moi dès notre première rencontre et qui m'a offert la possibilité de m'engager dans cette aventure doctorale en m'accordant sa confiance et son soutien. Merci également à Marie Jauffret-Roustide qui s'est souvent rendue disponible lors de différentes étapes de ce travail. Merci aux membres du jury d'avoir accepté de lire et de discuter ma thèse.

A l'heure des remerciements, j'ai une pensée émue pour les personnes que j'ai rencontrées à Strasbourg, à Lausanne et à Montréal. C'est à eux que je dédie cette thèse, j'espère avoir été fidèle à leurs propos. « Transmettre le message » est une étape importante pour les personnes qui adhèrent aux groupes d'entraide et je souscris à une sociologie qui partage cette mission de transmission des savoirs. Je remercie également les directrices et directeurs de structures qui m'ont permis de mener mon enquête de terrain dans de très bonnes conditions d'accueil et qui ont montré un réel enthousiasme par rapport à ma recherche. Merci aussi aux différents professionnels qui ont accepté des entretiens, mais surtout qui ont toujours répondu avec bienveillance et intérêt à mes nombreuses questions et parfois aussi à mes doutes.

Merci à JC et Lila qui m'ont accueillie à Lausanne pour que je puisse réaliser mon terrain dans les meilleures conditions possibles. Merci à mon frère Mathieu qui m'a accueillie à Montréal, mais aussi qui a joué le rôle de grand frère de manière toujours très fine et avec une grande délicatesse. Je pense aussi à tout-e-s les doctorant-e-s, étudiant-e-s, chercheur-e-s indépendants (d'ici et d'ailleurs) qui m'ont aidée et soutenue et avec qui j'espère que j'aurai l'occasion de travailler encore autour de nouveaux projets. Un grand merci à mes parents, ma famille et à mes ami-e-s qui malgré l'éloignement géographique et le manque de temps ont toujours montré un grand intérêt pour mon travail.

Enfin, je remercie mes deux piliers : Kevin, mon compagnon, qui m'a épaulée et soutenue tout au long de mon travail de recherche ; et ma mère, ma première lectrice, qui a su faire preuve d'un soutien et d'une patience indéfectibles.

« Caminante no hay camino
Todo pasa y todo queda,
pero lo nuestro es pasar,
pasar haciendo caminos,
caminos sobre el mar. »

Antonio Machado

Sommaire

Introduction - Penser la substitution : penser les substitutions 1

Les mondes de la substitution 4

Substitution : ajustements d'usage au prisme du biographique 8

Méthodologie 10

Annonce du plan : des logiques substitutives aux expériences de la substitution 12

Première partie Méthode comparative et approche biographique 2

Chapitre I. **L'approche biographique 17**

I. Récits biographiques : enjeux heuristiques et éthiques 18

II. Biographie et arc de travail : au croisement des mondes sociaux de la drogue et du soin 38

III. Conclusion du premier chapitre 56

Chapitre II. **La démarche comparative 59**

I. La comparaison : de la demande sociale aux apports heuristiques 60

II. La comparaison dans un contexte d'uniformisation : Politiques en matière de drogue à l'échelle transnationale 69

III. L'approche biographique et la comparaison 79

IV. Conclusion du deuxième chapitre 84

Chapitre III. **Ethnographie des terrains de notre enquête 87**

I. Eléments sociographiques 91

II. Eléments d'écologie urbaine 98

III. Conclusion du troisième chapitre 125

Conclusion de la partie I 127

Deuxième partie Eléments sociologiques pour une compréhension de l'introduction des traitements de substitution, en France, en Suisse et au Québec 129

Chapitre IV. **La substitution au cœur de la « sanitarisation » des drogues et du développement d'approches dites pragmatiques 131**

I. Sociologie de la substitution 132

II. L'arrivée du Sida 148

III. Contextes nationaux de l'introduction des TSO 156

IV. Conclusion du quatrième chapitre : Les TSO, entre enjeux sociaux et sanitaires 183

Chapitre V. **Les usages de drogues comme expériences de l'illégalité.... 187**

I. La criminalisation des drogues comme enjeu politique 187

II. Précarisation des usagers de drogues et entrée dans la délinquance.... 191

III. La pénalisation de l'usage : incarcération ou injonction thérapeutique ? 203

IV. Vers une fin possible de la guerre à la drogue : des positionnements contrastée 212

V. Conclusion du cinquième chapitre : Drogues, délinquances et TSO imbriqués dans les mondes de la drogue 218

Chapitre VI. **Catégorisations de la dépendance à l'héroïne 221**

I. Définitions institutionnelles : de la manie du toxique au trouble du comportement..... 222

II. De l'apprentissage du plaisir à l'apprentissage du manque 230

III. Conclusion du sixième chapitre : définition de la dépendance et identification sociale 249

Chapitre VII. **Mise en pratique du modèle de la réduction des risques .. 253**

I. Le traitement en ambulatoire : un difficile partage des tâches entre réduire les risques et soigner 255

II. Le traitement en résidentiel 263

III. Conclusion du septième chapitre : Le TSO en ambulatoire et en résidentiel, une polysémie du care 273

Conclusion de la partie II : du tout abstinence à la réduction des risque, un changement de paradigme ?..... 275

Troisième partie Réappropriation du traitement entre réajustements biographiques et co-construction des savoirs..... 254

Chapitre VIII. **Les frontières floues des TSO - entre médicaments et drogues 283**

I. TSO : entre construction identitaire et négociation de trajectoire..... 283

II. Usages de TSO hors protocole 307

III. Typologie des usages de TSO : entre médicalisation et subjectivation 325

IV. Grossesse et substitution, un nouveau regard sur les femmes usagères de drogues 341

V. Conclusion du chapitre IV : Sortie de la substitution et logique palliative 361

Chapitre IX. **Savoirs et engagements d'usagers de drogues..... 365**

I. De l'expérience aux savoirs des usagers de drogues..... 366

II. Engagement ancré, politisation et professionnalisation des pairs, quand le récit de vie devient une expertise 395
III. Conclusion du chapitre IX : Enjeux et limites de l'intégration de pairs usagers de drogues au sein de structures socio-sanitaires 439

Conclusion Générale 443
Expériences de la substitution 446
Récits de la substitution 448
Mondes de la substitution 452

Bibliographie 457

Annexes 487
I. Liste des acronymes 488
II. Liste des usagers de traitements de substitution interviewés 489
III. Liste des professionnels interviewés 492
IV. Cartographie des différents terrains 494
V. Les AA (extrait du carnet de terrain) 497
VI. Une journée dans les ruelles de Montréal 500

Table des matières 503

INTRODUCTION - PENSER LA SUBSTITUTION : PENSER LES SUBSTITUTIONS

Durant les années 1990, en France, en Suisse et au Québec, les politiques publiques en matière de drogues ont connu des inflexions importantes : de nouveaux médicaments ont reçu une autorisation de mise sur le marché, dans le cadre du traitement de la dépendance aux opiacés. Aujourd'hui, un recul de plus de quinze ans rend possible un premier bilan et, surtout, une étude informée et approfondie des usages qu'en font les personnes et la manière dont ces médicaments ont modifié leur trajectoire biographique. Un certain nombre de travaux ont étudié l'expérience subjective de la substitution, notamment les travaux de Maitena Milhet et Emmanuel Langlois[1,2]. Ces recherches ont mis en relief « l'hétérogénéité des profils et des trajectoires de substitution ». Notre travail continue ces réflexions à partir du constat, souvent affirmé par les professionnels des structures visitées, de la précarisation et de la marginalisation des personnes accueillies. L'étude de Langlois s'est attachée à analyser « les interactions entre le traitement et la vie au travail et les rapports avec les collègues ». Nous avons, au contraire, mené notre réflexion autour des parcours d'errance, caractérisé par des séquences de vie à la rue ou dans des centres d'hébergement sociaux, afin de mettre en relief les articulation entre expériences de la précarité et expériences de la substitution. Nos enquêtes et réflexions développées dans cette étude, s'appuient sur des récits menés auprès de personnes pour la plupart éloignées du travail légal, afin d'interroger la spécificité de leur expérience de la substitution et la manière dont le traitement est transposé dans le monde social dans lequel les personnes évoluent, tels que le monde de la rue et le monde de la drogue, au cœur des villes, où se pratiquent les échanges de produits et parfois certaines consommation, mais aussi le monde des quartiers suburbains défavorisés.

---

[1] Maitena MILHET, *L'expérience des traitements de substitution : une sortie de la toxicomanie ?*,Thèse de sociologie soutenue à l'Université Bordeaux 2 – Victor Segalen, 2003.

[2] Emmanuel LANGLOIS, « Les traitements de substitution vus par les patients: quels sont les enseignements de leur expérience? », *OFDT*, 2013.

Pour avancer dans cette analyse et penser la substitution[3], une rapide présentation des propriétés pharmacologiques des traitements présents dans les trois pays, où se situent les structures de soins étudiées, s'avère nécessaire. L'offre de médicament varie selon les pays : la diversité des traitements présents et les différentes modalités d'usage et leurs potentiels effets doivent être connu pour comprendre l'expérience qu'en font les usagers. Dans le cadre de cette thèse, une des structures de soin choisies comme terrain d'étude se trouve en Suisse car la politique helvète en matière de drogues est souvent citée en modèle par les professionnels. Il existe en effet, en Suisse, une diversité importante de traitements en lien avec la dépendance aux opiacés ; la méthadone est le traitement le plus prescrit, mais est également disponible le Subutex® ou encore le Suboxone®. Dans certains cantons, une offre de traitement par Diacétylomorphine est proposée, il s'agit d'héroïne médicalisée. Cependant, notre terrain étant à Lausanne, nous n'avons pas rencontré de personnes suivant ce dernier traitement. En France, la même variété de traitements existe, mais, du fait d'une politique visant à faciliter l'accès du Subutex® prescrit en médecine de ville, 75% des usagers de TSO prennent ce traitement. C'est une spécificité française. Au Québec, enfin, le Subutex® n'est pas autorisé. Les traitements pour la dépendance aux opiacés sont la méthadone majoritairement et, depuis 2007, le Suboxone®.

Le Subutex® est un traitement à la buprénorphine haut-dosage (BHD) dont les propriétés agonistes[4] permettent de soulager le patient de la douleur du manque et dont les effets antagonistes[5] neutralisent les sensations morphiniques. Une prise d'héroïne, alors que la personne prend son traitement Subutex, entraine des symptômes de sevrage (transpiration, vomissements, sensibilité à la douleur, aux bruits, irritabilité, etc.). Le protocole d'autorisation de mise sur le marché du Subutex n'autorise la prise que par voie sublinguale, mais sa forme galénique[6] permet une dissolution du cachet en vue d'une prise par injection.

---

[3] « Penser la substitution : penser les substitutions » est une référence à l'ouvrage collectif : Alain EHRENBERG (dir.), *Penser la drogue: penser les drogues*, Paris, France, Éd. Descartes, 1992, vol.1/.

[4] « Les agonistes de la morphine, sont des substances chimiques prescrites car elles possèdent des propriétés analgésiques (antidouleurs). » *Agoniste*, http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/agoniste/traitement, consulté le 30 mai 2016.

[5] Une substance antagoniste est une substance qui se fixe sur les mêmes récepteurs cellulaires qu'une substance donnée par référence et qui bloque l'ensemble ou une partie des effets que produit habituellement cette cellule. *Antagoniste*, http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/antagoniste, consulté le 30 mai 2016.

[6] La forme galénique d'un médicament est la forme sous laquelle il se présente (cachet ou sirop).

Le Subuxone contient également de la buprénorphine, à laquelle est ajoutée de la naloxone afin d'éviter la prise du médicament par injection. En effet consommé par voie sublinguale, la naloxone, éliminée par l'appareil digestif, n'a aucun effet sur l'organisme, tandis que, si le traitement est pris par voie nasale ou par intraveineuse, l'effet antagoniste de la naloxone entraine une forte sensation de sevrage.

La méthadone, quant à elle, est un agoniste complet et ses effets sont similaires à ceux de la morphine. Ce produit est utilisé dans le traitement des dépendances car sa durée d'action et sa demi-vie[7] augmentent lorsque l'usage du médicament est répété, ce qui a pour conséquence de retarder les symptômes de manque. Délivrée sous forme de sirop en France, et mélangée avec des jus de fruit en Suisse et au Québec, la prise de méthadone par injection est rendue plus délicate et nécessite une intervention chimique complexe dont peu d'usagers témoignent.

La durée de sevrage de ces traitements, du fait de leur demi-vie plus longue, dure plus longtemps qu'avec l'héroïne. Les usagers de TSO s'en plaignent parfois ou, du moins, expriment leurs doutes quant à ce médicament qui, finalement, n'a fait que « substituer » une dépendance à une autre. De plus, la prise du Subutex par injection entraine des œdèmes sur les mains qui peuvent parfois être assez handicapants. C'est à partir de ces constats que nous avons décidé de nous pencher sur la problématique de la substitution, afin de saisir la manière dont les personnes qui en font l'usage les appréhendent et les inscrivent dans leur quotidien mais également, plus largement, dans leur histoire de vie. Nous avons voulu savoir si les difficultés exprimées quant à ce traitement par les personnes rencontrées en France étaient partagées par les usagers de TSO, en Suisse, où l'offre de TSO est plus vaste et au Québec, où, au contraire, l'offre est réduite.

[7] La demi-vie « correspond au temps nécessaire pour que, après l'administration d'un médicament, sa concentration plasmatique diminue de moitié. »*Demi-vie*, http://pharmacomedicale.org/pharmacologie/devenir-normal-du-medicament-dans-l-organisme/38-quantification-du-devenir-des-concentrations-plasmatiques/80-demi-vie, consulté le 16 mars 2016.

LES MONDES DE LA SUBSTITUTION

Les enjeux de la substitution, tels que les définissent les recommandations gouvernementales des trois pays concernés par notre étude, sont pluriels et ont évolué depuis leur création. Ils varient selon deux facteurs : le premier facteur est la durée du traitement : celui-ci peut être envisagé sur du court ou du long terme ; le deuxième facteur est l'objectif thérapeutique poursuivi : celui-ci peut être la visée de l'abstinence ou bien la reprise de contrôle face aux produits consommés. Face à cette ambivalence de la substitution, les personnes qui prennent ces traitements sont amenées à composer avec une pluralité de sens et de pratiques, produisant ainsi un savoir expérientiel sur la substitution, parfois en porte-à-faux avec les savoirs mobilisés par les professionnels.

Quand, dès 1960, aux Etats-Unis, les docteurs Dole et Nyswander expérimentent le traitement par la méthadone pour soigner les personnes dépendantes aux opiacés, ils considèrent alors la dépendance à l'héroïne comme une maladie du métabolisme. Les premiers enjeux de la substitution, définis par ces précurseurs, visaient à réduire les conséquences néfastes de l'assuétude. Les objectifs thérapeutiques répondaient à des problématiques d'ordre individuel et à des symptômes ou des méfaits observés par les praticiens, comme les symptômes de manque. Dans un contexte marqué par un fort courant prohibitionniste, les enjeux de la méthadone étaient l'abstinence à toute drogue : le prescripteur avait alors le rôle de contrôler les éventuelles prises de psychotropes de son patient, afin de le conduire à cesser toutes prises. L'objectif de la substitution était alors d'éradiquer toutes prises de drogues illégales.

Les années 1980 et l'apparition du Sida signent la généralisation des traitements de substitution dans la quasi totalité des pays européens. Un nouvel usage du traitement est promu, toujours envisagé sur le long terme, dont l'objectif est celui de maintien ou encore d'entretien : la substitution doit permettre à l'usager de s'éloigner des substances illégales, l'objectif d'abstinence y est moins présent et la substitution permet plutôt à la personne de se « stabiliser », soit de retrouver un mode de vie moins orienté vers la recherche de produits. Le

traitement doit soulager la personne de ses douleurs de manque, mais aussi la débarrasser des contraintes liées à l'approvisionnement.

Un troisième type d'usage du traitement s'inscrit, quant à lui, sur du court terme. Le traitement prescrit pour des sevrages – par exemple lors de séjour de cure à l'hôpital ou en centre de soin – a pour objectif l'abstinence, ou encore l'initialisation d'un traitement de longue durée.

Enfin, la substitution peut être distribuée comme un traitement d'appoint, les usagers ne sont pas soumis à un contrôle de la part des soignants. Il s'agit ici d'une véritable mesure de réduction des risques – résultats néfastes potentiels – et des méfaits – résultats néfastes observés. La substitution d'appoint, comme dispositif dit à bas seuil, vise la réduction du recours à des activités délinquantes pour se procurer le produit, ainsi que la diminution des usages de psychotropes en état de manque qui se trouvent faire preuve, dans ce contexte, d'une vigilance moindre quant aux mesures à prendre pour éviter les infections. Les traitements d'appoint permettent aussi d'éviter les méfaits du manque, caractérisés par de vives douleurs, chez certains, ou par un très grand inconfort, chez d'autres.

La logique du soin devant conduire à l'abstinence a longtemps dominé le champ du soin de la dépendance, logique inspirée notamment par les associations dites des Anonymes, mais aussi influencée par les lois d'une société prohibitionniste. Un certain désenchantement vis à vis de cette optique d'abstinence totale a conduit les politiques publiques à introduire une nouvelle démarche pragmatique valorisant les processus de contrôle des usages de drogues et a transformé le monde du soin de la dépendance, dans la perspective de la logique de réduction des risques et des méfaits.

Les problématiques des usagers dépendants aux opioïdes sont plurielles et ne s'inscrivent pas de manière univoque sur un continuum, tel que définit dans le discours commun, qui mènerait de l'usage à la dépendance et à la déchéance. D'autres formes de trajectoire d'usager se dessinent, d'autres modes de consommation émergent et enfin de nouveaux types de soin sont institués – et c'est à cet aspect plus particulièrement que notre démarche est sensible. Le traitement perçu dans un modèle curatif du soin doit permettre à l'usager d'atteindre le but que lui ou l'institution a fixé, à savoir l'abstinence. Une autre

réponse, développée lors de l'émergence du Sida, est d'envisager le traitement comme soin palliatif. Le médicament est ainsi prescrit à des personnes ayant un long parcours dans la consommation d'opiacés. La substitution, comme traitement palliatif, représente pour les usagers de drogues qui ne supportent plus les douleurs du manque ou de la maladie « ce qu'il reste à faire quand il n'y a plus rien à faire », selon l'expression décrivant communément les soins palliatifs dans leur généralité[8]. Sur un autre plan, le traitement de substitution met en évidence les tensions au sein du travail social entre logique d'activation et logiques palliatives, tensions qu'analyse Marc-Henri Soulet. La redéfinition du travail social et de la substitution dans des logiques palliatives questionne les enjeux même d'un accompagnement dont l'objet ne serait plus le mouvement ou la projection mais la stabilisation, ce que Soulet nomme le « présentisme ».

Aujourd'hui, les nombreux bénéfices constatés grâce au traitement de substitution – notamment la baisse des contaminations par le VIH et la diminution de la délinquance – ont permis la généralisation du traitement, dans sa version palliative. Toutefois, de nombreux usages alternatifs des traitements sont observés et, dans la mesure où la buprénorphine et la méthadone sont toutes deux des dérivés d'opiacés et figurent sur la liste des produits stupéfiants[9], ces usages hors cadre thérapeutique sont illégaux. Ces médicaments sont très présents sur le marché des drogues illicites, notamment en France, où dès leur autorisation de mise sur le marché, les TSO et plus particulièrement le Subutex®, ont déstabilisé le marché de l'héroïne, en en réduisant sa rentabilité.

A partir d'une étude comparative, nous proposons une relecture socio-historique de l'introduction des traitements de substitution en France, en Suisse et au Québec, afin de rendre compte de la spécificité des différentes politiques publiques en matière de drogues et afin, également, de mettre en évidence leur point de convergence. Il s'agit en cela de mettre au jour l'impact des différents cadres institutionnels sur les expériences singulières des usagers. L'investigation

---

[8] Isabelle BASZANGER, « Entre traitement de la dernière chance et palliatif pur : les frontières invisibles des innovations thérapeutiques », *Sciences sociales et santé*, 2000, vol. 18, n° 2, p. 68.

[9] Dans cette thèse, la notion de « stupéfiant » sera utilisée en référence au statut légal d'un produit psychotrope. Une première définition tautologique de stupéfiant est définie par la législation : « est un stupéfiant une substance figurant sur la liste des stupéfiants annexée à la convention de 1961 ». Cette notion juridique de stupéfiant n'est pas close et apparaît être un mixte de catégories à l'intersection de plusieurs mondes : médical, santé publique, politique et juridique. Francis CABALLERO et Yann BISIOU, *Droit de la drogue*, Paris, France, Dalloz, 2000.

auprès de différents centres pour usagers de drogues nous permet de définir les cadres de l'expérience pour appréhender ce qui se joue dans l'interaction et la manière dont les personnes apprennent à composer avec les différentes définitions de la substitution qui leur sont proposées.

Nous avons observé, au cours de notre recherche, qu'un sentiment communautaire, d'appartenance au groupe, pouvait se développer au sein des centres de prise en charge. Si au travers des divers « mondes de la drogue[10] » les personnes créent des liens, parfois ténus, liés au *bizness* ou à la consommation, l'entrée en substitution passe bien souvent par la perte de ce réseau, quand les personnes cherchent à se protéger de fréquentations qui peuvent les faire replonger. Il apparaît que certains usagers tendent à reproduire cette constitution d'une communauté du « nous », en prolongeant leur visite au centre, par exemple et, surtout, en nouant des amitiés sur ces lieux d'accueil. Le partage d'expériences communes et le fait d'avoir une apparence similaire, avec un corps marqué par la drogue ou par des séjours en prison peuvent créer un sentiment d'unité ou d'appartenance chez ces personnes. D'autres, au contraire, cherchent à se reconstruire par opposition, en revendiquant leur différence.

Il apparaît alors que l'expérience que font les personnes de leur traitement se réalise au croisement de différents mondes sociaux :

> « Chaque monde social est un univers de réponse réciproque régularisée. Chacun est une arène dans laquelle existe une sorte d'organisation.[11] »

Il n'y a pas un monde de la drogue mais bien un réseau de personnes dont les activités sont reliées à la drogue : monde des usagers, monde des professionnels du soin, monde des acteurs du marché des drogues. Ces mondes coopèrent à différents niveaux, donnant à voir une porosité des mondes sociaux à travers la constitution de savoirs hybrides et de compétences se trouvant aux interstices de différents mondes.

A partir de ces considérations se dessine notre problématique : dans quelle mesure les usages de traitements de substitution se situent-ils à l'intersection des

---

[10] Dominique DUPREZ et Michel KOKOREFF, *Les mondes de la drogue: usages et trafics dans les quartiers*, Paris, France, O. Jacob, 2000. Ces deux auteurs parlent même de « milieux », afin de « souligner les effets entraînés par la proximité sur les comportements et les attitudes », p. 69.

[11] Shibutani cité par *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, France, Éd. l'Harmattan, 1992, p. 269.

mondes de la drogue et du monde du soin ? Parce que la substitution est pensée au départ comme outil thérapeutique par les soignants, il est utile de mettre en perspective son appartenance aux mondes de la drogue, car cela permet de saisir les significations que revêt cette pratique et les éventuelles tensions entre les usagers qui détournent le traitement de l'usage prescrit et le personnel qui parfois sanctionne. L'objectif de notre thèse est d'analyser la place du TSO comme curseur entre ces deux lignes de route, basées à la fois sur les savoirs d'expérience et sur les savoirs professionnels.

SUBSTITUTION : AJUSTEMENTS D'USAGE AU PRISME DU BIOGRAPHIQUE

Notre travail se situe dans une perspective interactionniste : il s'agit d'étudier la substitution en terme d' « ajustements », pour signifier les interactions entre des individus qui « agissent ensemble ». Les détournements de l'usage prescrit des TSO, étiquetés comme déviants par les pouvoirs publics et un certain nombre de praticiens, apparaissent dès lors comme une modalité d'adaptation et de réappropriation du traitement. Au prisme de l'expérience subjective des personnes et à partir d'une approche biographique, nous cherchons à voir quel type de savoirs ils sont à même de construire sur leur pratiques. Notre approche vise également à identifier dans quelles conditions et dans quelle mesure ces savoirs peuvent devenir expertise, c'est-à-dire être mobilisables dans l'intervention, notamment en terme de réduction des risques ou au sein de groupes d'entraide.

Comprendre le sens que les usagers accordent à leur pratique, comprendre ce qu'ils font de leur traitement grâce à ce qu'ils en disent, nous permet d'approcher, par leur récit, leur mode de construction identitaire, comme transcription d'une « identité narrative », au sens de Ricoeur :

« Constitutive de l'ipséité, [l'identité narrative] peut inclure le changement, la mutabilité, dans la cohésion d'une vie. Le sujet apparaît alors constitué à la fois comme lecteur et comme scripteur de sa propre vie[12]. »

La mise en récit révèle mais également participe de la construction identitaire et ce travail se propose de saisir cette dualité du récit, à la fois narratif et performatif, en lien avec l'expérience de la substitution. La mise en sens de sa propre histoire par le narrateur réinscrit l'usage de la substitution dans une certaine cohérence subjective. L'interprétation de récits de vie et de pratiques nous donne à voir les différents types de construction de l'action et de l'identité par les individus. « La connaissance de soi est une interprétation »[13], précise Ricœur. Cette démarche réflexive permet au narrateur de construire, d'observer et de commenter sa vie, et de lui donner du sens. Le traitement est remis dans son contexte, l'histoire de vie, et l'usager retraduit la médication et les recommandations médicales au prisme de ses propres expériences.

L'exercice de mise en récit de soi est au cœur des thérapies au sein desquelles les personnes, devenues « partenaire du soin », sont amenées à apporter une réflexivité sur leur traitement. Produisant leurs propres critères de légitimité, les usagers de drogues se replacent en acteurs citoyens et reconstituent leur mode d'existence politique[14]. Néanmoins, cette figure idéal-typique du « patient contemporain[15] » masque les inégalités d'accès à l'information des patients sur leur propre traitement selon leur condition sociale, ainsi que la hiérarchisation des savoirs et les conceptions positivistes de l'approche biomédicale. Dans les discours produits par les professionnels mais également par les militants de groupes d'auto-support, la substitution est, tour à tour, défendue comme outil valorisant l'auto-capacitation des personnes et favorisant un repositionnement des usager en tant qu'acteur de la cité ou, au contraire, décriée comme marqueur de marginalisation sociale et outil du contrôle social sur des individus étiquetés comme « à risque ». Les usagers, quant à eux, deviennent les

---

[12] Paul RICŒUR, *Temps et récit Tome III, [Le temps raconté]*, Paris, France, Éd. du Seuil, 1985, p.442.

[13] Paul RICŒUR, « L'identité narrative », *Esprit*, juillet 1988.

[14] Pierre RUSCH, « Qu'est-ce que le politique? », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 2014.

[15] Sylvie FAINZANG, *La relation médecins-malades: information et mensonge*, Paris, France, Presses universitaires de France, 2006.

narrateurs de différents récits : les récits de patients en attente de leur traitement face au médecin, les récits produits pour expliquer aux proches ce qu'est la substitution, ou encore les récits formulés entre pairs pour s'échanger des conseils et partager une expérience. Enfin, les récits biographiques tels que menés auprès du chercheur sont l'occasion pour les narrateurs de retracer les différents événements de leur parcours pour redéfinir une « identité narrative » qui fasse coexister, en les imbriquant, les nombreuses mises en récits qui émaillent leur parcours de soin.

METHODOLOGIE

Au centre de nombreux débats et de polémiques sur le statut légal ou encore sur les modalités de prise en charge, la question des drogues est souvent mise au devant de la scène publique. Or, si les politiques publiques en matière de drogues sont pensées dans les limites des frontières d'un Etat, voire d'un canton (Suisse) ou d'une région (Canada), les mondes des drogues (la production, le trafic, la culture des drogues), sont, quant à eux, un phénomène d'ampleur internationale.

Après une enquête de terrain exploratoire, dans le Sud de la France, au cours de laquelle nous avons rencontré six professionnels travaillant auprès d'usagers de drogues, nous avons choisi les trois associations où nous avons mené notre étude.

En France, l'association Ithaque est une structure en ambulatoire, au sein de laquelle les personnes sont accueillies et peuvent se procurer du matériel d'injection stérile : il s'agit de la mission CAARUD de l'association. A l'étage, se trouve le CSAPA où des médecins sont habilités à prescrire de la méthadone. Sur le lieu d'accueil, les personnes peuvent partager un café et prendre le temps d'une pause dans leur quotidienneté. Cet espace propice aux échanges nous a permis de rencontrer les personnes qui fréquentent ce lieu. Nous en avons rencontré 15 lors d'un entretien. De nombreux échanges avec les professionnels nous ont permis d'accéder à la structure où nous avons mené sur plusieurs mois, au cours de l'année 2013, des observations ethnographiques.

En Suisse, la Fondation du Levant dispose de quatre structures, toutes quatre sont des centres en résidentiel. Nous avons réalisé des séjours d'immersion, dans trois d'entre elles, au début du printemps 2013 (durant les journées) afin de partager le quotidien des résidents (repas, rendez-vous, temps informels, etc.), auprès de qui nous avons collecté 22 entretiens. Plusieurs séjours à Lausanne nous ont permis de rencontrer les professionnels de l'association pour *in fine* avoir la possibilité de réaliser les entretiens avec les résidents.

Au Québec, Métha d'âme est un centre d'accueil en résidentiel de pairs-aidants. Les salariés de la structure partagent l'expérience de la dépendance avec les résidents. Durant notre séjour de deux mois à Montréal, nous avons réalisé 14 entretiens avec des personnes en traitement. Nous avons profité des repas auxquels nous étions conviée, et lors desquels les résidents se rencontrent, pour les solliciter pour un entretien.

En évaluant les convergences et les divergences dans les pratiques et leurs effets, l'analyse comparative ouvre de nouveaux champs de réflexion. La comparaison nous permet ainsi d'analyser les différents sens attribués aux traitements de substitution, en fonction de la structure de soin au sein de laquelle l'usager est accueilli, qu'il y reçoive sa prescription ou non. Nous analysons, dans cette recherche, les différents référentiels et outils cognitifs qui visent à la compréhension de la dépendance, mobilisés par les acteurs. Les modalités d'action transmises au sein des structures visitées sont étudiés à travers l'analyse des politiques publiques, des projets d'établissement ainsi que dans le discours des professionnels rencontrés. Nous avons réalisé une vingtaine d'entretiens avec des directeurs et directrices de structures, des médecins, psychologues, psychiatres, infirmiers et infirmières, éducateurs et éducatrices spécialisé(e)s.

Deux modalités de restitution et d'analyse des données collectées sur le terrain sont proposées dans cette thèse, et il nous semble important d'en expliciter les usages que nous en faisons : il s'agit des vignettes biographiques ou ethnographiques et de la restitution thématique.

- Les vignettes sont les analyses faites en marge du corps du texte. Les vignettes biographiques donnent à voir le caractère longitudinal et processuel des trajectoires de vie des personnes. Quelques récits sont développés et analysés de cette manière pour permettre de saisir l'ambivalence dans les discours et la

manière dont la personne, au cours de l'interaction avec le chercheur, redéfinit son propre parcours et questionne les événements de sa vie, dans une démarche réflexive. L'analyse de ces cas singuliers nous permet de saisir l'épaisseur sociologique de l'expérience vécue et d'approcher la complexité de la mise en récit de soi comme exercice de mémorisation, de confiance et de remise en question. Les vignettes ethnographiques, quant à elles, sont issues des notes du carnet de terrain constituées de retranscription brutes des observations menées sur nos différents terrains. Les vignettes restituent un certains nombres de données de terrain à travers un ensemble de descriptions et d'analyses.

- La restitution thématique relève d'un codage systématique des entretiens qui nous a permis d'en repérer les axes et problématiques principales. De cette manière, nous avons pu dégager des récurrences et des divergences dans l'emploi de certaines occurrences (telles que la « maladie » ou le « plaisir »). Nous avons également procédé à la comparaison des motifs développés par les narrateurs sur certaines expériences, afin de saisir la pluralité de sens que recouvrent les pratiques et *in fine* d'établir une typologie des différents sens attribués à la substitution.

ANNONCE DU PLAN : DES LOGIQUES SUBSTITUTIVES AUX EXPERIENCES DE LA SUBSTITUTION

Notre thèse se développera en trois temps, selon un plan qui découle du travail de recherche en action. Une première partie permet de dessiner les contours de notre question de départ et définit les outils méthodologiques et conceptuels pour l'aborder ; notre deuxième partie met en évidence les points de tensions lors de l'introduction de ces traitements et l'implication que cela a eu sur l'expérience des usagers de drogues ; et enfin la dernière partie permet d'aboutir à une conceptualisation des expériences de TSO.

La première partie intitulée « Méthode comparative et approche biographique » vise à expliciter les liens entre la méthodologie adoptée et le cadre théorique dans lequel s'inscrit notre recherche. L'approche biographique donne à voir le caractère processuel des trajectoires de vie. Le traitement de substitution est au cœur des récits des narrateurs que nous avons sollicités à ce sujet. L'approche comparative permet d'affirmer une certaine uniformisation des politiques publiques autour de la logique de réduction des risques tandis qu'une ethnographie des mondes des drogues (de la rue, aux institutions) révèle des divergences considérables. Ainsi, à travers le constat de convergences et de divergences sur nos différents terrains et dans une approche interactionniste, il s'agit d'identifier les stratégies d'ajustement que mettent en place les personnes.

La deuxième partie, « Éléments sociologiques pour une compréhension de l'introduction des traitements de substitution, en France, en Suisse et au Québec », a pour objet d'expliciter les différents enjeux autour de ces traitements à la fois en termes sanitaires et sociaux, à partir d'une approche socio-historique de leur introduction. Il s'agit d'analyser l'incidence de cette construction sociale des drogues comme « problème public » sur la trajectoire biographique des personnes.

Enfin, la dernière partie, « Réappropriation du traitement entre réajustements biographiques et co-construction des savoirs », propose une théorisation de l'expérience de la substitution. Ayant auparavant appréhendé les usages en termes d'ajustement et de réappropriation, il s'agit ici d'analyser le sens que les personnes accordent à leurs pratiques. A travers l'expérience des drogues, puis de la substitution, les personnes produisent des savoirs : ce sont en effet les modalités de transmission de ces savoirs qui constituent l'objet de cette étude ainsi que les processus de transitions entre les mondes de la drogue et du soin, dont le TSO est à l'interface.

PREMIERE PARTIE

METHODE COMPARATIVE ET APPROCHE BIOGRAPHIQUE

Chapitre I. L'APPROCHE BIOGRAPHIQUE

> « Parce qu'en vérité, je sais pas comment sera la fin. C'est pour ça que je peux pas écrire de livre encore. » (Max)

Nous avons choisi d'interroger les usages de TSO et le sens que les personnes leur accordent à partir des récits qu'elles en font. Le récit collecté lors de la recherche entre la chercheure et la personne rencontrée permet de questionner les diverses mises en récit auxquels l'usager narrateur peut se prêter, selon le cadre d'interaction. Ainsi ces récits donnent à penser l'expérience de la substitution comme s'inscrivant dans différentes temporalités. Ces récits dévoilent également des rhétoriques de présentation de soi, soit des manières de se dire, de se présenter et d'intégrer l'expérience de la substitution dans une recherche de cohérence biographique, malgré des parcours d'errance et de nombreuses ruptures biographiques.

Lors de la rencontre avec la chercheure, l'exercice de mise en récit de soi fait l'objet d'une réactualisation de la mémoire. Se raconter, c'est revenir en arrière sur des événements passés. Pour autant, construire un récit de sa propre vie suivant un ordre chronologique est une démarche complexe, tant les évènements s'enchevêtrent et se contredisent parfois, laissant le narrateur sujet d'une histoire dont il ne maitrise pas toujours tous les retentissements. Tenter de construire un récit qui transforme l'écoulement des jours en étapes permet de lui donner une cohérence et un sens. Une telle construction narrative offre la possibilité d'un dénouement, d'une transition vers un ailleurs afin de contrer l'incertitude que font germer l'incohérence du réel et l'irrationalité des évènements. Connaître la fin pour raconter l'histoire, c'est croire en l'existence d'un dénouement cohérent, en une suite logique comme dernière étape d'un long parcours, parfois chaotique. Si le narrateur présente une intrigue comme élément essentiel de son récit, c'est dans sa manière de planter le décor et de présenter les personnages secondaires que se trouve l'intérêt sociologique de sa narration. L'insignifiant et l'inessentiel, qui se

cachent dans les non-dits, les ambiguïtés et les silences, sont la chair sociologique de leur texte ; la matière brute de leur histoire qui se situe « entre les actes[1] », non encore façonnée par un travail de mise en intrigue, donne à voir le monde, les mondes, dans leur complexité.

I. Récits biographiques : enjeux heuristiques et éthiques

L'analyse de récits de vie et de pratiques nous donne à voir les différents types de légitimation de l'action que sont amenés à produire les narrateurs. « La connaissance de soi est une interprétation »[2], nous dit Ricœur. La démarche réflexive sollicitée lors des entretiens permet au sujet de construire et d'observer sa vie et de lui donner du sens. Le traitement de substitution est remis dans son contexte, il est imbriqué dans l'histoire de sa vie, et l'usager redevient, par la narration, protagoniste de son histoire et acteur de son parcours de soin. La méthode biographique nous permet de saisir le sens que l'individu accorde à son expérience et ainsi d'étudier la trajectoire de la personne comme processus d'identification et de réappropriation des cadres de son expérience.

1. Récits et temporalités

Le récit n'est toujours que partiel, reconstruit lors de la situation d'interaction avec le chercheur, au moment de l'entretien, et donc soumis aux aléas de la journée, aux souvenirs refaisant surface aux moments du récit, aux rendez-vous ayant eu lieu avant ou ceux à venir. Les événements d'une vie mobilisés dans un récit en sont la trame temporelle. Les périodes de consommation de drogues, racontées par les narrateurs, mettent en lumière différentes périodes de leur vie et donnent accès à leur propre construction de la temporalité lors de ces différentes périodes de vie.

La mise en sens de leur histoire réinscrit l'usage de la substitution dans une certaine cohérence et leur récit permet d'appréhender leur « identité narrative »,

[1] Virginia WOOLF, *Entre les actes*, Paris, France, Stock, 1947.
[2] Paul RICŒUR, « L'identité narrative », *op. cit.*, p. 295.

au sens de Ricoeur[3], c'est-à-dire de saisir les changements biographiques à travers une mise en intrigue de leur propre histoire. Le temps dilué, fluide et marqué par l'irrationalité des événements est par définition insaisissable. Pour traiter et analyser la complexité d'une vie et saisir l'insaisissable, le narrateur, puis le chercheur à son tour, découpent l'histoire, la fractionnent pour trouver des cohérences, des liens et une logique (*ipséité)* qui permettent de donner du sens à la vie dans sa continuité (*mêmeté*[4]*)*. Se raconter, évoquer des souvenirs, faire appel à sa mémoire, c'est une manière de raviver le passé qui compose le temps présent et nous constitue en tant que « sujet temporel ». Le récit permet d'accéder à la construction subjective et imaginaire de ces temps qui passent et vient façonner l' « identité narrative » de l'humain. Le temps, ou plutôt la perception du temps, est relative aux événements qui viennent interférer dans la vie d'un individu et qui lui donnent un sens, entendu comme une direction et une signification. Ce « temps qui n'est rien en soi et qui n'existe que relativement aux événements qui s'y déroulent[5] » est ici appréhendé par le récit, comme une construction sémiotique. Le temps, « ce je-ne-sais-quoi et ce presque-rien[6] » est insaisissable, indicible. Ni palpable, ni visible, il n'existe que parce qu'il laisse des traces, notamment des traces mémorielles.

> « Il n'y a pas de temps sans mémoire, parce que la mémoire ce n'est pas l'absence du passé, mais c'est bien plutôt le mode de présence de ce passé. [7]»

L'approche biographique permet de porter une attention particulière à la dimension temporelle de la réalité sociale, d'en saisir la diachronie. Rendre compte de l'hétérogénéité des profils des usagers de traitements de substitution aux opiacés et du chevauchement des différentes périodes qui constituent leur parcours de vie ne peut se faire à travers une conception par trop linéaire de leur

---

[3] Paul RICŒUR, *Temps et récit Tome III, [Le temps raconté]*, Paris, France, Éd. du Seuil, 1985, p.442.

[4] *Ibid*.

[5] Martin HEIDEGGER et Michel HAAR, *Martin Heidegger*, Paris, L'Herne, 1983, p. 35.

[6] Vladimir JANKELEVITCH, *Le je-ne-sais-quoi et le presque-rien*, Paris, France, Presses universitaires de France, 1957.

[7] St Augustin cité par Emmanuel HOUSSET, *La mémoire et la constitution du soi dans la phénoménologie de Husserl*, http://www.unicaen.fr/puc/revues/thl/questionsdestyle/print.php?dossier=seminaires/memoire&file=03housset.xml, consulté le 21 mai 2014.

histoire. Différents concepts rendent compte du caractère processuel de leur biographie : le parcours, la trajectoire biographique et la carrière.

La notion de « parcours » est la notion que reprennent les narrateurs, en référence au vocabulaire utilisé dans les institutions socio-sanitaires. Elle apparaît normative tant elle porte, implicitement, en elle l'idée de planification et de projection[8].

Dans une perspective interactionniste, nous mobilisons la notion de « trajectoire » définie par Anselm Strauss pour comprendre l'interaction entre les usagers de TSO et les différentes institutions qu'ils côtoient.

> « La trajectoire (renvoie) non seulement au développement physiologique de la maladie de tel patient mais également à toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui y sont impliqués. [9]»

Le sens accordé à la prise de TSO par les usagers n'est pas univoque et dépend intrinsèquement des politiques publiques qui en désignent les règles à suivre. Les professionnels quant à eux traduisent les protocoles et règles à suivre pour les usagers des structures qui s'adressent à eux. L'entourage (famille/ pairs usagers de drogues/ etc.) ont également une place importante dans la manière dont les personnes comprendront leur traitement.

Lorsque les usagers de TSO racontent leur rapport au TSO, ils évoquent également leurs liens avec les produits psychotropes. Pour rendre compte, de ces récits d'expérience des drogues, nous adoptons la notion de « carrière » d'Howard Becker.

> « Cette notion désigne les facteurs dont dépend la mobilité d'une position à une autre, c'est-à-dire aussi bien les faits objectifs relevant de la structure sociale que les changements dans les perspectives, les motivations et les désirs de l'individu. [10]»

---

[8] Jean-François GUILLAUME, « Les parcours de vie, entre aspirations individuelles et contraintes structurelles », *Informations sociales*, 2010, n° 6, pp. 22–30.

[9] Anselm Leonard STRAUSS, *La trame de la négociation*, *op. cit.*, p. 176.

[10] Howard BECKER, *Outsiders : études de sociologie de la déviance*, Paris, A.-M. Métailié, 1966, p.47.

Spirale infernale, engrenage, destin brisé : ces expressions reflètent l'idée préconçue fréquemment associée à la carrière d'un usager de drogue qui ne serait qu'un long processus vers la déchéance.

> « Le morphinomane, prisonnier d'un besoin vital, indispensable au même titre que le besoin de respirer, demeure à jamais exclu de l'action humaine[11] », écrit le poète Laurent Tailhade.

La dépendance à l'héroïne, perçue comme aliénante, ne permettrait plus au sujet de garder ou de reprendre le contrôle de sa consommation. Pour autant, la dépendance ne peut être lue de manière si linéaire, cette conception tend à ignorer la réalité du quotidien de ces personnes. Les trajectoires de vie des usagers de drogue sont fragmentées entre différentes étapes, elles sont faites d'aller-retour, d'ajustements (entre la consommation et les autres activités). Les personnes font preuve durant certaines périodes, d'une capacité à réguler leurs consommations par des « processus d'autocontrôle » ; tandis qu'à d'autres moments, leur consommation prend les traits d'une « expérience totale » :

> « [La notion d'expérience totale] renvoie à l'idée d'une ligne biographique qui (...) domine et parasite l'ensemble des engagements de la vie quotidienne pour organiser l'essentiel de l'existence autour d'un domaine d'activité, d'un objet, ici l'usage de drogues.[12] »

L'analyse des récits à partir du concept de trajectoire (impliquant un « travail biographique [13] ») ou en terme de carrière (comme parcours d'apprentissage, jalonné d'étapes) sont des constructions permettant d'analyser la manière dont les personnes racontent leur histoire. Tous les événements de vie, reconstruits comme des séquences, ne sont pas racontés avec la même intensité,

---

[11]Dans ce texte, écrit en 1907, Tailhade fait le récit de sa dépendance à la morphine, entré dans la morphine « par la porte de la douleur », celle-ci est consommée au départ pour lutter contre des douleurs dues à des blessures suite à un attentat. Il raconte, plus loin dans son texte, sa désintoxication par suppression rapide de la prise du produit.

[12] Fabrice FERNANDEZ, *Emprises: drogues, errance, prison*, Bruxelles, Belgique, Larcier, 2010, p. 29.

[13] La fréquence de l'occurrence du mot « travail » dans l'ouvrage de Strauss, découlant de son héritage de l'Ecole de Chicago et tout particulièrement des travaux de Hughes, est indicative de l' « extension de l'espace du travail » qu'analyse Didier Vrancken : « *C'est ainsi qu'à propos du travail médical, ont été isolés de nombreux types de travail : le travail de machine, le travail de sécurité clinique, le travail de confort, le travail sur les sentiments, le travail sur les erreurs, le travail sur le corps, le travail d'information, le travail de négociation et le travail d'articulation […]. Mais les types de travail engagés et leur combinaison varient en fonction des trajectoires de maladie et de leur arc de travail spécifique*. »

tant différents rapports au temps marquent les périodes successives. En effet, l'approche biographique permet d'appréhender les événements comme « marques et matrice tout à la fois »[14]. Cette approche de la temporalité élaborée par Michèle Leclerc-Olive nous aide à saisir cette double « fonction analytiquement distincte » des événements, c'est-à-dire que les événements marquent le temps, mais aussi le donnent à penser[15].

La mise en récit comme réinscription dans un temps biographique et également à une plus large échelle la réinscription du sujet dans une temporalité historique : « Lire une société à travers une biographie[16] » c'est ce que nous propose Franco Ferrarotti par le biais des récits de vie. En préface, Georges Balandier définit cette méthode sociologique dont :

> « L'objectif est d'accéder (par l'intérieur) à une réalité qui dépasse le narrateur et le façonne. Il s'agit de saisir le vécu social, le sujet dans ses pratiques, dans la manière dont il négocie les conditions sociales qui lui sont particulières.[17] »

Ainsi, la vie fragmentée de l'homme moderne, son expérience de la précarité, de la maladie, des drogues ou encore de la délinquance caractérisent une certaine déstabilisation, celle-ci étant commune à toute une frange de la société. Le « je » qui affronte les épreuves de la vie raconte, à la première personne, un « nous » qui suit les mêmes tendances. L'homme n'est jamais individu comme le souligne Ferrarotti, mais « univers singulier[18]», et par sa voix, il transmet les caractéristiques de son époque ainsi que les socialisations multiples (ou successives) propres à cet univers. La conjoncture influe sur son parcours, les tendances actuelles font évoluer ses centres d'intérêt, sa façon de parler ou d'interagir avec autrui, notamment avec le chercheur, mais il s'exprime toujours dans sa singularité. Les discours donnent accès à la compréhension des processus

---

[14] Michèle LECLERC-OLIVE, « Les figures du temps biographique », *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 1 janvier 1998, vol. 104, pp. 97-120.

[15] Cette conception des événements comme « marques et matrice » rejoint la dialectique développée par Jean Chesneaux entre « temps paramètre » (objectif, externe, constitué) et « temps-compagnon » (subjectif, intime, constituant) : Chesneaux, cité par Claude DUBAR, « Temporalité, temporalités : philosophie et sciences sociales », *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*, 2 juin 2008, nº 8, p. 4.

[16] Franco FERRAROTTI, *Histoire et histoires de vie: la méthode biographique dans les sciences sociales*, Paris, France, Téraèdre, 1983, p.52.

[17] Préface de G. Balandier, *Ibid*, p.8.

[18] Franco FERRAROTTI, *Histoire et histoires de vie*, *op. cit*, p.59.

structurels[19] de fabrication de l'individu. Ainsi le récit de vie est une porte d'entrée pour saisir le global à partir du singulier, comme le propose Charles W. Mills à travers une sociologie capable de dégager des épreuves personnelles des enjeux collectifs, tant « l'existence de l'individu et l'histoire de la société ne se comprennent qu'ensemble[20] ». Des enjeux individuels vécus au quotidien éclairent de manière fine certaines problématiques sociétales, dont celle qui est étudiée ici : la prise en charge de la dépendance et la prescription de traitements de substitution. L'analyse de la temporalité dans les théories sur la drogue prend ici un relief singulier, à travers le principe de narrativité. Le récit de vie comme construction narrative permet d'entrevoir la part réflexive du sujet sur sa propre histoire, le rôle du chercheur étant d'identifier les modalités choisies pour reconstruire un récit cohérent, celui-ci étant alimenté par le vécu, comme premier matériau support du récit, mais également par des récits entendus qui viennent alimenter une manière de comprendre la vie et les événements. Nous étudions ainsi le récit de vie comme production d'un savoir hybride, fruit de nombreuses interactions.

2. Posture de recherche et confiance ?

La passation d'entretien est effectuée sans grille pré-établie, de manière à donner une libre parole au narrateur, sans figer la production de son récit, selon une trame narrative préconstruite par le chercheur. Tout entretien commence par une présentation rapide du sujet de recherche lors de laquelle nous expliquons aux personnes la thématique portant sur les TSO et notre intérêt visant à mieux cerner le sens que ces derniers accordent aux traitements. Deux questions sont communes à tous les entretiens, afin d'introduire et de conclure la rencontre.

La première question porte sur l'expérience des TSO. Les usagers de structures socio-sanitaires sont habitués à la mise en récit de leur vie, comme par exemple Hannah à qui nous demandons de nous parler d'un dispositif précis au moment où nous branchons le dictaphone et qui nous répond alors :

[19] La structure sociale, étant entendue comme : « la somme totale des typifications et des modèles récurrents d'interaction établis au moyen de celles-ci. En tant que telle, la structure sociale est un élément essentiel de la réalité de la vie quotidienne. » (Peter Ludwig BERGER et Thomas LUCKMANN, La construction sociale de la réalité, op. cit, p.88.)

[20] Charles Wright MILLS, *L'imagination sociologique*, Paris, France, la Découverte, 1967, p.5.

Hannah : « Tu veux pas l'historique de ma vie ? »

La verbalisation de leur histoire de vie est fréquente mais aussi nécessaire, pour évoluer dans les structures sociales. Ainsi Hannah, en proposant l'historique de sa vie, avant de nous décrire le dispositif dont elle a fait l'expérience, dévoile sa connaissance de l'importance prise par les récits de vie, dans les institutions socio-sanitaires. Les usagers se racontent sans cesse aux professionnels du social or pour le chercheur, il est nécessaire de sortir de ces récits préconstruits. La personne rencontrée est amenée à faire la distinction entre l'entretien sociologique et les entretiens avec les professionnels du soin. Les entretiens ayant lieu au sein des structures, il s'agit de leur montrer que la situation d'interaction est ici inversée : le chercheur est celui qui demande de l'aide. En exprimant un besoin de connaissances pour élaborer notre recherche, nous replaçons notre interlocuteur en véritable expert de sa pratique, nous l'assurons que sans lui, nous ne pourrions avoir accès à une compréhension fine de son vécu et de l'expérience de la substitution. Lors de l'entretien, les relances nous permettent de saisir le sens de cette expérience, toutefois nous laissons au narrateur la liberté de mettre en mots son histoire, en évoquant les périodes de sa vie qui lui semblent pertinentes pour nous permettre de comprendre ce que peut vouloir dire prendre un traitement de substitution.

Chaque entretien se termine par la question : « Si vous pouviez changer quelque chose dans votre vie, qu'est-ce que ce serait ? ». Cette invitation à la mise en abyme permet à la personne interrogée un retour sur l'ensemble de l'entretien, afin d'en dénouer certaines clés de compréhension, et peut-être de mettre à jour ce qui a constitué, selon elle, un « point tournant », ou un événement marquant dans sa vie. Notre volonté est de partager avec l'enquêté le travail d'analyse propre au sociologue, afin de lui permettre de reconceptualiser lui-même son parcours de vie. Les points de rupture identifiés aident à saisir le caractère dynamique et processuel d'une biographie. Pour le narrateur, cet exercice incite à une recomposition identitaire, comme un retour sur soi mêlant souvenirs et réflexivité[21]. Mettre en mots un parcours de vie peut faire resurgir des angoisses

[21] Réflexivité, au sens de Dubar, soit la « capacité à revenir sur son passé pour anticiper son avenir en orientant son présent ». (Claude DUBAR, « Temporalité, temporalités », op. cit.)

Pour Giddens, la réflexivité caractérise le caractère instable de toute connaissance fondée sur l'expérience : « La réfélexivité de la vie sociale moderne, c'est l'examen et la révision constantes des

profondes, notamment lorsque l'usage de drogues est en lui-même une parade pour oublier des moments dramatiques qui ont eu un impact sur la trajectoire de vie (décès, violence, accidents…). Ces moments du récit apparaissent comme des « événements marquants » au sens de Leclerc-Olive.

> « Les évènements marquants sont les points nodaux de l'expérience biographique : c'est au moment où les représentations incorporées de soi, de la société, du monde sont bousculées que le sujet s'interroge, interprète, tente de produire un sens, de nouvelles représentations.[22] »

Leclerc-Olive définit deux types d'événements marquants : les « événements catastrophes » sont la « forme inachevée et inachevable » de l'événement, sans cesse réexaminés par les sujets, ils « irriguent la biographie dans tout son déroulement » ; les « tournants de l'existence » sont la « forme achevée de l'événement majeur » et ils « s'inscrivent dans un récit qui en stabilise le sens ». Le récit de ces étapes clés fait basculer l'histoire, la rencontre, la narration, et le chercheur doit être vigilant lors de ces moments du récit, car ils traumatisent l'individu et l'empêchent d'avancer dans sa biographie. Trop de relances sur de tels moments de l'existence peut définitivement bloquer l'interaction et au pire mettre réellement à mal la personne qui en aurait dit plus qu'elle n'en est capable. Lors de ces moments, l'enquêteur laissera un temps de pause, pour recentrer l'entretien autour de la question des TSO par exemple. Lors d'un entretien, il ne s'agit pas de « faire parler », mais d'amener la personne à réfléchir sur son parcours en lien avec le TSO. Pour éviter le risque de confusion entre entretien psychologique et entretien sociologique, le chercheur, attentif à cet éventuel malentendu, peut réexpliquer les enjeux de la recherche à plusieurs reprises, notamment en redéfinissant les termes de l'interaction et son rôle de chercheur, externe à la structure. Néanmoins, lors de la conduite de l'entretien, les personnes se rendaient bien souvent compte par elles-mêmes du fait que les sujets abordés étaient différents. La confusion sur notre rôle de chercheur a également surgit lors d'interactions avec les professionnels qui nous demandaient notre avis sur une

---

pratiques sociales, à la lumière des informations concernant ces pratiques mêmes, ce qui altère ainsi constitutivement leur caractère. » (Anthony GIDDENS, *Les conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmattan, 1994, p. 45.)

[22] Michèle LECLERC-OLIVE, « Les figures du temps biographique », *op. cit.*, p. 107.

personne que nous avions rencontrées en entretien[23]. Par exemple, après un long entretien avec Bruno, la psychologue de la structure vint nous voir pour nous expliquer sa difficulté à créer du lien avec lui et avoir des conseils sur la façon de l'approcher. Ce fut alors l'occasion de discuter avec elle de notre propre rôle mais également dans un exercice de mise en abyme de son rôle à elle.

Les entretiens durent en moyenne une heure. Quand la personne est à l'aise à l'oral, pour raconter son histoire, l'entretien peut durer deux heures, voire plus. Mais pour certains, notamment les patients très médicamentés, la nécessaire concentration, que requièrent l'interaction et l'exercice de se raconter, est rendue délicate du fait de l'état de fatigue et de vulnérabilité dans laquelle ils se trouvent. Lors de la recherche, le respect des personnes interviewées passe également par une certaine acceptation de leurs silences, ou même parfois de leurs mensonges. L'enjeu de la rencontre est d'établir une confiance suffisante, pour que les personnes se placent en messagères et se retrouvent ainsi valorisées par la richesse de leur propre récit qui vient lever le sentiment de discrédit pouvant peser sur elles. L'analyse des entretiens, même les plus courts, est riche en découvertes heuristiques : les textes nous introduisent dans un univers, celui de la drogue, méconnu car souterrain et leur interprétation nous donne accès à une compréhension plus fine que celle offerte par la simple observation, qui ne délivre qu'une vision parfois sordide de cette réalité. Avant de s'engager dans une méthode biographique, il est important de prendre en compte la situation dans laquelle se trouve la personne rencontrée, en effet, un retour réflexif sur soi peut constituer une mise en danger. Mis face à ses propres contradictions et en lutte avec une forte stigmatisation, le narrateur doit mobiliser une stratégie afin de garder la face. Le terme de « face » est ainsi défini par Erving Goffman :

> « Comme étant la valeur sociale positive qu'une personne revendique effectivement à travers la ligne d'action que les autres supposent qu'elle a adoptée au cours d'un contact particulier.[24] »

---

[23] Sylvie FAINZANG, *La relation médecins-malades*, *op. cit.*, p. 25. Dans son ouvrage sur l'accès à l'information dans la relation médecins-malades, Sylvie Fainzang fait également mention de sollicitations de la part de psychologues et de médecins, venant la consulter pour avoir son avis sur certains cas et exprimant ainsi le manque de clarté concernant son rôle d'anthropologue au sein du service médical. A ces différentes occasions, par son refus de s'exprimer sur les patients, elle réaffirmait ainsi son statut et son rôle de chercheure.

[24] Erving GOFFMAN, *Les rites d'interaction*, Paris, France, Les Éd. de Minuit, 1974, p. 9.

Ainsi,

> « L'expression « perdre la face », signifie, semble-t-il, faire mauvaise figure, faire piètre figure ou baisser la tête. L'expression « sauver la face » paraît se rapporter au processus par lequel une personne réussit à donner aux autres l'impression qu'elle n'a pas perdu la face.[25] »

Placé en interaction avec un chercheur, le narrateur voit les réactions et les émotions que ses propres mots peuvent avoir sur autrui. Ces attitudes, ou feed-back, vont alors pousser le narrateur à choisir une tonalité, ou un thème, pour que son récit soit entendu et pris en compte. Selon Ferrarotti :

> « Chaque interview biographique est une interaction sociale complexe, un système de rôles, d'attentes, d'injonctions, de normes et de valeurs implicites, souvent aussi de sanctions.[26] »

Le chercheur par ses relances et ses questions tend à dévoiler ce que le narrateur cherche à habiller par une mise en scène[27]. Trop racontées, les histoires perdent de leur sens, dès qu'elles deviennent des ritournelles, prises dans une mécanique. Le chercheur peut alors tâcher de bousculer l'interviewé dans sa narration, quand cela est possible et quand la relation de confiance établie est suffisante. Mettre à jour certaines incohérences dans le discours ou encore demander au narrateur de raconter des pans de son expérience qu'il tairait au soignant peut permettre de faire basculer l'entretien vers un autre registre discursif et normatif et dévoiler une autre facette du récit énoncé. Néanmoins, le récit de vie est le résultat d'une relation humaine, ainsi une certaine pudeur ou réserve de la part du chercheur permet de respecter les silences ou les secrets du narrateur. Le chercheur, au cours de l'entretien, peut également être amené, à accompagner la personne face à ses doutes, et contrôler ses émotions pour ne pas sombrer dans le misérabilisme.

---

[25] *Ibid.*, p. 12.

[26] Franco FERRAROTTI, *Histoire et histoires de vie*, *op. cit.*, p. 52.

[27] Gilles BILLOTE, « L'histoire de vie, un travail de recomposition de soi », *in Analyse d'un récit de vie: l'histoire d'Annabelle*, Paris, France, Presses universitaires de France, 2005, p. 88.

« La discrétion (…) n'est aucunement le respect du secret de l'autre, de sa volonté directe de nous cacher ceci ou cela ; mais c'est déjà s'abstenir de connaître tout ce que l'autre ne révèle pas positivement.[28] »

Le chercheur, attentif à protéger ses enquêtés, veille à ne pas mettre en péril l'équilibre que la personne s'est créé en s'inventant des histoires. Celles-ci peuvent en effet permettre d'avancer, en rendant la vie moins tragique. Parfois, certaines personnes rencontrées nous ont demandé d'éteindre le dictaphone pour nous narrer des épisodes particulièrement délicats de leur récit. Pour respecter notre engagement lors de ces échanges, nous n'exploitons pas ces données pour lesquelles les personnes ont requis une confidentialité particulière. La nécessité d'une vigilance nous a été rappelée, lors d'une rencontre introductive à notre entrée sur le terrain en France, par une psychologue, qui nous a demandé d'être prudente face à la fragilité de certaines personnes que nous allions rencontrer. Certaines rencontres se sont effectivement révélées délicates, notamment lorsque la personne en face du chercheur montrait des fragilités psychiques ou psychiatriques. Des formes de décompensation chez les personnes diagnostiquées psychotiques ont pu être observées, ainsi que des accès de violence, des sentiments d'angoisse ou encore de paranoïa.[29] Un seul entretien a dû être interrompu. L'homme interviewé, nous l'appellerons Jérémy, venait de rentrer dans la structure où nous le rencontrons. Il s'agit d'une structure fermée qui accueille des personnes avec un double diagnostic (troubles psychiatriques et addiction). Dans le couloir, il porte des lunettes de soleil. Nous le guidons vers la salle d'entretien, il enlève ses lunettes. Nous lui expliquons notre recherche et commençons à lui poser des questions auxquelles il répond de manière très succinctes, au bout de cinq minutes, il remet ses lunettes et explique :

Chercheure : « Vous pouvez me raconter ou ça vous dérange ?

Jérémy : Ça me dérange, ça me dérange. Je viens à peine de commencer alors ça me dérange un peu. »

Afin de terminer l'entretien, voyant Jérémy de plus en plus agressif dans ses réponses, nous lui posons notre question de conclusion de manière un peu

[28] Georg SIMMEL, *Secret et sociétés secrètes*, France, Circé, 1996, p. 25.

[29] Dans notre analyse, nous développerons plus en amont le lien entre récit de soi, diagnostic psychiatrique et dépendance à l'héroïne, en fonction du centre de prise en charge.

hâtive sur ce qu'il changerait dans sa vie, sa réponse : « *Le fait de pas avoir pu égorger mon père.* », puis ne voulant pas terminer là-dessus, nous essayons de reprendre avec lui la discussion, mais il détourne toutes les questions de manière soit ironique, soit agressive et rétorque : *« Il y a des questions qui ne doivent pas être posées* ». Cette expérience nous montre qu'il n'est absolument pas évident pour une personne qui a vécu des événements traumatisants de se raconter. Pourquoi cet homme a-t-il alors accepté l'entretien ? Sa réponse sur son père montre bien une envie de se livrer, de se dégager d'un poids, mais l'entretien sociologique, tel que proposé, n'était visiblement pas adapté à lui.

Notre éthique de chercheur nous amène à de la « discrétion » vis à vis des personnes, lorsqu'elles font le récit de leurs problèmes personnels. Il s'agit aussi de prendre garde aux récits de pratiques illégales non encore jugées. En effet, lorsque sont racontées les modalités du trafic de stupéfiants, certains éléments peuvent effectivement être pertinents pour notre recherche ; mais trop en savoir peut être une mise en danger pour le chercheur, nous avons donc tâché de collecter le plus d'informations sans repères ni de lieu ni de moyens d'identification des acteurs en scène[30].

Une des difficultés de la méthode biographique est de restituer une analyse complète des récits sans pour autant mettre en danger le pacte de confiance établi entre le chercheur et le narrateur, celui reposant sur l'anonymisation. Afin de respecter cet engagement vis à vis des personnes enquêtées, nous avons gommé certains traits particuliers des histoires de vie qui auraient pu rendre reconnaissable l'énonciateur. Les noms ont également été modifiés : les prénoms fictifs ont été choisis en fonction de l'origine culturelle dont la personne a fait mention dans l'entretien.

3. Fragmentation de l'expérience et ellipses dans le récit

« Quand il s'agit de la connaissance d'individu à individu, ces formes ont de nombreuses variantes individuelles, elles ne peuvent ni accéder à l'universalité de

[30] Dans ces travaux, M. Mohammed étudie le principe d'omerta dans les réseaux de revente de stupéfiants comme étant l'articulation entre silence subi à cause de la peur de représailles et silence choisi, reflétant l'impopularité de la police et une solidarité socio-territoriale. Pour étudier ces questions, Mohammed explique avoir bénéficié d'une certaine proximité d'avec le terrain, du fait d'avoir grandi dans le quartier étudié et de connaître certains interlocuteurs de longue date. « Prévenir les délinquants ou se taire face aux policiers », *Cultures & Conflits*, 2014, vol. 93, nº 1, pp. 35-64.

la science, ni s'imposer avec assez de force pour dépasser la subjectivité, ce qui est possible face à la nature extérieure et aux processus mentaux qui ne sont que typiques.[31] »

Lors de la collecte des récits de vie, les personnes rencontrées soulignent souvent qu'elles ne sont pas que ce qu'elles ont dit, que leur récit n'est qu'une vision partielle de leur réalité et non la totalité de leur vie, comme Zahid, un homme rencontré lors d'une précédente recherche, qui après de nombreuses révélations, tient à préciser :

> *« Oui, mais je vous ai pas tout dit. Le parcours il est tumultueux, c'est comme ça. C'est un parcours, il est très tumultueux. » (Zahid, 53 ans)*

Ferrarotti précise la valeur heuristique des récits de vie pour le chercheur et sa valeur existentielle pour les narrateurs, ce que nous retrouvons aussi dans le discours de Zahid :

> *« Quand quelqu'un raconte sa vie, ça libère quelque part. C'est des choses qu'il sort. Je le vois comme ça moi. (...) Y a des trucs, bon, on en a pas parlé, des moments. Y a des choses, c'est des moments durs quoi, mais parfois il arrive qu'on en parle. C'est extérioriser. Ça rend léger aussi. Ça allège le fardeau de la vie quoi. (rires) » (Zahid, 53 ans)*

Cette parenthèse que représente l'entretien, se referme une fois le dictaphone éteint, c'est le quotidien qui reprend son cours et la vie continue : *« Mais je crois qu'on va aller manger non ? »* dit Zahid ponctuant notre rencontre. En effet, il est aussi important pour le chercheur de ne pas surévaluer les risques que la rencontre avec le chercheur va faire encourir au narrateur. Une méthodologie solide et sans cesse remise en question, lors de chaque entretien réalisé, permet d'éviter certains écueils, mais il ne faut pas mésestimer les capacités que développent les personnes, en situation d'interaction, pour détourner les sujets qu'elles ne souhaitent pas aborder[32].

---

[31] Georg SIMMEL, *Secret et sociétés secrètes*, *op. cit.*, p. 9.

[32] Au Québec, l'entrée sur le terrain, quand celui-ci a lieu au sein de structure socio-sanitaire, doit passer au crible d'un comité d'éthique, en l'occurrence, pour notre recherche, il s'agit précisément du comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CÉRT). « L'évaluation éthique par un comité d'éthique au Québec d'un projet de recherche impliquant des êtres humains est régie par des normes gouvernementales. » nous écrit J. Poupart, le coordonnateur du CERT. Un dossier conséquent doit présenter les enjeux de la recherche, la méthodologie, et notamment une grille d'entretien précise, pour obtenir ce que le comité nomme un « privilège de recherche ». Plusieurs difficultés se sont posées à nous : premièrement, procédant à une enquête inductive, sans grille d'entretien, dans l'esprit du récit

Une vie n'est jamais racontable dans sa totalité, un récit comporte toujours des ellipses. Celles-ci peuvent parfois être volontaires, il s'agit alors de secrets que la personne ne souhaite pas partager pour maintenir la face devant l'intervieweur. De plus, ne s'en remettant qu'à sa seule mémoire, le sujet peut faire des erreurs, ou des oublis. Enfin, le narrateur peut mentir. Ainsi par exemple Claude, 43 ans, affirme dès le début de l'entretien ne pas s'être injecté depuis six mois, plus tard, nous reposons la question, il répond :

> *« Il y a trois mois, trois, quatre mois. Non ! La dernière fois que j'ai injecté, c'était hier ! Mais c'était de la coke ! Parce que la coke, j'en prends de temps en temps. »*

Mensonge, omission, pudeur ou déni, cet exemple est révélateur de ce que le narrateur est amené à reformuler afin de proposer sa propre vision des choses, insérant ses pratiques dans une réalité complexe où s'entrechoquent différentes logiques d'action. Comme l'explique Myriam Klinger, les histoires de vie résultent d'une « activité dialogique » ainsi :

> « Pour interpréter les situations à chaque moment de la vie quotidienne la pertinence repose elle-même sur la sédimentation des expériences antérieures réalisées en coopération avec d'autres : elles sont signifiantes pour tout un chacun, elles constituent aussi des mondes partagés en commun ; l'horizon de signification

---

biographique, ces contraintes administrativo-académiques allaient à l'encontre de notre approche. Deuxièmement, notre temps consacré au terrain au Québec étant relativement restreint, nous ne pouvions nous consacrer à l'élaboration du dossier sans empiéter sur notre recherche. Troisièmement, les formulaires de consentement éclairé à faire signer aux interviewés peuvent mettre à mal la relation de confiance établie, tant « cela formalise [la] relation et peut menacer le climat d'empathie si nécessaire au recueil des données ». In Carine VASSY et Richard KELLER, « Faut-il contrôler les aspects éthiques de la recherche en sciences sociales, et comment ? », *Mouvements*, 2008, vol. 55-56, nº 3, p. 131. Nous rejoignons les remarques formulées par les auteurs sur l'aspect éthique d'une recherche comme étant une focale de l'apprentissage de la sociologie à l'université : « les chercheurs en sciences sociales suivent déjà des règles morales et déontologiques, à la fois personnelles et professionnelles. » […] « Ces règles sont transmises lors de l'apprentissage, par exemple dans les cours de méthodologie de la recherche, ou lors des enquêtes, au besoin en faisant des erreurs... ». *ibid* p.135

Pour palier ces contraintes, nous avons approché un organisme communautaire qui ne nous a pas demandé de passer par un comité d'éthique et nous avons eu accès à certaines structures pour des observations de courte durée. Toutefois, nous n'avons pu approcher le CRAN « Centre de recherche et d'aide pour narcomane », celui-ci nécessitant une évaluation éthique, comme le souligne J. Poupart : « Le CRAN a par entente choisi que tous les projets de recherche impliquant son établissement soient éthiquement évalués par le CÉRT. Un cadre réglementaire auquel adhère le CRAN encadre la recherche. Le fonctionnement du CÉRT est par ailleurs régi par un règlement de fonctionnement. »Toutefois, de nombreux échanges par email nous ont permis d'avoir accès à un grand nombre d'informations. Au final, ne pas prendre la voie tracée institutionnelle nous a permis d'approcher un centre atypique et s'est révélé extrêmement riche d'un point de vue heuristique. En France et en Suisse, des comités éthiques supervisent également les recherches portant sur les institutions socio-sanitaires, pour autant nous n'avons pas effectué de telles démarches. Néanmoins, plusieurs entretiens préalables avec l'ensemble des intervenants des structures où nous avons réalisé notre recherche ont été nécessaires avant que nous puissions rencontrer les usagers de ces structures

du narrateur comme du chercheur se fonde sur un monde intersubjectif et culturel.[33] »

Pourquoi Claude n'a-t-il pas parlé de ses consommations actuelles de cocaïne par injection dès le début de l'entretien ? Peut-être par honte d'être jugé, mais aussi peut-être que, comme nous lui avons présenté notre recherche sur les TSO, Claude a-t-il pensé que ses consommations de cocaïne ne rentraient pas dans notre champ de recherche, les TSO n'étant prescrits que pour la dépendance aux opiacés. Peut-être aussi considère-t-il que s'injecter de la cocaïne n'a pas la même gravité que s'injecter de l'héroïne ? Il rajoute en effet : « *La cocaïne, y a pas de dépendance, il y a rien* ». Lors de l'entretien, le narrateur évalue le degré de confiance qu'il peut accorder à son interlocuteur et mesure ainsi ce qui peut lui être confié. Il peut, par exemple, comprendre lors de cette interaction, que le chercheur est étranger à la structure et que ce qui lui sera dit ne sera pas ensuite répété aux professionnels. Le mensonge sur les dernières consommations est ainsi une manière, pour le narrateur, de donner une certaine image de lui-même. Ce même mensonge, raconté au médecin, aura une autre valeur qui sera celle de préserver la relation thérapeutique et de s'assurer de la pérennité de son traitement. Le mensonge, selon la situation d'interaction, revêt ainsi plusieurs significations et motifs. Dans le déroulement de l'histoire de vie, les évènements ressurgissent dans la mémoire du narrateur : mensonge ou omission pouvant être des erreurs parfois non conscientes. Les mécanismes de la mémoire, sollicités lors de l'exercice de la mise en récit de soi, ne sont pas passifs mais sont l'objet d'une interprétation des événements vécus. Le narrateur puise dans ses souvenirs, en les mettant en mots, il les ordonne pour leur donner du sens. Ce travail d'interprétation ne se fait pas par l'individu seul ; Maurice Halbwachs souligne l'importance d'autrui dans le processus de mémorisation et parle des « cadres sociaux de la mémoire » qui rendent possible une « mémoire collective » : fondement du lien social. Il définit ainsi l'exercice de mémorisation comme étant une co-production :

[33] Myriam KLINGER, « Fidélité et infidélité dans les histoires de vie sociale », *Revue des Sciences Sociales de la France de l'Est*, n° 22, p. 137.

> « Le plus souvent, si je me souviens, c'est que les autres m'incitent à me souvenir, que leur mémoire vient au secours de la mienne, que la mienne s'appuie sur la leur.[34] »

Le fait de se raconter est déjà une inscription de soi dans une temporalité historique, définie comme « entrecroisement du biographique et du relationnel[35] ». Se livrer, donner un peu de soi à travers le récit de sa propre histoire, c'est s'inscrire dans une relation de proximité et de confiance, c'est aussi se replacer dans un cadre qui nous préexiste, qui nous définit tout autant que l'on contribue à le définir. Le narrateur maître de son propre récit, est engagé dans un pacte autobiographique, tel que défini par Philippe Lejeune, c'est-à-dire qu'un accord est passé entre lui, qui accepte de se raconter en apportant des éléments véridiques de sa biographie, et le chercheur qui lui accorde sa confiance[36]. Faire le récit de sa vie, permet d'une certaine manière d'inventer sa propre histoire avec des mots choisis et le mensonge, comme le secret, sont une manière de se réapproprier des instants de sa vie ou encore de donner une certaine image de soi qui convient mieux, anticipant ainsi sur la réaction du destinataire. On ne peut certes jamais connaître l'autre complètement, et c'est toujours de manière parcellaire que l'on peut envisager la connaissance de l'individu, dont la réalité est toujours plurielle. La narration est un exercice au cours duquel le sujet se singularise, dévoile son moi, mais sans s'y résumer :

> « Son énonciation devient une sorte de preuve à l'appui de la fiction qu'il propose de lui-même, un signe extérieur de la propriété d'une âme, un indice de l'existence d'un point à partir duquel il résiste au travail d'identification et de compréhension du chercheur, mais dont il peut aussi, intarissablement, faire l'emblème d'une singularité et d'une différence narcissiquement très gratifiante.[37] »

Simmel nous enseigne que dans une société de plus en plus atomisée, les relations reposent sur une confiance qui est « un état intermédiaire entre le savoir et le non-savoir[38]». Ne pouvant vérifier la totalité des informations, et/ou données

---

[34] Maurice HALBWACHS, *Les cadres sociaux de la mémoire*, Paris, Albin Michel, 1994, p. VI.
[35] Claude DUBAR, « Temporalité, temporalités », *op. cit.*, p. 14.
[36] Philippe LEJEUNE, *Le pacte autobiographique*, Paris, France, Éd. du Seuil, 1996.
[37] Introduction d'E. Lazega Franco, in FERRAROTTI, *Histoire et histoires de vie*, *op. cit.*, p. 17.
[38] Georg SIMMEL, *Secret et sociétés secrètes*, *op. cit.*, p. 22.

scientifiques, nous devons nous en remettre à la confiance, véritable pilier des relations sociales.

> « L'objectivation croissante de notre civilisation dont les formes naissent de plus en plus à partir d'énergies impersonnelles, recueillant de moins en moins la totalité subjective de l'individu (…) s'empare aussi des formes sociologiques ; de sorte que des associations où l'homme entrait autrefois dans sa totalité et en tant qu'individu, et qui exigeaient donc un savoir réciproque au-delà du contenu concret et immédiat de la relation, sont maintenant réduites exclusivement à ce contenu soigneusement isolé.[39] »

Mais si cette question de confiance émerge dans les rapports au quotidien, dans une interaction telle qu'un entretien sociologique, elle nous semble essentielle. Elle est problématique. Quelle place accorder à la parole de l'individu ? Doit-on chercher à démasquer ses secrets ? Mais elle est aussi riche d'un point de vue heuristique. Que dit-on et que cache-t-on ? De quelle manière cherche-t-on à se présenter ?

> « Si nous sommes amenés à faire confiance, c'est parce que l'autre ne peut jamais être totalement connu. Ainsi s'amorce et s'annonce une réflexion sur le secret comme ce qui n'est pas divulgué, mais aussi comme ce qui peut être sciemment scellé ou tu. [40]»

Le chercheur minimisant sa quête de la réalité est alors apte à recevoir le récit de l'individu comme étant sa vérité et sa version de l'histoire. Si, parfois, des secrets sont révélés, et des mensonges découverts, le chercheur, en faisant preuve de retenue, évite d'exposer une personne alors rendue vulnérable. L'entretien n'étant pas un interrogatoire, l'objectif du chercheur n'est pas de pousser des portes que l'interviewé laisse volontairement fermées, il n'a donc pas accès à l'intégralité des connaissances de l'enquêté, et peut également être dupé. Ayant conscience de cette faille méthodologique, le chercheur peut construire son analyse, sachant qu'il travaille sur ce qui est dit : à partir du langage discursif, des signes ou symboles qui rendent possible la communication, et non sur ce qui est « vrai ». Les observations effectuées de type ethnographique permettent, dans

[39] *Ibid*., p. 21.
[40] Postface de Patrick Watier *Ibid*., p. 115.

certains cas, d'objectiver les récits. Contrairement à l'historien dont le problème premier sera de vérifier la véracité de ses sources :

> « La problématique sociologique suppose que tout document a un sens, y compris les documents que les historiens abandonnent au nom de la crédibilité, à condition de re-construire le système de repérage de ce sens.[41] »

Tout témoignage est partiel. Cette précision peut sembler superflue, néanmoins nous la faisons, tant les préjugés entourant les usagers de drogues sont nombreux. Tout enquêté peut mentir ou refouler les motifs de son action.

> « Des motifs invoqués et des « refoulements » (ce qui veut dire d'abord des motifs non avoués) dissimulent trop souvent à l'agent lui-même l'ensemble réel dans lequel s'accomplit son activité, à tel point que les témoignages, même les plus sincères subjectivement, n'ont qu'une valeur relative.[42] »

Cela n'est nullement le propre des usagers de drogues, souvent considérés comme menteurs et manipulateurs dans la littérature précédant les années 1990. Approcher un terrain de recherche avec de telles prénotions ne peut avoir qu'un effet performatif, la personne en face répondant aux méfiances de l'enquêteur en jouant le rôle que celui-ci attend de lui. Dans une situation d'enquête sociologique, la personne n'a pas d'intérêt à mentir autre que celui dont nous avons fait mention : « garder la face » en situation d'interaction. Au contraire, cette rencontre peut être pour la personne l'occasion de réellement se confier et de raconter sa propre version de l'histoire, étant donné que les attentes vis à vis du chercheur ne se situent pas au même niveau, ni dans la même temporalité, que celles mises sur les intervenants sociaux, par exemple[43].

---

[41] Nathalie HEINICH et Michael POLLAK, « Le témoignage », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1986, vol. 62, nº 1, p. 5.

[42] Max WEBER, *Économie et société*, Paris, France, Plon, 1971, p. 36.

[43] Il est de plus en plus d'usage de rémunérer les enquêtés. Notre interlocuteur privilégié au Québec, Didier, travaille au sein d'un journal « Par et pour », celui-ci finance tout dessin ou article écrit par des usagers de drogues par injection (UDI) lorsqu'il est publié. Cette logique est argumentée comme étant une manière de valoriser la parole des personnes. Lorsque nous le contactons, il nous demande si nous comptons rémunérer les personnes rencontrées. Or n'ayant pas proposé de rémunération en France et en Suisse, nous lui expliquons ne pas vouloir introduire un tel biais dans notre recherche. Bien que nous souhaitions effectivement valoriser la parole reçue comme témoignage de l'expertise d'une expérience, nous ne pouvions nous permettre une valorisation financière de celle-ci. Ainsi, suite à des discussions avec Didier, nous avons décidé ensemble qu'aucune personne interrogée ne recevrait de rémunération dans le cadre de notre recherche. Lors de notre deuxième rencontre, pour un entretien, nous revenons sur la question de la rémunération des personnes qui écrivent des articles pour la revue qu'il dirige : « *Sinon, le problème fondamental que nous on avait, c'était...les gens qui consomment ont comme priorité de consommer majoritairement et de les investir dans un projet comme ça, c'est hyper difficile,*

4. *Rhétoriques de présentation de soi et situation d'interaction*

Lorsque Albert OGIEN, dans les années 1990, avant l'introduction des TSO, étudie la sortie de la toxicomanie, c'est selon lui :

> « Concéder a priori une faculté cardinale au toxicomane : celle du jugement ; concession déterminante, puisqu'elle réintroduit le drogué dans l'ordre de l'humain, qu'elle force à l'envisager comme un *être moral*.[44] »

Au cours de nos recherches, nous avons pu observer de la part des acteurs en situation de grande fragilité une capacité à mettre en œuvre certaines compétences rhétoriques comme stratégies de présentation de soi. Les récits collectés lors des entretiens sont analysés comme le produit d'une interaction spécifique entre un narrateur et le chercheur. Les personnes font face à de nombreuses sollicitations lors desquelles elles sont amenées à se raconter et à se répéter, elles développent ainsi des stratégies pour affronter ces épreuves de mise en récit de soi.

> « Cette diversité déconcertante des situations où l'individu est amené à se présenter est néanmoins palliée par l'existence de schémas argumentatifs récurrents qui interviennent de façon systématique dans l'élaboration du discours de la personne. Le jeu de la représentation de soi fait invariablement intervenir un individu face à un public, celui-ci est associé à une langue, des règles, un code dont

---

nous on a réussi à le contrecarrer, par le fait de les rémunérer, c'est qu'au lieu d'aller chercher ton argent absolument pour consommer, et de ne faire que ça, benh tu vas pouvoir aller chercher ton argent d'une manière différente […] *Le temps que tu mettais, si on arrive nous à te donner une rémunération, ce temps là, tu vas pouvoir le mettre au lieu de faire la manche, au lieu de prosto* [se prostituer] *ou autre, ce qui est bien correct aussi, c'est fait pour pouvoir passer un peu plus de temps à chercher comme, d'être intégré dans les messages de la santé, et puis avoir ta rémunération quand même. Le pendant à ça, c'est que depuis qu'on a commencé à faire ça, oui on a intégré puis on a réussi à rejoindre beaucoup plus les personnes qui consommaient, mais en même temps, tout est devenu monétaire ! Ce que je te disais un peu, c'est que maintenant qu'est-ce que ça me donne monétairement le fait de convaincre les gens que c'est bon pour votre santé, puis on va entendre votre opinion, puis ci, puis ça, maintenant on s'en fout ! On est prêt à le faire parce qu'il y a de l'argent au bout, mais on a un peu une démotivation des gens de le faire gratuitement. Mais en même temps, ça se faisait pas nécessairement avant gratuitement, c'est pas comme si ça se faisait gratuitement avant puis maintenant qu'on a donné une rémunération, c'est devenu vicieux à cause de ça, c'est que ça se faisait pas, on les rejoignait pas et les gens avaient tellement d'autres... »*

[44] Albert OGIEN, « La morale du drogué », *Revue française des affaires sociales*, 1994, n° 2, p. 60.

devra user l'individu pour le convaincre de la vérité du discours qu'il tient sur lui-même, de l'authenticité et de la cohérence de l'image qu'il y élabore.[45] »

Ces récurrences nous ont amenée à définir trois types de rhétorique de présentation de soi en situation de vulnérabilité[46].

La rhétorique du fatalisme : la peur de l'échec, perçu comme inéluctable, devient un frein à l'action. Le sujet se présente comme victime plutôt qu'acteur pour expliquer son désir de retrait du monde et sa non-implication.

La rhétorique de la révolte est employée par certains narrateurs qui expriment une colère dans leur récit, celui-ci prend alors les traits d'un argumentaire.

La rhétorique de l'absurde, du sentiment d'étrangeté au monde, se caractérise par des récits construits comme une succession d'anecdotes et d'évènements sans lien entre eux. Le narrateur se sent alors comme « étranger [47] », au sens de Camus. Il s'agit là, peut-être, d'une manière de se protéger de ses propres souvenirs et ainsi d'éviter de sombrer à nouveau dans la maladie psychique et la dépression. Quand raconter son parcours devient une démarche institutionnelle routinière, la mise en récit de soi devient une compétence, le fait de réciter par cœur permet au narrateur de se distancier de son propre récit, il raconte « soi-même, comme un autre [48] ». Cette structure narrative est aussi utilisée par les narrateurs relatant des années d'errance, faite de zones d'ombres qu'on ne saurait éclairer à la lumière du présent.

Démissionnaires face à leur destin, enragés par des injustices qui semblent insurmontables ou encore dépossédés de leurs propres histoires, ces hommes et ces femmes se racontent, tout en justifiant l'aide qu'ils réclament. Il s'agit là de stratégies de présentation de soi dans le contexte bien particulier qu'est la prise en charge institutionnelle de la vulnérabilité. Ces modalités de mise en récit de soi

---

[45] Nadine KUPERTY-TSUR, *Écriture de soi et argumentation: rhétorique et modèles de l'autoreprésentation*, Caen, France, Presses universitaires de Caen, 2000, p. 7.

[46] Cette typologie a été élaborée une première fois dans le cadre de notre mémoire de master portant sur les stratégies de présentation de soi en situation de vulnérabilité par des résidents de CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale). Au regard des entretiens réalisés dans le cadre de la recherche doctorale, ces trois types de rhétoriques s'avèrent toujours pertinents.

[47] Albert CAMUS, *L'étranger*, Paris, France, Gallimard, 2005. « Dans un univers soudain privé d'illusions et de lumière, l'homme se sent un étranger [...]. Ce divorce entre l'homme et sa vie, l'acteur et son décor, c'est proprement le sentiment de l'Absurdité. » Albert CAMUS, Le mythe de Sisyphe : essai sur l'absurde, Paris, France, Gallimard, 1967, p. 18.

[48] Paul RICŒUR, *Soi-même comme un autre*, Paris, France, Éd. du Seuil, 1996.

indiquent l'impact d'une prise en charge institutionnelle sur la construction identitaire des personnes, celles-ci ne se construisent pas indépendamment du regard social porté sur elles, mais bien en interrelation avec lui. Un des axes de lecture, nécessaire à l'analyse de leur récit, dans une volonté de comprendre le sens accordé au traitement de substitution, est également la part de stigmate que ces personnes doivent gérer au quotidien et dont elles semblent parfois imprégnées et contre laquelle elles luttent, parfois.

Ces rhétoriques de présentation de soi et les modalités de mise en récit de soi ne sont qu'un des types de trames narratives pouvant être mobilisées par les acteurs. Ces formes correspondent au contexte et à la situation d'énonciation, au sein d'un centre où le narrateur adopte un rôle de bénéficiaire d'un dispositif d'action sociale, voire le rôle de demandeur d'aide. Les narrateurs n'adoptent jamais qu'un seul rôle social et les diverses situations d'interaction auxquelles ils se confrontent induisent de nouvelles manières de se raconter.

II. Biographie et arc de travail : au croisement des mondes sociaux de la drogue et du soin

1. Du récit institutionnel aux récits informels

Les entretiens ont lieu à l'intérieur des différentes structures (dans des bureaux mis à notre disposition), ce qui pourrait constituer un inconvénient du fait que le lieu dans lequel l'interaction entre le chercheur et l'enquêté se situe peut conditionner le discours, si le narrateur ne se sent pas libre de dire certaines choses. Or, l'objectif de notre recherche vise à identifier l'imbrication entre différents niveaux de discours : celui appris au sein même de la structure lors des interactions avec les soignants, celui considéré comme prescrit pour jouer le rôle du bon patient, ou encore celui, proscrit, de l'usager de drogues qui parlerait positivement de ses consommations de produits illicites. Les entretiens sont menés avec l'objectif de désassembler ces différents niveaux de discours, pour mieux saisir la complexité et la polysémie des usages de TSO qui peuvent être appréhendés en fonction de normes divergentes par une même personne. La tâche

du chercheur est de déconstruire ces récits préfabriqués, élaborés dans des situations de demande d'aide.

Il s'agit ainsi d'établir les interactions entre discours de l'institution et récits des personnes en traitement, en tant que « réajustement », « négociation » ou « compromis », « débat de trajectoire [49]» et parfois « malentendus » grâce à une analyse croisée du discours des usagers et des professionnels. Pour cela, nous avons procédé aux récits biographiques auprès des usagers de TSO, complétés par des entretiens semi-directifs auprès des professionnels des structures. Procédant à une triangulation des méthodes, nous avons également étudié les différents projets d'établissement et réalisé des observations au sein même des structures, afin d'analyser le degré de divergence entre le discours institutionnel formel, mis par écrit dans un document administratif, le discours des professionnels sur leurs pratiques quotidiennes et des observations de pratiques *in situ*.

L'entrée en structure de soin et le traitement par la substitution nécessitent un « réajustement biographique » pour les usagers de drogue et leurs proches. Comme le définit Strauss :

> « L'ajustement biographique devient le processus central par lequel les personnes malades et leurs proches entreprennent des actions pour retenir et/ou regagner un certain degré de contrôle sur leurs biographies rendues discontinues par la maladie. Cette action leur permet d'intégrer dans leur vie la maladie et les changements qu'elle apporte. L'action les autorise à donner une forme et un sens à leurs biographies en réponse aux phases de la maladie et à toutes les contingences qu'elle apporte. [50] »

Les personnes en traitement pâtissent de leur « identité sociale virtuelle », c'est-à-dire ce que les autres sont amenés à penser d'elles dès le premier regard. Etiquetés comme usagers de drogues, du fait de leur allure, de leur attitude, mais surtout par le fait même de se trouver dans les centres où nous les rencontrons, les personnes, lors des interactions, doivent négocier leur identité, pour dévoiler une partie de leur « identité sociale réelle » et lutter contre les stigmates[51]. Elles développent différentes rhétoriques pour répondre aux appels répétés à la

[49] Anselm Leonard STRAUSS, *La trame de la négociation*, *op. cit*.
[50] *Ibid*., p. 251.
[51] Erving GOFFMAN, *Stigmate: les usages sociaux des handicaps*, Paris, France, Éd. de Minuit, 1975, p. 12.

présentation de soi. En effet, au sein des institutions, la place de la parole est prédominante car celle-ci est perçue comme médiatrice d'un lien social et soutien de la thérapie[52]. La sociologie des parcours de vie permet de questionner ces « injonctions biographiques contemporaines[53] » auxquelles sont soumises les personnes. Comme le révèle Isabelle Astier, le récit biographique a pris une place prépondérante dans toute demande d'aide, du fait d'une singularisation des dossiers et de l' « individualisation du social ». Les demandeurs d'allocations doivent être en mesure « d'accéder aux techniques d'expression de soi » requises par les institutions, effectuant ainsi un passage « du récit privé et soumis à l'arbitraire individuel vers le récit civil, ouvertement public, remanié à maintes reprises[54] ». Pour Didier Fassin, la mise en récit des « suppliques », dans le contexte des demandes d'aide d'urgence adressées, « lors de la mise en œuvre de Fonds d'urgence sociale, par le gouvernement français en réponse au mouvement des chômeurs de 1998 », a un impact sur la construction identitaire des personnes :

> « Ces mécanismes et ces jeux, élaborés au cours des interactions avec les services publics, engagent l'individu dans une présentation de lui-même dont on peut supposer qu'elle n'est pas sans effet sur la construction de son moi — sinon moral, tout au moins social. [55]»

Les stratégies narratives ainsi élaborées auprès des différentes instances sociales vont orienter l' « identité sociale virtuelle des personnes », forgeant un discours de présentation de soi rôdé, appris et structuré selon les normes institutionnelles acquises. Le risque de ces « politiques contemporaines de surinvestissement du soi » font craindre une « surresponsabilisation » et une « culpabilisation en cas des échecs » comme l'exprime Didier Vrancken et Claude Macquet[56]. Néanmoins, les personnes élaborent un certain nombre de stratégies de préservation de soi et d'autres formes de récit de soi apparaissent en dehors des

---

[52] James MCINTOSH et Neil MCKEGANEY, « Addicts' narratives of recovery from drug use: constructing a non-addict identity », *Social Science & Medicine*, 2000, vol. 50, nº 10, pp. 1501–1510.

[53] Nicolas DUVOUX, « L'injonction biographique dans les politiques sociales », *Informations sociales*, 2009, vol. 156, nº 6, pp. 114-122.

[54] Isabelle ASTIER, « Du récit privé au récit civil : la construction d'une nouvelle dignité ? », *Lien social et Politiques*, 1995, nº 34, pp. 121-130.

[55] « La supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 2000, vol. 55, nº 5, p. 956.

[56] Didier VRANCKEN et Claude MACQUET, « Focus–Du travail sur soi au gouvernement de soi », *Informations sociales*, 2012, nº 1, p. 78.

récits de vie institutionnalisés.

De manière informelle, lors d'échanges autour d'un café et d'une cigarette, mais aussi auprès des intervenants pendant les moments de « pause », c'est un autre type de discours qui alimente les discussions, il s'agit des récits d'expériences qu'ils soient héroïques, comiques, cyniques ou parfois même pathétiques. Se raconter est ainsi toujours une activité collective, on se raconte aux autres, à travers des trames narratives préconstruites, dans lesquelles s'inscrit notre propre singularité. Les usagers de TSO appartiennent à différents cercles d'appartenances dont les codes appris peuvent diverger. Parler de son traitement au médecin, aux autres usagers de la structure, à des amis ou encore à sa famille est un exercice parfois très différent et peut faire l'objet de stratégies de justification très diverses. Les significations du soin ou de la prise en charge des usagers de drogues sont plurielles. Alors que la notion de maladie ne fait pas de véritable consensus s'agissant de l'addiction, l'approche en terme de « travail thérapeutique » sur laquelle repose le concept de « trajectoire » de Strauss nous est utile afin de comprendre les différents enjeux que supposent l'entrée en structure de soin et le traitement par la substitution.

> « Le concept de trajectoire permet de penser l'organisation et la réalisation du travail thérapeutique. [...] Une trajectoire de maladie peut être vue comme une imbrication et une succession de tâches dont l'ensemble constitue l'arc de travail. [57] »

S'agissant du concept straussien de « trajectoire », Baszanger ajoute :

> « Le concept de trajectoire permet de désenclaver l'étude des maladies chroniques des cadres de pensées médicaux et psychologiques et de permettre au chercheur une posture réflexive qui ne parte pas de la maladie – phénomène biologique – mais du travail, quel qu'il soit, pour la gérer – phénomène social. [58]»

Le « travail thérapeutique » implique des « débats de trajectoire [59]» car il s'effectue en interaction avec l'équipe soignante, les autres usagers ainsi que les

---

[57] Isabelle BASZANGER, « Introduction : les chantiers d'un interactionniste américain », *in La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, France, Éd. l'Harmattan, 1992, p.31.

[58] *Ibid*, p.30.

[59] Anselm Leonard STRAUSS, *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, France, Éd. l'Harmattan, 1992, p.172.

proches, ses « autruis-significatifs[60] ». Les récits font intervenir un certain nombre de personnes, personnages d'une histoire singulière, ceux-ci appartiennent aux différents mondes sociaux et sphères d'action entre lesquelles le narrateur gravite. Le réinvestissement de la thérapie par l'usager peut être élaboré dans un cadre institutionnel, au sein de groupes d'autosupport, comme les groupes d'entraide mutuelle - *self-help* - et les groupes d'intérêt[61] ; et de manière informelle : tentatives de contrôle de la consommation de drogues, détournement de l'usage prescrit du traitement, transformation des lieux d'accueil en lieu de sociabilité. Ces espaces et moments lors desquels la parole est ouverte autorisent la production de leurs propres critères de légitimité, qui permet aux usagers de drogue de se replacer en acteurs citoyens et de reconstituer leur mode d'existence politique[62].

2. Univers sémantiques, rapport aux savoirs et aux mondes sociaux

Les biographies sont des récits pénétrés par un langage particulier. L'analyse textuelle des récits de vie des usagers de TSO rencontrés nous permet de reconstituer des univers sémantiques, des manières de dire, qui reflètent une perception spécifique du monde dans lequel les personnes interagissent et évoluent. Le récit de vie peut, dans certaines situations, prendre les traits d'une argumentation ou d'une justification d'un certain choix ou mode de vie. Face à un intervenant ou à un médecin, se raconter, c'est bien souvent justifier pourquoi on se retrouve face à lui et l'objet du mal dont on est atteint : plaintes et revendications devenant parfois automatismes. La mise en récit de soi relève, dans la situation étudiée, d'un exercice de réajustement et de gestion d'une identité mise à mal, mais celle-ci peut constituer une aide dans diverses configurations où la personne se raconte pour faire bénéficier les autres de son expérience.

La construction de soi, par la mise en récit, comme aidant et non plus comme aidé, prend un tout autre sens. Se raconter, c'est alors témoigner. La prise de distance par rapport à son vécu dans ce type de narration est nécessaire afin

[60] George Herbert MEAD, *L'esprit, le soi et la société*, Paris, France, Presses universitaires de France, 1963.

[61] Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, *L'autosupport des usagers de drogues en France. Groupes d'entraide et groupes d'intérêt*, Césames, CNRS, 2000.

[62] Pierre RUSCH, « Qu'est-ce que le politique? », *op. cit.*

que le sujet développe une réflexivité sur sa propre histoire. Nous avons pu observer, sur nos différents terrains, trois formes de mise en récit de soi dans le discours des pairs-aidants[63] : le récit du Phoenix, le récit de l'expert et le récit du militant. Ces récits ne correspondent pas aux récits délivrés lors des entretiens sociologiques, ce sont des récits produits dans des situations d'interaction spécifique, au cours desquelles le rôle de l'usager de drogues est de puiser dans son expérience les connaissances et compétences susceptibles d'aider un pair. Le récit du Phoenix apparaît présent dans les groupes d'entraide, le récit de l'expert est un échange, entre pairs, de conseils en lien avec la consommation et enfin le récit du militant est porté par les groupes d'autosupport. A partir de ces récits, nous analyserons par la suite la manière dont les personnes co-construisent et articulent différents savoirs : les savoirs socio-médicaux et les savoirs expérientiels.

a) Le récit du Phoenix

Ce type de récit se construit lors de groupes de parole, la personne qui s'adresse au groupe raconte son histoire aux autres participants. L'objectif est ici avant tout thérapeutique et se base sur un principe d'entraide entre pairs. L'usage de la mise en récit de soi dans les groupes d'entraide fait l'objet d'un certain nombre de travaux tels que ceux de Humpreys[64] ainsi que ceux de McIntosh et McKeganey[65]. Ces études montrent comment les histoires de vie personnelles

[63] Ces différents types de récit s'apparentent aux quatre différents types de pathographie, comme narration des patients de leur maladie, développées par Anne Hawkins. La pathographie didactique *didactic pathography*, la pathographie de récrimination *angry pathography*, les pathographies proposant des alternatives *alternative pathography* et enfin les ecopathographies considérant la maladie comme le symptôme d'un mal plus grand, confrontant ainsi la culture comme un tout. In (Anne Hunsaker HAWKINS, « Pathography: Patient narratives of illness. », *Western Journal of Medicine*, 1999, vol. 171, n° 2, p. 127-129.)

Ces quatre types de récit peuvent aussi trouver une correspondance avec les quatre majeures catégories d'interprétation des groupes de *self-help* identifiées par M. Killilea : les groupes de self-help comme groupe d'entraide mutuelle *self-treatment ;* véhiculant une idéologie ; comme organisation ou institution sociale et comme stratégie d'*empowerment*. In Alfred H. KATZ, « Self-Help and Mutual Aid: An Emerging Social Movement? », *Annual Review of Sociology*, 1 janvier 1981, vol. 7, pp. 129-155.

Les travaux de Marie Jauffey-Roustide proposent également une analyse des groupes d'autosupport qu'elle divise en deux catégories : les groupes d'entraides *self-help* et les groupes d'intérêt. In Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, *L'autosupport des usagers de drogues en France. Groupes d'entraide et groupes d'intérêt*, Césames, CNRS, 2000.

[64] Keith HUMPHREYS, « Community narratives and personal stories in Alcoholics Anonymous », *Journal of community psychology*, 2000, vol. 28, n° 5, pp. 495–506.

[65] James MCINTOSH et Neil MCKEGANEY, « Addicts' narratives of recovery from drug use », *op. cit*.

cimentent le groupe et participent à l'instauration et à la perduration, voire également à la justification de « narrations communautaires », par une influence réciproque entre histoires singulières et histoires collectives. Selon Fernandez, à travers le groupe, les personnes reconstruisent leurs souvenirs et réactivent leur mémoire[66]. Citant Halbwachs, il explique que les réunions sont des « cadres sociaux de la mémoire » qui permettent l'émergence d'une « mémoire collective ».

Héritée des AA (Alcooliques Anonymes) ou des NA (Narcotiques Anonymes), la rhétorique du Phoenix vise à « transmettre le message ». Chez les AA et les NA, ce message est celui d'un rétablissement possible, qui passe par l'abstinence totale. Comme le Phoenix, cet oiseau légendaire capable de renaître de ses cendres, le narrateur commence toujours par le récit d'une certaine forme de déchéance, d'un tourbillon infernal caractérisant la dépendance et l'addiction avant le rétablissement, la résurrection[67]. Le déni de la maladie et les nombreuses rechutes sont la trame narrative des récits d'anciens alcooliques ou usagers de drogues qui constituent le *Gros livre*[68], également appelé bible des AA et NA. Dans chaque récit du *Gros Livre,* le dénouement intervient lors de la rencontre avec le groupe ; entendre et être entendu résonne comme une porte de sortie de cet engrenage qu'est la dépendance. Ces groupes de parole valorisent la transmission comme partie intégrante de la rémission. Se raconter est un des principes de ces réunions afin de permettre aux auditeurs de se reconnaître dans le récit des péripéties, mais doit aussi donner de l'espoir. Les médailles et les encouragements viennent récompenser les jours/mois d'abstinence, marquer des temps et consolider le passage entre les différentes étapes du rétablissement.

L'usager de drogues n'est plus isolé dans sa douleur, il sait que son ressenti est réel, car partagé par d'autres, mais aussi qu'il est possible de le dépasser, quand d'anciens usagers témoignent qu'ils sont sortis de la souffrance. Ce « travail biographique » est une recomposition identitaire autour d'un point tournant

---

[66] Fabrice FERNANDEZ, « L'engagement émotionnel durant l'enquête sociologique : retour sur une observation « anonyme » auprès d'ex-usagers de drogues. », *Carnets de bord de la recherche en sciences humaines*, septembre 2005, nº 9, pp. 78-87.

[67] Carmen BERNAND, « La spiritualité de l'imperfection des alcooliques repentis. Étapes d'un voyage », *Communications*, 1996, vol. 62, nº 1, pp. 257-276. Selon l'auteure, une telle définition de l'acooliqme en fait une « maladie divine » et les réunions des alcooliques anonymes sont alors perçues comme des « rituels thérapeutiques ».

[68] Il est intéressant de noter que les narrateurs des différents récits du *Gros live* sont d'origines culturelles, âge et sexe différents, afin de permettre à l'ensemble de la population (en l'occurrence américaine) de s'identifier à l'un d'entre eux.

caractérisé par le fait d' « avoir touché le fond ». Un des narrateurs du *Gros Livre explique :*

> « Ils [membres des AA] ont dit qu'il me fallait m'identifier, pas me comparer. Je ne savais pas ce qu'ils voulaient dire. Quelle est la différence ? S'identifier, ont-ils dit, c'est essayer de voir à quel point j'étais comme les gens que je fréquentais. Comparer, ont-ils ajouté, c'est chercher des différences, généralement pour constater que j'étais mieux que les autres.[69] »

Partagé avec des pairs, ce récit devient thérapeutique pour les autres quand il permet aux auditeurs de reconstruire, suivant le modèle proposé, leur propre histoire en en redevenant le protagoniste. Simon fait partie de ces personnes qui ont appris à se raconter lors des réunions des alcooliques anonymes.

La « conférence » de Simon, des alcooliques anonymes à la pair-aidance

Simon, 34 ans, est pair-aidant à Métha d'âme, c'est avec lui que nous avons notre premier entretien dans la structure qu'il nous fera visiter. Il nous parle rapidement de son expérience avec les Alcooliques Anonymes et évoque le *Gros Livre*. Le lendemain, nous le retrouvons avec à la main un sac contenant le livre qu'il nous offre. Il nous convainc d'aller voir un *meeting* des Alcooliques Anonymes qui se déroule à quelques mètres du centre (cf. annexes) car selon lui le meilleur moyen de se rendre compte de ce qui s'y passe, c'est d'aller voir par soi-même. Il nous explique en quoi participer à ces rencontres l'a aidé :

« Moi, ça m'a sorti de ma solitude, c'est un endroit sécuritaire, y a pas de consommation, donc moi, j'allais prendre mon café, puis juste de passer une heure ou deux dans une salle, à écouter quelqu'un parler, puis je vais chercher des petits trucs, ou des conseils, ou je vois une vie similaire à la mienne, ça fait grandir une personne, puis…c'est ça, moi ça a été, pour moi ça a été bénéfique, mais c'est pas nécessairement pour tous. J'en conviens là. J'étais chanceux parce que j'étais rendu à un point, j'étais vraiment tanné là. Puis il fallait que les choses changent. Puis, c'est ça. »

Quand nous lui demandons de nous en dire un peu plus sur son propre parcours, il annonce :

[69] *Les Alcooliques anonymes: l'expérience de milliers d'hommes et de femmes qui se sont rétablis de l'alcoolisme*, New York, Etats-Unis, 1989, p. 450-451.

« Moi, ça me prend 35 minutes pour raconter 34 ans de ma vie. »

Il explique alors son « *enfance un peu difficile* », le jour où « *la mère a disparu* », les premières consommations à l'âge de 12 ans, puis le départ à Vancouver :

« Au Québec, on a souvent l'idée qu'à Vancouver c'est le top ! Parce que c'est l'Océan Pacifique, le monde fait de l'argent, les fruits, tout ça, pour nous c'est la mine d'or là-bas… »

C'est à Vancouver qu'il se met à l'héroïne, d'abord inhalée puis par injection. Pendant un an, il consomme dans les rues de Vancouver et y perd tout l'argent qu'il a amassé en travaillant jusque là dans un hôtel. Dans son récit, une scène est dépeinte comme celle, typique des récits des Anonymes, du moment où il touche le fond :

« Puis… le jour de mes 30 ans je me suis fait accoster par la police, puis ils m'ont fait comprendre qu'y avait trop de Québécois qui venaient mourir à Vancouver. »

Suite à cette altercation, il repart en stop (« *sur le pouce* ») à Montréal. Pour lui, ce voyage retour, après un an de consommation d'héroïne, est également l'épreuve du sevrage :

« Je sais que ça m'a pris 22 jours pour traverser le Canada.[…] J'ai des flashs. Et…j'ai fait des vols de sirops à base de codéine, pour pouvoir faire un kilomètre de plus. L'alcool, l'alcool m'a permis de faire un kilomètre de plus, des choses comme ça.[…] Puis moi, si j'ai fait ça, c'est à cause que quand j'étais plus jeune, j'avais lu la biographie de Kurt Cobain, Nirvana, puis c'est de même, j'avais vu que lui, il avait pris du sirop à base de codéine pour pouvoir contrer le manque et tout ça. »

Après cette aventure, il ne retouchera plus à l'héroïne :

« Petite parenthèse, le 1er juillet ça va faire 3 ans, 6 mois que j'ai pas touché l'héroïne. »

Une telle précision dans la date de sa derrière consommation s'explique sans doute par le fait que le temps d'abstinence est souvent répété lors de la remise des médailles durant les rencontres des Anonymes. De plus, cette date correspond à son retour à Montréal, après 22 jours d'un voyage entrepris le jour de son anniversaire. Aujourd'hui encore, il participe aux rencontres, quoique de manière plus espacée et malgré la difficulté de

trouver des meetings pour personnes dépendantes à la fois à l'alcool et aux produits psychotropes :

« Souvent dans les meetings, je dis : "Je suis un alcoolique drogué", puis, benh certains meetings c'est mal vu, mais je peux pas renier le fait que si je prends un verre d'alcool je vais prendre de la drogue, si je prends de la drogue, je vais prendre un verre d'alcool. »

Il explique que c'est en prenant la parole lors de ces rencontres que l'idée lui a été donnée de s'investir dans une activité de pair-aidant :

« Moi, souvent je donne des conférences (lorsqu'une personne prend la parole face au groupe pour raconter son histoire, les AA appellent son discours une « conférence ») dans les meetings que je te parlais tantôt, je donne des conférences, puis là, les gens ils trouvent que je parle bien, par rapport au monde que je viens, parce qu'ils m'ont vu avec les cheveux verts, ils m'ont vu…vraiment là, ça fait pas si longtemps que ça, j'ai commencé à changer d'apparence. Mais les gens disent : "Je te verrai travailleur de rue, je te verrai dans ce monde-là", puis…une journée, je suis tombé sur une annonce, qui est affichée, j'ai téléphoné, puis là, quand je suis arrivé, c'était une entrevue de groupe, plusieurs postulants, puis…fallait que je me démarque de ce monde-là, puis avec un peu l'histoire que je t'ai contée, comment j'ai arrêté et tout ça, puis où c'est que je suis rendu, j'ai obtenu l'emploi. »

Apprendre à se mettre en récit au sein de la communauté AA lui a permis de développer une compétence dont il s'est servi lors de son entretien d'embauche au sein de la structure. Aujourd'hui, son savoir d'expérience lui permet surtout d'être à l'écoute des personnes qui viennent à sa rencontre : une « *écoute active* » dit-il, réutilisant les termes institutionnels, mais surtout, nous semble-t-il, une écoute sensible :

« Mettons on recule de 4 ans, je me demandais pourquoi j'étais sur terre, pourquoi que je vis toutes ces choses, puis aujourd'hui ma réponse c'est pour pouvoir aider quelqu'un. Dans un sens, ma vie m'a donné ma raison d'être sur terre. C'est sûr que si j'avais le pouvoir d'avoir une belle vie, puis de naître de parents riches, c'est sûr que j'aurais aimé avoir une vie plus joyeuse que celle que j'ai eue, mais dans un sens…non, j'ai rien à changer parce que je suis ce que je suis par rapport à ce que j'ai vécu, puis aujourd'hui je suis heureux, puis je fais la job que je pourrais rêver d'avoir, combien de personnes qui aimeraient faire ce que je fais, donc, non, j'ai rien à changer, non, je pense ! »

b) Le récit de l'expert

Ce deuxième type de récit vise à transmettre les savoirs de l'expérience propres à l'usager de drogues. Il s'adresse en premier lieu à l'ensemble des usagers, dans un objectif de réduction des risques et des dommages liés aux usages de drogues, mais aussi aux associations et aux différents acteurs du champ des addictions, dans un objectif, cette fois-ci, de faire évoluer les pratiques professionnelles. L'usage de drogues nécessite des compétences, pour l'approvisionnement, mais aussi pour la consommation[70]. Les messages de prévention sont véhiculés par internet, par flyers mais aussi et surtout par ces usagers-experts qui, au gré de leurs rencontres, initient d'autres usagers à la réduction des risques. Ces consignes sont établies et validées par les professionnels de la santé spécialisés dans les questions de drogues, mais elles proviennent en amont des usagers eux-mêmes qui racontent les nouvelles tendances, les façons de se droguer ; parce qu'ils sont proches du terrain, ils ont un vrai regard sur les usages tels qu'ils ont réellement lieu[71]. Les pratiques évoluent ainsi que les produits disponibles sur le marché et donc les risques qui leur sont liés. Avant que les dispositifs ne s'adaptent et que l'information ne remonte aux différents services nationaux d'information et de prévention sur les drogues, ce sont les usagers eux-mêmes qui observent les méfaits de certaines drogues ou manières de consommer sur leurs pairs, ils sont les premiers capables de tirer la sonnette d'alarme. Mais, dans de nombreuses situations, ils sont aussi les premiers à pouvoir être entendus. La confiance parfois perdue de l'usager de drogues envers « le système » et « la société » peut le pousser à rejeter tout discours de prévention qu'il interprètera comme symbole d'une forme de domination sur lui et sa pratique, celle-ci se voulant libre et libératrice. Le récit du pair-expert, comme par exemple la parole du teuffeur qui travaille dans une association, aura plus de poids dans un échange auprès d'un pair que le discours d'une institution. Ils parlent le même langage, peuvent partager des expériences communes autour de la drogue,

[70] Certaines pratiques se révèlent particulièrement nocives pour la santé, comme par exemple le snif avec un billet de banque roulé, image popularisée par certains films américains, or les billets souvent rangés dans les poches sont porteurs de bactéries. Cet exemple de danger est largement connu aujourd'hui dans la communauté des usagers de drogues fréquentant les milieux festifs.

[71] Aujourd'hui en France, les préoccupations concernant les NPS (nouveaux produits de synthèse) sont observées directement par les usagers eux-mêmes qui contribuent aux études en envoyant une petite quantité de leur produit à des laboratoires d'analyse.

comme celle-ci n'est pas un tabou, les conseils peuvent être échangés. L'enjeu est toujours que ce récit-expert soit mouvant et qu'il évolue au fil des tendances, toujours dans une approche pragmatique, mais aussi et surtout que le message se répande. Le récit-expert est celui qui circule entre les personnes ; idéalement, connu de tous, selon les associations de réduction des risques, il doit permettre d'apporter une connaissance plus fine des produits dans le but de transformer les conduites et de réduire les risques, le manque d'information ayant parfois des conséquences tragiques.

c) Le récit du militant

Ce dernier type de récit est celui d'usagers de drogues qui revendiquent leur droit de consommer, il s'adresse à l'ensemble de la population, leur objectif étant l'abrogation ou un changement des lois répressives. Le récit de l'expert nécessite une certaine liberté de parole. Or, par exemple en France, une des dispositions de la loi de 1970 pénalise la « présentation sous un jour favorable » de l'effet des drogues. Même si ces messages sont aujourd'hui tolérés, car déclarés d'utilité publique, la prohibition des drogues reste un frein à la prévention et oblige à un certain mutisme. De nombreux intervenants désignent la législation actuelle sur les drogues comme responsable d'une grande partie des risques pris par les personnes qui consomment : selon eux ces risques sont liés au trafic, aux drogues frelatées, à l'exclusion, ainsi qu'à la marginalisation. L'échec de la prohibition, démontré par de nombreuses études, constitue la base idéologique du discours militant des usagers de drogues ; comme en témoignent les dernières rencontres de l'Association Française de Réduction des risques qui appelaient unanimement à la fin de la guerre à la drogue[72].

Le récit militant n'est pas une narration de soi, mais bien un argumentaire pour défendre un groupe. La parole est prise par l'usager de drogues pour critiquer les déficiences du système de soin, mais aussi les hypocrisies liées à la prohibition qui les criminalise et les marginalise. Différentes revues, en France la revue *ASUD* (autosupport pour usagers de drogues) et au Québec la revue *L'injecteur* portent les revendications des usagers de drogues, notamment leur

[72] Rencontres à Paris du 13 au 15 octobre 2014, intitulées : « Drogues : la sale guerre », http://a-f-r.org/actualites/rdr2014-drogues-la-sale-guerre-actes-en-videos

droit à faire valoir leur expertise, à participer aux politiques publiques les concernant, à contribuer au renouvellement des dispositifs et à prendre part au débat social autour des drogues. Il est intéressant de constater qu'en Suisse nous n'avons pas trouvé de revue similaire, de plus nous n'avons rencontré aucun usager militant contre la prohibition de manière active. Il est vrai que la loi en Suisse est moins répressive que la loi française ou québécoise. Selon Fabrice Olivet, directeur et militant d'ASUD, la démotivation des militants en France s'explique, de manière paradoxale, par le succès de la réduction des risques :

> « Avant la RDR, les usagers n'étaient pas considérés comme des patients légitimes. Maintenant, avec la substitution vécue comme un outil de soins prescrit par les docteurs, on nous pousse à occuper la place de patients et seulement cette place.[73] »

Les avancées de la conception bio-médicale dans la prise en charge des usagers de drogues expliquent de manière sans doute encore plus prégnante le faible engagement de militants suisses. Ce point de vue est également affirmé par Jean-Paul, le directeur de l'association par et pour Québécoise :

> *« Moi, je suis allé là-bas au Quai 9 et à Lausanne, justement j'étais avec [militant RdR français], on était deux représentants d'association, nous on voulait stimuler la prise en charge et l'organisation d'une association d'usagers. Puis, ce qui est ressorti c'est que les usagers ils sont tellement bien desservis qu'ils ont pas nécessairement besoin d'avoir une association d'usagers. C'est ce qui ressort. »*

De plus, les nombreux amalgames, [ou liens], faits entre dispositifs de réduction des risques et légalisation masquée conduisent les professionnels à une certaine prudence dans leur propos. Face aux controverses et au refus de certains groupes (riverains/parti politiques) de voir s'établir des dispositifs de réduction des risques dans leur quartier[74], l'argumentation des association repose sur les

---

[73] *Reste-il une place pour l'autosupport des usagers de drogues ? / PsychoACTIF*, https://www.psychoactif.org/forum/t7903-p1-Reste-il-une-place-pour-autosupport-des-usagers-drogues.html, consulté le 25 février 2016.

[74] Par exemple, des associations de riverains à Paris se sont mobilisés lors des débats autour des salles de consommation à moindre risque, refusant l'implantation d'un tel dispositif dans leur quartier. Par exemple, le président de l'association Parents contre la drogue exprime ses doléances affirmant le risque qu'une telle salle ferait courir dans un quartier où vivent des familles. Ils pointent notamment le fait que cela aurait pour conséquences d'augmenter le trafic de drogues.Serge LEBIGOT, *Salles de shoot, ce que l'on ne vous dit pas et pourquoi il faut dire « non »*, http://www.huffingtonpost.fr/serge-lebigot/salle-de-shoot-paris_b_9388878.html, consulté le 4 mai 2016.. La décision d'implanter la salle (à Paris et à Strasbourg) au sein d'un hôpital a réduit les mobilisations de riverains.

questions d'ordre sanitaire, refusant parfois même l'idée de militantisme de la RdR, qui tendrait à marginaliser leur profession, plutôt que de la considérer comme une branche de l'intervention sociale.

Au Québec, une autre posture est adoptée, en effet les professionnels-pairs rencontrés, revendiquent ouvertement leur militantisme contre la guerre à la drogue. Nous l'avons vu, le récit du militant est envisagé, dans la structure visitée, comme réactivation du statut de citoyen, acteur dans la cité. Les intervenants incitent les résidents à participer à des manifestations. Par exemple, le 21 juillet 2013 eu lieu la journée internationale en mémoire des « victimes de la guerre contre les drogues » (overdose, gang de rue, assassinat) à laquelle nous avons pris part. Dans un parc, les membres de l'association, un grand nombre de résidents, et d'anciens résidents étaient présents. Se trouvaient là également des membres d'autres associations, notamment des AA et des femmes de l'association Stella, association de pairs-aidantes auprès de « travailleuses du sexe ». Chaque personne présente a découpé une étoile et inscrit le nom d'un proche ou d'une connaissance dont le décès est en lien avec la drogue. Toutes ces étoiles ont été accrochées aux différents arbres du parc et c'est lorsqu'elles ont toutes été installées que nous avons observé une minute de silence. L'enjeu de ce type de démarche est aussi d'apporter un éclairage nouveau sur les usagers de drogues, au reste de la population. De fréquentes manifestations de ce type visent à sensibiliser l'opinion publique quant aux problèmes liés à la drogue, à la dépendance ou encore à la marginalité. Afin d'éviter les conflits de voisinage qui succède souvent l'implantation de centres pour usagers de drogues, la démarche de l'association est de largement communiquer sur sa mission et sur son intérêt pour les usagers, mais aussi à une plus large échelle, pour la société.

Ainsi, dans nos trois terrains, le récit du militant n'est adopté que par une minorité de narrateurs. Vivant dans la honte d'une pratique qu'ils savent proscrites et décriées, les personnes dont la consommation est devenue « une expérience totale[75] » peinent à s'engager sur d'autres terrains ou débats, tant ils se sentent désarmés. Le récit du militant semble autorisé seulement quand la personne est dégagée de sa dépendance et des contraintes liées à l'enfer-mement

[75] Robert CASTEL, *Les sorties de la toxicomanie: types, trajectoires, tonalités*, Paris, France, IRESCO, 1992.

du produit. Le militantisme comme acte citoyen nécessite un décentrement de soi-même, rendu délicat par la dépendance, pour parler au nom d'un groupe. Mais le militantisme permet également un retournement du stigmate. Pour certain, garder la face nécessite de vivre caché, pour ne pas subir le regard des autres. Résister par l'engagement militant permet de proposer un regard nouveau sur les usagers de drogues et ainsi de se recomposer une identité valorisante. Aux Québec, les associations rencontrées incitent les usagers à s'informer et à donner leur avis sur des questions qui les concernent, notamment l'association AQPSUD (Association Québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues), dont Didier est le directeur.

Didier, expert militant et « consommateur à l'agenda »

C'est de France que nous avons contacté Didier par email, grâce à l'adresse de la revue qu'il dirige au titre de directeur de l'association AQPSUD[76]. Il nous invite alors à l'assemblée générale de l'association où nous rencontrons Simon, pair-aidant à Métha d'âme où nous avons réalisé notre terrain. Suite à cette rencontre, nous fixons un rendez-vous pour un entretien, lors duquel nous revenons sur les missions et la philosophie de l'association :

« Nous, on part du principe en fait que, y a...les gens qui consomment ont une expertise en fait, assez grande du milieu de la consommation, ils savent ce qui se consomme, ils savent les modes de consommation, et tout. Et que c'est les gens aussi qui ont la plus haute prévalence de VHC, et de VIH, et que si on les intègre pas, c'est des gens qui sont assez...je te dirai...pour qui les messages de prévention classique, ils adhèrent pas vraiment à ces messages-là, et donc on se rend compte que c'est beau les campagnes de prévention, les ci, les ça, mais si on est pas capable d'adapter le message, adapter la façon de le faire aux gens, benh les gens ils s'en foutent un peu, ça les rejoint pas, donc d'une part, c'était la meilleure façon de rejoindre ces personnes-là, c'est de

[76] Nous avons pensé contacter des associations « par et pour » suite à une rencontre, à Lille, du 2 au 6 mars 2013 organisée par le CREMIS (Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations). Lors de cette « Semaine de Recherche et d'Action sur les discriminations » étaient conviés des chercheurs français et québécois, des intervenants ainsi que des « pairs-aidants ». Nous y rencontrons Céline, une jeune paire-aidante qui travaille dans la prévention et réduction des méfaits liés aux usages de drogues. Particulièrement impliquée, elle témoigne d'une profonde bienveillance. Bien qu'elle ne parle que peu d'elle-même, elle nous a montré, lors de cette semaine, une vraie connaissance et compréhension du monde des drogues de rue. C'est à partir de cette rencontre que la question des savoirs expérientiels, comme modalité d'engagement, nous est apparue pertinente à analyser.

les impliquer dans les messages de prévention, c'est de faire un journal, c'est qu'eux ils participent, qu'ils puissent s'approprier, pour s'intégrer ces messages de prévention, donc ça, c'est eux qui le font. »

L'objectif de l'association, tel qu'il est ici défini par Didier, est de contribuer à produire des messages de prévention et de réduction des méfaits à partir de l'expérience des personnes et non des prescriptions institutionnelles éloignées des réalités du terrain. En impliquant les personnes concernées, il s'agit pour Didier d'apporter une compréhension des pratiques et du sens qui peut leur être attribué, afin de développer des mesures de réductions des méfaits qui ne soient pas en décalage avec la réalité des pratiques mais bien en adéquation avec celles-ci. Si les habitudes de consommation apparaissent parfois profondément ancrées, Didier témoigne du fait que celles-ci ne sont pas pour autant immuables.

« Le rituel, c'est assez difficile à briser ! Je vais te donner un exemple, nous on a ce qu'on appelle les securicup[77], avant les gens chauffaient dans les cuillères, et au début les gens étaient pas intéressés par les securicup, mais aujourd'hui, ça va de soi ! Parce qu'ils se rendent compte qu'il y a plein d'avantages, et les plus jeunes, j'te dirai qui ont seulement connu ça s'imagine même pas de faire chauffer le truc dans une cuillère, ça va de soi pour eux. »

Si certaines résistances peuvent apparaître lors de l'introduction de nouveaux outils de réduction des méfaits, selon Didier, il s'agit bien souvent d'un décalage entre l'outil proposé et la manière qu'auront les personnes de s'en saisir :

« Si dans les comités de matériel de protection, quand on repense au matériel de protection, quand on pense à la façon qu'on va le faire, comment on l'adapte et tout, raison de plus que si vous voulez réduire les dangers que ça soit pas adapté, si vous voulez réduire les résistances, impliquez les gens qui consomment, qui vont vous expliquer exactement ce qu'il faut vraiment pas qu'il y ait. Parce que souvent, ils font tellement de tests en laboratoire, t'sais, c'est tellement déconnecté de la réalité de la rue, tu t'rends compte qu'en laboratoire ça fonctionne votre truc, mais dans la réalité de tous les jours, dans la réalité des gens qui consomment, y a plein de facteurs que

[77] En France et en Suisse, les securicup sont appelés stericup : il s'agit de petits récipients en aluminium, servant à dissoudre le produit et à le filtrer à l'aide d'un filtre en coton.

vous vous avez jamais calculés, puis vous auriez pu tellement le savoir d'avance, si vous vous seriez seulement donné la peine d'intégrer ces personnes là au début ! »

Pour Didier, l'aspect militant de l'association est pluriel et la production de nouveaux savoirs basés sur l'expérience pose en creux la nécessité d'interroger les pratiques de consommations à différents niveaux :

« Le côté militant, donc, droit à la santé [...] nous on dit : beh t'as le droit d'être une personne et d'être considérée comme une personne à part entière dans le réseau de la santé, même si t'es un consommateur de drogues. C'est aussi défense des droits contre la répression des policiers envers les gens qui consomment, c'est la lutte pour les SIS, les services d'injection supervisés, donc c'est quand même très militant ce côté-là, pour dire que c'est pas parce que je consomme que je suis pas un citoyen à part entière ! »

Néanmoins, si un des axes du militantisme repose sur une critique de la législation qui encadre les usages de drogues, l'association étant subventionnée ne peut porter un discours public sur ces questions de manière frontale, comme l'indique Didier :

« Deuxièmement, nous on a des plans d'action, AQPSUD, on a des plans d'action, on est subventionné, parce qu'on a un peu d'argent, puis on a un bilan à faire, donc on a une contrainte, on est obligé de faire ci, on est obligé de faire ça ! Y a ça aussi en fait qui a joué, même si on a une marge de manœuvre assez grande, y a beaucoup d'avenues moi je te dirai où j'aurais envie d'aller, puis que plusieurs gens auraient envie d'aller [...] Parce qu'on est un groupe subventionné, on peut pas pousser la légalisation de toutes les drogues, on peut pas faire des coopératives, moi je pense que le crime organisé aussi est un des trucs qui, avec les flics, et le crime organisé, en fait je dirai que c'est les deux entités qui sont les pires pour les gens qui consomment. »

La discussion avec Didier commence autour de l'association, de ses enjeux et de ses limites. Néanmoins, nous cherchons à en savoir plus sur lui, pour mieux comprendre sa propre posture et son positionnement au sein de l'association qui se dit par et pour. Il nous explique alors qu'il consomme depuis 18 ans, soit depuis l'âge de 15 ans. Pour autant, il précise que bien qu'étant passé par différentes phases, dont des périodes de consommation plus intense, il n'a jamais décroché de sa scolarité :

« J'étais capable d'aller à l'école, donc j'étais avec ma consommation, bon, j'ai une facilité à l'école, j'étais capable de faire un baccalauréat (licence) en psycho-sociologie malgré le fait que je consommais. »

Néanmoins, du fait de ses consommations, il suit un programme de réinsertion en tant qu'animateur. Par la suite, il travaille au sein d'une association qui intervient auprès des travailleurs et travailleuses du sexe. Il y reste pendant plus de huit ans, jusqu'à ce qu'il soit nommé directeur de l'association qu'il dirige actuellement. Il précise qu'il « *consomme encore* », toutefois sa manière de consommer a évolué au cours des années. Didier énonce ici une réalité souvent masquée des recherches sur les opiacés, bien que les travaux de Soulet et de Caiata sur les usages contrôlés de drogues dures aient contribué à déconstruire le préjugé selon lequel toute consommation d'opiacé entrainerait automatiquement une forte dépendance. En effet, Didier témoigne d'une consommation d'opiacé occasionnelle, pour le plaisir, qu'il conceptualise comme étant une « *consommation à l'agenda* », avec une surveillance particulière des produits qu'il ingère:

« Moi, je consomme des médicaments [opioïdes], parce que j'ai des bons amis, en fait qui ont ça, donc moi je peux en avoir gratuitement, je vais pas en acheter sur la rue [...] Mais quand je le fais, je le fais en lien avec la mère de ma première fille, moi je fais des plans de marche, en fait je consomme à l'agenda, j'appelle, c'est-à-dire que je dois trouver, consommer à l'agenda, ça veut dire que je dois avoir mon agenda, faut pas que je travaille, ni que j'ai les enfants, ni que j'ai aucune responsabilité, pour les deux prochains jours. Et c'est seulement dans ce contexte-là que moi je le fais pour que le lendemain, puis le surlendemain, j'ai rien à foutre autre que me remettre [...] C'est du calibrage en fait. C'est de faire attention à ce que je consomme, c'est de faire attention à la quantité que je consomme. »

Ses responsabilités parentales ainsi que professionnelles sont pour lui un cadre dans lequel viennent s'inscrire ses consommations. Il importe pour lui que ses consommations ne le mettent pas en porte-à-faux avec ses proches. Afin d'avoir des moments pour pouvoir consommer, il a passé un accord avec la mère de sa fille mais également auprès de ses propres parents, afin de défendre sa position de consommateur en capacité de mener une vie

de famille et professionnelle. Il précise toutefois que depuis plus d'un an, il n'a pas eu l'occasion d'organiser un de ces moments dédicacés à la prise d'opiacés, tant il est pris à la fois par son rôle de père et par ses activités associatives. Sa posture militante s'inscrit dans son parcours de vie, où la consommation tient une place importante quoique non centrale. Son récit restitue ce parcours et Didier témoigne de son propre cheminement, mais il apparaît surtout porteur de la voix de l'association qu'il dirige. Son récit prend les traits idéaux-typiques du récit du militant tel que nous l'avons défini, c'est-à-dire un récit qui prend plutôt les traits d'une argumentation que ceux d'une narration.

III. Conclusion du premier chapitre

Dans une approche interactionniste, le récit de vie est analysé comme une interaction entre un chercheur et un narrateur. Telle une mosaïque, « l'autobiographie est une œuvre collective issue d'interrelations[78] », c'est en ce sens qu'il s'agit d'une « activité dialogique[79] ». Les personnes rencontrées sont bien souvent habituées à se mettre en récit et elles maîtrisent cet exercice. Leur discours est empreint de celui des psychologues, médecins ou encore des travailleurs sociaux. Se raconter fait partie de leur compétence élaborée au cours de leur trajectoire de soin, lors de laquelle les personnes ont assimilé un certain nombre de règles relatives à l'institution ainsi qu'au protocole encadrant le traitement. La tâche du chercheur est d'identifier ces récits préfabriqués, élaborés dans des situations de demande d'aide. En exprimant un besoin de connaissances pour élaborer notre recherche nous replaçons notre interlocuteur en véritable expert de sa pratique. Lui seul est détenteur d'un savoir, basé sur son expérience personnelle des traitements de substitution et sur ses usages de drogues. Nous voyons avec Goffman, dans sa préface d'*Asiles,* que la démarche même d'interroger des personnes fréquentant les structures est en soi une prise de parti.

[78] Jean PENEFF, *La méthode biographique: de l'École de Chicago à l'histoire orale*, Paris, France, A. Colin, 1990, p. 66.

[79] Myriam KLINGER, « Fidélité et infidélité dans les histoires de vie sociale », *op. cit.*

« Dès lors, décrire fidèlement la situation du malade, c'est nécessairement en proposer une vue partiale. Pour ma défense, je dirai qu'en cédant à cette partialité on rétablit au moins l'équilibre puisque presque tous les ouvrages spécialisés relatifs aux malades mentaux présentent le point de vue du psychiatre qui est, socialement parlant, totalement opposé. [80]»

La méthode biographique telle que nous la proposons vise à reconstituer le processus de recherche par un exercice d'écriture spécifique où une large place est accordée aux extraits biographiques, entendus comme « présentation de soi » (Goffman) et « mise en intrigue » (Ricoeur) des biographies. Nous prenons le parti d'une recherche, où le rôle du sociologue, souvent pris à parti par les enquêtés, est aussi celui de « porte-parole » ainsi que le propose Callon[81]. Son objectif vise à transmettre les savoirs expérientiels tels que transmis par les acteurs. Mises en sens et mises en mots, les biographies racontées par les narrateurs sont déjà des interprétations, transmises au cours d'une interaction spécifique : la rencontre avec le chercheur. Ce sont ces constructions de sens émanant des acteurs qu'il s'agira d'analyser.

En marge de ces entretiens, les observations au sein des centres, nous ont donné accès à d'autres types de discours, élaborés de manière informelle, entre professionnels, ou entre pairs, comme le récit en situation d'aidant, tel que nous avons pu l'analyser, ou encore les histoires et anecdotes échangées autour d'un café. Toutes ces occasions de se dire sont des apprentissages de la narration de soi et des codes qui lui sont relatifs. L'analyse des situations et de certaines séquences de vie (entrée dans la consommation, découverte du manque, entrée dans la structure de soin, conditions d'accueil et d'accompagnement au sein des structures, etc.) deviennent des compétences que certains narrateurs développent au cours de ces rencontres, parfois quotidiennes. Ils peuvent ainsi en témoigner, le partager avec d'autres et proposer une sorte de parangon auquel il est possible de s'identifier et de se comparer.

De ces récits à la première personne, il est possible de remonter vers une histoire plus globale, celle de la substitution, en France, en Suisse et au Québec. Ces

---

[80] Erving GOFFMAN, *Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, France, Éd. de Minuit, 1968, vol. 1, p.38.

[81] Michel CALLON, « Ni intellectuel engagé, ni intellectuel dégagé: la double stratégie de l'attachement et du détachement », *Sociologie du Travail*, 3 janvier 1999, vol. 41, nº 1, pp. 65-78.

différents contextes, « cadres de l'expérience » des narrateurs, reposent sur des logiques communes mais dont les applications divergent localement, et que la démarche comparative permet de mettre en exergue.

Chapitre II. LA DEMARCHE COMPARATIVE

Notre enquête de terrain au sein des différents centres (en France, en Suisse et au Québec) nous donne accès à une connaissance et une compréhension du contexte local, à travers le récit singulier que les personnes en font.

Notre méthode de travail se base sur les principes de la *grounded theory*[1]. Cette démarche inductive propose de faire émerger des concepts et des propositions théoriques dans les données empiriques. Cette méthodologie entre en cohérence avec notre volonté de transmettre le savoir des usagers, celui-ci émanant du récit de leur expérience et de leur trajectoire de vie. Elle est aussi pertinente dans le cadre d'une étude comparée, car « la *grounded theory* est avant tout une méthode comparative [2]», selon Strauss et Corbin. Comme le signale Cécile Vigour, dans son ouvrage sur la comparaison, l'acte comparatif est propre à l'élaboration d'une théorie ancrée [3]. La théorie ancrée repose sur un « échantillonnage théorique » dont le choix des cas à observer se fait au cours de l'enquête, celui-ci étant guidé par la recherche de cas négatifs, c'est-à-dire de données contradictoires avec celles précédemment récoltées, avec l'objectif de produire une théorie des usages de TSO. Toutefois, par rapport au modèle proposé par Glaser et Strauss, notre travail de recherche a également impliqué un travail de relecture de l'importante bibliographie discutant la question de la substitution, de la réduction des risques ou plus globalement des drogues. Travaillant sur la question de l'hybridation des savoirs (professionnels, expérientiels et savants), il importe de rendre compte de la manière dont ces savoirs sont façonnés et mis en perspective par les différents acteurs. Le recours à la littérature s'inscrit dans une démarche heuristique de confrontation de nos propres analyses et des données du terrain avec les études qui précèdent la nôtre et non une vérification des théories

[1] Barney G. GLASER et Anselm Leonard STRAUSS, *La découverte de la théorie ancrée: stratégies pour la recherche qualitative*, Paris, France, A. Colin, 2010.

[2] Anselm Leonard STRAUSS et Juliet CORBIN, « L'analyse des données selon la grounded theory. Procédures de codage et critères d'évaluation », *in* Daniel CEFAÏ (dir.), *L'enquête de terrain*, Paris, France, Éditions la Découverte : MAUSS, 2003.

[3] Cécile VIGOUR, *La comparaison dans les sciences sociales: pratiques et méthodes*, Paris, France, La Découverte, 2005, p. 167-177.

existantes, il s'agit à travers la recherche bibliographique de saisir certains enjeux notamment en lien avec le système médical et juridique afin d'avoir une certaine connaissance du vocabulaire mobilisé et du contexte dans lequel les interactions prennent place. Les théories pré-existantes mobilisées sont de « sensibilité interactionniste » selon les termes de Pierre Paillé, les organisations y sont conçues comme produits de l'interaction des individus. Cet outillage conceptuel sert de guide dans la collecte des données :

> « La sensibilité interactionniste va de pair avec une écoute et une observation de l'autre et de ses catégories propres, dans un univers d'interactions, selon une logique qui est à découvrir et non à vérifier.[4] »

En sociologie, la démarche comparative a une forte portée heuristique : comparaisons de discours, de terrains ou encore d'idéaux-types. Les acteurs sociaux, à la fois les professionnels et les usagers de TSO, procèdent également à des comparaisons et sont ainsi acteurs du changement, celui-ci allant, dans le contexte qui nous occupe, vers l'élargissement de la palette de soins. De ces comparaisons entre différents modèles, découlent de nouvelles politiques publiques ; celles-ci s'inscrivent dans un processus d'uniformisation autour d'un certain paradigme : « la réduction des risques ». Toutefois, les divergences nationales restent très présentes et les manières de faire locales s'avèrent plurielles.

I. La comparaison : de la demande sociale aux apports heuristiques

L'acte de comparer relève d'une pratique quotidienne et découle de la possibilité du choix et de l'ouverture du champ des possibles. Dans une acception large, la comparaison constitue un raisonnement propre à la pensée humaine[5]. A

[4] Pierre PAILLE, « Une « enquête de théorisation ancrée » : les racines et les innovations de l'approche méthodologique de Glaser et Strauss », *in La découverte de la théorie ancrée: stratégies pour la recherche qualitative*, Paris, France, A. Colin, 2010, p. 27.

[5] Marcel DETIENNE, *Comparer l'incomparable: oser expérimenter et construire*, Paris, France, Éd. du Seuil, 2009.

un niveau théorique, l'acte de comparer est le propre de la sociologie comme l'enseigne Durkheim :

> « La sociologie comparée n'est pas une branche particulière de la sociologie ; c'est la sociologie.[6] »

Comparer permet d'affirmer une singularité distincte d'une altérité. Identifier des points communs revient à trouver des divergences. Le processus de classification de régularités sociales s'effectue par le biais de généralisations, d'associations et de dissociations. Par le classement de la réalité en catégories, le monde social s'appréhende, se comprend, dans sa complexité. La comparaison de différentes entités permet de rendre sa complexité aux mondes de la drogue, d'en dévoiler les obscurités, les tensions et les ambiguïtés.

La comparaison internationale permet au chercheur de porter un regard décentré sur sa propre réalité nationale, de questionner l'évidence pour dépasser une vision risquant l'ethnocentrisme sur son objet de recherche. Confronté à un savoir pluriel, à d'autres formes de problématisation, le « savoir-faire comparatif[7]» éclaire l'ensemble des représentations et des constructions sociales propres à un objet donné par la confrontation des spécificités nationales ; comparer oblige ainsi à la réflexivité. Chercher des différences sur d'autres terrains permet de questionner ce qui aux yeux du chercheur est de l'ordre du commun et du non questionnable, du non questionné :

> « En dépit d'un préjugé assez commun, les objets les plus familiers comptent à l'ordinaire parmi ceux dont il est le plus difficile d'obtenir une juste description.[8] »

L'observation de différences entre les terrains peut nous amener à interroger ce qui ne l'aurait pas été au départ, du fait de son caractère apparemment banal. Voir qu'il existe d'autres manières de faire, conduit à repenser les stratégies adoptées selon les contextes comme étant les produits de choix et de décisions. La pluralité des terrains de recherche permet de mettre en

---

[6] Émile DURKHEIM, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, France, Presses universitaires de France, 1894, p.169.

[7] Patrick HASSENTEUFEL, « De la comparaison internationale à la comparaison transnationale: Les déplacements de la construction d'objets comparatifs en matière de politiques publiques », *Revue française de science politique*, 2005, vol. 55, nº 1, pp. 113-132.

[8] Marc BLOCH, *Apologie pour l'histoire: ou métier d'historien*, Paris, France, A. Colin, 1991, p. 91.

perspective les résultats monographiques. Si nous avons choisi trois terrains, et non seulement deux, c'est aussi pour éviter une comparaison binaire, qui pourrait se rapprocher d'une perspective proche du balancier qui viserait à peser l'approche la plus efficace, au risque de mésestimer la diversité de facteurs rendant le sujet complexe. Comme le souligne Simmel :

> « Il n'y a en règle générale que deux points de vue simples, alors qu'il peut en exister d'innombrables qui sont mixtes et donc médiateurs.[9] »

Plus loin, il définit le rôle du tiers :

> « Qui consiste à servir de médiation entre deux extrêmes.[10] »

Le tiers vise à éviter toute polarisation d'antagonismes et de différences. Il permet d'apporter une nuance, en évitant l'écueil de prendre parti :

> *« L'apparition du tiers signifie la transition, la réconciliation, c'est renoncer à la contradiction absolue – mais c'est aussi parfois la fonder.[11] »*

Eviter la comparaison face à face est indispensable en sociologie, une comparaison tripartite doit également éviter toute hiérarchisation des modèles étudiés. L'enjeu n'est pas d'identifier le meilleur modèle, ou le plus efficace, mais bien, en fonction des contextes, la variation entre les différentes formes d'un même problème social. La comparaison est ici un outil scientifique, permettant de produire de la connaissance et non un outil du pouvoir, tel que le dénonce Sébastien Guigner, qui met en garde contre les risques d'ethnocentrisme dans les comparaisons de politiques publiques en matière de santé, prônant l'*evidence based policy* et omettant de prendre en compte la subjectivité intrinsèque de toute politique[12].

La recherche de connaissance propre à la sociologie doit se prêter à un effort heuristique de distanciation vis à vis des normes culturelles, politiques voire idéologiques du chercheur. La distanciation du sociologue vis à vis de son objet d'étude peut néanmoins entrer en adéquation avec une demande sociale.

---

[9] Georg SIMMEL, *Sociologie*, Paris, Presses universitaires de France, 2010, p. 131.
[10] *Ibid*.
[11] Georg SIMMEL, *Sociologie*, *op. cit*.
[12] Sébastien GUIGNER, « L'Union européenne, acteur de la biopolitique contemporaine : les mécanismes d'européanisation normative et cognitive de la lutte contre le tabagisme », *Revue internationale de politique comparée*, 2011, vol. 18, n° 4, pp. 77-90.

> « La sociologie est un travail de prise en charge des questions sociales qui nous sollicitent *hic* et *nunc* et dont la demande sociale est l'expression plus ou moins spontanée, plus ou moins confuse, plus ou moins masquée.[13] »

Comme ce travail de recherche n'est pas conditionné par un financement privé[14] qui pourrait orienter le sens du travail, c'est l'expérience de terrain qui a conduit le chercheur à prendre acte des interrogations propres aux acteurs de terrain. Professionnels — engagés dans une lutte contre la stigmatisation des usagers de drogues et revendiquant l'accès aux droits à la santé pour tous — et personnes en souffrance, ce sont eux qui ont donné le ton à cette recherche. Si celle-ci ne se veut pas polémique, elle ne peut pas pour autant écarter les différents enjeux conflictuels qui traversent de part en part les questions relatives aux drogues.

S'il ne s'agit pas de prendre parti dans cette recherche, en tout cas d'un point de vue idéologique, la réalité du terrain et les différentes manifestations (colloques, rencontres, etc.), tiraillent le chercheur entre différentes approches théoriques et diverses modalités d'engagement dans le débat public et auprès des acteurs concernés. Les acteurs en présence sont eux-mêmes producteurs de discours, ces savoirs émiques peuvent constituer un pôle d'attraction pour le chercheur, lors de sa rencontre avec le terrain, qui sera tenté, dans un premier temps, de substituer à ses doutes et questionnements des réponses déjà produites. En cela, la démarche comparative permet d'arracher le chercheur à la routine des solutions couramment admises, lui donnant à voir d'autres réalités, d'autres manières de voir, et réintroduisant ainsi de la complexité.

> « Au regard de l'objet d'étude, toute analyse scientifique est par définition critique, en ce qu'elle a pour but de révéler ce qui, dans les phénomènes sociaux, n'apparaît pas au grand jour.[15] »

Si la sociologie est « par définition critique », Charaudeau met en garde une sociologie qui serait aussi dénonciatrice. Selon lui, une recherche ne doit pas partir

---

[13] R. CASTEL, « La sociologie et la demande sociale » in Bernard LAHIRE (dir.), *À quoi sert la sociologie ?*, Paris, France, La Découverte, 2004.

[14] De nombreux chercheurs travaillant sur les médicaments font l'objet de sollicitations de laboratoires pharmaceutiques souhaitant financer leurs études. Ces rapports entre financements privés et recherches sont complexes et peuvent jeter un doute sur le véritable enjeu de telles études.

[15] Patrick CHARAUDEAU, « Le chercheur et l'engagement. Une affaire de contrat », *Argumentation et Analyse du Discours*, 2013, n° 11, p.3.

d'a priori afin de révéler tous les événements et la complexité d'une problématique qui ne peut être entièrement dévoilée si le chercheur prend parti. Dans une démarche inductive, il ne s'agit pas de confronter nos hypothèses de départ au terrain, mais bien de découvrir sur le terrain les ambivalences, les contradictions et les convergences entre certains positionnements. L'apparition d'une doxa dominante « la logique de la réduction des risques » s'est vue déconstruite sur le terrain avec le constat d'une multiplicité de praxis, se réclamant de cette même logique. C'est en comparant les pratiques et les discours que cette pluralité est apparue.

Or, la création de nouvelles modalités de prise en charge sont, elles aussi, le fruit de comparaisons effectuées par les acteurs sociaux eux-mêmes. Les parcours migratoires, les voyages et les déplacements infranationaux, nationaux ou internationaux transforment les modes de vie, et amènent les personnes à se confronter à l'altérité, à la pluralité et à la différence. Les acteurs sociaux, objets de la recherche en sciences sociales, sont des êtres usant eux-mêmes de la comparaison, le sociologue qui utilise cette méthode se confronte alors à des actes comparatistes redoublés[16] : il s'agit pour lui de comparer des pratiques relevant elles-mêmes de la comparaison.

Au niveau local, la comparaison est effectuée par les acteurs afin de procéder à des choix. L'expression québécoise « itinérance[17] » équivalente de la notion française d' « errance » peut être prise dans le sens d'une des caractéristiques des usagers de l'action sociale qui circulent entre les différentes structures dont les dispositifs mis en place peuvent varier. Certains centres proposent des services pluridisciplinaires combinant le soutien de psychologues, d'une aide sociale ou des rencontres avec des groupes d'autosupport. Lorsqu'une

[16] Olivier REMAUD, Jean-Frédéric SCHAUB et Isabelle THIREAU, *Faire des sciences sociales : comparer*, Paris, France, Éd. de l'École des hautes études en sciences sociales, 2012, vol. 1.

[17] Les notions d'itinérance et d'errance peuvent être utiles pour mettre en exergue l'aspect processuel des situations de vie dans laquelle se trouvent nos interlocuteurs : en terme de trajectoire de vie, mais également de trajectoires correspondant à l'ensemble des positions (structures/dispositifs/lieux de socialisation divers) occupées par une personne durant ses mises en mouvement quotidienne. Néanmoins ces deux notions renvoient également à la notion médiévale du « vagabond » aujourd'hui connotée péjorativement et ne reflétant pas l'ancrage territorial d'une majorité des personnes concernées, comme l'ont montré les travaux sur la mobilité des SDF de Zeneidi-Henry et Fleuret : Djemila ZENEIDI-HENRY et Sébastien FLEURET, « Fixes sans domicile, réflexion autour de la mobilité des SDF », *L'Espace géographique*, 2007, vol. 36, nº 1, pp. 1–14. De la même manière, Blanchard, dans sa thèse sur les jeunes errants propose une cartographie de l'itinéraire quotidien de ses enquêtés, pour en montrer la faible étendue (boucle de 6 kms) et son caractère routinier. Christophe BLANCHARD, *Les jeunes errants brestois et leurs chiens*, Rapport au CCAS de la ville de Brest, 2007, p. 14.

grande variété de centres d'aide et d'accueil est présente sur un même territoire, les personnes ont la possibilité de choisir la structure qu'ils considèrent comme la mieux adaptée à leurs besoins, au moment d'en franchir les portes et de la quitter pour une autre quand ils en éprouvent le désir ou la nécessité. D'autres formes de mouvement entre les structures apparaissent dans le récit des usagers, il s'agit de « nomadisme médical », ce terme désigne le fait de consulter plusieurs médecins ou pharmaciens en vue d'obtenir des quantités supplémentaires de médicaments. Ces pratiques font l'objet d'un contrôle accru depuis la « mise en place en 2004 du plan d'action national par l'Assurance maladie, visant à renforcer la surveillance et l'encadrement de la substitution[18] ».

Les va-et-vient entre différents types de structures marquent la progression des personnes dans les dispositifs de soin, or celle-ci est rarement linéaire et le séquençage de leur « carrière » ne peut être lu par le seul biais de la fréquentation de centres d'aides, mais aussi à travers des éléments biographiques singuliers. Nous constatons, par exemple, que des alternatives ou ajustements sont trouvés par les acteurs, afin de combler le manque de dispositifs au niveau local.

A travers les parcours migratoires, on observe des déplacements liés au circuit de la drogue mais aussi aux dispositifs sanitaires proposés. Ainsi, certains individus font l'expérience eux-mêmes de la comparaison de politiques publiques, par exemple, des usagers de drogues en France traversent la frontière suisse, afin de fréquenter des salles d'injection supervisées[19], inexistantes en France.

A Strasbourg, ville frontalière de l'Allemagne, beaucoup d'Allemands viennent acheter du Subutex®, sur le marché noir, pour palier l'absence de ce traitement dans leur pays d'origine, où seule la méthadone peut être prescrite. Depuis 2013, une microstructure franco-allemande a ouvert dans la ville limitrophe de Kehl, avant cela, les personnes qui souhaitaient se faire prescrire un traitement devaient se rendre à une quarantaine de kilomètres de leur lieu

[18] Marc BIBOULET, Maryse LAPEYRE-MESTRE et Virginie GARDETTE, « Comparaison de la consommation de benzodiazépines selon le type d'usage de la buprénorphine dans une cohorte de nouveaux usagers », *Pratiques et Organisation des Soins*, 2010, vol. 41, nº 3, p. 206.

[19] Si en Suisse et au Québec, la notion de « salle d'injection supervisée » est la plus utilisés, en France les associations préfèrent le terme de « salle de consommation à moindre risque » (SCMR). Dans les trois pays, les médias retiennent majoritairement l'expression : « salle de shoot ». Durant un forum visant à présenter le projet de SCMR à Strasbourg, Ahmed raconte avoir été à Zurich, il est réfractaire à l'ouverture d'une telle salle du fait de sa mauvaise expérience en Suisse. Nous chercherons à comprendre ce qu'il reproche au dispositif mais il restera assez flou, évoquant l'importante circulation de drogues aux alentours de la salle.

d'habitation et nombreuses étaient celles qui se fournissaient dans les rues strasbourgeoises[20].

Le passage de Vlad

Les Allemands ne sont pas les seuls à venir à Strasbourg pour se procurer un traitement. Lors de notre présence au sein du centre, nous rencontrons un jeune homme, Vlad, venu de Roumanie et arrivé la veille. Nous présentons ici son récit sous forme de vignette du fait de la spécificité de son histoire, par rapport à nos autres entretiens. Il est, en effet, le seul que nous ayons rencontré qui raconte être venu à Strasbourg dans le but spécifique de se procurer un traitement. La restitution de son entretien, telle que nous la proposons ici, conserve le fil narratif suivi par Vlad, afin d'en montrer la cohérence.

Lors de notre rencontre, Vlad apparait désorienté après une nuit passée dehors à rechercher l'appartement d'un ami pour dormir. Lors de l'entretien, il semble sous l'effet d'un produit. Il explique qu'il prend du dextromethorphane (DXT) depuis 7 ans, il a aujourd'hui 23 ans. Le DXT procure des effets dissociatifs, soit une dissociation temporaire du corps et de l'esprit. Le DXT est un dérivé d'opiacé que Vlad nous explique extraire de sirops pour la toux. S'il consomme le DXT quotidiennement, il prend également d'autres drogues qu'il achète sur internet. Il est passionné par le DXT, dont il a même la formule chimique tatouée sur la nuque. En nous montrant son tatouage, il dira « I was childish and stupid[21]». Fortement

[20] De la même manière, dans sa thèse, Caroline Jeanmart étudie les flux de patients dans la zone franco-belge du Nord de la France et du Hainaut occidental belge ; ainsi dès les années 1980, avant que la méthadone soit autorisée en France, des patients, souvent envoyés par leurs médecins, traversent la frontière belge en vue d'une prescription de méthadone, parfois des médecins belges eux-mêmes traversent la frontière pour rédiger des prescription en France, de manière illégale. Jeanmart constate que ces flux ont perduré après l'AMM des TSO en France, bien qu'en Belgique le système soit payant. L'auteure explique cela par le fait que le système belge est perçu comme moins contraignant par les usagers : avec des horaires d'ouverture plus étendus, des dosages plus généreux et sur une durée plus longue (permettant notamment un départ en vacances) et l'accessibilité plus rapide à la méthadone sous forme de gélules. Jeanmart note également une recherche d'anonymat dans le franchissement de la frontière belge par certains patients français. Trois raisons poussent néanmoins certains patients à arrêter ces flux vers la Belgique, elles sont de trois ordres : financier, géographique et relationnel. Dans l'autre sens, les flux apparaissent bien plus limités, les patients belges franchissant peu la frontière pour se procurer les traitements en France, néanmoins ceux-ci existent : l'attrait des patients belges portant sur les prix moins élevés du Subutex et des benzodiazépines. In : Caroline JEANMART, « Substitution sans frontière.: Prescription de méthadone et de Subutex® de part et d'autre de la frontière franco-belge », *Psychotropes*, 2008, vol. 14, nº 1, pp. 21-40.

[21] « J'étais gamin et idiot. »

poussé par sa petite amie qui ne supporte plus ses réactions et son « irascibilité », il a traversé l'Europe en train pour se faire prescrire de la méthadone, celle-ci n'étant pas disponible en Roumanie. Il explique que, deux ans auparavant, il était venu à Strasbourg, pour se faisait prescrire ce médicament mais qu'aujourd'hui, il est réellement motivé pour arrêter. Il explique que la dépendance physique n'est pas son réel problème, mais qu'il s'agit pour lui de trouver un traitement qui lui permette de sortir de la « terreur » due à ses usages de DXT, dans laquelle il se trouve.

«I think it's more easier to stay with the physical effect than with the psychical and the psychic terror, because it's a very high terror.[22] »

Il relativise la dépendance physique, dissociant entièrement rapport au corps et à l'esprit. En se présentant, il explique que son père est professeur de philosophie à l'université, en Roumanie et sa mère professeur de théologie, ce qui est une donnée intéressante pour comprendre son intérêt pour la dissociation corps / esprit qui constitue véritablement son rapport au produit et sa quête dans la prise de psychotropes. Il nous raconte également sa courte expérience de la méthadone, deux ans auparavant, qui se construit dans une même perspective dissociative corps/esprit :

"Vlad : Methadone is a drug too but methadone is a more underground with effect of heroin, you know. It's giving something, ok, but it's giving underground... I remember that it's not like heroin or Dextromethorphan, or anything opiate, it's giving underground effect of well-being, and you feel that, but you don't feel it, it's something like giving feeling good, and not feeling anything. That's how I was experimenting methadone[23]."

Cette première expérience de la méthadone a été analysée par Vlad au prisme de sa propre grille de lecture des effets psychotropes. Au cours de l'entretien, il prend conscience que le traitement peut être de longue durée,

[22] « Je pense que c'est plus facile de rester avec les effets physiques qu'avec la terreur physique et psychologique, parce que c'est une très grande terreur. »

[23] « La méthadone c'est aussi de la drogue, mais la méthadone s'est plus souterrain avec des effets de l'héroïne, tu vois. Ça fait quelque chose, ok, mais seulement en souterrain. Je me souviens que ce n'est pas comme l'héroïne ou comme le dextromethorphan, ou qu'un opiacé, ça donne un effet souterrain de bien-être, et tu ressens ça et en même temps, tu ne le ressens pas. C'est quelque chose qui te fait du bien et en même temps qui ne te fait rien. C'est comme ça que j'ai fait l'expérience de la méthadone. »

or il nous explique qu'il ne peut envisager de rester chez son ami (qu'il n'a pas réussi à retrouver la veille) plus de 4 à 5 mois. A la fin de l'entretien, il avoue également qu'il est content d'avoir trouvé, au sein du centre, un espace pour parler de ses problèmes. En effet, lors de l'entretien, bien qu'il oriente son discours autour des produits, il parle également beaucoup de ses relations difficiles avec ses parents, aujourd'hui séparés. A la fin de l'entretien, l'inadéquation entre son projet de traitement court par la méthadone, ses problèmes familiaux et son rapport aux drogues émergera lorsque nous lui poserons la question conclusive de tous nos entretiens : ce qu'il souhaiterait changer dans sa vie. Il comprendra alors non pas comment modifier sa vie en modifiant un événement de son passé, mais comment améliorer sa vie matérielle :

"Vlad : If I can change something in what way? Material way?

C: If you want

Vlad : Ok, so I want my house, there I want a piano: big piano! I want a big laptop with big equipment to make music… and then… I want my girlfriend, and I don't need anything more. I don't need anything more. Maybe one kilogram of heroine!"[24]

Sur le ton de l'humour, cette réponse est évocatrice de son désir de changer sans véritable changement. Comme de nombreuses personnes que nous rencontrerons par la suite, ce n'est généralement pas la drogue qui pose problème, mais les effets secondaires qu'elle procure. Vlad explique qu'il prend de la drogue pour sortir de lui même :

« For me it was to dissociative good feeling and disconnecting everything, but not disconnecting like run away from you know, the simple problem… disconnecting like from everything! you know, to be in a singularity of your mind, to be alone, to be rested, to have no problems with no one, and nothing."[25]

La solution de traverser l'Europe à la recherche de la méthadone comme produit idéalisé sera de courte durée. Après cet entretien, Vlad ne

[24] « - Si tu peux changer quelque chose dans quel sens ? Matériel ? – Si tu veux. – Ok, alors je veux ma maison, là je veux un piano ! Je veux un grand ordinateur avec un important équipement pour faire de la musique… et aussi… je veux ma copine, et j'ai besoin de rien d'autre. Peut-être 1kg d'héroïne. »

[25] « Pour moi l'effet dissociatif est un effet agréable pour déconnecter de tout, mais pas déconnecter pour s'échapper de, tu sais, les problèmes simples, mais se déconnecter de tout. Tu sais, être dans la singularité de son esprit, être seul, reposé, ne pas avoir de problèmes avec qui que ce soit ou quoique ce soit. »

réapparaitra plus au centre, après que ses illusions quant au traitement auront été mises en lumière par un professionnel.

Face à ces réalités plurielles et changeantes, une forte demande sociale de la part des institutions émerge pour une comparaison internationale des différents types de services. Apprendre des expériences venant de l'étranger et aller voir « comment font les autres [26] » est rendu nécessaire dans le contexte de l'européanisation et de l'ouverture des frontières. Par exemple, chaque année, depuis trois ans, a lieu à Strasbourg un colloque transfrontalier, au cours duquel des professionnels du champ des addictions exerçant en France et en Allemagne se rencontrent, afin d'échanger autour de leurs pratiques, pour les mettre en perspective et avancer ensemble. Ces forums permettent l'élaboration de modèles cognitifs communs et sont des espaces de socialisation. Cette demande sociale et institutionnelle de comparaison de différents modèles sociétaux s'est accrue, légitimant la dimension comparative dans l'étude des politiques publiques. Il s'agit, à l'heure actuelle, d'un champ de recherche prolifique.

II. La comparaison dans un contexte d'uniformisation : Politiques en matière de drogue à l'échelle transnationale

> « Methadone in Paris and in New York is intricately tied to the dispositif and cannot be described without referring to specific concrete details of the setting. If we ignored these particulars, we would take methadone to be an a-temporal, a-historical essence.[27] »

Au centre de nombreux débats, les drogues, constituées en problème social, sont souvent mises au devant de la scène publique. Les questions de santé

[26] Patrick HASSENTEUFEL, « De la comparaison internationale à la comparaison transnationale », *op. cit.*

[27] Emilie GOMART, « Methadone: six effects in search of a substance », *Social Studies of Science*, février 2002, vol. 32, nº 1, p. 119. La méthadone à Paris et à New York est inextricablement liée au dispositif et ne peut pas être décrite sans référence aux détails concrets spécifiques au contexte. Si nous ignorions les particularités, nous considérerions la méthadone comme étant une essence a-temporelle et a-historique » [notre traduction].

publique relèvent des compétences de l'État et les modalités de prises en charge sont distinctes d'un pays à l'autre. Nous voyons ainsi comment certains pays explorent des méthodes innovantes en matière de prévention et de soin. La Suisse se distingue par une importante diversité de modalités d'action mises en place sur son territoire, visant à répondre à la problématique de la dépendance aux drogues. La politique suisse est souvent donnée comme modèle, lors de conférences entre professionnels français à la recherche de solutions nouvelles (ex. des salles de consommation à moindre risque). Au Canada, la création de postes de « pairs-aidants », salariés de structures de prises en charge, embauchés pour leur connaissance de la dépendance à l'héroïne, basée sur l'expérience, répond à ces nouveaux enjeux de diversification de l'offre proposée aux usagers de drogues. L'historicisation des différentes politiques, à travers une analyse diachronique, nous permet de mettre en relief le caractère processuel des logiques mises en place. Saisir l'historicité des différentes politiques publiques est utile pour saisir l'impact des différentes évolutions épistémiques et institutionnelles sur la trajectoire de vie des personnes.

Aujourd'hui, la démarche comparative internationale prend un sens nouveau dans le contexte de la mondialisation. Les différences nationales en matière de politiques publiques tendent à se réduire dans les pays occidentaux. Ce processus d'homogénéisation exige une prise en compte du rôle croissant des acteurs transnationaux (ONG, experts transnationaux, institutions internationales) comme producteurs de nouveaux référentiels de l'action publique. De nombreuses directives émanent des institutions européennes promouvant des modèles, des exemples à suivre érigés en cas exemplaires. Le retard pris par la France lors de l'introduction des TSO, condamné par de nombreux rapports[28] notamment de l'INSERM, incite le pays à orienter sa politique vers le modèle voisin proposé par la Suisse.

Guigner, à travers l'exemple du tabagisme, démontre un processus d'européanisation à la fois normative et cognitive, donnant lieu à l'édiction de nouvelles directives. La dépendance à l'héroïne, comme au tabac, dans l'exemple de Guigner, devient un enjeu de santé majeur, une rhétorique de l'épidémie est

[28] Aline GRANGE, *L'Europe des drogues: l'apprentissage de la réduction des risques aux Pays-Bas, en France et en Italie*, Paris, France, L'Harmattan, 2005.

ainsi mobilisée. Mais c'est aussi un enjeu économique, ce que Guigner nomme une rhétorique d'économisation : il s'agit d'insister sur le coût économique et social pour promouvoir le financement de la réduction des risques qui revient moins cher que soigner les méfaits liés aux usages de drogues. Enfin, un enjeu politique est soulevé, avec une rhétorique du citoyen, qui légitimerait l'intervention de l'État car cela répondrait aux attentes des citoyens[29]. Cette rhétorique d'économisation qui vise à promouvoir des dispositifs socio-sanitaires, moins chers que la réparation des méfaits engendrés sans eux (coût des soins des hépatites et des abcès) est fréquemment employée lors des débats par les différents acteurs. Cependant, lorsque cette rhétorique est utilisée par les associations, cela sous-tend des arguments qui procèdent d'une tentative de persuasion des pouvoirs publics afin de financer les programmes, plus que d'une véritable éthique professionnelle. Ainsi, la rhétorique d'économisation est souvent peu assumée par les acteurs de terrain qui n'utilisent la logique financière que pour communiquer avec les décideurs malgré des réticences à chiffrer les économies pouvant être faites selon les programmes, quand leurs démarches visent, avant tout, l'accompagnement au mieux-être des bénéficiaires.

La comparaison internationale qui vise à appréhender la diversité des approches des différents États a dévoilé un processus de convergence des politiques publiques. La comparaison devenue comparaison transnationale[30] fait apparaitre les diverses intersections et points de croisement dans l'élaboration de nouvelles normes communes. Ce processus est étudié, au niveau européen, par Henri Bergeron à travers la création de nouvelles instances, comme l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies OEDT (créé en 1993). Bergeron analyse la manière dont « les productions expertes et leurs indicateurs composent une efficace matrice cognitive » ainsi que normative, devenue légitime pour penser les problèmes publics liés aux drogues. Une telle mobilisation d'informations et de connaissances sous-tend la thèse défendue par Bergeron d'une « européanisation cognitive », celle-ci étant favorisée par les « processus de socialisation et

[29] Sébastien GUIGNER, « L'Union européenne, acteur de la biopolitique contemporaine : les mécanismes d'européanisation normative et cognitive de la lutte contre le tabagisme », *Revue internationale de politique comparée*, 2011, vol. 18, nº 4, pp. 77-90.

[30] Patrick HASSENTEUFEL, « De la comparaison internationale à la comparaison transnationale: Les déplacements de la construction d'objets comparatifs en matière de politiques publiques », *Revue française de science politique*, 2005, vol. 55, nº 1, p. 113.

d'apprentissage social qui ont lieu sur les scènes européennes[31] ». Néanmoins, l'approche essentiellement quantitative des organismes transnationaux pose le problème de la comparaison des chiffres. Jauffret-Roustide note ainsi que les comparaisons européennes du nombre d'usagers de drogues produites par l'OEDT restent biaisées du fait, notamment, de la tranche d'âge des enquêtés, ainsi au Danemark les enquêtés sont âgés de 16 à 44 ans, « âges de forte prévalence » tandis qu'en Finlande, l'éventail s'étend de 15 à 74 ans ce qui a pour effet de réduire les taux d'usage. Plus loin l'auteure indique que les échantillons sur lesquels sont basées les enquêtes peuvent amplement varier, elle donne pour exemple l'Allemagne avec 1500 enquêtés et les Pays-Bas qui comptent 22 000 enquêtés[32]. A ces remarques, peuvent être rajoutées les réserves méthodologiques quant aux passations de questionnaires sur la question des drogues, dont les résultats peuvent grandement varier en fonction d'un sentiment plus ou moins grand de liberté de parole sur ces usages. Celui-ci est sensiblement lié aux politiques publiques en matière de drogues du pays au sein duquel la personne est interrogée, une forte répression pouvant entrainer une plus grande méfiance, à l'égard des enquêteurs et de l'usage qui sera fait des données.

On voit ici un des écueils d'une démarche strictement quantitative en matière de comparaison, alors même qu'il semblerait pourtant plus opportun de comparer des chiffres que des données qualitatives. Comparer des données qualitatives permet difficilement d'établir des statistiques, mais bien plutôt de repérer des singularités, des différences ou à l'inverse les points de convergence.

Aline Grange étudie le progressif investissement des institutions européennes sur le thème « drogue » et l'émergence d'un modèle européen de politique des drogues qui résulte, selon ses analyses, d'un transfert des « bonnes pratiques » par l'élaboration de guides d'un pays à l'autre, au sein de ces agences européennes. Cette uniformisation des politiques résulte de la construction d'un consensus autour du modèle de la réduction des risques, qui devient « un système

[31] Henri BERGERON, « La force d'une institution faible. », *Politique européenne*, 2011, vol. 32, n° 3, p. 46.

[32] Marie JAUFFRET-ROUSTIDE (dir.), *Les drogues: approche sociologique, économique et politique*, Paris, France, la Documentation française, 2004, p. 23.

de croyances qui détermine la manière dont les acteurs envisagent ce qui fait problème et conçoivent des solutions.[33] »

Ce postulat de convergence des sociétés contemporaines peut être interrogé à travers une sociologie comparative sur plusieurs échelles (micro, meso et macro) :

> « La sociologie comparée porte en elle-même une réflexion dynamique sur l'évolution des sociétés contemporaines et des différents échelons territoriaux qui les composent ou la dépassent.[34] »

Les travaux de Bergeron et de Grange s'intéressent plus particulièrement au niveau macro et meso, dans leurs études respectives de la mise en place de politiques publiques, et de l'édification d'un référentiel commun : la réduction des risques. Notre approche se veut plus interactionniste, et se situe donc au niveau micro, pour cerner comment les personnes en traitement de substitution jouent les règles des institutions, mais aussi les détournent. Il s'agit de partir de l'unité pour apporter une compréhension plus fine du tout. La comparaison permet de questionner l'objet même de la comparaison, soit les politiques publiques en matière de drogues, le traitement et les conditions dans lesquelles celui-ci est pris. A un autre niveau, étudier les traitements de substitution est un objet d'analyse pertinent pour saisir l'évolution des sociétés contemporaines : le rapport à la médicalisation et à la « pharmaceutisation [35] » ; ainsi que le rapport qu'entretiennent les sociétés avec leurs marges.

En évaluant les convergences et les divergences de pratiques au sein des différents centres, l'analyse comparative ouvre de nouveaux champs de réflexion et permet d'éclairer les différentes manières de faire, comme traduction en acte d'une politique commune. Nous voyons ainsi comment une institution repose à la fois sur un code de conduite et sur une pluralité de stratégies d'accommodation et d'ajustement mises en place par les acteurs pour palier les réglementations légales et les protocoles régissant la prescription du traitement. Un rapport, élaboré à l'occasion du troisième colloque international francophone

---

[33] Aline GRANGE, *L'Europe des drogues*, *op. cit.*, p. 183.

[34] Serge PAUGAM (dir.), *L'enquête sociologique*, Paris, France, Presses universitaires de France, 2012.

[35] Johanne COLLIN, « Relations de sens et relations de fonction: risque et médicament », *Sociologie et sociétés*, 2007, vol. 39, nº 1, pp. 99–122.

sur le traitement de la dépendance aux opioïdes, propose une étude de la règlementation de quelques pays francophones. Il indique une position pragmatique quant au décalage entre les lois et les pratiques :

> « Il convient de rappeler que le droit est une science normative, et non descriptive. [...] Or, il existe toujours un décalage, dont l'ampleur peut varier, entre ce que le droit prescrit de faire et ce que les personnes font dans la réalité.[36] »

Aujourd'hui, il semblerait que la perspective communément adoptée dans les trois pays étudiés dans le cadre de cette recherche soit celle de la réduction des risques, mais le sens attribué au traitement basé sur la substitution peut différer d'une structure à une autre, mais aussi et surtout d'un patient à un autre.

La prise en charge sanitaire des usagers de drogue a démontré son efficacité à de nombreux égards : diminution des contaminations par le VIH ou le VHC, diminution des overdoses et aussi, et surtout la stabilisation et la réinsertion de personnes qui avaient jusqu'alors perdu tout espoir, comme en témoigne cette personne interrogée qui raconte l'ouverture d'une structure de soin dans les années 1990 :

> *« Moi, j'ai souvenir des premières personnes qui sont venues demander leur admission aux futurs centres de soin par la méthadone [...] j'ai vraiment encore très nettement en mémoire le fait que j'avais l'impression d'avoir affaire à des fantômes, des gens totalement dévitalisés, il n'y avait plus rien. Et quand on voyait ces gens, petit à petit se remplir à nouveau de quelque chose, [...] vous aviez un individu en face de vous, et plus ces êtres désincarnés, qui n'osaient même plus prendre la parole, qui rasaient les murs et vraiment c'était quasi physiquement palpable. Je pense qu'on a déjà fait une partie du boulot. [...] » (Directrice de structure, interrogée le 22.01.13)*

Si la réduction des risques s'est imposée comme une réponse dite pragmatique face à l'urgence sociale et sanitaire dans laquelle se trouvait une grande partie de la population usagère de drogues, la comparaison entre les différents terrains de notre étude nous permet d'observer une constellation de pratiques autour d'un objet commun : le traitement de substitution. Si une demande d'aide émerge de leur part, celle-ci doit-elle viser au sevrage ou à une

[36] Laura AMEY et Nathalie BRUNNER, *Traitement de substitution à la dépendance aux opioïdes Etude de la réglementation de quelques pays francophones*, Neuchâtel, troisième colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes, 2013, p.3.

amélioration de la vie des usagers ? L'analyse des pratiques va montrer comment s'affrontent et parfois se rejoignent ces problématiques qui peuvent sembler antagonistes. L'émergence d'une demande d'aide de la part des usagers de drogues amène à une pluralité de réponses : telles que l'accompagnement vers le sevrage ou encore l'amélioration de leur vie.

Lucas et Cattacin, sociologues à l'université de Genève, distinguent trois types de modèles de politique en matière de drogues : le modèle sanitaire, le modèle de contrôle et le modèle de réduction des risques. Dans le modèle sanitaire, le but est la guérison, entendue comme abstinence totale. La toxicomanie y est perçue comme une épidémie que seul l'État est à même d'éradiquer. Le traitement de substitution vise ici à conduire la personne vers un sevrage dégressif. Le second modèle, le modèle de contrôle vise à conscientiser la société civile, par des messages de prévention dissuasifs sur le problème de la toxicomanie défini comme un risque pour l'intégrité de la communauté. La réinsertion est le but ultime d'un tel modèle qui n'envisage pas les traitements par la substitution comme un type de prise en charge possible. Enfin, le modèle de réduction des risques vise à minimiser les problèmes liés à la toxicomanie. Les auteurs parlent d'une double stratégie : de normalisation et de réduction des risques[37].

> « La normalisation [...] se caractérise par le renoncement à la perspective d'un monde sans drogue, tandis que la réduction des risques s'appuie sur la prise en compte du caractère pluralisé de la société et des formes complexes de la problématique.[38] »

De nombreux sociologues analysent ce concept de « normalisation » et démontrent la présence de drogues dans toute société, en 1991 Anne Coppel et Christian Bachmann écrivent une histoire des usages dans le monde[39] ; puis en 2002, Faugeron et Kokoreff[40] publient *Société avec drogues ;* les travaux d'Alain

---

[37] « Le modèle de réduction des risques est établi sur la base du regroupement entre les cas de Francfort et de Rotterdam; le modèle sanitaire s'inspire des expériences de Lyon et de Modène tandis que le modèle de contrôle est issu des cas de Gôteborg et du Valais. » Barbara LUCAS et Sandro CATTACIN, « Politique en matière de drogue: une analyse relationnelle », *Déviance et société*, 1999, vol. 23, nº 2, p. 157.

[38] Barbara LUCAS et Sandro CATTACIN, « Politique en matière de drogue », *op. cit.*

[39] Christian BACHMANN et Anne COPPEL, *La drogue dans le monde: hier et aujourd'hui*, Paris, France, Éd. du Seuil, 1991.

[40] Claude FAUGERON et Michel KOKOREFF (dirs.), *Société avec drogues: enjeux et limites*, Ramonville-Saint-Agne, France, Erès, 2002.

Ehrenberg[41], dans les années 1990, permettent également d'étayer ce postulat selon lequel il n'existe pas de société sans drogues, les différentes contributions à son ouvrage *Penser la drogue : penser les drogues,* proposent plutôt de réfléchir à comment « vivre avec les drogues ». Pour Joubert, en opposition au modèle proposé par Cattacin et al., la logique de réduction des risques ne peut être vue comme une véritable politique, car elle ne constitue qu'une « orientation alternative à la guerre à la drogue ». Il propose quant à lui trois orientations politiques autour desquelles se déclinent les politiques de ville : l'orientation sanitaire, l'orientation de contrôle social et l'orientation communautaire.

> « Quand nous parlons d'orientations communautaires, il s'agit moins de dynamiques internes à un milieu que de l'engagement de politiques s'appuyant sur le milieu pour produire des ressources préventives et renforcer les capacités de confrontation et les compétences des personnes qui s'y trouvent en difficulté.[42] »

La substitution y est, tout à tour, définie soit comme outil sanitaire visant à soigner les personnes, soit comme moyen de réduire la délinquance, ou enfin comme moyen de faciliter l'accès aux droits et l'accès aux soins.

A partir de ces constats, si lutter contre la drogue semble être un combat vain pour les Etats, il apparaît néanmoins que les politiques en matière de drogues sont restent largement prohibitionnistes dans les trois pays étudiés. On peut s'interroger ici sur l'immobilisme des politiques et la difficulté, aujourd'hui, à concevoir les débats autour de l'objet drogue en dehors d'un cadre moralisateur et normatif, dans la sphère publique. Si nous rejoignons l'idée de Joubert selon laquelle la réduction des risques apparaît comme une alternative à la guerre à la drogue, mais peut également être lue comme une alternative à la guerre à la guerre à la drogue : la remise en question des lois prohibitives apparaissant marginalisée dans le débat public.

Neil Hunt distingue « *a strong right version » et « a weak right version* [43]*»,* une forte et une faible version de la réduction des risques. Si la réduction des risques relève du soin, elle ne peut être appréhendée sans référence au contexte

[41] Alain EHRENBERG (dir.), *Penser la drogue*, *op. cit*.

[42] Michel JOUBERT, « Politiques locales et nouveaux dispositifs d'action dans le domaine des toxicomanies », *Déviance et société*, 1999, vol. 23, nº 2, p. 173.

[43] Neil HUNT, « Public health or human rights: what comes first? », *International Journal of Drug Policy*, septembre 2004, vol. 15, nº 4, pp. 231-237.

légal. Cette logique entre en confrontation directe avec la prohibition : il s'agit en effet de réduire les risques d'une pratique illégale. Pour les usagers, le risque majeur qu'ils identifient est d'ailleurs celui de se faire intercepter par la police, les risques pénaux étant souvent plus craints que ceux d'ordre sanitaire. Ainsi, le modèle faible de la réduction des risques présenté par Hunt se caractérise par une forte médicalisation du champ et une faible prise en compte des risques liés à l'environnement, elle est réduite « à une somme d'instruments sanitaires déconnectés d'une vision politique.[44] », tandis que le modèle fort de la réduction des risques reconnaît le droit aux personnes de consommer des drogues[45].

A cette distinction, Jauffret-Roustide rajoute une différentiation entre le modèle « intégrationniste » et le modèle « gradualiste » de la réduction des risques. Le modèle « integrationniste » caractérise la manière dont la réduction des risques s'est imposée en France et a remplacé, sans avoir trouvé de compromis, le précédent modèle et les tenants du « tout abstinence ». L'approche « gradualiste » caractérise une offre diversifiée de soins, comme celle proposée aux Pays-Bas. Dans cette approche, une complémentarité entre les deux paradigmes : celui de la réduction des risques et de l'abstinence[46] est envisagée. Les bifurcations de trajectoire permises par l'offre d'une pluralité de services permettent d'éviter tout risque de sclérose des identités, enfermant un individu dans un rôle déterminé par sa pratique, à un moment donné.

Ces typologies proposées par les deux auteurs sont éclairantes, dans une démarche comparative, pour mieux cerner les enjeux auxquels sont confrontés les acteurs rencontrés sur le terrain. Toutefois, comme tous les idéaux-types, ce sont des reconstructions permettant de penser la complexité de l'action, les personnes peuvent avoir des marges d'action au sein d'un système[47] ou encore avoir le sentiment que le sens accordé à la substitution se situe au croisement entre ces

---

[44] Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, *Les salles de consommation de drogues : entre santé et sécurité publiques - Métropolitiques*, http://www.metropolitiques.eu/Les-salles-de-consommation-de.html, consulté le 22 janvier 2015.

[45] 'Strong rights' version that fully recognises a right to use drugs. in Neil HUNT, « Public health or human rights », *op. cit.*, p. 231.

[4646] Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, « Réduction des risques : Succès et limites du modèle à la française », *Alcoologie et addictologie*, 2011, vol. 33, nº 2, pp. 101-110.

[47] « Ces modèles peuvent faire l'objet de marges d'ajustements promues par les acteurs de terrain et les acteurs politiques, selon les contextes » in Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, « Les salles de consommation de drogues », *op. cit.*, p. 3.

différentes types[48]. Comparer, et donc construire du comparable, passe par une certaine forme de typification. Il s'agit de résoudre le problème de l'incommensurable pour permettre d'appréhender le phénomène social étudié dans son ensemble.

Sur la question des drogues, les politiques publiques en matière de santé opèrent en interaction avec le système législatif régissant le trafic ainsi que les usages de drogues, celui-ci est propre à chaque État mais relève aussi d'une réglementation internationale. Le combat contre la drogue, annoncé par le président américain Nixon en 1971 est aujourd'hui remis en question par de nombreux États (Pays-Bas, Portugal, Uruguay, etc.); considéré en inadéquation avec une politique de santé publique, ses méfaits sont constatés quasi unanimement par les acteurs de terrain. Lors des diverses manifestations, aussi bien en France, qu'en Suisse ou au Québec[49], auxquelles nous avons pu participer, nous avons constaté qu'un large consensus concernant la nécessaire remise en question du système prohibitionniste, était partagé au sein de la profession et entre les différents experts (rencontrés et lus). Par exemple, à Paris, les 5ème rencontres nationales de la réduction des risques, connues pour leur militantisme, titraient l'événement : « Drogues : la sale guerre » avec un fort accent mis sur le caractère polémogène dans lequel se sont inscrits les différents débats, illustrations de soldats partant en guerre, titre des forums usant de la rhétorique guerrière : « Usagers : vers une armée de métiers ? » ; « Fête des voisins ou guerre des tranchées : la RDR en ville », etc., avec, pour clôturer les journées de débats, un

[48] « In practice, many people may feel that their conception of harm reduction occupies some mid-ground between these two positions ». in Neil HUNT, « Public health or human rights », *op. cit.*, p. 231.

[49] Colloque de recherche sur les addictions : Colloque du GREA "Addictions et société" 12-13 novembre 2014 à Genève ; Les 5èmes Journées Nationales de la Fédération Addiction le 4 et 5 à Lille ; le Colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes (TDO) le 18-19 décembre 2014 à Bruxelles ; etc.

Journée d'étude pluridisciplinaire organisée par le Centre Max Weber (UMR CNRS 5283) de l'université de Lyon, sur les drogues en soi, dans le cadre du programme ANR SOCIORESIST (2012-2016) à St Etienne, le 10 mars 2015

Rencontres de professionnels : débat organisé pour les 20 ans d'Ithaque à Strasbourg le 29 novembre 2014 ; rencontres des AFR à Paris du 13 au 15 octobre 2014 ; journée internationale du 21 juillet 2013 en mémoire des « victimes de la guerre contre les drogues » à Montréal.

documentaire réalisé par le GREA (groupement romand d'études sur les addictions) intitulé « Drogue, la fin de la prohibition[50] ».

Enfin, en 2015, pour la troisième année consécutive, a lieu une campagne internationale nommée *Support, Don't Punish* de sensibilisation sur les dommages causés par la guerre à la drogue. De nombreux acteurs professionnels et politiques s'engagent dans cette action en faveur d'une décriminalisation des drogues et un meilleur accès à la santé pour les usagers de drogues de tous les pays. L'impact de cette mobilisation est considérable et particulièrement visible sur les réseaux sociaux. Ainsi, à Lausanne, à Strasbourg et à Montréal, des militants, certains rencontrés sur nos terrains, se rendent visibles (en prenant une photo d'eux avec une pancarte « *support dont punish* », pour réclamer en cœur : « la fin de la guerre à la drogue »[51].

La comparaison permet d'éclairer les enjeux globaux mais également locaux, liés aux usages de drogues et à la dépendance. Les questions de la répression et du soin relèvent des politiques publiques, celles-ci décidant des lois et des orientations globales. L'incidence de ces décisions politiques s'inscrit dans le quotidien des acteurs concernés, quotidien auquel le chercheur peut avoir accès à travers le récit de vie des personnes rencontrées.

III. L'approche biographique et la comparaison

> « Il y a sans doute des difficultés insurmontables dans le projet d'améliorer les autobiographies dans le sens d'une plus grande objectivité. C'est un document issu de l'introspection, la mémoire est notoirement sélective, l'observation individuelle est défectueuse, l'élaboration des fantasmes et des préjugés joue un grand rôle. [...] Mais ces données sont susceptibles d'amélioration et de systématisation et auront de riches applications quand un nombre considérable d'autobiographies correctement obtenues seront employées comparativement pour déterminer la variation de perception de l'expérience humaine dans la

[50] Sabine KENNEL et Philippe MACH, *Drogue, la fin de la prohibition*, http://www.rts.ch/emissions/temps-present/international/5681514-drogue-la-fin-de-la-prohibition.html, consulté le 6 décembre 2014.

[51] A titre personnel, nous avons, accompagnée par certains professionnels de la structure strasbourgeoise, participé à cette initiative, posant devant les institutions européennes, pour témoigner de notre engagement citoyen (et non en tant que chercheure).

diversité des situations. Et il faut reconnaître de la valeur même au plus subjectif des récits, pour l'analyse des conduites et leur interprétation.[52] »

Pour analyser le sens accordé au traitement de substitution, nous avons privilégié l'approche biographique, analysée au prisme de la comparaison. Or comment comparer des parcours biographiques, tant ce qui les caractérise est leur singularité ? Les singularités individuelles propres aux biographies mais aussi les particularismes liés au contexte local viennent complexifier notre approche comparative.

En nous basant sur une approche interactionniste, nous identifions, dans les différentes histoires de vie recueillies, des séquences biographiques, ou encore des moments typiques, comme autant d'unités de sens, permettant la comparaison. Il s'agit ici du parti pris méthodologique de l'interactionnisme tel que l'analyse Olivier Schwartz :

> « Découper dans la complexité de la matière sociale des unités élémentaires et aisément observables, et s'en servir comme des clés pour l'étude et la compréhension des formes organisées.[53] »

Lors de la mise en récit de sa vie, le narrateur va tenter d'en reconstruire les étapes pour la rendre cohérente. Le séquençage des carrières permet, dans une approche processuelle, d'identifier leur dimension dynamique, les points de rupture (*turning points*[54]) et les bifurcations dans leur dimension sensible.

> « Les bifurcations sont normales et, dès lors, peuvent être le lieu de compréhension de ces fractures qui s'élaborent dans l'univers moral pour faire bouger les choses, et faire advenir ce qui, dans les mêmes conditions objectives, ne se passait pas auparavant. [55]»

Des récurrences apparaissent dans la carrière des personnes rencontrées : l'entrée dans la consommation, la découverte de nouvelles techniques de consommation et le passage à l'injection, la découverte du manque, l'entrée dans la substitution, les rencontres avec différentes institutions. Ces étapes ou épreuves

---

[52] W. Thomas cité par Jean PENEFF, *La méthode biographique*, *op. cit.*, p. 64.

[53] Nels ANDERSON et Olivier SCHWARTZ, *Le hobo: sociologie du sans-abri*, Paris, France, Nathan, 1995.290.

[54] Everett Cherrington HUGHES, *Le regard sociologique: essais choisis*, Paris, France, Éd. de l'École des hautes études en sciences sociales, 1996.

[55] Marc BESSIN, « Le trouble de l'événement: la place des émotions dans les bifurcations », *Recherches*, 2009, p. 323.

sont racontées différemment selon les narrateurs et seront l'objet de la comparaison ; avec pour objectif de définir différents types de construction de sens autour des pratiques liées à ces moments clés. Analysés comme rites de passage, ces événements renvoient à un processus d'inscription collective dans le temps et viennent marquer une génération (cf l'exemple des étudiants de mai 68 consommateurs de cannabis et de LSD[56]). En même temps qu'elles sont étudiées à partir du concept d' « épreuve subjective » élaboré par Danillo Martucelli, ces différentes étapes sont appréhendées à partir de leurs variations d'une personne à l'autre et des particularités liées au contexte dans lequel se situe le narrateur. Sur la notion d'épreuve, Martuccelli explique :

> « Si l'individuation se produit donc toujours à l'intersection d'une dimension diachronique et synchronique, encore faut-il être capable de condenser en abrégé, à l'échelle de l'individu, une situation historique et sociale. C'est justement ce que permet de faire la notion d'épreuve. [57]»

L'approche biographique permet d'articuler dynamique individuelle et expérience personnelle (approche diachronique) et ancrage dans un contexte socio-historique donné, l'histoire collective (approche synchronique). A l'instar de Marcelo Otero qui utilise la notion d' « épreuve » pour analyser l'expérience de la dépression, cette notion nous semble utile pour comprendre le TSO comme enjeu individuel et collectif :

> « Ce va-et-vient continuel entre, d'une part, le vécu individuel et privé des personnes déprimées [ou en traitement de substitution, dans le cas de notre étude] et, d'autre part, sa signification collective, publique, partagée et codifiée par de nombreuses instances (médias, disciplines scientifiques, institutions, etc.) sur lesquelles l'individu n'a que peu d'influence.[58] »

L'expérience de la substitution comme épreuve sociale transparait dans le « caractère standardisé et séquentiel de [son] déroulement » ainsi que par le

[56] Patrice PINELL et Markos ZAFIROPOULOS, « Drogues, déclassement et stratégies de disqualification », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1982, vol. 42, nº 1, pp. 61-75.

[57] Danilo MARTUCCELLI et Grégoire LITS, « Sociologie, Individus, Épreuves. Entretien avec Danilo Martuccelli », *Émulations*, 2009, vol. 3, nº 5.

[58] Marcelo OTERO, « Grand résumé de L'Ombre portée : l'individualité à l'épreuve de la dépression, Montréal, les Éditions du Boréal, 2012 », *SociologieS*, 19 novembre 2013.

« caractère ouvert de [son] issue [59]». L'usage de TSO est effectivement prescrit selon un protocole défini par une AMM (autorisation de mise sur le marché). Ce protocole jalonne le parcours de soin selon différentes étapes lors desquelles le traitement est réajusté, jusqu'à l'éventuelle sortie progressive du traitement. D'autres événements, comme l'engagement dans des activités de pair-aidance, ne sont propres qu'au contexte québécois, ce concept étant inexistant en France et en Suisse. Dans une perspective comparative, travailler sur la pair-aidance nous permet de penser les modalités d'une reconnaissance institutionnelle pour les usagers de drogues devenus usagers du soin. Nous voyons ici que la comparaison ne peut se faire de manière purement mécanique, de terme à terme, mais qu'elle opère sur des « ensembles flous », soit des catégories « semi-empiriques, non-figées, qui se constituent autour de "noyaux de sens" ».

> « Sans doute est-ce dans cette interaction constante entre les communautés humaines et leur environnement ainsi que dans leurs capacités de communication et d'adaptation réciproques qu'il faut trouver la base de ces « noyaux de sens » pratiques qui, entre concept et prise en charge discursive et énonciative, semblent assurer la traductibilité des cultures. [60]»

Pour Claude Calame, la comparaison permet la traduction du « langage émique », propre aux personnes rencontrées sur le terrain (professionnels et usagers de TSO), en « langage étique » par l'exercice de l'écriture académique[61]. A partir du moment où deux systèmes émiques sont comparés, l'approche devient étique, dans le sens où le déplacement du regard propre à la comparaison permet d'interroger les résultats et d'émettre des interprétations. Pike, qui a théorisé les

---

[59] Danilo MARTUCCELLI, *Forgé par l'épreuve : l'individu dans la France contemporaine*, Paris, France, A. Colin, coll. « Collection Individu et société, ISSN 1637-7923 », 2006, vol.1/, 478 p.

[60] Claude CALAME, « Interprétation et traduction des cultures », *L'Homme*, 2002, vol. 163, p. 76.

[61] « En simplifiant, l'émique est la vue intérieure de ces cultures, l'étique est la vue extérieure » René GOTHONI, « Emic, Etic and Ethics. Some remarks on studying a « foreign » religion », *Studia Orientalia Electronica*, 1981, vol. 50, pp. 29-42. L'imbrication des savoirs émiques et étiques correspondent à la doxa de Platon soit « quelque chose d'intermédiaire entre la science et l'ignorance » (PLATON, *La République*, Paris, France, Garnier Flammarion, 1966, p. 235.) Gothoni propose une liaison entre les concepts d'émiques et d'étiques avec celle d'*experience-near* et *experience-distant* de Geertz : A travers l'exercice réflexif de la mise en récit, les narrateurs transmettent leur « experience-near ». Ce savoir local, proche de l'expérience, est comparé par le chercheur au récit des autres narrateurs rencontrés. La comparaison donne à voir des mises en sens collectives et produit une « experience-distant » : un savoir global distant de l'expérience pour reprendre les termes de C. Geertz. Savoir local et savoir global ne sont pas qualitativement différents, et l'un ne peut être préférable à l'autre prône Geertz, en faveur d'un décentrement de soi pour une meilleure compréhension de l'Autre. (Clifford GEERTZ, *Savoir local, savoir global: les lieux du savoir*, Paris, France, Presses Universitaires de France, 2012.)

termes étique et émique, précise que cette double approche ne doit pas être perçue comme dichotomique, sa valeur heuristique réside dans ce qu'elle donne à voir la pluralité de points de vue et d'interprétation sur une même donnée. La comparaison donne ainsi à voir l'imbrication de ces deux dimensions (émique et étique) dans les savoirs mobilisés par les différents acteurs que les chercheurs en sciences sociales cherchent à mettre à jour. La comparaison dévoile les différentes strates de compréhension et de connaissance sur lesquelles reposent les savoirs mobilisés par les acteurs mais est également productrice d'une nouvelle forme de savoir (étique), par accumulation d'une somme de savoirs (émiques) dont l'assemblage donne à voir une cohérence singulière.

La comparaison permet de dépasser la simple catégorisation en déplaçant la problématique autour de nouveaux axes. Nous avons vu que, sur les trois terrains étudiés, le référentiel dominant était la réduction des risques, dans cette approche comparative. Nous observons la réduction des risques comme un « noyau de sens » permettant d'appréhender l'ensemble des pratiques qui lui sont rattachées, la substitution en faisant, notamment, partie. Le référentiel émique bio-médical fait également l'objet d'une traduction et d'une adaptation à travers un ensemble de stratégies alternatives mises en place par les personnes en traitement. Cette ambivalence entre étique et émique est au cœur de notre raisonnement sur la construction des savoirs, comme co-production entre différents niveaux de compréhension d'un même phénomène, en cela notre posture de chercheur nous incite à ne « pas parler à la place des acteurs sociaux, [mais] à montrer comment parlent les acteurs sociaux[62] ». A travers les récits de vie se sont des récurrences qui sont observées, des analogies, mais aussi des différences d'interprétations et de mises en pratiques. Les narrateurs dévoilent diverses manières de saisir les injonctions paradoxales et mouvantes.

[62] Patrick CHARAUDEAU, « Le chercheur et l'engagement. Une affaire de contrat », *op. cit.*, p. 4.

IV. Conclusion du deuxième chapitre

La réduction des risques s'est imposée dans les trois pays de notre enquête comme « modèle cognitif et normatif [63]» dominant. La substitution est prescrite dans ce cadre mais pourtant, les protocoles de prescription varient selon les pays. L'étude comparative nous permet de dévoiler cette tendance à l'uniformisation des politiques publiques, et au niveau microsocial, de saisir les nombreuses différences dans ce qui se joue au sein même des structures, entre les personnes qui reçoivent le traitement et les différents intervenants. Concrètement, notre analyse des récits de vie à partir des différentes étapes, séquences de vie, racontées par les personnes, permet d'en dégager différents sens attribués à la substitution, le sens pouvant évoluer au cours de la trajectoire de soin. L'analyse retrace de façon idéal-typique la carrière des personnes rencontrées à partir du récit qu'elles en font, afin d'en analyser la portée subjective.

L'écriture de la comparaison se veut dynamique selon le cheminement d'une recherche inductive liée aux découvertes empiriques. Notre analyse des récits de vie des usagers de drogues à travers un travail de typologisation permet de rendre compte de la complexité des significations que peuvent attribuer les personnes à leur traitement. Une typologie ne reflète pas la réalité des expériences dans leur totalité, les idéaux-types sont des constructions. La méthode typologique suivie s'inspire de la « compréhension sociologique » de Weber que Dominique Schnapper précise :

> « Il ne s'agit pas de "comprendre" les conduites des hommes de manière intuitive et sympathique, mais bien de les rendre intelligibles dans un projet de connaissance intellectuelle et rationnelle.[64] »

La construction d'idéaltype comme « moyen de connaissance » offre un instrument pour comprendre la réalité et appréhender l'ambivalence permanente dans le discours des personnes, voire parfois les contradictions. Elle permet d'envisager la pluralité de sens accordée à une action et de sortir d'une pensée essentialisante et positiviste sur les drogues et leurs usages.

---

[63] Sébastien GUIGNER, « L'Union européenne, acteur de la biopolitique contemporaine », *op. cit.*

[64] Dominique SCHNAPPER, *La compréhension sociologique: démarche de l'analyse typologique*, Paris, France, Presses universitaires de France, 2012, p. 4.

> « La sociologie s'efforce d'intégrer toutes les dimensions des comportements humains, de comprendre la rationalité mais aussi l'irrationalité des acteurs par rapport à la rationalité instrumentale [...]/ Elle fait l'hypothèse de la multiplicité des logiques rationnelles dans les conduites des individus.[65] »

Cette démarche compréhensive vise à identifier les marges de manœuvre des acteurs sociaux ainsi que les contraintes qui pèsent sur ceux et dont découlent, dans le cas qui nous occupe, l'ambiguïté du statut accordé au traitement et l'enchevêtrement ou la confrontation sémantique entre discours médicaux et savoirs d'expériences.

[65] *Ibid*., p. 12.

Chapitre III. ETHNOGRAPHIE DES TERRAINS DE NOTRE ENQUETE

Avant d'entrer sur nos terrains privilégiés dans le cadre de cette thèse, nous avons réalisé quelques recherches exploratoires sur différents terrains. Bien qu'une posture dite naïve puisse être un levier pour amener les personnes interrogées à réfléchir sur ce qu'elles pourraient sinon considérer comme une évidence, il nous a semblé que, face à nos interlocuteurs au sein des structures de nos trois terrains privilégiés, il était important d'avoir, au préalable, une certaine maitrise de notre objet d'étude, du moins dans ces aspects les plus formels, ainsi que des pistes de réflexion à explorer. Nous avons réalisé deux entretiens dans deux structures différentes dans une ville du Sud-Ouest, puis un entretien dans un centre dans le midi et deux entretiens dans l'Est. Il s'agissait durant cette phase de rencontrer des professionnels pour connaître différents points de vue sur la substitution afin d'en cerner les contours.

Nous avons d'abord souhaité anonymiser les villes où nous rencontrions les personnes, afin de protéger leur identité, toutefois cela aurait fait perdre à notre recherche sa valeur ethnographique que nous souhaitons présenter ici. Certains détails permettant d'identifier les personnes ont été gommés pour ne pas trahir la confiance qui nous a été accordée lors de la passation d'entretien.

En France, à Strasbourg, notre collecte de données s'effectue dans une structure en ambulatoire, CSAPA et CAARRUD[1]. L'association s'appelle Ithaque en référence à la mythologie grecque, Ithaque étant l'île sur laquelle revient Ulysse après son long périple, au cours duquel il aura affronté de nombreuses épreuves. Nos premiers contacts se sont faits par l'intermédiaire d'un des intervenants de l'association, en 2012, alors que nous réalisions un premier travail, dans le cadre

[1] CSAPA : Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CAARRUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

Nous reviendrons plus amplement sur cette terminologie et sur la diversité des missions, telles qu'elles sont définies dans les textes et telles qu'elles sont appliquées.

du mémoire de master, au sein d'un CHRS[2]. La question des drogues, dans un contexte de précarité et le caractère problématique de sa prise en charge nous étaient alors apparus. Un résident (Rémi, 30 ans) avait révélé à une intervenante qu'il subissait des pressions de la part d'un autre résident qui lui proposait de manière insistante de la cocaïne et de l'héroïne, alors qu'il avait réussi à arrêter, quelques années auparavant. A cette époque, Rémi nous expliquait :

> *« J'étais en train de travailler en cuisine quand il arrêtait pas de me harceler pour ça, j'ai fait : « Vas-y laisse moi tranquille là. Fais ton truc que t'as à faire. » Mais après tous les jours, t'as beau dire non, une fois, deux fois, trois fois… la millième fois, tu dis plus non. Et après une fois que t'as repris c'est un cercle… c'est un sale cercle vicieux. »*

Avant l'intervention de la police au sein du centre, qui a entrainé l'arrestation du revendeur, une fouille a été réalisée dans les chambres des résidents. Dans une chambre ont été trouvés des boîtes de Subutex® et des cotons d'une couleur brunâtre. Nous décidons alors de contacter l'intervenant de l'association Ithaque, dont nous avions auparavant lu les articles sociologiques sur la réduction des risques, écrits alors qu'il était à l'université[3]. Nous lui avons demandé ce que ces cotons pouvaient être. Il nous a expliqué qu'il s'agissait de filtres utilisés pour l'injection. Nous avons alors parlé des risques liés à l'injection de Subutex, de la politique de réduction des risques et des divers enjeux relatifs au traitement. Suite à cet entretien, nous avons pris conscience de la difficulté dans laquelle se trouvaient beaucoup de résidents du CHRS, aux prises avec une dépendance. C'est surtout la consommation de Subutex® qui nous a semblé poser un certain nombre de questions, trop complexes pour être envisagées dans le cadre du master. Dans le cadre de cette thèse, nous nous sommes dont rapidement rapprochée de l'association Ithaque afin de réaliser notre terrain. Plusieurs rendez-vous avec la directrice et les deux co-directeurs ont donné lieu à une rencontre avec les professionnels de l'association au cours de laquelle nous avons présenté notre recherche et répondu aux diverses interrogations de chacun. Suite à cela, en janvier 2013, nous avons eu accès à l'association pour réaliser nos

[2] CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale

[3] Nicolas DUCOURNAU, Jocelyn LACHANCE, Louis MATHIOT et Meryem SELLAMI, *La recherche d'extase chez les jeunes*, Québec, Canada, Presses de l'Université Laval, 2010. Et Nicolas DUCOURNAU, « Usage de drogues en milieu festif », *Agora débats/jeunesses*, 2010, n° 1, pp. 113–124.

entretiens[4]. Nous avons choisi le lieu d'accueil pour rencontrer les usagers, aller à leur rencontre, partager un café et leur proposer un entretien, qui avait ensuite lieu dans un bureau, en fonction de leur disponibilité. Nous avons ainsi réalisé quinze entretiens.

En Suisse, nous avons choisi de faire notre terrain à Lausanne[5] et nous avons pris contact avec la Fondation du Levant. Un premier entretien avec un des intervenants, Pierre, responsable pédagogique de la structure nous a permis de mieux saisir le fonctionnement de l'association, ainsi que la politique suisse en matière de drogues. Puis lors de visites suivantes, nous avons rencontré les différents responsables de trois structures de la fondation. La fondation du Levant dispose de quatre structures, toutes quatre sont des centres en résidentiel. Mais nous n'avons réalisé les entretiens qu'au sein de trois de ces structures. La quatrième résidence est une structure de soins palliatifs, qui accueille principalement des personnes atteintes du VIH ou d'une hépatite ; le traitement par la substitution n'étant pas la priorité de ce centre nous n'y avons pas réalisé notre terrain.

Nous avons eu accès aux structures en immersion quasi complète en mars-avril 2013. Sur le site de 7h30 à 20h30, nous avons partagé le quotidien des résidents et nous avons ainsi pu en profiter pour faire nos entretiens mais également pour partager les moments informels, tel que le moment du repas. Les journées étaient très chargées, en effet, après le premier entretien, dans chaque résidence, nous avons été très sollicitée par les autres résidents. Rassurés sur la manière dont se passait l'entretien par le premier à avoir accepté de nous parler, les autres résidents venaient à nous pour nous proposer de répondre à nos questions : la possibilité de se raconter, de couper un peu leur journée avec une activité différente, mais aussi le fait d'avoir une bonne excuse pour échapper aux

[4] Il est intéressant de noter que lors de notre première visite, attendant notre rendez-vous avec la directrice, un usager de la structure nous accostait en nous demandant si nous venions également chercher notre traitement. Prise au dépourvu, ce fut pour nous l'occasion de présenter pour la première fois l'objet de notre recherche ; de plus, en étant identifiée comme une éventuelle usagère de TSO nous fûmes également confrontées à notre propres prénotions et catégorisations.

[5] Une raison matérielle, soit l'accès à un logement, a également joué dans notre choix de réaliser notre terrain à Lausanne, car cela nous a permis de rester un maximum de temps sur le terrain. De la même manière, réaliser notre terrain au sein d'un centre en résidentiel en Suisse et au Québec était une solution pour pouvoir rencontrer facilement les personnes et réaliser parfois plusieurs entretiens dans la même journée.

tâches qui sont allouées quotidiennement aux résidents ont, semble-t-il, été une source de motivation.

Vingt-deux récits de vie sont ainsi collectés avec les résidents. Au sein de la première structure (X) nous avons eu l'occasion de rencontrer tous les résidents (9). Dans la deuxième structure (Y1), accueillant des personnes avec un double diagnostic, les entretiens (9) ont été de plus courte durée, du fait de l'état de santé des personnes et de leur médication pouvant limiter leur durée de concentration. Dans la troisième structure (Y2) où nous ne sommes restée qu'une journée, nous avons pu rencontrer 4 personnes.

Au Québec, durant l'été 2013, nous avons contacté par email le rédacteur d'une revue d'autosupport, la revue *L'Injecteur*. Celui-ci nous a proposé de participer à l'assemblée générale de la revue et d'une association « par et pour » usagers de drogues. Lors de cette réunion, notre contact nous a présenté une personne qui travaille dans la structure où nous ferons finalement notre terrain. Il s'agit d'un centre d'accueil en résidentiel de pairs-aidants pour personnes en traitement. La définition de pair-aidant est issue de la santé mentale :

> « Le pair aidant est un membre du personnel dévoilant qu'il vit ou qu'il a vécu un problème de santé mentale. Le partage de son vécu et de son histoire de rétablissement a pour but de redonner de l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information à des personnes qui vivent des situations similaires.[6] »

L'association s'appelle Métha d'Âme, jeu de mots explicite renvoyant à la méthadone (médicament pour les états d'âme). Nous avons réalisé des récits de vie tant avec les résidents qu'avec les professionnels, eux-mêmes ayant une expérience personnelle de la substitution. Dans le lieu d'accueil de la résidence, l'activité s'accroît au moment des repas, un certain nombres de résidents mangent effectivement sur place. Sinon, il est difficile de croiser les résidents qui ne viennent que pour des rendez-vous ou qui ne font que passer. Nous participons donc au repas pour rencontrer les résidents et passons du temps avec les pairs-aidants durant les journées, pour qu'ils nous expliquent leur manière de travailler.

[6] Julie REPPER et Tim CARTER, « A review of the literature on peer support in mental health services », *Journal of Mental Health*, août 2011, vol. 20, n° 4, pp. 392-411.

Nous avons ainsi réuni douze entretiens[7]. Un retour au Québec en mai 2015, nous a permis de compléter notre recueil de données, cette fois-ci en dehors des murs de l'institution.

I. Eléments sociographiques

Avant de présenter les différents terrains de notre enquête, quelques informations numériques succinctes sur les protagonistes de cette recherche sont utiles. Toutefois, notre recherche est une recherche qualitative et non quantitative, les chiffres qui suivent ne peuvent donc permettre de faire des généralisations et chaque facteur demanderait de plus amples définitions. La présentation ci-après fait figure d'instantané et ne permet pas de refléter la dimension diachronique propre à notre démarche, elle est toutefois utile pour préciser quelques éléments propres au groupe de personnes enquêtées.

Ainsi, nous avons réalisé vingt entretiens auprès de professionnels (membres du corps médical, psychologues, professionnels et travailleurs sociaux, et membres de la direction de structure[8]).

Nous avons rencontré 49 personnes en traitement au sein des centres : 15 en France, 22 en Suisse et 12 au Québec.

1. Différents types de traitement

Notre enquête porte sur le sens attribué au traitement de substitution, or la disponibilité de ces traitements varie selon les pays. Au sein des centres, nous proposions un entretien aux personnes présentes sur le lieu d'accueil en leur demandant de nous parler de leur traitement de substitution et nous avons pu identifier le large spectre de médicaments (benzodiazépines, antidépresseur, voire parfois même traitements des hépatites, etc.) que les personnes identifiaient comme des médicaments en lien avec leur addiction. Certaines personnes étaient

[7] Voir annexes : III. Liste des usagers de traitements de substitution interviewés
[8] Voir tableau en annexe

en cours de traitement, d'autres en étaient à la phase d'initialisation, et d'autres avaient cessé de prendre le traitement. Toutefois, il est délicat ici de dénombrer exactement celles encore en traitement, au début, ayant arrêté, repris, tant les carrières sont fragmentées. Cette difficulté, justement, pour les personnes de se positionner dans une certaine phase du traitement est caractéristique de l'ambiguïté de la thérapie de la dépendance et est l'objet même de notre recherche.

En France, le Subutex est le plus largement prescrit, ce qui caractérise la particularité du cas français, or notre enquête ayant lieu au sein d'un CSAPA, où les médecins sont habilités à prescrire de la méthadone, nous avons rencontré plus de personnes prenant de la méthadone (9), pour 4 prenant du Subutex. Toutefois, toutes les personnes rencontrées, excepté une (14) témoignent d'une expérience d'usage de Subutex®, prescrit ou non. Une personne (Abdul) rencontrée se faisait prescrire du Skenan, du fait d'échecs consécutifs avec le Subutex, puis avec la méthadone. Le Skenan est un médicament à base de sulfate de morphine que certains médecins prescrivent sans que ce dernier n'ait d'AAM pour le traitement des dépendances aux opiacés. Nous avons aussi rencontré une personne (Marc) qui n'était pas en traitement. Comme il était quotidiennement présente sur le lieu d'accueil du fait d'une injonction thérapeutique reçue à cause de faits de violence liés à ce qu'il caractérise comme son « alcoolisme », il nous a semblé intéressant de la rencontrer pour avoir un aperçu de la mise en place d'une injonction thérapeutique en France.

En Suisse, la méthadone est le traitement le plus majoritairement prescrit. Sur nos terrains, nous avons rencontré 14 personnes en traitement méthadone, une personne en traitement Subutex® et une personne en traitement Temgésic. Ce dernier traitement est très minoritairement prescrit aujourd'hui, il s'agit de buprénorphine à faible dosage, remplacé par le Subutex® : buprénorphine à haut dosage. Plusieurs personnes (6) ne sont pas en traitement de substitution aux opiacés mais se font prescrire des benzodiazépines. Les usages de benzodiazépines sont associés, par ces personnes, à leur dépendance aux opiacés (2), à la cocaïne (2), au cannabis (1) et à la cocaïne associée au cannabis (1).

Au Québec, 9 personnes sur 12 rencontrées étaient en traitement méthadone ou avaient terminé leur traitement par la méthadone.

Une personne prenait du Suboxone, médicament autorisé comme traitement de la dépendance aux opiacés depuis 2008[9]. Une dernière personne nous a raconté son sevrage à l'aide de sirop codéiné pour la toux, à la manière de Kurt Cobain, nous dit-il.

2. *Sexe des personnes rencontrées*

Lors de notre enquête, nous avons rencontré 40 hommes et 9 femmes[10]. Au sein des centres, une majorité du public accueilli est masculin, les rapports d'activité des trois associations dénombrent en général trois quarts des usagers de sexe masculin. La répartition par sexe des usagers de TSO pour des moyennes nationales est estimée, en France à 77 % d'hommes pour la BHD et 75 % pour la méthadone[11].

En France, nous n'avons pu rencontrer qu'une femme dans le cadre d'un entretien. Nous avons reçu peu de refus lorsque nous proposions des entretiens, toutefois les femmes étaient celles qui se montraient le plus réticentes. En Suisse, nous avons rencontré cinq femmes et au Québec trois femmes. Un atout inattendu de notre terrain en Suisse aura été de pouvoir rencontrer plus de femmes que sur nos deux autres terrains.

Un simple regard sur les chiffres de la fréquentation des centres, nous porte à penser que les femmes représenteraient une moindre proportion de consommatrices, l'usage de drogues serait-il alors genré ? Certains intervenants nous ont expliqué que pour les femmes, victimes d'une plus grande stigmatisation quant à leurs usages, il peut leur être plus difficile de franchir les portes d'un centre. Les lieux d'accueil investis par une population majoritairement masculine

---

[9] Commercialisé sous le nom Suboxone (association de buprénorphine et de naloxone), ce médicament a été mis en marché en novembre 2007 et accepté comme médicament d'exception par le Conseil du médicament du Québec en juin 2008. *La buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opioïdes*, Collège des médecins du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec, 2009, p. 5.

[10] Nous utilisons ici la notion de sexe, au sens de sexe biologique, notre recherche n'ayant pas approfondi la question du genre des personnes, soit l'identité de genre à laquelle la personne a le ressenti d'appartenir. Toutefois, cette question est traitée dans l'ouvrage Christian COLBEAUX, *Sexe, genre et addiction*, Paris, France, L'Harmattan, 2012.

Au Québec, une structure visitée a un accueil prévu spécifiquement pour les personnes transgenre, des modalités d'accompagnement spécifique y sont prévues.

[11] Thiphaine CANARELLI et Anaëlle COQUELIN, *Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés*, Saint-Denis, OFDT, 2010, p. 26.

peuvent ne pas convenir à des femmes pour qui la présence d'hommes représente une menace.

En outre, si le lieu d'accueil de l'association Ithaque à Strasbourg est moins fréquenté par les femmes, ce n'est pas le cas pour ce qui est de son antenne mobile. Le bus reçoit ainsi autant de femmes que d'hommes. Encore une fois ces chiffres ne nous donnent pas une nette appréciation de la réalité des consommations des femmes. Le bus distribue du matériel à injection mais aussi des préservatifs, de plus son lieu d'intervention est autant un lieu de deal que de prostitution.

Cela nous amène à une nouvelle hypothèse, les femmes usagères de drogue et se prostituant, subissent un double stigmate et peuvent être contraintes par leur proxénète de se cacher, la visite d'un centre serait alors proscrite, interdite à certaines. Certains intervenants nous ont confié avoir déjà surpris des hommes surveillant les femmes qui viennent au bus. La mission de l'association est rendue plus difficile car la confiance ne peut être instaurée et le suivi est rendu très délicat, notamment quand ces femmes ne maitrisent pas le français.

Une autre problématique, spécifique aux femmes, est la question de la maternité. Les traitements de substitution ont largement redéfini le suivi des femmes enceintes usagères de drogues[12].

3. Âge des personnes rencontrées

Les centres où nous faisons notre enquête n'accueillent que des personnes majeures, nous n'avons donc pas rencontré de mineurs lors de notre recherche[13].

En France, la personne la plus jeune est âgée de 23 ans. En Suisse deux personnes sont âgées de 21 ans et au Québec, la personne la plus jeune avait 27 ans. Pour ces plus jeunes, la substitution est autorisée depuis qu'ils consomment, en cela on peut considérer que la substitution a contribué à modifier le rapport au manque au sein de cette génération.

---

[12] L'introduction des TSO dans les soins obstétricaux sera étudiée dans le chapitre IV de cette thèse.

[13] Des travaux de S. Escots et G. Fahet font état d'une prise de Subutex hors prescription, dans un cadre festif, chez des personnes mineures. Serge ESCOTS et Georges FAHET, *Usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage*, Saint-Denis, OFDT, 2004. Nous reviendrons plus largement sur les usages hors-protocole dans la partie III.1 de cette thèse.

La personne la plus âgée que nous avons rencontrée avait 50 ans en France, 47 ans en Suisse et 58 ans au Québec. Les personnes de plus de 45 ans (7 sur l'ensemble des personnes rencontrées) avaient 20 ans, ou plus, au début des années 80, or les années 83 à 85 sont celles qui connurent la phase de contamination la plus forte parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse. Nombreuses sont les personnes qui témoignent de la perte d'ami(e)s ou de connaissance, morts du Sida durant ces années là. Les programmes d'échange de seringues implantés dans les différents pays de notre étude ont largement contribué à faire baisser le taux de prévalence au VIH, toutefois une recrudescence des contaminations par le virus de l'hépatite C est constaté sur de nombreux territoires, dont ceux de notre enquête, raison pour laquelle les associations militent pour l'ouverture de salles de consommation à moindre risque.

Un effet de génération est important dans la population usagère de drogues, à la fois au niveau des produits consommés, des modalités de consommation et des types de prise en charge. Geneviève, parlant du contexte québécois, donne sa perception de l'effet de génération sur les usages de drogues :

> *Geneviève : « Moi, je fais partie de la génération comme Jean-Paul, comme Vincent, quand on arrêtait de faire de l'héroïne, on tombait pas dans la coke comme ils font maintenant. Tous : 90%.*
>
> *C : Tu l'expliques comment ?*
>
> *Geneviève : … Je sais pas. Nous, on tombait dans l'alcool, mais ça se récupérait. Une petite phase d'alcool, mais ça durait pas longtemps. La fin de semaine, je rencontrais le monde, mais je voulais pas me mettre à faire ça, j'ai arrêté. Je bois de temps en temps, mais… »*

Pour Geneviève, la cocaïne, aujourd'hui, a remplacé l'alcool comme produit d'auto-substitution. Néanmoins, d'autres formes de polyconsommation existent, telle que la prise simultanée de différents produits, avec notamment l'usage de *speed ball*, alliant cocaïne et héroïne en une prise. La figure du poly-consommateur a remplacé celle du junky, qui ne consommait que de l'héroïne par injection. La prise d'héroïne s'est elle aussi modifiée, de plus en plus d'usagers disent la consommer par inhalation, pratique alors peu répandue avant les années 2000. Au Québec, la pratique de l'injection apparaît très tôt dans la carrière des usagers, ainsi la moyenne d'âge de la première injection serait de 17 ans pour les garçons et

16 ans pour les filles en 2000[14], tandis qu'elle est de 21 ans en France sur la période 2006-2010[15]. Néanmoins, Jauffret-Roustide, s'appuyant sur une enquête réalisée auprès des usagers de drogues reçus dans les dispositifs à bas seuils, soit les personnes les plus marginalisées, précise que l'âge de la première injection, de ce public cible, se serait abaissé à 17,7 ans[16]. Ainsi de nombreuses formations visent ce public afin de donner des outils aux jeunes pour éviter leur primo-injection ou encore pour réduire les risques accrus lors des premières prises. L'enquête réalisée sur internet en 2013, *PrimInject* énonce la nécessité, en France, d'étudier la primo-injection afin de diversifier les programmes pour atteindre les personnes ayant les consommations les plus à risque, notamment les plus jeunes. D'après cette enquête, si la buprénorphine est largement utilisée par les jeunes usagers de drogues par injection, elle n'est que rarement utilisée lors de l'initiation à l'injection. Selon les auteurs, l'augmentation de la variété des substances sur le marché des drogues et la diversification des modalités d'usages pourraient expliquer l'augmentation du délai entre l'initiation aux psychotropes et le passage à l'injection. Les résultats de cette enquête sont importants car ils contreviennent à l'idée que la buprénorphine faciliterait le passage à l'injection[17].

4. Parcours social

La scolarité est dans l'ensemble des entretiens peu abordée par les personnes rencontrées, ceux qui en parlent ont un niveau CAP. Notons une exception : une femme, rencontrée au Québec, qui parle de son parcours universitaire et d'un début de doctorat non terminé. Pendant quelques années, elle enseigne la philosophie dans le secondaire, tout en jonglant avec sa vie nocturne :

---

[14] Elise ROY, Nancy HALEY, Pascale LECLERC, Gaston GODIN, Jean-François BOUDREAU, Philippe-Benoit COTE, Véronique DENIS et Jean-François BOIVIN, « Prevalence of HIV infection and risk behaviours among Montreal street youth », *International journal of STD & AIDS*, avril 2000, vol. 11, nº 4, pp. 241-247.

[15] Anne GUICHARD, Romain GUIGNARD, David MICHELS, François BECK, Pierre ARWIDSON, France LERT et Elise ROY, « Changing patterns of first injection across key periods of the French Harm Reduction Policy: PrimInject, a cross sectional analysis », *Drug and Alcohol Dependence*, novembre 2013, vol. 133, nº 1, pp. 254-261.

[16] Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, « Réduction des risques », *op. cit.*, p. 105.

[17] Anne GUICHARD, Romain GUIGNARD, David MICHELS, François BECK, Pierre ARWIDSON, France LERT et Elise ROY, « Changing patterns of first injection across key periods of the French Harm Reduction Policy », *op. cit.*, p. 258.

Hannah : « Puis moi, à l'automne, ç'a été ma dernière session où j'ai enseigné, parce que ça devenait justement chaotique au niveau du travail aussi, je consommais le matin de l'héroïne, j'enseignais, puis le soir, je faisais de la prostitution, je faisais de la coke, je faisais ça du lundi au vendredi. »

Certains ont exercé le même emploi durant des années, comme en France, Jean 50 ans qui nous dit : *« Donc ça fait…3…6 ans…[que je ne travaille plus] J'ai travaillé 25 ans dans ma vie.* ». Il touche depuis une pension d'invalidité, liée à une maladie de l'intestin.

D'autres ont connu une succession d'emplois, comme Seb, 24 ans, rencontré en Suisse qui raconte :

« J'ai travaillé à la ferme, j'ai fait de la menuiserie, dans un abattoir, j'ai fait plein de boulots. »

Aujourd'hui sans emploi, il souhaite retravailler prochainement.

En Suisse, nous rencontrons aussi Alex, 26 ans, qui a une formation de maçon. Dans son récit, nous avons compté 71 occurrences du mot travail. Il explique : *« Je faisais des petits boulots, je travaillais dans des boîtes temporaires, à gauche à droite, je faisais des petits travails, et puis à chaque fois ça merdait parce que je me pétais encore la tête. »*

Au Québec, du fait de notre terrain, nous avons rencontré majoritairement des personnes engagées dans des activités de pair-aidance. Les résidents du centre, quant à eux, étaient sans emploi, mais certains effectuaient du bénévolat au sein de la structure.

Toutes les personnes rencontrées en France et en Suisse touchent une aide sociale : RSA ou AAH[18]. La plupart sont en arrêt de travail depuis plusieurs années et n'ont pas d'emploi au sens formel du terme, soit de travail légal rémunéré. Les personnes rencontrées peuvent être catégorisées comme « pauvres» au sens de Simmel :

> « Les pauvres, en tant que catégorie sociale, ne sont pas ceux qui souffrent de manques et de privations spécifiques, mais ceux qui reçoivent assistance ou devraient la recevoir selon les normes sociales. Par conséquent, la pauvreté ne

[18] RSA : revenu de solidarité active et AAH : Allocation adulte handicapé

peut, dans ce sens, être définie comme un état quantitatif en elle-même, mais seulement par rapport à la réaction sociale qui résulte d'une situation sociale spécifique. [19]»

A travers ce modèle des « interdépendances sociales » propre à Simmel, la pauvreté se comprend comme une réaction sociale face à une situation. De cette approche théorique découle la théorie de l'étiquetage propre à la sociologie de la déviance. Les pratiques de mendicité ou encore de zonages auxquelles s'adonnent les personnes les rendent visibles dans l'espace public. Les usages de drogues dans des lieux aux piètres conditions d'hygiène majorent les risques pour la santé et peuvent laisser des stigmates corporels tels que des infections, l'amaigrissement des personnes, ou encore l'état de santé dentaire. Ils sont des marqueurs de la consommation, tout autant que de la vie à la rue. Cette visibilité sert la logique répressive, les individus identifiés comme groupe à risque pour l'ordre social peuvent être repérés. Depuis les années 1980, avec l'arrivée du Sida, les usagers de drogue par injection constituent un groupe à risque, d'un point de vue sanitaire : le risque que ce groupe contamine d'autres membres de la société est identifié politiquement comme un problème majeur.

II. Eléments d'écologie urbaine

Sur nos trois terrains, il nous a paru important de nous rendre compte de ce à quoi peut ressembler le monde de la drogue en dehors des murs des centres de soin. Difficilement accessible sur les courtes périodes allouées à ce travail ethnographique, nous avons néanmoins saisi certaines opportunités pour observer les usages ayant cours dans l'espace urbain. Reprenant la notion d'écologie urbaine, propre à l'école de Chicago et notamment à Shaw et Mac Kay, il est nécessaire de noter dans quelle mesure l'espace urbain crée des zones interstitielles dans lesquelles viennent s'inscrire un espace de pratiques, tels que les usages et le recel de drogues.

[19] Georg SIMMEL, *Les pauvres*, Paris, France, Presses Universitaires de France, 2011, p. 96.

1. Première phase de recherche exploratoire

Nos premiers pas sur le terrain eurent lieu lors d'un court séjour ethnographique, à Lisbonne, auprès d'une association faisant du travail de rue. Une première revue de presse sur les innovations des politiques publiques en matière de drogues nous a amenée à nous intéresser au cas du Portugal, tant celui-ci fait figure d'exception, avec une politique de décriminalisation des usages de drogues. Il nous a alors paru pertinent, suite à la lecture d'un article de presse[20], de nous adresser à l'association « *Crescer na maior* » (traduite par « grandir le mieux possible »). Nous présentons cette première étape de notre enquête dans un encadré, tant celle-ci, en marge de notre recherche, reflète notre démarche inductive et comparative. Cette expérience sera également déterminante dans notre manière de concevoir les mondes sociaux dans leur apparente herméticité, mais dont les multiples liens, bien que parfois fragiles, avec des professionnels d'association et des travailleurs de rue notamment, rendent les frontières poreuses. Par la suite, nous présenterons certaines données de terrain relatives à nos incursions ethnographiques sous forme de vignette : mises en marge de l'analyse, ces vignettes nous permettent d'indiquer nos observations mais également notre ressenti lors de la collecte des données.

Le 30juillet 2012, à Lisbonne (extrait du journal de terrain)

> Après l'avoir contacté par email, nous rencontrons le directeur de l'association « *Crescer na maior* » qui est une structure de réduction des risques à Lisbonne, au Portugal. Notre enjeu est d'analyser les modalités de prise en charge d'usagers de drogues, dans un pays où les drogues ont récemment été décriminalisées : il nous explique :

"In 2001, in Portugal, a new law for this, you can have ten doses for your consumption. If police catch you, the police send you to specific organizations to ask you "What happened?" It's a specific commission to this kind of cases, you don't go to the court, You go to this commission. And after this commission, you can go to treatment, or you can go… it depends."[21]

[20] *Drogues: le succès du modèle portugais*, http://fr.myeurop.info/2011/06/14/drogues-le-succes-du-modele-portugais-2719, consulté le 6 janvier 2016.

[21] « En 2001, au Portugal, une nouvelle loi permet aux individus d'avoir en leur possession dix doses pour leur consommation. Si la police les attrape, ils les envoient vers des organisations spécialisées

Suite à cet entretien, nous suivons l'équipe de rue au travers des quartiers de la ville où ont lieu trafics de drogues et prostitution. L'expérience est poignante. Des personnes s'injectent dans des ruelles jonchées de détritus ; des squats, tels des déchetteries, servent de lieux de consommation à des personnes à la rue, certains vont jusqu'à se cacher derrière des plaques d'égout pour se faire un fix. L'équipe parcourt ces différents lieux insalubres, toujours en s'annonçant : « Equipa de rua ! » afin de distribuer du matériel d'injection stérile. La règle est simple : une seringue rendue contre une nouvelle seringue propre. Dans un des ces squats, au milieu des déchets (bien souvent l'emballage contenant les seringues (stericup, etc.), un homme est assis. Nous sommes en été, il fait très chaud, plus de 30°, mais il est couvert de plusieurs épaisseurs de vêtements. Quand nous arrivons, il reste assis, il a déjà, à portée de main, un sachet rempli de seringues usagées qu'il va vider dans un conteneur que nous avons apporté, prévu à cet effet. Il énumère à voix haute les aiguilles qu'il jette dans le réceptacle. Une trentaine. De son côté, le travailleur de rue compte les seringues propres et lui en remet 15 sachets contenant chacun deux seringues. L'homme assis réclame alors deux sachets supplémentaires, il se met à pleurer, explique qu'il en a besoin. L'intervenant lui remet un sachet supplémentaire, lui réexpliquant la règle.

Puis la discussion s'amorce, les intervenants lui demandent notamment comment va sa santé depuis la dernière visite. Il leur montre alors un abcès sur sa jambe. Le danger, avec ce type d'infection due à des injections réalisées dans de mauvaises conditions d'hygiène, est que la personne perde le membre atteint. Le problème est sérieux, les intervenants mettent en garde l'homme qui relativise la situation, ils lui donnent une carte pour qu'il se rende dans un centre de soin. L'homme prend la carte et hoche la tête.

Nous continuons ensuite la maraude. Une femme s'approche, récupère quelques seringues, et parle de son envie d'arrêter, elle

pour vous demander : "Qu'est-ce qui est arrivé ?". C'est une commission spécifique pour ce type de cas, vous n'allez pas à la cour, mais vous allez à cette commission. Après cette commission, vous pouvez aller vers un traitement, …ou… ça dépend. »

> souhaite entamer un traitement de substitution, elle pense à la méthadone. L'intervenant lui propose de venir la chercher le lendemain et d'aller avec elle à un premier rendez-vous pour commencer la prise en charge. Elle semble enthousiaste et très motivée. La voyant s'éloigner, l'intervenant nous dit alors : « *On verra bien si elle est là demain…* ».

Cette première expérience de type ethnographique, nous a permis d'observer dans ces quartiers de Lisbonne les drogués des rues semblables à ceux rencontrés par P. Bourgois lors d'une nuit d'enquête dans une *shooting gallery* d'un quartier de New York :

> « Les drogués des rues qui s'injectent de l'héroïne ou de la cocaïne [et qui] sont au niveau le plus bas des hiérarchies complexes qui structurent l'économie souterraine. [22]»

2. *Observations et induction : comprendre les institutions en passant par la rue*

Les entretiens collectés s'inscrivent dans différents contextes : le contexte institutionnel mais également le monde local de la drogue, qui imprègnent l'expérience des personnes rencontrées.

a) Contextes institutionnels

Le contexte institutionnel est analysé au prisme d'une analyse de la littérature sur les politiques publiques, d'entretiens avec les professionnels et d'observations menées au sein des espaces d'accueil des différentes structures et des différents lieux de socialisation (espaces de restauration, salles de réunions, alentours des structures et espaces fumeurs). Ces observations ont été effectuées durant nos temps de présence au sein des structures. Il ne s'agissait pas de se poster dans un coin pour regarder faire, ce qui aurait pu mettre mal à l'aise les personnes présentes, mais d'interargir avec ces dernières pour rentrer en contact

[22] Philippe BOURGOIS, « Une nuit dans une « shooting gallery »: Enquête sur le commerce de la drogue à East Harlem », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1992, vol. 94, n° 1, pp. 59-78.

et se présenter mutuellement ou plus souvent pour prendre part aux discussions. Le partage d'un café, d'une cigarette, ou d'un repas a favorisé ces rencontres, tant ces pratiques communes (café/cigarette) permettent une interaction où les rôles peuvent se redessiner. Ces temps de pause et de relâche dans la quotidienneté offrent ainsi de courts instants de complicité. Pour vivre pleinement ces moments et ne pas risquer de perdre la spontanéité de la rencontre, nous n'avons pas tenu notre journal de bord sur place, mais nous avons choisi de noter nos impressions par la suite, hors du terrain. Parfois le soir même, quand un événement marquant avait eu lieu, ou plus tard sous forme d'annotations, nous avons collecté nos impressions. Prises en instantanées, ces notes témoignent de nos propres doutes et de colères parfois, encore brutes, elles nécessitaient une prise de distance sociologique. Subjectives, partielles et partiales, les notes du carnet de terrain témoignent d'une implication, dont la mise à plat par le travail analytique et la distanciation permettent d'aboutir aux descriptions finales, telles qu'elles sont présentées ici. Ces réflexions sur le terrain ont, le plus souvent, été élaborées ensuite au cours d'échanges oraux. Raconter l'expérience de terrain aux professionnels, sur le terrain ou lors de rencontres, en dehors du cadre de la structure, aux proches, mais également aux collègues doctorants, à des chercheurs et à toute personne prête à écouter notre témoignage sur le vif, nous a permis de développer notre regard sur les données en cours de collecte. Les questions posées par les personnes, mettant l'accent sur un aspect que nous n'avions pas nous même soulevé, nous ont permis de retourner sur le terrain avec de nouveaux points de focales. Les certitudes liées aux observations ont été déconstruites par le passage à l'écriture, mais également, grâce aux interprétations divergentes faites par les personnes sur les récits que nous pouvions faire de notre expérience de terrain. L'analyse a été menée au fur et à mesure de la collecte de données afin d'imbriquer données et théories, dans un objectif de « montée en généralité » propre à la démarche sociologique mais également une volonté de prendre au sérieux les analyses produites par les acteurs eux-mêmes.

b) Mondes de la drogue

Les mondes de la drogue font l'objet d'observations parallèles qui n'ont pas pu être menées de la même manière sur les différents terrains. Quand nous parlons ici « des mondes de la drogue » nous faisons référence aux pratiques d'usages de psychotropes, mais aussi au marché, d'après l'analyse de Preble et Casey en 1969, les mondes de la drogue constituent un véritable mode de vie[23]. Les traitements de substitution, depuis leur introduction, ont transformé ces mondes de manière considérable, changeant le rapport au manque des usagers et leur relation avec les dealeurs et les médecins. Pour mieux comprendre ces usages, nous avons effectué quelques recherches ethnographiques au sein de ce que Louis Fernandes nomme les « territoires psychotropiques » : il les définit comme des espaces interstitiels et endroits de sociabilité qui attirent les usagers de drogues du fait de la forte visibilité des trafics et de la consommation. Dans ces territoires, la communication passe par un langage singulier, que Fernandes nomme le « langage de la drogue »

> « [Ce langage de la drogue] aide à configurer le territoire comme un interstice d'espace : l'interstice non seulement physique (espace marginal, éloigné de la ville dominante, endroit abrité ou caché parmi d'autres bien délimités, zones de coulisses – comme disait Goffman) mais aussi sémantique. C'est cette frontière qui crée la distance d'avec le monde de la drogue, même s'il s'agit de quelques mètres.[24] »

De plus, ces territoires sont mouvants, du fait de la répression policière, contraignant les personnes à toujours devoir se cacher pour continuer leur trafic, ces déplacements témoignent d'un jeu permanent avec les règles. Les mondes de la drogue, dont les frontières sont poreuses, se trouvent ainsi imbriqués à la vie des quartiers. Enfin, Fernandes explique :

> « [Le territoire psychotropique] est le dernier maillon de la chaîne de distribution des drogues, celui qui lui donne une réelle visibilité; c'est l'ensemble des territoires psychotropiques qui matérialise cette entité abstraite du monde de

[23] Edward PREBLE et John J. CASEY, « Taking care of business-the heroin user's life on the street », *International Journal of the Addictions*, 1969, n° 4, pp. 1-24.

[24] Louis FERNANDES, « Acteurs et territoires psychotropiques : ethnographie des drogues dans une périphérie urbaine », *Déviance et Société*, 1 décembre 2002, Vol. 26, n° 4, p. 435.

la drogue, et qui lui fournit, outre la figure individuelle du toxicomane, les éléments qui composent le stéréotype.[25] »

A Strasbourg et à Lausanne, les lieux de deal se trouvent dans les espaces de transit, tels que la gare, où nous avons mené des observations dès que nous nous y rendions. A Montréal, une expérience ethnographique nous a permis d'approcher la réalité de la consommation de rue telle qu'elle peut avoir lieu dans les ruelles que nous avons arpentées. A Montréal, la consommation est plus souvent en extérieur qu'à Strasbourg et en Suisse, où celle-ci est souterraine, moins visible et donc moins accessible au chercheur par l'observation. Les mondes de la drogue à Strasbourg et à Lausanne apparaissent dans les récits, bien que limités sur les questions de trafics qu'en font les personnes concernées et sont étudiés par le biais d'une recherche bibliographique sur ces sujets.

3. Comparaison des mondes de la drogue à Strasbourg, Lausanne et Montréal

La comparaison de nos trois terrains s'opère autour d'un indicateur commun que sont ces mondes la drogue. Nous avons cherché à identifier la disponibilité des produits et les modalités du trafic. En creux, nous posons la question de la visibilité et donc de l'accessibilité des drogues sur ces différents territoires. Ces éléments nous intéressent pour comprendre les usages de TSO et la manière dont ils s'imbriquent avec les usages de produits illicites ayant cours.

a) Strasbourg et ses quartiers péri-urbains

Les structures visitées s'inscrivent dans un contexte qu'une cartographie (en annexe) permet de mieux situer spatialement. Les lieux d'approvisionnement, de résidence et de soin diffèrent selon les personnes et ont un impact sur leur rapport au soin, ainsi que sur leur rapport aux drogues.

La situation géographique de la ville de Strasbourg « cœur de l'Europe », ville transfrontalière est aussi propice au trafic de drogues. Lors d'un terrain dans le sud de la France, nous avons pu constater la réputation de la ville de Strasbourg en ce qui concerne son marché des drogues, les personnes rencontrées disaient

[25] *Ibid*., p. 436.

faire parfois des aller-retour à Strasbourg pour y acheter de l'héroïne. L'accessibilité d'une héroïne de grande qualité a un impact direct sur la trajectoire d'usages des personnes. Lors d'un entretien avec la directrice de la structure de notre terrain, nous apprenons qu'une héroïne à 70% est disponible à Strasbourg :

> *« On a traditionnellement dans les échantillons qu'on fait analyser y a 7 à 8% d'héroïne. Récemment on vient de faire analyser un échantillon : 70% d'héroïne : pure, dans l'échantillon. Vendue 80 € le gramme. De façon très confidentielle. »*

Cette qualité est disponible en quantité restreinte, elle est donc réservée à une faible proportion de consommateurs, la plupart n'ayant accès qu'à une héroïne très fortement coupée. L'héroïne saisie en France en 1995, provenait pour 58,1% des Pays-Bas[26]. De nombreux usagers témoignent de ces micro-trafics de provenance néerlandaise, notamment Claude, 43 ans, qui évoque ses nombreux voyages entre Strasbourg et Amsterdam :

> *« Donc il y a beaucoup de trafics de came à Amsterdam ?*
>
> *Claude : Oui ! Plus même que de shit parce que le shit, c'est dans les coffee-shops, tandis que quand on vient avec une voiture avec une plaque d'immatriculation française ou... enfin française quoi, et ben tout de suite vous êtes repéré par ... déjà sur l'autoroute, vous êtes repéré. Y en a qui circulent sur l'autoroute qui voient une plaque d'immatriculation française, ils vous dépassent, ils vous mettent un carton : on s'appelle de l'autre côté, à la prochaine station et vous sortez à la prochaine station et à la prochaine station, le mec, il vous ouvre son coffre et il vous sort des kilos, ouais ! »*

Néanmoins, selon l'étude de Tim Boekout Van Solinge, sur le trafic d'héroïne en France et aux Pays-Bas, l'importance des saisies d'héroïne en provenance des Pays-Bas semble plus relever d'une logique politique de contrôle accentuée aux frontières que du véritable statut des Pays-Bas comme plaque tournante du trafic international. L'auteur note le rôle central de l'Allemagne dans le trafic :

> « En fait, l'Allemagne joue (bien) plus que les Pays- Bas un rôle-clé dans le trafic d'héroïne au sein de l'Union européennes. [...] Les filières de l'héroïne empruntent la traditionnelle route des Balkans ou les nouvelles routes est-européennes (la République tchèque par exemple), c'est en Allemagne que

[26] Tim BOEKHOUT VAN SOLINGE, *Heroïne, cocaïne en crack en France. Trafic, usage et politique*, Amsterdam, CEDRO, Centrum voor Drugsonderzoek Universiteit van Amsterdam, 1996, p. 166.

l'héroïne pénètre dans l'Union européenne. Pour cette raison, l'Allemagne est surnommée, dans le cas précis de l'héroïne, la "porte d'entrée" de l'Union européenne. [...]Pour la totalité de l'année 1994, la douane allemande a réalisé 30% des saisies d'héroïne de l'Union européenne.[27] »

La forte présence d'un trafic d'héroïne à Strasbourg s'explique peut-être par cette proximité avec l'Allemagne, en tout cas, il n'y a que peu de marques de la présence de drogues dans le centre ville strasbourgeois, ce trafic est cantonné au quartier de grands ensembles (Neuhof, célèbre pour son record de voitures brûlées du Nouvel An et le quartier Hautepierre)[28]. Le groupe de rap N.A.P. faisait référence à la violence dans ces quartiers dans la chanson « Neuhof, pourquoi le quartier brûle-t-il ? », en 1999. Plus récemment, le clip « Eider » de Abdelos, qui a suscité une polémique médiatique, propose une vision particulièrement agressive du quartier du Neuhof. Les protagonistes du clip, exclusivement masculins, munis d'armes à feu, racontent le trafic de drogues, avec comme rengaine « ça bosse ». Dans le clip, on voit les protagonistes évoluer de la cave de la cité, où les produits stupéfiants sont stockés, à la livraison en scooter. Ce clip entretient une image du quartier envahi par les trafics de drogues. Un témoignage de Denis Jasek, qui a travaillé à la brigade des stupéfiants, de 1980 à 2011, à Strasbourg, raconte l'évolution du milieu de la drogue au cours des années 1980, qui verra une explosion de l'offre et de la demande de produits stupéfiants. Il explique notamment la mise en place de trafics plus organisés et une véritable explosion du nombre de « toxicomanes ». Il déplore le changement radical au niveau de son travail et constate avec une certaine nostalgie que le milieu s'est extrémisé et est devenu beaucoup plus violent avec un affaiblissement des règles qui régissaient alors le grand banditisme :

« Les dealers aussi avaient changé de profil ; ce n'était plus, comme dans le passé, des usagers revendeurs qui connaissaient les affres du manque et, par conséquent, se montraient plus compatissants avec leurs clients. Non, c'étaient souvent des individus dénués de morale, dépourvus d'humanité, animés

[27] *Ibid*., p. 168.

[28] Farid RAHMANI, *A travers l'argent des jeunes hommes se racontent: ethnographie d'un quartier populaire de type grand ensemble situé à la périphérie du centre urbain strasbourgeois*, Thèse de doctorat, Université des sciences humaines (Strasbourg). Faculté des sciences sociales, France, 2005.

uniquement par l'appât du gain, qui ne consommaient pas eux-mêmes, excepté un joint de temps en temps. [29]»

L'analyse plus récente, de 2014, du sociologue Marwan Mohammed apporte des éclairages nouveaux sur le trafic de drogues en France qui s'est vu modifié avec la démographie des quartiers de grands ensembles et notamment la montée du chômage :

> « L'organisation pyramidale du trafic de drogue, valable jusqu'au milieu des années 1990, va laisser place à une multitude de revendeurs individuels ou en petits groupes, concurrents, plus visibles et agressifs, qui vont contribuer à durcir la cohabitation avec le voisinage. [30]»

Ces micro-trafics ont largement modifié les rapports entretenus dans les mondes de la drogue. Comme dans de nombreuses villes, la gare, lieu de transit, accueille également un grand nombre de dealers. Aujourd'hui une « bulle de verre » entoure désormais la gare, et un large projet de rénovation a transformé l'ambiance de ce quartier. L'association étudiée dans le cadre de cette thèse se situe à quelques mètres de la gare. Si quelques revendeurs rôdent toujours autour de la gare, le trafic s'est quelque peu déplacé vers le quartier limitrophe « faubourg national », les usagers racontent qu'ils vont y revendre leur Subutex, aux Allemands notamment, mais expliquent que la présence policière y est permanente et qu'elle limite leurs actions.

Nous avons rencontré Bruno, 38 ans, qui a bien voulu nous dire quelques mots sur ses activités passées de revendeur, il nous a expliqué qu'il procédait majoritairement à un trafic d'appartement, c'est-à-dire que la transaction a lieu directement au domicile de l'acheteur plutôt que dans la rue, contrairement, selon ses dires, aux plus jeunes revendeurs, qui dans le quartier du Neuhof, font du business de manière très ostentatoire, violente et souvent haineuse vis-à-vis de leurs clients.

> *« Parce que, au Neuhof, je sais pas si vous connaissez le Neuhof, comment ça se passe. Si vous allez là-bas, vous balader, vous pouvez être sûre qu'il y a 50 personnes qui vont vous accoster, qui vont siffler, qui vont dire : « Ouais, j'ai, j'ai ! » Voilà, ceux-là,*

---

[29] Denis JASEK, *Nik la stup: entre dealers et ripoux, 30 ans de brigade des stups*, Strasbourg, France, La Nuée bleue, DL 2014, 2014, p. 115.

[30] Marwan MOHAMMED, « Prévenir les délinquants ou se taire face aux policiers », *op. cit.*, p. 41.

ils prennent des risques, parce qu'ils sont dans la rue, sachant très bien qu'ils sont surveillés, surtout que maintenant, ils les ont placés en zones de sécurité prioritaire. Ils font un maximum d'argent, mais sur un laps de temps vachement réduit, parce qu'au bout d'un moment, vous pouvez être sûr qu'ils sautent, qu'ils se retrouvent en prison quoi. Alors, c'est ou vendre comme ça, se poser devant un bloc et puis vendre à toutes les personnes qui viennent [...] Alors vous faites un maximum d'argent, au bout d'un moment évidemment vous vous faites avoir, vous vous faites lever. Soit vous vendez en comité restreint, à des personnes que vous connaissez, vous vous dîtes bon…lui, s'il se fait attraper, je pense que, normalement, voilà, il va se taire, il dira rien, et vous essayez, voilà, de faire en sorte de vendre à des personnes, pas trop de monde, comme ça, ça minimise les risques. » (Bruno, 38 ans)

Bruno distingue ici deux logiques qui sont celles relevées par Michel Kokoreff :

> « La première est une logique de gain, c'est-à-dire que le dealer essaie de dégager le plus de bénéfice possible de l'opération, la seconde est une logique de proximité où les relations sociales et l'interconnaissance jouent sur la négociation.[31] »

Les techniques et les espaces de revente semblent différer quelques peu selon les produits. Il apparait que le Subutex, comme traitement d'appoint et peu onéreux serait revendu en grande partie dans les lieux de grand passage, où se retrouvent également les personnes qui pratiquent la mendicité, comme la gare. Tandis que pour l'héroïne, dont le prix et la qualité peuvent fluctuer, une connexion est établie entre le revendeur et l'acheteur de manière plus durable, afin de pouvoir assurer un approvisionnement relativement constant.

b) Lausanne : la Riponne au cœur de la ville

Dans la ville de Lausanne, l'accès aux drogues est relativement visible ; des migrants, sans papiers, d'Afrique Sub-Saharienne, se tiennent aux abords de la gare et accostent les passants. Un regard suffit pour les inciter à venir vers un éventuel client. Un de nos interlocuteurs (Pierre) qui nous présente la structure de notre terrain, lors d'une première entrevue, affirme :

[31] Michel KOKOREFF, « Faire du business dans les quartiers. Eléments sur les transformations socio-historiques de l'économie des stupéfiants en milieux populaires. Le cas du département des Hauts-De-Seine. », *Déviance et société*, 2000, vol. 24, nº 4, p. 405.

« Si vous allez à Lausanne, et je vous dis Marie, vous connaissez peu la ville, vous revenez dans une heure avec de la cocaïne ! Vous y arrivez sans problème ! Je vous dis vous allez à la place de la Riponne[32], vous prenez votre GPS…vous allez à Chaudron, puis vous regardez les dealers africains qui sont là, puis vous les regardez un peu longuement dans les yeux, puis ils viennent vers vous, ils vous vendent de la coke. Ça, c'est la réalité à Lausanne. On les connaît et tout. Mais c'est pas une question de loi, c'est-à-dire qu'ils peuvent pas être renvoyés dans leurs pays, parce qu'on sait pas de quel pays ils sont, parce qu'ils brûlent leur passeport, et puis la loi fait que s'ils ont moins que 0, 2 ou 3 grammes sur eux, benh la police peut rien faire. On les arrête, ils font une nuit en taule et ils ressortent. Donc la cocaïne, elle est partout ! Elle est dans n'importe quelle boîte de nuit, vous la trouvez, si vous la cherchez, vous la trouvez…ça veut dire que l'accessibilité au produit, c'est le changement de paradigme ! C'est que c'est dix fois moins cher, et dix fois plus accessible ! »

La place de la Riponne est omniprésente dans les entretiens, Alex, 26 ans, par exemple, nous raconte son expérience d'usager-revendeur :

« J'ai commencé à aller presque tous les jours à la Riponne. Et j'ai commencé à dealer. Donc, je consommais beaucoup et j'ai commencé à beaucoup dealer, mais beaucoup ! Même vraiment beaucoup, beaucoup ! C'était mon premier revenu. C'était ma source de revenu, c'était le deal. »

La Riponne est clairement identifiée par l'ensemble des personnes rencontrées comme étant le lieu où l'on peut le plus facilement se procurer de l'héroïne ; certains, comme Walter, 32 ans, disent même éviter d'y être vus pour ne pas être associés au lieu et être identifiés comme toxicomanes :

« Parce que moi, j'aimais pas trainer à la Ripone, parce que là-bas y a tous les toxicos, en plus moi, je faisais la manche, je pouvais pas me permettre que les gens ils me voient trainer, parce sinon…je demandais de l'argent, si quelqu'un, il me voit à la Riponne, il se dit : "Non, ce gars il se drogue, moi, je lui donne que dalle." »

Dans ce quartier, ce sont majoritairement des usagers-revendeurs qui trafiquent. Un espace de la place serait réservé à la vente d'héroïne, un autre à la vente de médicaments (de « cachetons »), ces produits étant facilement accessibles comme en témoigne Yann, 33 ans :

[32] http://www.rts.ch/video/info/couleurs-locales/3661310-vd-la-place-de-la-riponne-a-lausanne-autrefois-lieu-de-rassemblement-convivial-est-aujourd-hui-le-lieu-de-rendez-vous-des-dealers-toxicomanes-et-autres-marginaux.html

« C : Comment tu faisais pour trouver ça ?

Yann : Disons qu'à Lausanne, je sais pas si tu connais Lausanne, la Riponne ? Voilà quoi.

C : C'est facile de trouver là ?

Yann : C'est facile ouais. De la méthadone, des Dormicums, l'héroïne, c'est facile à trouver là-bas. »

Il est possible de voir, sur cette place, des actes de transactions ainsi que de consommation par injection. Géraldine Morel, dans une étude ethnographique sur la Riponne, constate une transformation des liens sociaux entre les différents acteurs et une augmentation de la délinquance ainsi qu'une baisse de la qualité des produits, coupés avec des substances toxiques :

> « Selon les informations fournies par Jean-Yves Lavanchy, chef de la brigade des stupéfiants, le marché de l'héroïne (centré autour de la Riponne) a été bouleversé par l'arrivée massive de jeunes hommes fuyant les heurts du Printemps arabe. Cette nouvelle population a repris les rênes du commerce de l'héroïne dans la rue et cette transition ne s'est pas effectuée sans frictions.[33] »

Les riverains et les commerçants se plaignent du changement de population sur la place et de l'augmentation de la criminalité. Leurs revendications sont portées par les médias notamment lors d'un reportage diffusé, en 2011, sur la chaîne RTS de la télévision suisse[34]. L'augmentation de la répression dans ce quartier a entrainé un recul des usagers injecteurs dans les interstices urbains, au risque d'une précarisation de leur condition et d'une augmentation des risques liés à l'injection.

Sabine, 23 ans, nous raconte son expérience de rue et notamment de la Riponne, elle confirme également un changement de la population fréquentant cette place :

« Ca a beaucoup changé la Ripone, moi, je connais les anciens, là y a trop de nouveaux, y a des petits jeunes, moi, je connais les anciens, des anciens. »

---

[33] Géraldine MOREL, « Marginalité urbaine, espace public et usage de drogues : Lausanne, automne 2012 », *Dépendances*, décembre 2012, n° 48, pp. 6-8.

[34] *VD: la place de la Riponne à Lausanne, autrefois lieu de rassemblement convivial, est aujourd'hui le lieu de rendez-vous des dealers, toxicomanes et autres marginaux*, http://www.rts.ch/play/tv/couleurs-locales/video/vd-la-place-de-la-riponne-a-lausanne-autrefois-lieu-de-rassemblement-convivial-est-aujourdhui-le-lieu-de-rendez-vous-des-dealers-toxicomanes-et-autres-marginaux?id=3661310, consulté le 9 janvier 2016.

Différents types de trafic sont abordés durant les entretiens, la revente de produits apparaissant comme la principale source de revenus accessible aux personnes elles-mêmes usagères. Nous rencontrons Bertrand qui nous raconte son expérience de revendeur, sans être inscrit dans un réseau organisé, il réalise des va-et-vient entre la Suisse et les Pays-Bas, mais également en Colombie, comme il le raconte :

> *« C : Vous aviez des contacts en Colombie pour acheter la drogue ?*
>
> *Bertrand : Ouais. Je suis allé avec quelqu'un qui est né là-bas, qui a fait l'apprentissage avec moi, et puis on allait là-bas, voyant le prix et tout, on a fait la parallèle avec ici, 2CHF le gramme là-bas, et puis encore à la quantité qu'on voulait c'était encore moins cher, alors on s'est dit on a essayé, et puis… J'ai aussi fait quelques voyages à Amsterdam, qui se sont bien passés par la suite. »*

Il préférera ne pas nous en dire plus sur ces transactions mais évoquera un séjour en prison en Colombie :

> *« En fait, on était parti pour un voyage de 8 mois, et…on voulait rapporter du produit, et je sais pas qui c'est qui nous à…on voulait passer par Carthagène et puis revenir en bateau. Et puis je sais pas qui c'est qui nous a balancés, je sais pas qui, et puis voilà j'ai pris 3 ans. »*

Nos entretiens portant sur le soin, sur les traitements et non sur les questions très spécifiques du trafic, ces récits de transferts transnationaux de drogues, bien que fréquents lorsqu'il s'agit des Pays-Bas par exemple, sont ceux d'usagers revendeurs et ne donnent pas à voir une organisation pyramidale, hiérarchisée et fortement structurée mais bien plutôt des initiatives souvent locales, à petite échelle et individuelles.

La question de la place prise par les activités liées à la drogue sont virulentes à Lausanne tant la Suisse est marquée par les scènes ouvertes des années 1980 dans de nombreuses villes du pays, comme nous le signale Pierre, notre interlocuteur au sein de l'association :

> *« Il y avait ce qu'on appelait letten, Platzspitz de Zurich, c'est-à-dire, c'était une scène ouverte, à Zurich, il faut voir les images, c'est impressionnant, c'est une énorme scène ouverte, avec tous les trafiquants, et puis les gens venaient acheter, vendre, se piquaient dans la rue. Et puis ça, ça a créé un traumatisme. Et puis on disait : si on attend que ces personnes fassent une demande en résidentiel, benh…ils la feront pas !*

Donc la RDR c'était de dire, au fond, on a un problème d'hépatite C qui monte, problème de SIDA qui monte, les scènes ouvertes, comment on va répondre à ça pragmatiquement, et puis la réponse pragmatique c'était du bas seuil, ce qu'on appelait le bas seuil, à l'époque. »

Sur ces lieux de consommation, commencent à s'organiser des échanges de seringues. Il s'agissait à l'époque d'une volonté des autorités de dépénaliser les usages de drogues à certains endroits afin d'essayer de contenir et d'enrayer la propagation des drogues au sein de la ville. En 1982, et pour la première fois en Europe, un local d'injection ouvre ses portes à Zurich. Encore illégal, ce projet est avant tout une démarche contestataire menée par le centre autonome des jeunes (AJZ) pour la défense du mode de vie des usagers de drogues. Le local est fermé la même année et les personnes qui le fréquentaient retournent alors au Platzspitz[35], aussi surnommé « *Needle park* ». Aujourd'hui, la Suisse comprend douze lieux[36] où l'injection est autorisée. Afin de réduire le syndrome NIMBY « *Not In My Backyard Syndrome* [37] », des campagnes d'information et de sensibilisation s'effectuent dans le but de rassurer le voisinage. La salle d'injection supervisée, Quai 9, à Genève, est largement médiatisée et possède un site internet[38] prolifique en informations afin de répondre aux questionnements des habitants et de toute personne curieuse de telles initiatives. Dans cette même optique, un journal tiré à 5000 exemplaires est distribué aux alentours de la salle[39]. Le bâtiment lui-même est très visible, un grand préfabriqué vert aux abords de la gare. Visible donc reconnaissable et accessible pour les usagers mais aussi visible dans le sens d'une plus grande transparence pour le reste de la communauté, informée de ce qui s'y passe. De plus, des démarches telles que la collecte, par les usagers eux-mêmes, de seringues usagées autour des sites sont mises en place. Impliquer les personnes concernées par ces services permet de les responsabiliser mais aussi de pérenniser les structures en minimisant l'impact sur l'environnement et en

[35] Fermée en 1992 après une intervention policière, la scène ouverte de Platzsptitz se déplace et se reconstitue très vite dans une gare désaffectée du Letten.

[36] « In 2003, 12 consumption rooms were in operation in seven Swiss cities: Basle (2), Berne (1), Biel (1), Geneva (1), Schaffhausen (1), Solothurn (1) and Zurich (5) […]. Since the end of 2001, several facilities for drug injectors have been expanded to include areas for drug inhalation. » Dagmar HEDRICH, *European report on drug consumption rooms*, Lisbonne, EMCDDA Lisbon, 2004, p. 16.

[37] Pas dans mon jardin

[38] *Première ligne | Association de réduction des risques liés à la consommation de drogues à Genève*, http://www.premiereligne.ch/, consulté le 14 août 2014.

[39] Egalement disponible sur le site internet : *Ibid*.

donnant d'eux-mêmes une meilleure image, celle d'acteurs conscientisés. Il est particulièrement intéressant de noter, dans le cadre de notre recherche, que la salle Quai 9, d'après le rapport d'évaluation, remis un an après l'ouverture de la salle, accueille une majorité d'usagers en traitement de substitution[40] :

> « Près des trois quarts de la clientèle de Quai 9 suivent un traitement (67% un traitement de substitution à la méthadone, 2% de l'héroïne par voie intraveineuse et 2% du Subutex®).[41] »

Pour autant, à Lausanne, la proposition d'ouverture d'une salle de consommation à moindre risque a été refusée lors d'une votation. Ainsi, au lieu d'un tel dispositif, aux alentours de la Ripone, se trouve un centre bien connu des usagers de drogues par injection, au sein duquel ceux-ci viennent chercher leurs matériels d'injection stérile et leurs médications. Au sein du centre, des intervenants sont également présents pour assurer un suivi des personnes et le cas échéant les orienter vers d'autres structures de prise en charge. Sur les conseils des premiers usagers de TSO interrogés, nous avons demandé à observer l'activité du centre. Nous avons donc pu mener une courte observation du moment où les portes s'ouvrent pour la délivrance du traitement: il est midi quand la première personne entre, elle se dirige directement dans la cabine en plexiglas donnant sur la pharmacie, avec en sa possession une ordonnance qu'elle tend à la pharmacienne. Celle-ci possède une copie de l'ordonnance de manière à en vérifier l'exactitude. Derrière la vitre, à côté de la pharmacienne, un grand flacon de méthadone est visible qui servira à verser le nombre exact de gouttes de traitement dans un petit gobelet dans lequel sera rajouté du sirop. Ce gobelet est directement bu dans la cabine et ne sortira pas du centre. Les benzodiazépines et autres médicaments, selon la prescription, sont remis dans un petit sac pour être emportés. De la même manière, se succèderont quelques usagers durant les trois premiers quart d'heure de l'heure d'ouverture. A une heure moins le quart, les choses s'accélèrent, les personnes venues chercher leur traitement sont

[40] Dans certains pays, où des SCMR sont ouvertes, les personnes en traitements de substitution ne sont pas autorisées à fréquenter la salle, comme nous avons pu le constater lors d'une visite de deux SCMR à Francfort. Cette différence de règlement témoigne bien de la pluralité de sens accordé à la réduction des risques et à la substitution selon les politiques publiques.

[41] Fabienne BENNINGHOFF, Sandra SOLAI, Thérèse HUISSOUD et Françoise DUBOIS-ARBER, « Evaluation de Quai 9 « Espace d'accueil et d'injection » à Genève, Période 12-2001 -12-2002 », *Lausanne*, *Institut universitaire de médecine sociale et préventive*, 2003.

nombreuses à arriver en même temps et s'impatientent, jouent des coudes en attendant leur tour. Finalement à une heure et quart, soit un quart d'heure après l'heure prévue de fermeture, les dernières s'en vont. Nous rencontrons alors les pharmaciennes qui nous expliquent en quoi consiste leur rôle, limité strictement à la délivrance, pour permettre à une plus grande partie de la population usagère de drogues d'avoir accès aux traitements. Ce type de délivrance des TSO s'inscrit dans une logique stricte de réduction des risques. Notre recherche, dans une perspective comparative, s'est finalement focalisée sur des centres de soin, mais le parcours des personnes rencontrées nous a amenée à visiter différents types de structures pour mieux mesurer l'étendue du réseau et la diversité des dispositifs disponibles sur un même territoire. Ces courtes observations qui nous mènent de la rue aux différentes institutions nous ont permis de nous faire une idée succincte des différents lieux évoqués par les personnes durant les entretiens, pour mieux comprendre ce dont elles nous parlaient et mieux en appréhender les enjeux.

c) Montréal : les quartiers et leurs ruelles

A Montréal, de nombreux « organismes communautaires[42] » proposent une aide aux usagers de drogues, en dehors des centres de soins. Leur approche se caractérise par un travail de rue favorisant une plus grande accessibilité pour le public accueilli. L'objectif principal de ces associations est *l'outreach*, c'est à dire « l'aller vers ». Ainsi, des travailleurs de rue, « travailleurs de proximité », arpentent les différents quartiers de la ville afin de fournir du matériel d'injection stérile aux usagers, qui ne se déplacent pas dans les structures. Les intervenants procèdent aussi au ramassage de seringues usagées.

Bien que notre étude porte spécifiquement sur les personnes accueillies au sein de structures, afin de décentrer notre regard, nous avons, lors d'une journée, le 20 mai 2015, accompagné une travailleuse de rue, Pauline, qui travaille au sein d'un de ces organismes communautaires. Afin de comprendre la prise de traitement de substitution, il nous a semblé nécessaire de nous intéresser aux usages de rue, tant ceux-ci sont importants à Montréal. L'existence de scènes ouvertes, comme nous le verrons avec le cas suisse, conditionne bien souvent l'ouverture de structures spécialisées. La prise en charge institutionnelle

[42] Expression québécoise pour association

lorsqu'elle est une réponse à un problème visible sur la sphère publique prend un sens particulier, qui n'est pas uniquement centré autour d'enjeux de santé publique, mais également autour d'une volonté de « régulation de l'ordre social ».

Les intervenants « travailleurs de rue » détiennent une carte, sur laquelle figurent leurs numéros et leurs horaires pour pouvoir répondre aux besoins des personnes : que ce soit en terme de logement, de santé ou encore de besoin de matériels[43]. L'équipe de l'association est constituée de travailleurs de rue et de « messagers », ces derniers sont des usagers de drogues par injection (UDI) dont la mission est de distribuer et de ramasser du matériel (injection/inhalation et préservatifs). En tant que pair-aidant, leur approche du terrain est facilitée par une connaissance personnelle du milieu. Au Québec, l'expression « pré-employabilité » peut qualifier ce type de travail, mais elle est relativement peu utilisée par les travailleurs sociaux, qui lui reprochent une connotation péjorative et discriminante. Ces postes de « messagers » pour lesquels il s'agit de mettre à profit des compétences, basées sur l'expérience : connaissance des lieux, des personnes et des drogues utilisées, sont perçus comme une forme de valorisation d'un parcours.

Pour les travailleurs de rue, il s'agit d'aller à la rencontre des personnes, d'établir un lien de confiance et éventuellement, quand la personne est en demande de lui procurer du matériel à injection stérile, ou le cas échéant des pipes à crack, ainsi que des préservatifs. Lors de cette journée, nous avons suivi l'intervenante dans un des quartiers de Montréal où les lieux de consommations sont relativement cachés. Toutefois, guidée par Pauline, nous avons rapidement pris conscience de la présence considérable de zones où la consommation a néanmoins lieu : des ruelles, des recoins et autres interstices urbains, à l'abri du regard des passants. Si la mission des travailleurs de rue est avant tout d'entrer en contact avec les personnes, nous n'avons pu l'accompagner lors de cette activité, qui reste la principale, afin de ne pas mettre en péril la relation de confiance qu'elle a réussi à tisser auparavant. Cette relation de confiance reste fragile et mouvante, la présence d'une tierce personne, si elle n'est pas préalablement définie, discutée en équipe, et envisagée sur du long terme, peut être source de déstabilisation. Nous n'avons pas souhaité prendre ce risque. Pauline nous a éclairée sur de

[43] cf. annexe photo1

nombreux points de son travail notamment la forte présence de personnes autochtones[44] itinérantes[45] avec qui les travailleurs de rue sont en lien. Lors de nos observations, nous avons pu observer différents types de mendicité : certains utilisent des panneaux sur lesquels sont inscrits des messages humoristiques, voire provocateurs ; d'autres pratiquent le *squeegee*[46], c'est-à-dire le lavage de pare-brise aux feux rouges en échange de quelques pièces. Ces personnes peuvent être rencontrées dans la rue par les travailleurs qui pourront par la suite rester en contact si la personne est en demande. Les travaux de Michel Parazelli montrent qu'un fort sentiment d'appartenance se noue entre les « jeunes de la rue [47]», qui entretiennent une certaine défiance vis à vis des institutions. Les liens que les travailleurs de rue tentent de tisser avec eux sont donc des liens privilégiés, qu'il s'agit de préserver.

Notre observation du terrain ne s'est donc pas faite par la rencontre avec les personnes, mais plutôt dans une approche que nous pourrions presque qualifier d'archéologique, à travers les objets, les signes de passages des personnes usagères de drogues par injection, dans les différents espaces où nous avons pu être guidée.

Un des objectifs des intervenants est comme nous l'avons dit de faire du ramassage de seringues. La seringue est un objet entouré d'un ensemble de

---

[44] Carole LEVESQUE, *Itinérance chez les personnes autochtones : Mieux comprendre pour mieux agir ! | Urbanisation Culture Société*, http://www.ucs.inrs.ca/evenements/itinerance-chez-les-personnes-autochtones-mieux-comprendre-pour-mieux-agir, consulté le 15 juin 2015. De nombreuses études montrent la surréprésentation des autochtones au sein de la population itinérante, aux EU, au Canada, en Australie et en Nouvelle Zélande. L'héritage des pensionnats autochtones est aujourd'hui très critiqué pour avoir laissé de nombreuses séquelles à ces populations du fait des traumatismes subis. Ces lieux, au sein desquels les enfants étaient séparés de leurs parents, ont été décrits comme un « génocide culturel ». Ils s'inscrivaient, de la même manière que la mise en réserve, dans les « politiques d'assimilation orchestrées dès le XVIIe siècle, et plus particulièrement depuis le XIXe siècle, par les autorités coloniales ». En 2008, le premier ministre Stephen Harper présente des excuses complètes au nom des Canadiens relativement aux pensionnats indiens : Boîte à outils de l'expérience WEB, *Le Premier ministre Harper présente des excuses complètes au nom des Canadiens relativement aux pensionnats indiens*, http://www.pm.gc.ca/fra/nouvelles/2008/06/11/premier-ministre-harper-presente-des-excuses-completes-au-nom-des-canadiens, consulté le 15 juin 2015.

[45] Nous reviendrons sur l'usage du terme « itinérance » que nous utiliserons dans notre analyse du terrain québécois, celui-ci renvoie à la notion française de sans-abrisme.

[46] Véronique DENIS, « Pour comprendre la pratique du « squeegee » à Montréal », *Criminologie*, 2003, vol. 36, nº 2, p. 89. Cette pratique du squeegee est plurielle, elle peut être une pratique temporaire, transitoire pour faire face à un accident de la vie, elle peut être occasionnelle ou encore être l'activité principale de certains jeunes. Depuis 1996, elle est illégale et les personnes sont l'objet d'une forte désapprobation sociale à leur encontre. Pour V. Denis, reprenant les termes de Parazelli elle est une « pratique de socialisation marginalisée » et confère aux personnes un lien d'appartenance au monde de la rue.

[47] Michel PARAZELLI, « Les pratiques de socialisation marginalisée des jeunes de la rue dans l'espace urbain montréalais », *Cahiers de recherche sociologique*, 1996, nº 27, pp. 47-62.

représentations contradictoires. D'abord associé au milieu médical, l'objet seringue, l'objet qui soigne, prend, dans la rue, une toute autre signification, l'objet qui menace ou qui tue. En effet, aujourd'hui, les campagnes de prévention, sur les risques de contaminations par le virus du Sida et de l'hépatite C ont fait de l'objet seringue un symbole de danger. Eventuellement porteuses de maladie, les seringues ne doivent pas être ramassées à la main et les intervenants utilisent des pinces pour les placer dans des contenants prévus à cet effet. Des poubelles à seringues sont présentes dans les ruelles mais celles-ci ne suffisent pas à résoudre le problème des seringues laissées à l'abandon. Dans une ruelle, nous retrouvons la poubelle obstruée par des déchets (stéricup, préservatifs, et mouchoirs) ce qui nous semble être une des explications du fait que nous retrouvons dans cette même ruelle une forte quantité de seringues à terre[48]. Mais cette explication est néanmoins insuffisante ; en effet, des seringues seront aussi retrouvées à proximité de poubelles non obstruées.

Lors du ramassage, nous rencontrons des riverains, certains ont connaissance de l'action de l'association. Nous abordons une femme, elle-même tient à la main un conteneur que nous récupérons, celui-ci étant plein. Elle s'en est procuré un afin de nettoyer cette ruelle où les enfants sont amenés à jouer. Avec le voisinage, elle participe au projet « ruelles vertes[49] », les ruelles sont décorées de couleurs vives pour signifier une présence, notamment des enfants, dans ces espaces. Elle nous explique, avec beaucoup de mesure, qu'elle est consciente de ne pas être propriétaire du quartier, mais souhaite que le partage de l'espace soit fait de manière plus sereine. Elle explique qu'elle fait du jardinage pour donner plus de vie au quartier, mais raconte aussi qu'elle redoute de mettre ses mains dans la terre où fréquemment elle retrouve des seringues qui y ont été cachées. Elle raconte également avoir récemment ramassé un préservatif. Si dans ce cas, le reproche lié à la présence d'un préservatif usagé est posé en terme d'hygiène, il est évident que la pratique sexuelle associée, dans un espace public, est aussi ce qui pose problème. Elle le répète, raconte son dégout, nous dit ses limites. Nous sommes en mai lorsque nous la rencontrons ; l'hiver, la neige recouvre les déchets et cachent les seringues et les enfants sont moins dehors. Avec la fonte des neiges,

[48] Cf annexe photo2
[49] Cf annexe photo3

les risques potentiels apparaissent, c'est pour cela qu'au début de l'été des associations prévoient des missions de ramassage de seringues plus intensives. Ramasser des seringues et des préservatifs dans l'espace public n'est pas anodin, nous l'avons vu, cela suscite des réactions auprès des habitants de ces quartiers, confrontés à des pratiques qui leur sont étrangères et pour lesquelles ils peuvent ressentir de la gène, de la tristesse, voire de l'aversion ou encore de la peur[50].

Si en France et en Suisse, les usagers d'opiacés recourent au Subutex et à la méthadone dans la rue, avec un objectif d'autosubstitution, au Québec, il semblerait que les opiacés médicamenteux remplissent ce rôle ; ce que nous confirme Didier, militant pour le droit des usagers de drogues, rencontré à Montréal :

> *C : On m'a aussi dit qu'ici il y a très peu de trafic de méthadone et de Suboxone ?*
>
> *Didier : Pour une raison, c'est parce que les gens ils veulent pas nécessairement...les gens ils vont faire des opiacés médicamenteux, t'sais du Dilaudid®, d'l'Oxycontin®, des trucs comme ça, parce qu'ils veulent avoir l'effet, puis c'est ça qui est le gros truc, même aussi des patchs de Fentanyl®. Les gens préfèrent avoir l'effet en fait.*

Selon Didier, les opiacés médicamenteux sont aussi largement disponibles sur le marché du fait d'un trafic opéré par les pharmaciens ou les médecins eux-mêmes. De plus, certains usagers se procurent les opiacés auprès de personnes âgées, parfois en contrepartie de rapports sexuels :

> *Didier : « Ils ont surpris des pharmaciens qui consommaient eux-mêmes, ils pouvaient pas s'auto-prescrire, alors ce qu'ils faisaient en fait, ils se trouvaient quelqu'un à qui prescrire des doses hyper grandes, puis ils faisaient genre 50/50. Première des choses. Deuxième des choses, il y a beaucoup de personnes âgées qui ont des douleurs chroniques, des cancers, des trucs comme ça, qui finissent à moment donné par soit le vendre... Moi j'ai plus travaillé dans le contexte du travail du sexe*

[50] Un autre riverain vient à notre rencontre, plein de doutes, il ne souhaite pas s'investir et participer au ramassage de seringues, mais il est triste de voir la ruelle, en bas de chez lui, dans cet état. Il se pose des questions sur les pratiques et veut comprendre comment s'adresser aux personnes qui investissent ces espaces durant la nuit. Il veut aussi trouver des solutions, il parle des salles de consommation à moindre risque et se propose de signer une pétition pour qu'elle puisse ouvrir. Il raconte l'expérience de son voisin qui a installé des lumières, il explique que depuis les personnes se sont déplacées, et que maintenant elles sont juste en dessous de sa fenêtre. Dans son récit, il y a aussi de la peur, peur des personnes, peur de ce qu'il pourrait voir, lui qui est témoin des traces de ces usages.

pendant 8 ans et demi, où y a des gens qui ont des doses incroyables, qui ont des jeunes qui vont être après eux, sexualité ou non, puis qui veulent pas être seuls, fait qu'il y a comme un deal de dire : « Si tu veux, je vais passer du temps avec toi, mais ton truc de pilules tu m'en donnes », fait que c'est beaucoup avec les personnes âgées, on le voyait énormément, des gens qui ont des douleurs chroniques, qui finissent en fait par fourguer, ou des trucs assez trash, moi, j'ai vu des personnes âgées pleurer parce qu'ils ont mal ! Mais pas capables de mettre leurs limites parce qu'ils ont - ils peuvent avoir - un beau petit jeune de dix-neuf ans, qui va être avec eux, qui va leur tenir compagnie, qui va passer les soirées avec eux, mais qui savent qu'en échange, ils donnent leur médicament. »

Comme nous l'avons mentionné, dans de nombreuses ruelles, préservatifs et seringues usagés sont trouvés à proximité. Cela nous amène à nous interroger sur les corrélations entre sexualité et usages de drogues. Dans l'espace public, les rapports sexuels, qu'ils soient tarifés ou non, sont punis par la loi. Ces pratiques sont aussi fortement condamnées moralement.

Les opiacés prescrits sont aisément accessibles et ne semblent pas être contrôlés pas les groupes criminels (mafias) ayant le monopole des drogues illégales traditionnelles (cocaïne et héroïne). Pour ce qui est des réseaux pyramidaux et autres marchés de la drogue organisés, seule une personne évoquera des contacts avec la mafia et son activité dans un bar servant au blanchiment de l'argent. Au moment où nous le rencontrons, il a déjà coupé tout contact avec ces réseaux criminels. Les trafics s'organisent plutôt sur une logique de la débrouille et parfois de l'entraide. Comme dans le cas du Subutex en France, nous voyons ici comment la revente d'opiacés médicamenteux, détournés de leurs usages légaux, alimente le marché des drogues en en déstabilisant la hiérarchie. Les revendeurs sont majoritairement des personnes cédant une partie de leur prescription ou encore ayant accès au traitement d'un proche. Ils n'ont pas la nécessité de passer par un réseau pour accéder au produit. Pour les acheteurs, l'accès au produit, que l'on peut facilement trouver dans la rue, leur permet d'éviter la relation de domination caractéristique de celle qui s'instaure avec un dealeur, ils peuvent éviter cette relation de pouvoir, parfois assortie de violence. Nous voyons ici comment les personnes développent un ensemble de

« compétences précaires[51] »pour se fournir en produits. Le faible coût de ces opiacés médicamenteux leur permet d'alterner mendicité ou squeegee et consommation. Cependant, comme le notent Roy et Bourgois, cette alternance entre recherche d'argent et consommation conduit les personnes à s'injecter des doses moindres mais de manière plus fréquente[52].

Dans les ruelles, sont retrouvés différents types de seringues, certaines sont les seringues au format standard (1cc), d'autres des seringues à 3cc[53]. L'article de Bourgois et Roy[54] nous permet d'étayer une hypothèse concernant l'usage de ces seringues 3cc, la caractéristique des opioïdes consommés au Québec est de devoir être dilués de manière considérable pour permettre l'injection. L'article précise que les usagers de ces produits, afin d'obtenir un effet doivent s'injecter à plusieurs reprises, entrainant un risque supplémentaire pour leurs veines[55]. Les risques dus à la réutilisation de la même seringue et du partage de matériel sont majorés dans le cadre de ces pratiques. La distribution de seringues 3cc apparaît alors comme une mesure de réduction des risques en faveur des injecteurs de ce type d'opiacés même si cela pose la question du risque d'overdose. Ces observations, appuyées par la littérature, nous permettent, encore une fois, de constater une réalité rapidement changeante dans le marché des drogues, qui amène les usagers à modifier leurs usages. Ainsi, il apparaît nécessaire, comme le défendent Didier et les membres des groupes d'autosupport, que les différentes interventions à l'égard des usagers de drogues soient établies à partir de leurs propres expertises, afin de s'adapter à ces évolutions.

Ces objets, laissés par des hommes et des femmes racontent une histoire que l'intervenant [et le chercheur] cherchent à reconstituer. Dans une étude sur les seringues, la chercheure Nicole Vitellone introduit une sociologie de la seringue

---

[51] Florence BOUILLON, *Les mondes du squat: anthropologie d'un habitat précaire*, Paris, France, Presses universitaires de France, 2009.

[52] Élise ROY, Nelson ARRUDA et Phillipe BOURGOIS, « The Growing Popularity of Prescription Opioid Injection in Downtown Montréal: New Challenges for Harm Reduction », *Substance Use & Misuse*, 7 juin 2011, vol. 46, nº 9, p. 1145.

[53] cf annexe photo 4

[54] Élise ROY, Nelson ARRUDA et Phillipe BOURGOIS, « The Growing Popularity of Prescription Opioid Injection in Downtown Montréal », *op. cit.*

[55] « The physical composition of POs complicates their preparation and injection. In fact, dissolving them into solution is difficult and can require a great deal of water. Some users even add water several times to extract as much opioid substance as possible. This obliges them to inject themselves repeatedly during the preparation process, simply because the cup and, most notably, the syringe are unable to hold all the water required (especially for capsules or multiple tablets). » *Ibid*.

pour appréhender la manière dont à travers l'objet seringue, comme « extension of the person », les utilisateurs de seringues produisent des « narrations de soi » qui s'inscrivent dans une « culture du risque », où la seringue prend un sens particulier dans le contexte du Sida. Les manières de gérer individuellement les risques dans la prise par injection sont analysées par Vitellone et permettent d'appréhender la manière dont la gestion des risques s'inscrit dans les interactions sociales, donnant à voir le jeu des rapports de pouvoir, notamment au regard de la sexualité et du genre :

> « An ability to claim an intelligible self-identity through the repetition of safer injecting practices may not be available to all, especially women, who are often deemed to be sharers of syringes.[56] »

L'usage nécessite lui aussi un apprentissage et les seringues comme outil font l'objet d'une appropriation par les personnes. Au détour des ruelles, nous retrouvons ces seringues mises en scènes, propices à la narration d'une histoire, celle transmise par l'usager et celle que l'intervenant sera en mesure de reconstituer. Souvent aléatoirement jetées par terre, elles sont parfois retrouvées dans une certaine composition : deux seringues formant une croix, comme un totem[57] : symbole d'une ritualisation de la pratique, malgré les conditions dans lesquelles celle-ci a lieu et qui contraint pourtant à un surcroit de surveillance, d'anxiété et de rapidité pour ne pas être surpris lors de la prise. La personne a choisi d'assembler ces outils d'injection, leur a donné une forme, leur conférant ainsi une valeur esthétique ou symbolique. Au lieu de les jeter, la personne a décidé de laisser une marque de son passage, provocation ou volonté de laisser une empreinte tangible ; le symbole de la croix, formée par ces deux seringues, est aussi une barrière, marquant un territoire, dans une ruelle où nous retrouverons une dizaine d'autres seringues. Certaines seringues sont retrouvées sans l'aiguille, d'autres avec l'aiguille tordue, comme une tentative avortée d'enlever le risque entourant cet outil, enfin d'autres sont retrouvées intactes[58], parfois avec du sang comme ultime témoignage de la présence d'un corps percé, un corps possiblement

[56] La capacité de clamer une identité propre intelligible à travers la répétition de pratiques d'injection plus prudentes peut ne pas être accessible à tous, notamment aux femmes, qui sont souvent considérées comme plus susceptibles de partager les seringues. Nicole VITELLONE, « The syringe as a prosthetic », *Body & Society*, 2003, vol. 9, n° 3, p. 45.

[57] Cf annexe photo5

[58] Cf annexe photo6

contaminé, le corps d'une personne qui n'a pas de logement dans lequel consommer et qui prend le risque de le faire dans la rue, une personne qui peut-être se prostitue pour se payer sa dose, une personne qui doit craindre de se faire prendre par la suite, ou encore de se faire passer à tabac si elle est retrouvée là, somnolente sous l'effet du produit, et donc vulnérable.

De nombreuses stéricup[59] sont retrouvées dans les ruelles, si celles-ci font l'objet de moins de préoccupations, le partage du « petit matériel » comme l'appellent les intervenants est aussi à risque. Les personnes témoignent de nombreux partages et racontent effectuer des wash, soit la récupération du produit après un premier filtrage, comme nous l'explique Opale :

> *Opale : « Des wash. Des restants, pour faire simple ! C'est des restants, quand tu fais de l'Hydromorph Oxcontin, les billes, ça, ça fait une espèce de pâte à la fin, puis tu tires l'eau et il en reste comme toujours dans la pâte, tu remets de l'eau, tu retires, ça, c'est un wash. C'est comme aller laver le restant. »*

Les opiacés médicamenteux laisseraient plus de résidus que les drogues classiques (cocaïne/héroïne) et les usagers seraient plus amenés à faire des « wash » avec ces produits, partageant alors leurs stéricups, que les personnes conservent en les repliant pour conserver les résidus, et leurs cotons (filtres). En plus des risques de contamination par le virus de l'hépatite C liés au partage du petit matériel, le partage de coton peut entrainer ce que les usagers nomment le « *cotton fever* » ou encore « poussières » dont les symptômes, sans doute liés aux conditions d'hygiène lors desquelles s'est faite l'injection, seraient l'apparition d'une fièvre et de fortes nausées.

Pratiquer des « wash » ou encore s'injecter des opiacés médicamenteux, mais aussi des traitements de substitution, requiert de nombreuses compétences. La dissolution des médicaments nécessite un protocole assez précis et complexe que les usagers apprennent entre eux, en face à face et de plus en plus par le biais de forums internet[60]. Toutefois, ces compétences si elles visent à favoriser les

[59] Stéricup : petit récipient dans lequel la drogue est préparée avant injection. La poudre y est mélangée à de l'eau.

[60] Exemple de ce forum dans lequel s'échangent des conseils autour du « rewash » *Injecter - Precisions sur le rewash de sophidone*, https://www.psychoactif.org/forum/t10139-p1-Precisions-sur-rewash-sophidone.html.

effets des produits, elles ne sont pas toujours les moins à risque, comme nous le voyons avec le wash[61].

La prise en compte des problématiques liées à l'injection est très importante au Québec, de nombreux organismes sont spécialisés dans la réduction des méfaits liés à cette pratique. Un autre centre, emblématique de la réduction des méfaits à Montréal, est l'organisme communautaire Cactus. Créé depuis 1989, cet organisme est le premier programme d'échange de seringues en Amérique du Nord. D'après leur rapport annuel 2008-2009, 276 934 seringues ont été distribuées cette année-là. Nous n'avons pu réaliser une observation du site fixe que durant quelques heures pendant lesquelles nous avons effectivement pu voir de nombreuses personnes se succéder pour récupérer du matériel d'injection stérile en échange de leur matériel utilisé. Cactus se situe dans le centre-ville de Montréal, et le parc Berri (place Emilie-Gamelin), lieu connu comme étant une scène ouverte où les revendeurs sont facilement repérables. Bien qu'un processus de gentrification y ait lieu, de manière accentuée depuis la rénovation de la place des Arts, ce quartier reste un lieu où les consommations sont visibles.

Ce travail archéo-ethnographique mené dans les rues de Montréal nous a permis de mieux appréhender la réalité des pratiques des personnes que nous sommes amenées à rencontrer au sein des centres de soin. En apercevant l'envers du décor, les « coulisses » où se jouent les interactions qui échappent au regard du personnel soignant, nous avons pu mesurer le décalage qui peut être vécu par une personne entrant dans un centre. Dans ces coulisses, une autre pièce se joue, celle de la consommation, de la sexualité, de la mendicité et des relations entre des hommes et des femmes qui mettent en place de nombreuses stratégies pour survivre dans la rue et dans le monde de la drogue[62].

---

[61] En France, une campagne de sensibilisation menée par l'association Safe a pour objectif d'introduire des filtres, dits filtres toupies, afin d'éviter les rewash et à mieux filtrer les médicaments, dont une partie des ingrédients ne sont pas solubles et causent de nombreux méfaits sur les veines. *Filtres toupies à usage unique*, http://www.safe.asso.fr/EspaceUsagers/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=26.

[62] Dans ses travaux, Parazelli montre le lien entre espace et identité pour les jeunes de la rue cf. Michel PARAZELLI, « Les pratiques de socialisation marginalisée des jeunes de la rue dans l'espace urbain montréalais », *op. cit.* : « Les manifestations d'appartenance des jeunes à l'espace social de la rue nous renverraient à l'existence de pratiques favorisant la construction identitaire mais dont les manifestations socioculturelles seraient marginalisées. » (p.52).

L'observation in situ nous a permis de planter le décor de la scène de la drogue de rue montréalaise, les entretiens ont quant à eux complété ce regard partiel grâce aux récits d'expériences des personnes. Par exemple, Vincent, responsable dans la structure choisie pour notre terrain, nous raconte les piqueries, le mot québécois pour *shooting galleries* : squat de consommation. Pour éviter de consommer dans la rue, certaines personnes fréquentent ces lieux, bien souvent insalubres et connus pour leur dangerosité. Vincent, qui a fréquenté ces lieux durant quelques années, nous raconte[63] :

> *« C : Tu me raconterais comment c'est une piquerie ?*
>
> *Vincent : Benh souvent ici, c'est…un édifice qui est repris par des criminels, et puis dedans c'est toutes des personnes qui vendent pour ces gens là, puis y a souvent un ou deux apparts abandonnés qui est laissé, la plupart du temps au sous sol, où les gens de l'extérieur peuvent venir se shooter. Puis regarde, benh la ville peut rien faire, parce que s'ils arrêtent quelqu'un dans ce bloc là, la police arrête quelqu'un, le lendemain, y en a un autre qui prend sa place. Fait que ça, c'est absolument impossible ! Puis la ville n'y peut rien non plus, alors ce qu'ils ont essayé de faire, c'est de donner des amendes à ces édifices là, puis aux propriétaires parce que c'est insalubre, puis…en tout cas y a plein de trucs qui respectent pas les normes de construction, sauf que quand c'est trop d'amendes, benh le propriétaire vend à son ami, puis ça continue. Puis y en a une qui est sur la rue St Catherine, je pense que ça doit faire 20 ans que ça roule, puis ils ont jamais réussi à la fermer, puis c'est encore là. C'est comme le pire trou du quartier Hochelaga, c'est connu, tout le monde le sait ! Ouais ça s'appelle le 3911 St Catherine. Tu passes en avant un jour, tu vas voir ça paraît de l'extérieur.[…] les gens rentraient par en arrière, y avait une salle peut-être grande comme ici, avec une table en rond, puis des chaises alentours, puis les gens vont se fixer là. Je pense qu'en bas y a quelques travailleuses du sexe, puis les autres étages y a des gars qui vendent. Les gens du quartier en ont marre, ils sont écoeurés, ça fait 20 ans que ça roule. C'est un quartier extrêmement dur ! C'est terrible ! Regarde, tout ce qu'il y avait dans le quartier Hochelaga puis alentour d'ici, comme travailleuses du sexe puis toxicomanes, ils les ont*

[63] Contrairement à Philippe Bourgois (cf. Philippe BOURGOIS, « Une nuit dans une « shooting gallery »: Enquête sur le commerce de la drogue à East Harlem », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1992, vol. 94, nº 1, pp. 59-78.) qui a mené une étude ethnographique sur le long terme dans les scènes de la drogue et a ainsi pu pénétrer une *shooting gallery*, pour notre étude qui ne porte pas spécifiquement sur les lieux de consommation, mais bien sur les traitements de substitution, nous avons choisi de consacrer notre temps de recherche au sein des centres de soin. Les études ethnographique sur le milieu de la drogue (de la consommation et du deal) sont néanmoins très utiles pour mettre en lumière le récit des personnes rencontrées, nous donnant ainsi une idée de leur vécu en dehors du centre.

tous repoussés en bas vers St Catherine, puis après ça, ils les ont repoussés en bas dans l'est, ce qui fait qu'ils sont tous dans le même ghetto. C'est genre, le samedi matin, tu vois des filles que ça fait 4 jours qu'elles sont debout puis qui marchent désarticulées dans la rue, c'est vraiment un quartier dur. »

La structure dans laquelle nous avons réalisé notre enquête se trouve dans Hochelaga, le quartier dont parle Vincent, dans l'extrait précédent. Il s'agit d'un ancien quartier ouvrier, celui-ci est aussi marqué depuis les années 2000 par un processus de gentrification, avec une forte hausse des loyers, bien que son image médiatique soit toujours celle d'un haut lieu de la criminalité. Quelques rues sont encore investies par le travail du sexe, mais comme le souligne Vincent, ces pratiques sont de plus en plus reléguées aux marges du quartier, aux marges de la ville. Effectivement, lorsque nous irons observer les alentours de la structure, en journée, nous n'aurons pas l'occasion d'observer de scènes ouvertes ni de scènes de deal.

Le centre, qui est une structure en résidentiel, est ainsi quelque peu préservé des sollicitations extérieures, du fait de son éloignement des nouveaux lieux de consommations, tout en étant situé dans un quartier toujours fortement associé à ces pratiques. Dans ce quartier en transition, la structure qui est elle-même évolutive, avec de nombreux projets de réaménagement, est une métaphore intéressante du projet de soin des personnes résidentes. La trajectoire de soin n'y est pas envisagée comme simple éloignement du monde de la drogue, mais plutôt comme réhabilitation des personnes autour de nouveaux intérêts, dans un quartier lui même en reconstruction.

III. Conclusion du troisième chapitre

Le travail d'enquête est un processus au cours duquel les observations et les entretiens viennent dévoiler le terrain, en révéler ses aspérités, ses complexités et ses ambiguïtés. Confronter les points de vue permet d'entrevoir les éventuelles frictions, les accords et désaccords, mais également la manière dont les acteurs sont amenés à s'accommoder d'une perception biaisée — partielle et partiale — de la réalité. Du deal de rue au parcours de soin, de la carrière d'usagers de drogues à

la trajectoire de soin des personnes en traitement, on perçoit la non-linéarité des histoires de vie. Derrière l'apparente cohérence des récits de vie et l'effort d'organisation du discours produit par le narrateur, se situe une expérience plurielle dont le sens ne peut être saisi dans sa globalité, tant l'effet des lieux de socialisation et des mondes sociaux impacte la narration. On voit notamment ici l'importance d'une prise en compte de l'espace social, compris en terme géographique, sur la construction identitaire. Les monographies des mondes sociaux de la drogue dans les marges et les interstices urbains donnent à voir une morphologie sociale créatrice de frontières dont l'apparente ouverture reste très relative.

L'importante littérature sur la sociologie des banlieues en France permet de saisir les enjeux urbains autour des inégalités sociales et du sentiment d'exclusion. Le phénomène de gentrification propre à une grande partie des grandes villes occidentales accentue ce sentiment de relégation. De plus, la répression des usagers de drogues a pour effet de rendre invisibles ces populations, au risque d'une détérioration de leur situation socio-sanitaire. C'est pourquoi les dispositifs s'implantent majoritairement au sein des espaces connus comme étant associés aux mondes des drogues. Néanmoins, cela pose la question de la ghettoïsation[64], notion mobilisée dans la sociologie des banlieues mais sans doute également utile pour saisir le processus ayant cours au cœur des villes, dans les interstices où se développent des modes de socialisation parallèle, comme dans les ruelles de Montréal, au Neuhof à Strasbourg, et à la Riponne de Lausanne. Ce rapport à l'espace, aux drogues et aux institutions influe sur la manière dont les personnes conçoivent leur traitement, leur donnent du sens mais également avec leur capacité à s'investir au sein des associations qui les accueillent.

[64] Didier LAPEYRONNIE, *Ghetto urbain*, Robert Laffont, 2012, Michel KOKOREFF, « Du stigmate au ghetto », *Informations sociales*, 2007, nº 5, pp. 86-95, Hervé MARCHAL et Jean-Marc STEBE, *La ville au risque du ghetto*, Paris, France, Lavoisier : Tec & Doc, 2010., Loïc WACQUANT, « Repenser le ghetto », *Idées économiques et sociales*, 1 mars 2012, N° 167, nº 1, pp. 14-25.

CONCLUSION DE LA PARTIE I

Différents éléments nous ont permis de construire notre démarche méthodologique. Celle-ci se caractérise par une triangulation des méthodes, soit le croisement entre différents usages de techniques de recueil de données dans une logique itérative, d'aller-retour entre les données de terrain et les analyses. Les entretiens biographiques ont ainsi été complétés par des observation *in situ* au sein des structures, mais également dans les espaces connus comme étant des lieux de deal et de consommation. Une recherche bibliographique a permis de compléter les données recueillies directement sur le terrain.

L'enjeu est ici de mobiliser la méthode biographique, alliant une démarche à la fois inductive et comparative. Les récits biographiques offrent une ouverture sur l'histoire de leur narrateur mais surtout sur leur manière de la raconter. La mise en récit permet des marges de manœuvre au narrateur qui peut choisir la rhétorique qu'il utilisera pour se mettre en scène, mais cette mise en récit est également située et empreinte de caractéristiques sociales. Les usagers de traitements de substitution évoluent au confluent de différents mondes sociaux. La mise en récit de soi est contextuelle, il s'agit d'une interaction entre un narrateur et un chercheur, au sein d'un espace donné, ici les structures de soin. L'observation du cadre de l'expérience dans lequel prend place la narration est utile pour en saisir les biais et les logiques sociales qui en découlent. Néanmoins, l'histoire de vie des personnes rencontrées prend place au sein d'autres espaces, tels que les lieux de deal et de consommation dont l'analyse est pertinente dans le cadre de ce travail pour saisir ce qui compose l'identité d'un usager de drogues, avant d'être un usager de TSO. Ainsi, les narrateurs composent et articulent leurs différentes expériences singulières, vécues au sein de mondes sociaux pluriels.

La compréhension du sens visé par les acteurs, dans leurs usages de TSO, se veut interactionniste : le sens produit apparaît avant tout comme une co-production entre différents interactants. L'étude du contexte dans lequel s'inscrivent les TSO, dans les trois terrains, n'est donc pas ici uniquement réalisée au prisme des textes et lois définissant les politiques publiques mais également à partir d'une analyse des structures choisies comme terrain d'enquête, à travers les

entretiens menés avec les professionnels et à partir des observations réalisées ; ainsi qu'une étude des mondes des drogues et de la rue dans lesquels viennent s'inscrire et sont redéfinis les usages de TSO. Les normes prescrites et les lois sont ainsi vues comme une trame à partir de laquelle les personnes redéfinissent et réajustent leur manière de faire et développent leurs savoirs expérientiels.

DEUXIEME PARTIE

ELEMENTS SOCIOLOGIQUES POUR UNE COMPREHENSION DE L'INTRODUCTION DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION, EN FRANCE, EN SUISSE ET AU QUEBEC

Chapitre IV. LA SUBSTITUTION AU CŒUR DE LA « SANITARISATION » DES DROGUES ET DU DEVELOPPEMENT D'APPROCHES DITES PRAGMATIQUES

Afin de saisir l'ambivalence qui caractérise la manière dont les usagers de substitution définissent leur traitement, il est nécessaire de comprendre comment ces traitements sont devenus des outils majeurs de santé publique. Une approche socio-historique de l'introduction des TSO dévoile les différents conflits épistémiques qui ont parfois été des freins à l'introduction de tels traitements, ainsi que l'émergence d'événements, comme l'arrivée du Sida, qui ont, au contraire, eu pour effet d'accélérer leur mise en place dans des pays, comme la France longtemps réfractaire à la logique substitutive. Pour autant, l'harmonisation des politiques publiques autour de l'autorisation de mise sur le marché ne peut être lu à travers le seul prisme de l'uniformisation tant l'histoire institutionnelle et associative des trois pays de notre enquête diffère. Les différentes voies tracées (conflictuelles, pragmatiques ou expérimentales) sont propres aux différents terrains mais sont également relatives à un contexte plus global, en terme de législation, voire de recommandations transnationales. Par exemple, la prohibition apparaît grandement influencée par le mot d'ordre américain lancé en 1971 et l'appel à la guerre contre la drogue. L'exemple américain, en terme de répression, mais également de types de prise en charge et de référentiels, semble avoir un impact important sur les politiques publiques canadiennes. De plus, l'européanisation des référentiels par la conduite d'études transnationales, prescriptrices de « guide de pratiques » a sans aucun doute influé lors de l'introduction des TSO en France, et encore aujourd'hui concernant l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque. Avant d'approcher les différents contextes nationaux, il est utile de rendre compte du regard que la recherche a porté sur la question des drogues. De nombreux travaux en sociologie

ainsi qu'en épidémiologie propose une certaine lecture de la question des drogues qu'il est utile de préciser. En effet, de nombreux chercheurs ont, au cours de leur carrière, participer à l'élaboration des politiques publiques, en tant que consultant, ou encore en tant qu'expert. La relation entre sociologie et politiques des drogues appelle à une « double herméneutique » telle que proposée par Giddens[1] : les concepts sociologiques, repris et mobilisés par les acteurs sociaux, peuvent servir d'opérateurs, de référentiels pour appuyer une logique, comme la logique de la réduction des risques, qu'une chercheure comme Anne Coppel a participé à analyser mais avant tout à introduire.

I. Sociologie de la substitution

Une recension de la littérature française, suisse et québécoise sur la question de la substitution est utile afin de cerner les congruences et les divergences dans les politiques publiques et dans la manière dont les différentes mesures sont appliquées et interprétées. La sociologie de la substitution, telle qu'elle est étudiée, apparaît comme une branche de la sociologie de la drogue, et plus particulièrement de la sociologie de la santé et de la sociologie des politiques publiques. Dans notre étude, la sociologie de la substitution permet d'interroger la porosité des différents mondes sociaux à travers la question de la transmission des savoirs.

1. Quelle normalisation des usages de drogues ?

De nombreux auteurs, sociologues de la drogue, tels que Bergeron[2] et Ehrenberg[3], parlent d'une véritable massification et démocratisation de l'usage de drogues au cours des années 80, et c'est à ce moment que la drogue est dénoncée

[1] Anthony GIDDENS, *Les conséquences de la modernité*, *op. cit.*, p. 24. « Il y a un va-et-vient entre l'univers de la vie sociale et le savoir sociologique, et dans ce processus le savoir sociologique se modèle et remodèle l'univers social »

[2] Henri BERGERON, *Sociologie de la drogue*, Paris, France, La Découverte, 2009, vol.1/.

[3] Alain EHRENBERG (dir.), *Penser la drogue*, *op. cit.*

comme un « fléau social », une « catastrophe sociale et sanitaire[4] » selon l'expression du Professeur Henrion. S'il n'est pas de société sans drogue[5,6,7], il nous faut apprendre à vivre avec[8,9]. Ce constat apparaît aujourd'hui simple et évident, en tout cas incontestable mais la démonstration de sa véracité fut d'une importance cruciale dans l'élaboration des politiques publiques. L'éradication de toute drogue apparaît comme un but vain, les chercheurs n'envisagent plus le problème « drogue » en terme normatif mais en terme socio-sanitaire. Ce déplacement du champ sémantique appelle, de manière concrète, à une transformation des modalités d'action.

De nombreux travaux portent sur la sortie de la dépendance, dont le célèbre ouvrage dirigé par Robert Castel sur « les sorties de la toxicomanie[10] ». La sociologue suisse, Caiata Zufferey, analyse la sortie de la toxicodépendance[11] comme un « processus de transformation normative » dont la pluralité des logiques d'action complexifie le parcours auquel le toxicodépendant est confronté. La relativisation de la norme d'abstinence a profondément modifié le regard porté sur les usages de psychotropes. Caiata identifie trois formes de rémission de la dépendance aux drogues : l'abstinence totale d'héroïne et de cocaïne, la consommation occasionnelle d'héroïne et/ou de cocaïne et la stabilisation à la méthadone. Ces trois formes sont accessibles selon trois modalités : l'autorémission, les programmes résidentiels et les TSO.

Tous les usagers de produits psychoactifs ne relèvent pas des structures de soin, la relativisation de la norme d'abstinence revenant à considérer que certains usages ne sont pas problématiques et ne nécessitent pas une prise en charge, comme en témoignent les travaux de Soulet sur la gestion de la consommation de

---

[4] Roger HENRION, France et MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES DE LA SANTÉ ET DE LA VILLE, *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, Paris, La Documentation française, 1995.

[5] Louis LEWIN, *Phantastica : drogues psychédéliques, stupéfiants, narcotiques, excitants, hallucinogènes*, Paris, Payot, 1927.

[6] Christian BACHMANN et Anne COPPEL, *La drogue dans le monde*, *op. cit.*

[7] François CHAST, *Histoire contemporaine des médicaments*, Paris, France, Éd. la Découverte, 1995.

[8] Alain EHRENBERG, « Comment vivre avec les drogues ? Questions de recherche et enjeux politiques », *Communications*, 1996, vol. 62, nº 1, pp. 5-26.

[9] Claude FAUGERON et Michel KOKOREFF (dirs.), *Société avec drogues*, *op. cit.*

[10] Robert CASTEL, *Les sorties de la toxicomanie*, *op. cit.*

[11] La notion de « toxicodépendance » est celle employée par l'auteure.

drogues dures[12], ainsi que ceux d'Ehrenberg sur la recherche de performance comme nouveau dogme de la modernité[13] ou encore les analyses d'Astrid Fontaine sur les usages de drogues en lien avec le milieu professionnel[14]. Ces études s'inscrivent dans le discours dominant sur les drogues marqué par une normalisation de ces usages.

L'intervention des structures spécialisées auprès des publics dits précaires, s'inscrit dans une volonté des pouvoirs publics d'identifier les populations dites sensibles et les plus à « risques », c'est-à-dire cumulant des facteurs de vulnérabilité : faible niveau d'étude, chômage ou travail précaire, instabilité face au logement, problèmes de santé. Les mesures prises ont à la fois à répondre aux besoins spécifiques de ces « groupes cibles » et à prendre en compte la réalité des pratiques et modes de vie de cette population ; mais aussi il s'agit de prévenir les risques sur l'ensemble de la société, notamment dans le cas de la prévention de virus transmissibles, comme le virus du Sida. Bergeron, dans son étude des politiques européennes en matière des drogues, reprend le concept de « sanitarisation », élaboré par Fassin[15]. Il parle ainsi d'une « sanitarisation de l'approche des drogues » autour d'une même catégorie : le risque. La question des drogues comme problème social est ainsi « requalifié[e] dans une grammaire sanitaire[16] ». Devenue problème de santé publique, la question des drogues justifie une organisation nationale pour réguler le phénomène. C'est pour Bergeron :

> « la sanitarisation de l'approche des drogues en Europe [qui] a amplement contribué à une convergence des politiques nationales. »[17]

Barbara Lucas et Sandro Cattacin au terme de leur étude comparative des politiques en matière de drogues, menée dans six pays européens, à la fin des

---

[12] Marc-Henry SOULET, « Drogues et conventionnalité : un ménage commun ? », *Psychotropes*, 2009, vol. 15, nº 4, pp. 63-69.

[13] Alain EHRENBERG, *Le culte de la performance*, Paris, France, Hachette littératures, 1999.

[14] Astrid FONTAINE, *Usages de drogues et vie professionnelle: recherche exploratoire*, Paris, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2002.

[15] Didier FASSIN, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie : Pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, 2000, vol. 24, nº 1, pp. 95-116. Et Didier FASSIN, *Faire de la santé publique*, Rennes, France, Ed. de l'Ecole nationale de la santé publique, 2005.Selon Fassin, la santé est une production sociale, l'inscription d'un problème sanitaire dans un agenda politique et la prise en compte de l'environnement et de « groupes à risque » participent de l'émergence du champ de la santé publique. La sanitarisation du social est ainsi définie comme « la traduction sanitaire d'un problème de société ».

[16] Henri BERGERON, « Politiques européennes, trajectoires historiques », *Projet*, 2004, vol. 282, nº 5, p. 69.

[17] *Ibid.*, p. 71.

années 1990, affirment que toutes s'inscrivent dans une philosophie pragmatique, « au delà de la répression et de la libéralisation[18] ». Or ces approches pragmatiques trouvent des résonnances et sont appliquées de manière très diversifiée au sein des différents pays. Nous pouvons rajouter que les modalités d'action et les interprétations d'une approche pragmatique, longtemps mise en opposition avec la déontologie, divergent aussi, dans un même pays, au sein de structures différentes. La sanitarisation du social pose en creux la question de la santé des usagers de drogues eux-mêmes mais également l'acceptation des politiques en matière de drogues par la population générale[19]. En effet, prendre en charge des usagers de drogues suppose une reconnaissance de leurs pratiques illégales, mais aussi, et c'est bien ce qui préoccupe les soignants, de leurs conduites néfastes pour leur santé. Une attitude qui se veut pragmatique et compréhensive, comme le sont par exemple les échanges de seringues, peut parfois être en conflit avec certaines valeurs morales quant à ce que l'homme est en droit d'imposer à son corps. Cette tension est accentuée dans le cas des femmes enceintes, dont les risques se répercutent sur une tierce personne, le fœtus. Ce type de problématique est au cœur de débats, lors de réunions d'équipe, car il vient questionner en profondeur l'action des intervenants dans ses limites et ses enjeux[20]. Proposer des seringues stériles est une mesure de réduction des risques car l'injection avec des seringues souillées est une pratique à risque, mais l'injection de drogues, en soi, est à risque. D'autant plus que ces drogues issues du marché noir sont coupées et donc d'autant plus potentiellement dangereuses. La réponse pragmatique suppose que l'on prenne en compte que ces pratiques ont lieu, et qu'il vaut donc mieux que les personnes soient accompagnées, la perception de cet accompagnement par les usagers oscille entre techniques de contrôle et assistance. Si l'approche pragmatique se trouve à la croisée de la répression et de la libéralisation, celle-ci peut-être envisagée à différents points du balancier. Cette approche pragmatique s'inscrit dans une conception de la santé publique qui place l'acteur au centre des

[18] Barbara LUCAS et Sandro CATTACIN, « Politique en matière de drogue », *op. cit.*

[19] La médiatisation des projets d'ouverture de dispositifs accueillant des usagers de drogues, comme par exemple les salles de consommation à moindre risque, permet un débat citoyen sur ces questions. En France et au Québec, des associations relaient la parole citoyenne tandis qu'en Suisse, les votations permettent un véritable engagement et une prise de position des citoyens sur ces questions.

[20] Extrait de notre carnet de terrain (printemps 2015) : notes prises lors des réunions d'équipe en vue de l'élaboration du projet de salle de consommation à moindre risque à Strasbourg.

dispositifs, impliquant une responsabilisation de celui-ci qui devient « acteur de sa propre santé ».

2. *L'épidémiologie et le repérage de groupes à risque*

Malgré une méfiance quant aux risques d'étiquetage et de stigmatisation, qui ont freiné, surtout en France, les campagnes de prévention ciblée sur des groupes à risque, l'usage de drogues par intraveineuse et les risques du Sida, introduisent la nécessité de recherches épidémiologiques afin de comprendre et de réguler un phénomène grandissant, et ce à l'échelle internationale. Au niveau européen, les grandes instances en charge de l'évaluation des programmes en matière de drogues ont favorisé le développement de l'épidémiologie :

> « Le savoir et la langue épidémiologiques jouissent, en effet, au sein du Conseil, d'une image de neutralité bienveillante, alors que d'autres dimensions du problème sont, elles, jugées trop politiques par certains Etats membres (la France et les Pays-Bas), comme les activités policières, les lois et leurs mises en œuvre, les statistiques sur les crimes liés aux drogues, etc. Autant de domaines qui touchent à l'activité de ministères (Intérieur et Justice) guère enclins à rendre transparent leur fonctionnement pour l'œil européen. [21]»

L'approche statistique permet d'apporter une connaissance sur les drogues non plus d'un point de vue individuel, mais également au niveau du contexte en révélant les groupes qui, au sein de la population, apparaissent les plus concernés par la question des drogues. Goffman, dans son essai sur les « schémas médicaux types », considère la difficulté qui se pose au praticien, entendu comme « réparateur », lorsque c'est le milieu qui s'avère pathogène et que le patient n'est pas en mesure d'en changer. Dans le cadre de l'épidémiologie, le schéma médical type - immergé dans la relation de service - s'en trouve modifié.

> « Le fait même que le milieu puisse être le facteur pathogène conduit à placer l'exercice de la médecine au niveau de la communauté : il s'agit alors de traiter non un individu isolé mais une unité sociale étendue, et de réduire les

[21] Henri BERGERON, « La force d'une institution faible. », *op. cit.*, p. 52.

chances de développement d'une maladie donnée au sein d'un ensemble d'individus plutôt que d'en guérir un en particulier.[22] »

D'une procédure thérapeutique de cas isolés, la gestion des problèmes de dépendance aux psychotropes devient question de santé publique. Les données épidémiologiques s'attachent alors à identifier qui sont les usagers de drogues, selon leurs groupes d'âge ou leurs classes sociales, ainsi qu'une série de facteurs pour saisir leurs problématiques dans leur globalité et ainsi mieux diriger des actions en leur faveur. Néanmoins, cette approche, que Peretti-Watel nomme « le paradigme épidémiologique » a des effets discriminatoires et mésestime la dimension sociale des pratiques et la compréhension des phénomènes en faveur d'un déterminisme pharmacologique, voire génétique[23].

Selon François Beck, aujourd'hui directeur de l'OFDT, le dénombrement des usagers de drogues, débute dans les années 1990 avec un objectif, appuyé par l'OEDT dès sa création en 1993, de comparabilité internationale. Toutefois, celle-ci s'impose d'une manière qu'il qualifie de « douloureuse », tant la distance prise par les statisticiens vis à vis du terrain les empêche de saisir « certaines nuances fondamentales », telles que les caractéristiques singulières des personnes et les parcours individuels. Beck évoque la peur de « la quasi-totalité des intervenants en toxicomanie et des équipes soignantes » quant au risque d'une instrumentalisation politique de ces chiffres qui condamnerait une population à la marginalité du fait de ses pratiques. Quantification qui soulève aussi le problème d'une définition de l'objet drogue, « objet mou et polymorphe », qui relève d'une construction sociale, notamment autour du clivage licite/illicite. Dans l'objectif d'apporter une meilleure

---

[22] Erving GOFFMAN, *Asiles*, *op. cit.*, p. 397.

[23] Patrick PERETTI-WATEL, « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque », *Revue française de sociologie*, 2004, vol. 45, nº 1, pp. 103-132. « D'un point de vue sociologique, les travaux consacrés aux conduites à risque ont l'inconvénient de faire disparaitre la dimension proprement sociale des comportements humains, en « biologisant » le genre, l'ethnie ou encore la classe sociale, et en assimilant le jeu des interactions interindividuelles et de la construction collective des normes à la propagation d'un mal contagieux. » (p.124)

Une campagne menée par l'AFR (association française de réduction des risques) vise à dénoncer la guerre à la drogue comme guerre raciale, en s'appuyant notamment sur les travaux américains de Carl Hart ou encore de Michelle Alexander. (Fabrice OLIVET, *Notre projet : Guerre aux drogues, Guerre raciale*, http://gdgr.fr/notre-projet/, consulté le 6 mai 2016.) En France, Didier Fassin, suite à une enquête de 4 ans dans une maison d'arrêt montre comment la banalisation de l'enfermement a renforcé les inégalités socio-raciales, la chaîne pénale en opérant une sélection des délits entretient une politique discriminatoire. Ainsi, « Les hommes noirs et arabes représentent les deux tiers de l'ensemble des détenus et même plus des trois quarts des moins de 30 ans » or selon lui, l'usage, la revente de cannabis expliquent l'augmentation des incarcérations. (Didier FASSIN, *L'ombre du monde: une anthropologie de la condition carcérale*, Paris, France, Éditions du Seuil, 2015.)

compréhension de ces usages et pour mieux appréhender la diversité des pratiques caractérisant les mondes des drogues, les enquêtes sur la population générale sont venues compléter les enquêtes institutionnelles qui ne saisissaient qu'une partie du phénomène[24]. Ces enquêtes menées auprès des jeunes (ESCAPAD) et des adultes (TREND) permettent de rendre compte des pratiques et des usages de drogues, dans la population générale, soit non prise en charge institutionnellement. Le dispositif SINTES, quant à lui, documente la composition des produits circulant dans le marché des drogues[25].

Pour Bastien Quirion, qui étudie spécifiquement les programmes de réduction des méfaits en Amérique du Nord, mais dont les analyses nous semblent particulièrement opérantes pour comprendre les mesures de réduction des risques européennes, un glissement sémantique s'opère autour de la notion de méfaits :

> « Les méfaits se mesurent désormais à une échelle collective, comme par exemple les impacts de certaines conduites sur les taux de criminalité ou sur la prévalence de maladies infectieuses qui menacent l'ensemble de la communauté.[26] »

Il s'agit alors, pour les politiques publiques, de repérer des populations cibles et de comprendre l'environnement où se diffusent les usages de drogues pour mieux les réguler. Ce repérage implique une définition commune des usages qu'il s'agit de dénombrer, de prévenir et de réguler. Pour reprendre le vocabulaire foucaldien utilisé par Fassin, ces définitions reposent sur des « rapports de savoir et de pouvoir », et « mettent en lumière des enjeux éminemment politiques[27] ».

---

[24] *Contre le trafic de drogue, une guerre discriminatoire | Le Club de Mediapart*, https://blogs.mediapart.fr/edition/les-invites-de-mediapart/article/070515/contre-le-trafic-de-drogue-une-guerre-discriminatoire, consulté le 6 mai 2016.

[25] ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense ; TREND : Tendances récentes et nouvelles drogues ; SINTES : Système d'identification national des toxiques et substances. (*Les différentes enquêtes et dispositifs dans le champ des drogues et des addictions - OFDT*, http://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/, consulté le 5 mai 2016.)

[26] Bastien QUIRION, « Réduction des méfaits et gestion des risques: les frontières normatives entre les différents registres de régulation de la pratique psychotrope », *Déviance et société*, 2002, vol. 26, nº 4, p. 488.

[27] Didier FASSIN, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie », *op. cit.*, p. 104.

3. *Risques ou méfaits ?*

Au Québec, l'expression « réduction des méfaits » est utilisée plutôt que celle de « réduction des risques » :

> « La principale ambivalence [vient] de l'utilisation concurrente des concepts de «risques» (ou dangers) et de «méfaits» (ou dommages, dégâts, préjudices, problèmes). L'expression *harm reduction*, consacrée dans le monde anglo-saxon, s'attache davantage au pôle des conséquences.[28] »

Pierre Lascoumes, dans son étude sur le VIH et sur les pratiques d'exclusion et de discrimination qui lui sont spécifiques, définit les notions de danger et de risque :

> « Alors que le danger ou la menace relevaient d'une fatalité ou de facteurs impondérables, le risque se définit comme un aléa anticipable. Par ce fait même, il devient potentiellement doublement maîtrisable : dans son apparition (par la prévention) et dans ses conséquences (par les garanties en cas de dommage). Mais les usages sociaux des techniques de prévision des risques conduisent aussi à de nouvelles pratiques d'exclusion.[29] »

Cette définition rejoint celle de Luhmann[30], selon qui le « péril » échappe au contrôle de l'homme, tandis que le « risque » implique une prise de décision humaine basée sur la reconnaissance préalable des conséquences qui lui sont associées. La prise de risques relève alors de la responsabilité individuelle, tandis que la gestion de dangers, de périls ou de méfaits, qui sont de l'ordre du hasard ou de la nature, fait partie des compétences de l'Etat-providence et de la prise en charge par la communauté.

Quirion, reprenant les analyses de Lascoumes et de Luhmann, ainsi que celles de Castel dans *La gestion des risques*[31], démontre les effets pervers du

---

[28] Pierre BRISSON, *L'approche de réduction des méfaits: sources, situation, pratiques*, Montréal, Comité permanent de la lutte à la toxicomanie, 1997.

[29] Pierre LASCOUMES, « VIH, exclusions et luttes contre les discriminations. Une épidémie révélatrice d'orientations nouvelles dans la construction et la gestion des risques », *Cahiers de recherche sociologique*, 1994, nº 22, pp. 61-75.

[30] Niklas LUHMANN, *Risk: a sociological theory*, Berlin, Allemagne, 1993.

[31] Robert CASTEL, *La gestion des risques: de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, France, les Éditions de Minuit, 1981. « Toute différence, à partir du moment où elles est objectivée, peut donner lieu à la constitution d'un profil » (p.129) ; « Ainsi, prévenir c'est d'abord surveiller, c'est-à-dire se mettre en position d'anticiper l'émergence d'événements indésirables (maladies, anomalies, comportements déviants, actes de délinquance, etc.) au sein de population statistiques signalées comme porteuses de risques. » (p.145)

paradigme de la « gestion des risques » qui conduit à de nouvelles pratiques d'exclusion par un processus de stigmatisation visant à cibler certaines populations comme groupes à risque selon un mode statistique. Selon Quirion, la récupération par les agences publiques des programmes de réduction des méfaits initiés par des organismes communautaires, les éloigne de leurs principes de base fondés sur le pragmatisme et l'humanisme. La réponse à des besoins individuels se transforme, en s'institutionnalisant, en contrôle des populations potentiellement à risque, ou en tout cas « étiquetées » comme telles, pour le reste de la collectivité. Quirion donne l'exemple de l'introduction des traitements de substitution aux Etats-Unis : en 1960, ceux-ci répondaient au problème d'assuétude de certains usagers, puis lorsqu'ils sont réintroduits dans les années 1980, l'objectif n'est plus de répondre à des besoins individuels, mais bien de contrôler une menace pour la collectivité : celle du Sida, d'abord propagée par certains groupes d'individus, qui seront alors définis comme « à risque ». Avec l'introduction de l'approche de la réduction des méfaits :

> « La pratique psychotrope n'est plus considérée comme une maladie à éradiquer, mais comme un problème social récurrent dont les conséquences doivent être endiguées.[32] »

Alors « réduction des risques » ou « réductions des méfaits » ? La différence sémantique entre ces deux notions est forte, si l'on considère le sens commun : la notion de « risque » exprime une potentialité, une hypothèse. Selon un lien de causalité, le risque est une projection, cela rejoint la conception de Beck selon qui les risques ont « quelque chose d'irréel » :

> « La véritable force sociale de l'argument du risque réside justement dans *les dangers que l'on projette dans l'avenir*.[33] »

Le terme « méfait » (traduction plus fidèle de la formule anglo-saxone *harm reduction*), est polysémique, signifiant à la fois une mauvaise action et un dégât. La notion de « réduction des méfaits » souligne la relation de cause à effet établie entre les usages de drogues et les conséquences dommageables, donnant ainsi aux messages de prévention un caractère sans doute plus impérieux. Pensées en

---

[32] Bastien QUIRION, « Réduction des méfaits et gestion des risques », *op. cit.*

[33] (Souligné par l'auteur) Ulrich BECK, *La société du risque: sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Aubier, 2001, p. 61.

termes de risques ou de méfaits, les politiques publiques s'inscrivent dans des logiques probabilistes, en témoigne l'essor de l'épidémiologie. Pour autant risques et méfaits apparaissent relatifs, selon le contexte mais également à l'échelle de l'individu[34]. Ainsi, selon l'avancement dans la carrière d'usagers de drogues, les limites des actes se déplacent et avec elles, les éventuelles conséquences évoluent et la façon de s'adapter aux risques se modifie. La notion de risque ou de méfait évoque une certaine dynamique : le risque signifie un rupture (dans la société, dans la trajectoire biographique), si l'on se fie à l'étymologie latine du mot *resecum* qui signifie : « ce qui coupe ». Selon Ulrich Beck, dans ce qu'il nomme « la société du risque » :

« la gestion de la peur et de l'incertitude finissent par constituer une *qualification culturelle essentielle.*[35] »

Face à l' « universalité de l'exposition aux risques[36] », une tension s'exprime dans la capacité de chacun à les affronter. Les plus vulnérables et les plus marginaux, constitués en groupes à risque, deviennent dès lors des publics cibles auprès desquels se concentrent les politiques publiques. En effet, si le risque est d'abord encouru pour l'individu, la propagation du risque, nous pensons ici particulièrement aux épidémies de Sida et des hépatites, ne touche alors pas que la population la plus précaire, mais également l'ensemble de la société, dans ce que Beck nomme un « effet boomerang ».

L 'individu doit être responsable et capable d'appréhender les risques à travers un ensemble de stratégies que développent les experts et qui deviennent objets de réappropriations. Pour autant, les nombreuses mesures de précautions transmises recouvrent un ensemble de valeurs morales comme résurgence d'une conception manichéenne du bien et du mal, auxquelles se confrontent les acteurs. Le risque n'est plus ici le risque anthropologique auquel se frôle tout individu au cours de sa vie, mais plutôt un ensemble de pratiques évitables dont le franchissement fait porter sur son auteur une forme de discrédit et de

[34] L'idée de variation du rapport au risque selon les mileux socio-culturels et la biographie de l'individu est analysée par Douglas. Mary DOUGLAS, *De la souillure: essai sur les notions de pollution et de tabou*, Paris, Éd. la Découverte & Syros, 2005.

[35] (Souligné par l'auteur) Ulrich BECK, *La société du risque*, *op. cit.*, p. 139.

[36] *Ibid.*, p. 17. Cette « universalité de l'exposition au risque » dont parle Beck ne nie pas pour autant les inégalités face aux risques : « Ainsi, il semble que les risques viennent *conforter* la société de classes plutôt qu'ils ne l'abolissent. A la pénurie dans l'approvisionnement viennent s'ajouter une pénurie en sécurité et une surabondance de risques qu'il s'agit d'éviter. » (p.63)

désapprobation sociale. La responsabilisation des individus face aux risques peut être lue comme un facteur de vulnérabilisation, dans un monde où les outils pour y remédier sont inégalement distribués ; mais, elle est également propice à la prise en compte de savoirs localisés, ceux-ci ne relèvent plus de savoirs experts marqués par la distance mais bien plutôt d'une attitude réflexive et d'une connaissance expérientielle et empirique.

Dans les trois pays de notre enquête, il devient de plus en plus d'usage de parler de « réduction des risques et des méfaits ». Notre objet n'est pas de trancher sur une quelconque dénomination, mais plutôt d'analyser ce qui, derrière ces différentes étiquettes, donne lieu à des pratiques variées, dans ce texte nous mobilisons la notion de « réduction des risques » pour évoquer les politiques suisse et française et « réduction des méfaits » en référence au terrain québécois.

4. Usages de TSO et subjectivation

En 1992, avant l'introduction des TSO, Castel dirigeait une recherche sur les sorties de la toxicomanie, non pas comme l'arrêt définitif des consommations, mais comme un «réagencement des lignes biographiques » et comme une « reconceptualisation de l'expérience » passant par la « gestion d'une identité souillée »[37]. Nous cherchons, quant à nous, à démontrer dans notre étude, comment les TSO s'immiscent dans l'ambiguïté tracée par ce mode transitoire.

A partir des constats de la normalisation des usages de drogues et du développement de la logique de réduction des risques, Soulet analyse l'évolution de la sortie de la toxicodépendance qui ne se fait plus par « inculcation » :

> « Ce n'est pas l'individu qui changeait, mais l'institution qui le convertissait. »

Aujourd'hui, la sortie est pensée comme modalité d'un processus de « subjectivation » :

> « « On ne change pas de vie, on change sa vie pour mettre en cohérence ce qu'on fait, ce qu'on éprouve et ce qu'on pense. On ne change pas les faits

[37] Robert CASTEL, *Les sorties de la toxicomanie*, *op. cit.*

historiques qui ont jusque là scandé son existence, on compose au contraire avec. On change simplement la façon dont l'histoire est agissante en soi.[38] »

La sortie de la toxicodépendance suppose, aujourd'hui, une subjectivation qui amène non plus à changer de vie – sous la forme d'une véritable alternation – mais à changer sa vie. Si changer sa vie ne peut signifier changer les événements qui jalonnent l'existence, il s'agit alors d'apprendre à composer avec. Les représentations liées aux drogues risquent, par juxtaposition, être confondues avec les représentations liées au traitement. C'est-à-dire qu'à travers le processus de subjectivation, le traitement est mis en cohérence avec l'histoire de la personne et son propre rapport aux drogues.

Une analogie ou comparaison entre les savoirs d'expériences avant et après la substitution est effectuée par les personnes à différents niveaux : notre thèse vise à montrer le processus de subjectivation dans le passage du monde de la drogue et de ces codes au monde du soin. Tandis qu'Emilie Gomart analyse se transfert de connaissances à travers la perception des effets ressentis. Selon elle, la différentiation entre les effets de la méthadone et ceux de l'héroïne est un enjeu primordial de la substitution. Son étude démontre que l'action de la méthadone n'est pas uniquement imputable à la substance, mais également au dispositif auquel elle est intrinsèquement liée[39]. Dans son étude sur la méthadone, Gomart, à l'issue d'une comparaison du système français de prescription de méthadone et du système américain, démontre que l'action de la méthadone ne peut être comprise qu'en référence au dispositif auquel elle est intrinsèquement liée. Comparant la substitution telle que proposée par Dole et Nyswander en 1965 avec la substitution telle qu'elle est expérimentée à l'hôpital Sainte-Anne en 1975, Gomart distingue trois types de divergences. Alors que la méthadone, selon Dole et Nyswander, est définie comme différente de l'héroïne, en France, elle est perçue comme similaire ; pour que le traitement soit efficace, les dosages doivent être augmentés dans le système états-uniens et être réduits en France. Enfin l'action thérapeutique de la méthadone définie par Dole et Nyswander réside dans son action d'élimination du manque ; tandis qu'en France, la méthadone n'est pas appréhendée sous l'angle d'un effet thérapeutique mais est un « intermédiaire

[38] Marc-Henry SOULET, « Drogues et conventionnalité », *op. cit.*, p. 64.

[39] Emilie GOMART, « Surprised by Methadone: in Praise of Drug Substitution Treatment in a French Clinic », *Body & Society*, 1 juin 2004, vol. 10, n° 2-3, pp. 85-110.

silencieux permettant la relation entre le patient et le psychiatre ». Cette comparaison de deux rapports à la méthadone, à deux points différents de l'histoire, permet à l'auteure de conclure :

> « They [the experimenters] create new differences between the effects of methadone and heroin. The history of methadone is one of tentative constructions of differences, not once and for all, but afresh in different dispositifs.[40] »

Si au Québec, en Suisse et en France, les programmes sur le long terme sont privilégiés, afin d'accompagner les patients dans un processus durable qui est celui de l'abandon d'une dépendance, parallèlement, il existe d'autres formes de traitement qui s'inscrivent sur du court terme :

> « Depuis l'introduction du produit, quatre types de programmes de méthadone peuvent être distingués, dont le degré de développement et d'agencement varie selon la culture et les politiques publiques en vigueur, d'un pays et d'un continent à l'autre: les programmes de substitution prolongés, à exigences élevées, basés sur le modèle de l'abstinence; les programmes de maintenance médicale ou substitution par un médecin de première ligne; les programmes d'intervention brève ou sevrage assisté à la méthadone; les programmes de substitution à exigences peu élevées ou de réduction des méfaits.[41] »

Les enjeux de la substitution sont pluriels, il peut s'agir d'un traitement sur le long terme, avec une perspective de sevrage, conduisant à l'abstinence, ou bien, toujours sur le long terme, l'objectif peut être celui de maintien, avec une volonté de reprise de contrôle de sa consommation de la part de l'usager. Sur du court terme, la substitution peut être envisagée comme un traitement d'appoint, les usagers n'étant pas soumis à un contrôle de la part des soignants, ou bien le traitement peut être envisagé pour de courts sevrages, par exemple lors de séjours de cure à l'hôpital. La pluralité des motifs de la substitution induit une diversification de la figure du « substitué ».

---

[40] Les expérimentateurs ont créé de nouvelles differences entre la methadone et l'héroïne. L'histoire de la méthadone est une des tentatives de constructions de différences, pas une fois pour toutes, mais renouvelée dans les différents dispositifs" [Notre traduction]

[41] Pierre BRISSON, *L'approche de réduction des méfaits*, *op. cit.*

5. *Analyses de la figure du « substitué »*

La substitution s'inscrit dans cette logique dite « pragmatique ». Elle a initié un nouveau profil d'usagers de drogues, que certains auteurs nomment figure du « substitué ». Coppel, militante pour l'accès au soin et à la substitution, mobilise cette notion de « substitué » pour mettre en exergue les nombreuses controverses liées à la construction identitaire et à l'étiquetage des personnes en traitement :

> « Une nouvelle identité se construit au jour le jour, celle du «substitué » : un toxicomane tenu « en laisse » pour les intervenants qui restent convaincus que l'esclave d'un produit ne peut être libre ; un patient comme les autres, pour le médecin qui a cessé d'être un « dealer en blouse blanche » ; un citoyen comme les autres, affirment [les] nouveaux militants [de l'association ASUD]. [42] »

Cette figure de « l'individu substitué » analysée par Maitena Milhet, pose la question de la difficulté éprouvée par les personnes en traitement dans la dynamique de transformation identitaire propre à la sortie de la dépendance. Milhet dessine la figure du « substitué » comme un « entre-deux », le substitué n'étant ni abstinent, ni usager. Selon elle, changement de statut et d'identité sociale ne vont pas nécessairement de pair dans l'expérience de la stabilisation de la substitution :

> « Statut, traitement, mode de vie ont changé mais l'individu n'est pas totalement dégagé de son identité sociale de toxicomane.[43] »

La nécessité d'aller chercher son traitement quotidiennement, ou hebdomadairement, les mesures de contrôle exercées sur les patients avec la récurrence des contrôles d'urine mais aussi la dépendance au produit de substitution font que pour le « substitué » : « la dépendance est toujours le facteur d'identité dominant[44] ».

D'autres auteurs analysent l'hétérogénéité des expériences de la substituion. Le constat des détournements de l'usage prescrits de Subutex conduit Anne Guichard à interroger le rapport des usagers de Subutex, à partir de cinq axes qui renvoient :

---

[42] Anne COPPEL, « Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France », *Communications*, 1996, vol. 62, n° 1, pp. 75-108.

[43] Maitena MILHET, *L'expérience des traitements de substitution : une sortie de la toxicomanie ?*, *op. cit.*

[44] *Ibid.*

> « au mode d'appropriation du Subutex®, aux usages du Subutex®, au vécu de la toxicomanie, aux situations sociales, aux réseaux sociaux et aux modes de vie, et à l'image de soi.[45] »

Articulés, autour de ces cinq axes, sont dégagés quatre profils dominants de rapports au Subutex : le Subutex comme « une ressource pour s'en sortir », comme « un traitement de maintenance », comme « une drogue légale » et comme « un produit piège ».

La double orientation entre rupture et continuité dans la trajectoire biographique permise par la substitution est également développée par Emmanuel Langlois. Il développe une typologie, à partir d'une double dimension : les MSO (médicament de substitution aux opiacés) peuvent être soit perçus comme des médicaments soit comme des drogues. De cette typologie découlent quatre types : « le substitué conformiste » pour qui les MSO sont des médicaments pour lesquels il est observant et qui, il l'espère, lui permettront de sortir de la vie toxicomane ; « le substitué adapté » qui, à travers un bricolage thérapeutique, vise la sortie de la toxicomanie tout en ayant une image des MSO « polluées par l'image des drogues » ; « le « substitué ritualiste » qui se méfie du traitement mais qui, pour autant, tente de rester observant ; et enfin le « substitué déviant » qui détourne le traitement et est en échec thérapeutique.

Cette typologie est inspirée de l'étude de Merton sur la déviance, qui articule objectifs visés et moyens utilisés et qui cherche à :

> « découvrir comment les structures sociales peuvent pousser certains individus à adopter un comportement déviant au lieu d'un comportement conformiste.[46] »

Notre approche s'inspire largement de la sociologie de Becker or celui-ci critique l'approche mertonnienne et sa perspective explicative, fonctionnaliste, focalisée sur l'étiologie de la déviance, tant celle-ci mésestime la relativité des normes sociales.

---

[45] Anne GUICHARD, France LERT, Jean-Marc BRODEUR et Lucie RICHARD, « Rapports des usagers au Subutex® : de la reconquête de l'autonomie à la spirale de l'échec », *Sciences sociales et santé*, 2006, vol. 24, n° 4, p. 13.

[46] Robert King MERTON, *Eléments de théorie et de méthode sociologique*, Paris, France, A. Colin, 1997, p. 40.

« La conception fonctionnelle de la déviance, qui en néglige l'aspect politique, limite donc notre conception du problème.[47] »

L'approche interactionniste soutient l'idée que les individus peuvent intérioriser des normes différentes selon leur appartenance à des groupes sociaux divers. Nous avons vu, en effet, notamment avec les travaux de Caiata, que la dissolution d'une norme dominante tournée vers l'abstinence se réalise au profit d'une diversification des modes de sortie de la toxicodépendance. Les usagers confrontés à cette pluralité de sens doivent faire preuve de subjectivation pour réinscrire la substitution dans leur propre parcours, or leur histoire est fortement corrélée à leur lien avec les mondes de la drogue. La substitution associée à une drogue ne l'est pas uniquement en terme d'effets produits mais également en tant que source de revenus. Dans le cadre de cette thèse, nous nous intéressons aux imbrications entre différents mondes : les mondes de la drogue et les mondes institutionnels qui indiquent une hybridation des différents référentiels normatifs. Ainsi, nous ne mobilisons pas la notion de « substitué » car elle n'est pas apparue opérante à l'épreuve du terrain ; elle n'est ni mobilisé par les professionnels ni par les personnes elles-mêmes. Cette notion de « substitué » dénote un certain immobilisme dans un entre-deux incertain que nous n'avons pas observé dans notre étude, car si pour beaucoup d'usagers, l'arrêt du traitement n'apparaît pas comme un objectif souhaité, la prise du traitement, au quotidien, fait fluctuer le sens que les personnes lui accordent, selon les événements traversés au cours de leur trajectoire biographique. Enfin, le principal reproche que nous pourrions faire à cette notion est qu'elle tend à essentialiser la pratique de la substitution.

Notre objectif est ici d'identifier les conditions locales, au sein de nos trois terrains, qui ont permis l'introduction de la substitution. Il apparaît clairement que le premier facteur, qui a favorisé l'émergence de ces traitements et la convergence des politiques des trois pays étudiées vers la réduction des risques, est l'apparition du Sida, comme crise sanitaire, au début des années 1980. Toutefois, leur introduction varie dans le temps selon les trois terrains ; en Suisse la politique des quatre piliers, qui se veut pragmatique, a favorisé l'émergence rapide de nouvelles formes de traitements pour les usagers de drogues et notamment la substitution. Au Québec, la substitution s'imbrique dans une approche comportementaliste de la

[47] Howard BECKER, *Outsiders*, *op. cit.*, p. 31.

prise en charge de la dépendance. En France, le « retard français » s'explique par la prédominance de la psychanalyse dans le champ de la toxicomanie.

II. L'arrivée du Sida

La crise dans le champ de la toxicomanie est contemporaine de l'émergence du Sida, de nouvelles mesures devaient être prises pour éviter la prolifération du virus qui durant les années 1983 à 1985 s'est avéré particulièrement meurtrier parmi la population des usagers injecteurs. Une des premières mesures adoptées a été la mise en place de programme d'échanges de seringues dans de nombreux pays européens et notamment dans les trois pays concernés par notre étude, au cours des années 1990. La France attend pourtant 1987 pour libéraliser la vente de seringue libre. L'association « Limiter la casse » se mobilise alors pour que des mesures soient prises en faveur des usagers de drogues. Coppel explique que, face au « spectre du sidatorium » et à la crainte d'une forte stigmatisation des usagers injecteurs, les chiffres du Sida dans la population toxicomane sont longtemps minimisés en France, or elle dénonce les effets pervers de ce silence :

> « La France est confrontée à une épidémie de Sida des plus graves, la mortalité des toxicomanes, sous-évaluée, est sévère, l'état de santé, précaire, les toxicomanes encombrent les prisons, l'insécurité liée à la drogue n'est pas qu'un sentiment et le dispositif de lutte fait de nous le pays le plus répressif d'Europe.[48] »

Le « junky », comme nouvelle figure du drogué, associée à un processus de clochardisation, il incarne la déchéance et suscite peur et suspicion[49]. Contaminé par le Sida, il devient dangereux pour le reste de la société, véritable « bouc émissaire » d'une société en manque de repères. Face à cette nouvelle menace, des mesures de contrôle sont envisagées pour refreiner des pratiques jugées antisociales. Dans cette période d'instabilité, de crise liée à l'arrivée du Sida, le

[48] Anne COPPEL, « Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France », *op. cit*, p.78.

[49] François Dubet définit l'héroïne « comme le point de passage vers le trou noir ». Le toxicomane devient le symbole de ce trou noir « parce qu'il est devenu dangereux pour les autres dans la mesure où il a besoin de ressources financières importantes. Au vide de l'expérience de la galère, il oppose la plénitude de la seringue et du plaisir, et menace ce qui reste de sociabilité. » (François DUBET, *La Galère : jeunes en survie*, Paris, France, A. Fayard, 1987, p. 123.)

processus de « déblocage des activités intellectuelles » décrit par Morin[50] a, semble-t-il, été fécond en recherche et a permis de « libérer des forces de régénération » dans la prise en charge des usagers de drogues. La crise, définie par l'indétermination, devient productrice et permet de sortir de la non décision de manière différenciée. Ainsi, le recours aux enquêtes transnationales et le développement du comparatisme longtemps ignorés en France commencent à se développer et apparaissent aujourd'hui très fertiles. A travers l'exemple Suisse, une solution qui paraissait déviante, la substitution, est aujourd'hui devenue la tendance. Les intervenants en toxicomanie qui ont longtemps craint que la substitution, jugée liberticide, fasse figure d'outil du contrôle social, la considèrent alors nécessaire pour répondre rapidement à la diffusion massive du Sida dans ce milieu. Ainsi, certains spécialistes s'étant ouvertement opposés à la substitution comme traitement de la toxicomanie, comme par exemple le docteur Claude Olievenstein, la jugent cependant utile pour répondre à l'urgence de l'épidémie du Sida.

L'introduction de la substitution au milieu des années 1990 a suscité de vifs débats dans les différents pays de notre étude. Mais c'est en France, où la tradition psychanalytique était la plus forte, que la crise est devenue conflit : une véritable polarisation d'antagonismes entre les différents camps pro et anti-substitution s'est constituée, chaque camp s'est alors solidarisé, constituant ainsi un corpus de connaissances communes et une manière spécifique d'appréhender l'objet drogue. La résolution du conflit par la victoire du camp pro-substitution sur le camp des anti, symbolisée par l'autorisation de mise sur le marché, ne s'est pas faite sans heurts et a marqué l'histoire des rapports entre les différents acteurs de cette période. Néanmoins, un compromis va s'instaurer et rapidement la substitution sera intégrée aux différents services de prise en charge. Ainsi, nombreux sont ceux qui rejetaient une vision par trop médicale du traitement de la toxicomanie, lui préférant une approche psychologique ou sociale et qui vont, à leur tour, accepter, peu à peu, de transformer leur mode d'agir et de penser, pour finalement reconnaitre la prescription des TSO comme un outil nécessaire et efficace. La réponse pragmatique apportée par la substitution finit par remporter son succès face au moralisme anti-drogue dont les logiques uniquement orientées autour de

[50] Edgar MORIN, « Pour une crisologie », *Communications*, 1976, vol. 25, n° 1, pp. 149-163.

la répression et de l'abstinence se seront avérées inefficaces face à l'arrivée du Sida.

Dans les trois pays de notre enquête, les prises de décision relatives aux politiques en matière de drogues font face à une véritable « crise de la politique encore incapable d'affronter la nouveauté et l'ampleur des problèmes[51] » liés aux drogues, les élus peinent à prendre des décisions qui ne feraient pas l'unanimité, tant l'aspect moral et le tabou entourant les drogues restent prégnants. La question des drogues génère à chaque élection, à chaque débat politique, de vives polémiques. Depuis les années 1990 jusqu'à nos jours, les politiques en faveur de la création de nouveaux dispositifs, d'abord les programmes d'échanges de seringue, puis la substitution et aujourd'hui l'ouverture de salle de consommation sont jugées trop laxistes et dangereuses par un certain nombre d'acteurs politiques et de citoyens, ceux-ci craignant un accroissement de la banalisation de l'usage de drogues. Pour les autres, ces dispositifs sont défendus comme des réponses pragmatiques et de santé publique. Un médecin rencontré dans l'Est de la France témoigne de l'hypocrisie politique dans la gestion des problèmes liés aux drogues et particulièrement du Sida :

> *« Ces traitements ont été lancés en fin de compte dans le but de réduire les risques… Les députés avaient pas envie que leurs filles se fassent contaminer par des gens qui étaient HIV positif, en gros c'est ça quand même. C'est le SIDA qui a fait que c'est devenu… autrement je pense que ça n'aurait intéressé personne. »*

En Suisse, au sujet des salles de consommation à moindre risque, un psychiatre évoque également la nécessité de préserver l'ensemble de la population des virus dont les usagers de drogues apparaissent comme étant les principaux propagateurs :

> *« Réduire les risques pour la personne, les méfaits pour la société, si les gens peuvent éviter de disséminer tous leurs virus : hépatite, Sida, ben, je pense que c'est pas mal. Puis, s'ils font les choses dans des endroits sécurisés, de toute façon, la société aussi va s'y retrouver parce que ça coûtera moins cher. »*

[51] *Ibid*.

Utilisant à la fois la « rhétorique de l'épidémie » et la « rhétorique de l'économisation[52] », ce psychiatre défend les programmes de réduction des risques avant tout dans l'intérêt général. Un autre de nos interlocuteurs suisses (Pierre) utilise également cette rhétorique de l'économisation pour expliquer les transformations des structures en résidentiel, avec l'ouverture de centres en ambulatoire et de prescription de TSO bas seuil :

> *« Certains médecins disent : « C'est vrai, on est venu sur le marché, puis on a piqué des parts de marché », et…j'aime bien parler comme ça, c'est un peu provocateur, parce qu'on a du mal, des fois à dire dans le social mais oui, c'est le souci de l'économie, même si on est subventionné, benh y a des budgets, des machins, puis après ça touche, puis en même temps, je crois qu'il y avait un vrai affrontement idéologique, et…avec beaucoup de projections, les uns sur les autres. »*

Il explique, en effet, la manière dont les centres en résidentiels, notamment un des centres de l'association où l'accueil était réservé aux sidéens, ont dû transformer leur mission en fonction des évolutions du secteur, ce qu'il nomme le « changement de paradigme du résidentiel » :

> *« [La structure Z] C'était pour les personnes sidéennes, fin de vie, donc c'est des soins pal'. Y a plus personne qui vient en soin palliatif pour du Sida, parce qu'il y a des trithérapies, donc il a fallu changer la mission, on a élargi, on a fait une mission beaucoup plus large, de personnes qui ont besoin de soins somatiques, c'est pour les toxicodépendants mais aussi pour des personnes non toxicodépendantes, qui ont besoin de soins, de se poser, d'une vie communautaire, donc on est plus sur des soins infirmiers, avec une dimension éducative »*

Les résultats des différents dispositifs, et notamment des médicaments de substitution, dans les changements de comportements de nombreux usagers face aux produits, ont transformé les idéologies qui considéraient l'usage de drogues comme une forme de suicide lent et l'usager de drogues comme incapable de réguler sa consommation et d'en réduire les risques. Les conduites addictives et la socialisation des usagers dans certains milieux de socialisation montrent que la consommation de drogues ne relève pas uniquement d'un rituel ordalique et d'un jeu avec la mort. Les dispositifs de réduction des risques dont se saisissent et que

[52] Sébastien GUIGNER, « L'Union européenne, acteur de la biopolitique contemporaine », *op. cit.*

s'approprient les usagers sont des indices du fait que la consommation de psychotropes ne relève pas, de manière intrinsèque, d'une quête autodestructrice.

La forte demande de la part des usagers d'héroïne, dès l'introduction des traitements de substitution[53], peut être expliquée par un certain nombre de facteurs. L'effet de maturation[54], peut expliquer qu'un individu souhaite changer de mode de vie et par là-même de pratiques ; la contrainte économique, le prix de l'héroïne ne pouvant plus être assumé. De plus, la mauvaise qualité et la raréfaction de l'héroïne obligent les personnes à se tourner vers d'autres produits. Enfin, la dépendance physique des personnes, dont le corps éreinté par la recherche constante de produits pour combler le manque s'est fragilisé, a pu jouer un rôle, quand la personne recherche une forme de repos à travers la substitution, comme le raconte la directrice de la structure strasbourgeoise :

> *« En plus, on a ouvert au moment où le Sida flambait, au niveau des usagers de drogues, pour eux, y avait quoi ? Il n'y avait que la mort au bout. Il y avait la mort, la déchéance, l'overdose, le suicide [...] Ça a été un espoir fou ! [...] La méthadone, c'était vraiment comme une fenêtre qui s'ouvre. On l'ouvrait, on l'ouvrait à moitié, on l'ouvrait totalement, on la gardait fermée, on la refermait, mais au moins cette possibilité était là. »*

L'introduction de la substitution est une prise en compte des nouveaux risques sanitaires et sociaux relatifs aux usages de drogues apparus lors des années 1980. Elle a permis l'accès au soin des personnes les plus marginalisées de manière significative. Les résultats positifs en sont, aujourd'hui, largement reconnus, le médecin rencontré dans l'Est de la France explique :

> *« Dans les faits, on voit que les gens, les toxicomanes, sont peu contaminés par le VIH. Là, c'est des faits ! Ça, c'est un des succès de la politique de substitution. Y a un échec, par exemple pour l'hépatite C, on voit que par contre, ça marche pas trop, y en a*

---

[53] Pour ce qui est des chiffres, une étude conjointe de l'ANSM et de l'OFDT précise : « Au premier semestre 2011, environ 145 000 personnes ont reçu en France un remboursement de traitement de substitution aux opiacés (TSO) avec, spécificité française, une nette prédominance de la Buprénorphine haut dosage (BHD) sur la méthadone. Le nombre de personnes bénéficiant en France d'un TSO ne cesse d'augmenter depuis leur mise sur le marché en 1995. » Anne-Claire BRISACIER et Cédric COLLIN, *Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés*, OFDT / ANSM, 2013, p. 5.

[54] l'effet de maturation ou « maturing out » est développé par Charles Winick. Ce chercheur a montré qu'un grand nombre d'usagers abandonnaient leurs consommations autour de l'âge de 30 ans, sans thérapie ni traitement, et que cela correspondait à un changement dans leurs centres d'intérêts et leurs activités. (Charles WINICK, « Maturing Out of Narcotic Addiction », *Bulletin on Narcotics*, 1962, vol. 14, n° 1, pp. 1-7.)

beaucoup qui ont des hépatites C, mais le VIH, par rapport à avant la substitution, le VIH et les overdoses, ces deux paramètres là, ça été vraiment influencé de manière très importante par cette politique de substitution, entre méthadone, cette prise en charge, ça c'est un succès on peut le dire ouais. »

Le succès des programmes de réduction des risques et notamment de la substitution en terme de réduction des contaminations par le VIH, ainsi que la diminution des overdoses, encourage de nombreux acteurs de santé dans le sens d'une augmentation des dispositifs, avec la proposition d'ouverture de salles de consommation à moindre risque. Un élargissement du panel des outils proposés aux usagers de drogues est aujourd'hui requis pour répondre au risque sanitaire de contamination par l'hépatite C. Les traitements de substitution sont défendus comme un outil majeur de la réduction des risques de contamination, comme le soutient Geneviève, paire-aidante à Métha d'âme.

Se raconter pour agir, le récit de Geneviève « Ce qui est dommage, c'est que moi la méthadone, ça a marché »

Durant les années 1980, le virus du SIDA a contaminé une grande partie des usagers de drogues par intraveineuse. Geneviève en fait partie. Elle nous raconte son histoire, celle de sa contamination mais surtout celle de son militantisme auprès des usagers de drogues. Elle explique qu'elle a commencé à consommer de l'héroïne à l'âge de 18 ans, après son adolescence qu'elle décrit comme une période de « *révolte* ». Durant sa période de consommation, elle s'associe avec Jean-Paul, qui est alors en train de créer l'association de pairs-aidants où nous la rencontrons :

« Ce qu'on a appris de ça, c'est que les gens étaient pas prêts, à chaque fois, il fallait leur apprendre, mais oui, tu peux faire quelque chose même si t'as pas arrêté de consommer, t'as des droits, ils nous disaient tous ça : "Mais, j'ai pas arrêté de consommer !" Mais oui puis ? Tu sais y a toute cette culture là, autour, les jeunes étaient interviewés dans des articles, ou à la télé pour te dire : "Oh t'as arrêté de consommer, comment tu t'en es sorti ?" Mais sinon, t'avais pas de valeur ! Ça marchait pas. On leur explique que oui, on s'en foutait qu'ils consomment ! Beaucoup, ou pas pantoute, on s'en foutait, c'était de l'éducation qu'on avait à faire avec eux déjà. […] Fait qu'on partait de loin, on partait vraiment de loin, le but à Jean-Paul, lui son rêve

c'était ça, c'était d'avoir soit une maison avec des chambres, des appartements puis une association. Moi, je voulais vraiment partir un magazine. Moi, c'était ça mon but. »

Inspirée par le magazine français d'ASUD, elle souhaite porter une parole tournée vers la réduction des méfaits et non uniquement vers l'abstinence, à travers une posture qui affirme : « *I am a drug user* ». En 1997, elle reçoit une invitation d'ASUD pour participer à une conférence internationale sur la réduction des méfaits qui se tient à Paris, et demande alors de l'aide pour financer le voyage :

« J'avais pas d'argent, j'avais pas cet argent-là, mon amie [l'intervenante de l'association] m'a aidée à trouver tous les sous, on a écrit des enveloppes avec mon histoire, on a tout raconté mon histoire, puis on a envoyé ça à tout le monde qu'on connaissait, c'était pluggé partout. Le monde envoyait cinq pièces, deux pièces, j'avais besoin comme de mille pièces de même, j'ai tout ramassé, puis j'y suis allée ! »

Cette expérience marque les prémices de son engagement militant pour lequel elle mobilise sa propre histoire. Son expérience devient une expertise car le récit qu'elle en fait a valeur de témoignage et devient un discours public. C'est à son retour qu'elle monte le magazine *Pusher* : premier magazine par et pour usagers de drogues :

« En parallèle de ça [la revue] j'ai fait, je prends des témoignages, j'écris, mais aussi consultante, on me demande d'expliquer c'est quoi la réduction des méfaits, ou c'est quoi le VIH, ou c'est quoi les traitements, parce que je suis allée travailler aussi pendant quatre ans au comité des personnes atteintes du VIH, qui est fermé maintenant. Puis, là, j'ai vraiment, y a plein d'outils... Avec l'explosion de tous les nouveaux médicaments qui sortaient, je faisais, vraiment, mon travail, c'était d'égaliser la formation aux personnes atteintes du VIH, puis je faisais plein de conférences, d'ateliers, on faisait des forums, j'allais présenter dans d'autres villes, dans d'autres pays, c'était vraiment super cool, j'ai voyagé beaucoup, beaucoup, j'étais allée en Europe : je suis allée au Portugal, à Genève, je suis allé aux Etats-Unis, je suis allée en Afrique. C'était vraiment cool. »

Aujourd'hui en traitement méthadone, Geneviève indique qu'elle l'envisage comme traitement palliatif. Elle associe son engagement à son rétablissement. Encore aujourd'hui, contribuer à l'association, malgré sa condition physique et son état de santé dégradé dû à sa maladie, est une

manière de rester active et de faire un travail pour lequel elle a acquis des compétences, non par des diplômes, mais par l'expérience. Elle explique qu'à la mort de son conjoint, également sidéen, continuer à travailler lui a permis de ne pas sombrer.

« Le mouvement, il est né, il est parti, c'est une grande partie de ma réinsertion sociale, si tu veux. »

Selon elle, son traitement lui a également permis durant cette période de deuil de ne pas retourner vers la consommation d'héroïne. Aujourd'hui, elle revendique une volonté de continuer son traitement méthadone à vie. Du fait de ses problèmes de santé, arrêter la méthadone ne lui paraît pas nécessaire, d'autant plus qu'elle se souvient du temps d'attente nécessaire à l'initialisation de son traitement méthadone qui a été, selon elle, la période durant laquelle elle a été contaminée.

« C'est là [après une rechute] que [son intervenante] m'a dit : "Benh on va faire une demande de méthadone, tu devrais essayer." Puis là : "J'ai plus envie, j'm'en fous" ; mais je pense qu'on y avait pensé avant parce que je me rappelle qu'avant d'être séropositive, il me semble qu'on avait commencé des démarches. Puis ça prenait deux ans ! Puis, si tu voulais passer plus vite, je me souviens qu'ils disaient : "— Est-ce que t'as déjà fait de la prostitution ? — Non — Est-ce que t'es enceinte ? — Non – Est-ce que t'as le VIH ? – Non." Pour voir ceux qui sont le plus à risque. C'est dommage. Puis, ça je le raconte tout le temps, surtout à des policiers, ou juste du monde pour leur faire sortir de leurs idées. Ce qui est dommage, c'est que moi la méthadone, ça a marché ! Si j'avais eu la méthadone dans ce temps là, j'aurais pas eu le VIH ! Ça c'est sûr. Parce que moi, j'ai commencé la méthadone, trois mois après, j'ai plus jamais consommé. Fait que c'est important la méthadone, quand t'es jeune, vraiment ! »

Encore aujourd'hui, Geneviève fait entendre son discours auprès d'une large audience et « *le raconte tout le temps* » auprès des « *policiers* » dit-elle, mais également en prison auprès des détenu-e-s et des surveillant-e-s, auprès de la communauté infirmière, ainsi que, bien sûr, auprès des résidents de Métha d'âme :

« C'est comme ça que j'ai fait mon parcours, moi, ça fait presque vingt ans que je travaille dans le communautaire puis j'ai pas de diplôme de travailleuse sociale, d'infirmière, j'ai rien là. Mais j'ai tout appris à mesure, j'ai formé plein d'infirmières,

pour le traitement VIH, j'ai fait le tour de tous les pénitenciers pour parler aux détenus, parler aux professionnels, parler aux agents de conditionnelle sur la réduction des méfaits, puis sur le traitement VIH aussi, je leur apprends des choses qui malheureusement sont pas dans les cours, à l'école, pendant les formations... »

Son récit vise à témoigner de l'importance de la substitution pour prévenir, notamment les plus jeunes, des risques de contamination. Pour terminer l'entretien, elle répond à notre question sur ce qu'elle aurait aimé changer dans sa vie : « *D'avoir commencé la méthadone avant...* » : avant la contamination.

III. Contextes nationaux de l'introduction des TSO

La question du trafic de stupéfiants est un problème qui se pose à l'échelle internationale, c'est pourquoi de nombreuses mesures ont vu le jour dès le début du XX° siècle visant à contrôler les marchés de la drogue. La question du soin, quant à elle est souvent posée dans les limites d'un Etat, or une politique plus ou moins permissive, des mesures de soin non contraignantes et plus développées peuvent alimenter une sorte de tourisme de la drogue, ou avec les TSO, un tourisme du soin de la drogue. Une certaine cohérence dans les politiques publiques est envisagée dans le contexte de l'européanisation afin d'éviter les risques d'un trop grand déplacement de personnes. Aujourd'hui, en France, nombreux sont ceux qui racontent qu'ils vont aux Pays-Bas pour acheter de la drogue, en Suisse pour fréquenter les salles de consommation à moindre risque et, dans les années 1970, les scènes ouvertes, ou d'autres encore affirment vendre du Subutex® aux Allemands qui viennent en acheter à la frontière. Au Québec, la traversée du Canada, plus qu'un road trip épique, constitue pour beaucoup un véritable parcours initiatique dans leur carrière d'usagers de drogues, le mythe de l'Ouest où la drogue est présente en abondance est ancré dans les têtes. Le retour vers l'Est vient parfois signer la fin de la drogue comme « ligne biographique dominante[55] » et s'apparente à un retour aux sources et éventuellement aussi aux

[55] Anne-Claire BRISACIER et Cédric COLLIN, *Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés*, OFDT / ANSM, 2013, p. 5.

soins, comme le raconte notamment Simon[56]. La débrouille et la mobilité sont souvent des compétences acquises dans les mondes de la drogue qui peuvent être mises au profit du soin et de son adaptation.

L'introduction des traitements de substitution, s'ils répondent à une problématique locale, est aussi à questionner à une plus grande échelle. Comparer les différents temps de leur mise sur le marché permet de percevoir les enjeux propres au traitement de substitution, compris dans un contexte national souvent complexe, et parfois même conflictuel.

L'approche socio-historique de nos trois terrains vise à identifier comment le contexte national a pu favoriser, voire retarder, l'introduction des TSO. Il s'agit ici de comparer la manière dont les TSO viennent s'imbriquer dans les différents dispositifs locaux à partir de différents indicateurs communs qu'il s'agira d'analyser.

Le premier indicateur est la législation : elle joue un rôle décisif quant à la désignation des usagers de drogues comme « malades » ou « délinquants » et a un impact significatif sur l'élaboration de dispositifs sanitaires qui leur sont adressés.

Les cadres épistémiques institutionnels dans lesquels s'inscrivent les logiques de prise en charge représentent un deuxième indicateur de l'accessibilité des TSO.

Enfin, la consultation citoyenne et l'expérimentation peuvent influer sur les politiques en matière de drogues et composent le troisième facteur pour la comparaison des dispositifs locaux.

1. En Suisse, la politique en matière de drogues : entre pragmatisme et expérimentations

a) Politique en matière de drogues et question d'échelle : le choix de l'expérimentation

La politique suisse actuelle en matière de drogues est basée sur la législation de 1975[57], celle-ci est défendue comme étant un compromis autour du

[56] Voir vignette ci-avant.

[57] Les politiques européennes relatives au contrôle du marché des stupéfiants ont pour origine la première conférence internationale de l'opium qui a lieu à Shanghai en 1909. Elle vise alors à en interdire

débat sur la pénalisation de la consommation[58]. Elle articule trois principes : « punir, guérir, prévenir » et vise à assurer la complémentarité entre des moyens de répression et des mesures médicales. La politique suisse en matière de drogues prône une approche pragmatique et c'est dans ce cadre que sont rapidement expérimentés les programmes de substitution. Les décisions sont prises au niveau des cantons afin de favoriser les expérimentations et lorsqu'elles sont jugées efficaces, elles peuvent être élargies au niveau national, comme nous l'explique Pierre, lors de sa présentation de l'association où nous avons réalisé notre terrain :

> *« C'est le contexte suisse, c'est-à-dire que c'est le fédéralisme, c'est-à-dire qu'il y a des politiques cantonales, y a l'office fédéral de la santé publique, mais qui délègue une partie aux cantons, donc il y aura des réponses différenciées, c'est le propre de la Suisse. »*

Dès 1976, la prescription de méthadone est expérimentée dans le canton de Vaud. La tentative actuelle de la politique fédérale est d'harmoniser les différentes stratégies en retenant les résultats les plus concluants de cette multiplicité d'expériences cantonales, dont les deux majeures expérimentations, encore absentes du territoire français et québécois : les Salles de Consommation à Moindre Risque (SCMR)[59] et la prescription d'héroïne médicalisée.

Dans les années 1980, les changements de politique ne se sont pas faits sans frictions : comme l'analyse Daniel Kübler[60], trois camps vont s'affronter pour répondre au problème de la drogue. Premièrement, la « coalition pour l'abstinence » est incarnée par des acteurs chargés de la répression ainsi qu' « une

---

l'usage extra-médical. Une deuxième conférence a lieu à la Haye en 1912, puis deux autres conférences suivent pour contraindre l'ensemble des pays européens à ratifier la convention. La Suisse assiste à la conférence de 1914 et ratifie la convention en 1924. La première loi fédérale est votée le 2 octobre 1924, elle réprime la fabrication, la cession et la détention de stupéfiants mais ne prévoit pas encore de mesures médicales. Puis en 1975, une nouvelle loi criminalise l'usage mais propose la médicalisation des usagers de drogues, celle-ci ne se base plus sur des recommandations internationales mais bien sur des préoccupations intérieures, l'opinion publique étant sensibilisée au fait de voir une frange de la jeunesse s'adonner aux plaisirs des psychotropes.

[58] Yann BOGGIO, Sandro CATTACIN, Maria Luisa CESONI et Barbara LUCAS, *Apprendre à gérer: la politique suisse en matière de drogue*, Genève, Suisse, Georg éditeur, 1997. Et Daniel KÜBLER, *Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé: analyse des conflits de mise en oeuvre*, Paris, L'Harmattan, 2000.

[59] A l'heure actuelle, les SCMR ne sont pas encore implantées sur le territoire français, mais un projet de loi de santé publique qui prévoit l'expérimentation de ces salles a été voté à l'assemblée le 7 avril 2015. « L'Assemblée nationale vote l'expérimentation des « salles de shoot » », *Le Monde.fr*, 07/04/2015 p.

Au Québec également, l'implantation de trois salles de consommations est un projet en cours.

[60] Daniel KÜBLER, *Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé*, *op. cit.*

bonne partie du secteur médical et social ». Marqués par le paradigme du « tout abstinence », ils croient que la consommation est une déviance qui entraîne une dépendance et que celle-ci amène très vite vers la déchéance et la marginalité. Ils ont pour « référentiels[61] » l'idée que des mesures de contrôle sont nécessaires pour forcer la personne à se sevrer, dans son propre intérêt. L'action policière doit donc être soutenue et les actions visant à faciliter l'usage de drogues sont considérées comme dangereuses car susceptibles de retarder l'entrée de la personne dans une démarche thérapeutique.

La deuxième coalition à lutter contre les mesures de réduction des risques est appelée par Kübler : « coalition pour le cadre de vie » : des associations d'habitants sont créées afin de militer contre l'installation de structures pour usagers de drogues. Cette coalition de type NIMBY est en conflit d'intérêts avec les associations d'aide aux usagers de drogues plutôt qu'en conflit d'idées. En effet, ils peuvent être en accord avec les mesures prises, mais leurs points de divergences concernent l'emplacement des structures : une trop grande proximité avec les écoles ou les parcs pour enfants, par exemple, peut être reprochée. De plus, ils craignent une augmentation de la délinquance et de la prostitution, des actes d'incivilité pouvant être constatés de même que des dégradations.

Enfin, la « coalition pour la réduction des risques » considère que les personnes qui consomment des drogues doivent être respectées et aidées, à la condition qu'elles le demandent. Cette coalition part du constat que, si on leur en donne les moyens, les usagers de drogues sont capables de faire attention à leur santé. Les membres de la coalition arguent que les états socio-sanitaires dégradés des personnes sont en partie dus à la prohibition, et qu'une des manières de réduire le risque de fragilisation des personnes devrait, en conséquence, être l'allègement de la répression policière. C'est dans ce cadre que les traitements par la substitution vont être développés, afin de stabiliser les personnes en procédure de soin. Des dispositifs d'aide à « bas seuil d'accessibilité » commencent à voir le jour, des programmes d'échanges de seringues se développent à proximité des lieux de vie des usagers de drogues afin de limiter les risques de contamination par le virus du Sida et en 1986 s'ouvre le premier local d'injection légal, dans la ville de

[61] C'est-à-dire comme « ensemble de représentations sociales » selon la définition de Jobert et Muller. Bruno JOBERT et Pierre MULLER, *L'État en action: politiques publiques et corporatismes*, Paris, France, Presses universitaires de France, 1987.

Berne, à l'emplacement d'une scène ouverte. L'enjeu est bien sûr de préserver la santé des personnes qui consomment par injection, mais aussi de protéger le reste de la société des risques de propagation du virus. Les enjeux sont aussi d'ordre sociaux et vise à protéger les riverains du spectacle de ces scènes parfois violentes.

En 1989, un rapport de l'OFSP (office fédéral de la santé publique) va dans le sens de la coalition pour la réduction des risques et confirme les résultats positifs d'un premier rapport de 1984 faisant état d'expérimentations de programmes méthadone en Suisse. Le rapport de 1989 précise qu'il faudrait :

> « pouvoir offrir à un nombre aussi grand que possible de toxicomanes une forme thérapeutique qui leur convienne, dans l'intérêt des toxicomanes eux-mêmes, mais aussi pour endiguer l'épidémie d'infection HIV.[62] »

Le 20 février 1991 de nouveaux objectifs sont fixés dans le cadre de la réduction des risques :

> « Il en découle que l'abstinence ne peut être retenue comme seule perspective de la politique en matière de drogue et que des programmes faciles d'accès doivent être développés.[63] »

b) La politique des quatre piliers

Une politique dite des quatre piliers est proposée par la confédération helvétique en 1994 : les trois piliers répressions, prévention et thérapie sont maintenus, un quatrième pilier est intégré : le pilier réduction des dommages.

Au niveau du pilier répression, il s'agit d'intensifier la lutte contre le trafic, le développement des mafias et le blanchiment d'argent, et non plus de s'attaquer aux consommateurs. Un travail de coordination et de communication entre la police et les travailleurs sociaux est effectué de manière à ne plus se considérer mutuellement comme des adversaires mais bien comme des partenaires aux objectifs communs. Dans ce sens, des formations sont organisées, auprès des forces de police, afin de les sensibiliser aux contextes dans lesquels se trouvent nombre d'usagers de drogues.

---

[62] Rapport de l'OFSP de 1989, in Yann BOGGIO, Sandro CATTACIN, Maria Luisa CESONI et Barbara LUCAS, *Apprendre à gérer: la politique suisse en matière de drogue*, Genève, Suisse, Georg éditeur, 1997, p.56.

[63] *Ibid*.

La prévention, comme approche compréhensive des usages de drogues, vise à prendre en compte le contexte de consommation afin d'appréhender les usages de drogues tels qu'ils peuvent survenir. La prévention opère notamment en milieu scolaire, afin de sensibiliser les plus jeunes.

L'offre de soin, du pilier thérapie, se veut diversifiée. Les programmes expérimentaux, dans quelques villes Suisse, notamment Genève et Zurich, de prescription de diacétylmorphine (vendue au marché noir sous le nom d'héroïne) par injection s'inscrivent dans le cadre de ce pilier. Ils s'adressent à une population marginalisée afin de leur éviter une totale désinsertion de la société et du réseau sanitaire, les personnes concernées sont celles dont l'état de santé est précaire et pour qui les autres formes de traitements ont échoué, y compris la méthadone. D'après l'évaluation du Docteur Uchtenhagen, initiateur du projet à Zurich, ce traitement satisfait généralement les patients, malgré quelques critiques concernant des détails organisationnels. Cette évaluation relève en outre de nombreuses améliorations des conditions socio-sanitaires chez les patients du programme [64]. Selon le docteur Uchtenhagen, les prescriptions d'héroïne médicalisée « démythifient » la substance et, par là même, tendent à redéfinir sa fonction de stupéfiant en lui redonnant un pouvoir « thérapeutique ». Néanmoins, à Lausanne où nous avons réalisé notre étude, ce type de programme n'est pas expérimenté et nous n'avons pas rencontré d'interlocuteur qui en ait fait mention au cours de l'entretien. En effet, un des critères d'admission de ce type de dispositif est d'être résident dans la ville où le programme est expérimenté, afin d'éviter un afflux de personnes. La prescription d'héroïne médicalisée ainsi que celle des traitements de substitution s'inscrit également dans le cadre du quatrième pilier de la « réduction des dommages[65] », « réduction des risques[66] »ou également appelé « aide à la survie[67] ». Les enjeux de ce quatrième pilier sont de contribuer à minimiser les effets négatifs des drogues sur les usagers mais aussi, indirectement,

---

[64] Ambros A. UCHTENHAGEN, « Heroin maintenance treatment: From idea to research to practice: Heroin maintenance treatment », *Drug and Alcohol Review*, mars 2011, vol. 30, nº 2, pp. 130-137.

[65] Annie MINO, *La politique genevoise dans le cadre federal*, http://jorgesampaio.arquivo.presidencia.pt/pt/biblioteca/outros/drogas/i2.html, consulté le 1 juin 2014.

[66] Office fédéral de la santé Publique, *Dépendance aux opioïdes. Traitements basés sur la substitution*, Suisse, 2013.

[67] Yann BOGGIO, Sandro CATTACIN, Maria Luisa CESONI et Barbara LUCAS, *Apprendre à gérer*, *op. cit.*

sur la société. Dans ce cadre, les traitements de substitution ne visent plus strictement l'abstinence mais sont également prescrits dans une optique de maintenance, afin de stabiliser l'état de santé et la situation sociale de la personne. Pour la psychiatre suisse Annie Mino, le principe de maintenance a pour but :

> « de permettre aux toxicomanes sur lesquels d'autres traitements ont échoué d'échapper aux conséquences négatives de la dépendance à un produit illégal. Dans cette approche, la seule valeur thérapeutique de la drogue prescrite est d'être légale, c'est-à-dire de permettre au consommateur de mener une vie sociale intégrée.[68] »

Un autre argument s'avère majeur pour expliquer l'abandon des politiques du tout répressif et l'adhésion d'une majorité de cantons à la politique des « quatre piliers » : il s'agit de l'argument économique. Si la répression coûte cher et donne de faibles résultats, les mesures socio-sanitaires s'avèrent plus économes, notent Boggio et ses collaborateurs :

> « Réprimer coûte 500 millions de Francs suisses par an. Ensemble, les soins, la prise en charge, la réinsertion, la réduction des risques/l'aide à la survie demandent entre 340 et 460 millions (données respectivement pour 1991 et 1994, OFSP 1996).[69] »

Les spécialistes s'accordent à dire qu'une politique en matière de drogues ne peut en aucun cas être unilatérale, la solution des quatre piliers est perçue comme la plus à même de répondre aux réels problèmes rencontrés sur le terrain. Une véritable « culture de la discussion pragmatique sur la drogue[70] » est instaurée en Suisse, afin de répondre à un problème qui dépasse les frontières communales et cantonales. Ainsi, lors de deux votations, sont successivement rejetées deux initiatives : la première, refusée en 1997 est « Jeunesse sans drogue », en faveur d'une politique très répressive, l'autre initiative dite « droleg » pour la légalisation des drogues est balayée en 1998[71]. Selon le politiste Daniel Kübler, le résultat de ces votations indique que la « troisième voie » proposée par le gouvernement suisse entre libéralisation et répression est perçue comme la solution la plus

[68] Annie MINO et Sylvie ARSEVER, *J'accuse les mensonges qui tuent les drogués*, Paris, France, Calmann-Lévy, 1996, p. 27.
[69] *Ibid*, p.64.
[70] *Ibid*.
[71] *La politique suisse en matière de drogue*, Office fédéral de la santé publique, 2000.

convaincante aux yeux d'une majorité d'électeurs suisses :

> « [La politiques suisse en matière de drogues] est présentée généralement comme le triomphe d'une vision pragmatique sur une vision idéologique, comme la victoire d'une approche différenciée et scientifiquement éprouvée d'un problème complexe sur une démarche moralisatrice et simpliste.[72] »

Les initiatives les plus innovantes telles que les expérimentations de prescription d'héroïne sont soumises à votation le 14 juin 1999, leur prolongement est accepté à 54,5%. Ainsi, l'approche suisse est particulièrement intéressante dans sa manière de soumettre aux votes les différentes expérimentations, permettant ainsi l'instauration de débat collectif autour de ces enjeux sociaux majeurs.

2. Au Québec : la substitution entre logique de réduction des méfaits et mesures de contrôle

a) La prohibition et l'exemple américain

L'histoire de la prohibition commence au Canada avec la prohibition américaine : une loi est adoptée en 1864 : le *Dunkin Act,* celle-ci interdit la vente et la consommation d'alcool[73]. Cette période de prohibition va largement marquer les esprits, ce n'est pas tant pour cette courte expérience québécoise, que pour l'exemplarité du cas américain et de l'échec d'une politique prohibitionniste. Cet exemple est encore aujourd'hui dans les esprits et de nombreux interlocuteurs

---

[72] Daniel KÜBLER, *Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé: analyse des conflits de mise en oeuvre*, Paris, France et Montréal, Canada, 2000, p.11.

[73] En ce qui concerne les substances psychoactives, notamment l'opium, Le Canada a été le premier pays à criminaliser l'usage à des fins non médicales : dès 1908, inaugurant ainsi l'histoire occidentale de la prohibition des drogues. S. Brochu er M. Orsi donnent deux principales raisons à cette décision de légiférer. Premièrement, un certain racisme envers les immigrants chinois est né durant la crise de 1880. La crise de 1880, aussi appelée *Great Depression*, est une crise économique mondiale qui va toucher le Canada. Les immigrants chinois seront perçus comme des concurrents sur le marché du travail, face à la montée du chômage or ceux-ci sont les principaux importateurs d'opium. Deuxièmement, les firmes médicales et pharmaceutiques, dont le pouvoir est naissant, désirent s'attribuer le monopole de la prescription d'opiacés.

Le Québec, très réfractaire aux mouvements de tempérance, contrairement aux autres provinces canadiennes, sera la première province à retirer sa loi, n'imposant la prohibition de l'alcool que sur une durée de un an, de 1919-1920. Pour ce qui concerne les drogues, la réprobation sociale est forte et les politiques canadiennes s'inscrivent dans une logique prohibitionniste. (Serge BROCHU et Mylène ORSI, « Les substances psychoactives au Canada: Historique de leur criminalisation et développements récents », *Déviance et Société*, 2008, vol. 32, nº 3, pp. 363-376.)

rencontrés au cours de notre enquête y font amplement référence. Le développement des mafias ayant eu cours lors de ces années, de 1919 à 1933, démontra les limites de telles mesures prohibitives et leurs effets pervers. A Montréal, nous rencontrons un militant pour les droits des usagers de drogues, Didier, qui nous raconte la délicate position en matière de législation du Québec vis à vis des Etats-Unis :

> *« Vous créez le problème de la manière que vos lois sont faites, puis quand les conséquences néfastes arrivent, vous voulez juste jouer sur les conséquences mais jamais jouer sur la cause. Nous on a plein de parallèles à faire avec la prohibition de l'alcool [...] On se rendait compte que le crime organisé était hyper fort, les gens mouraient parce qu'ils buvaient de l'alcool qu'ils frelataient dans des alambics insalubres, on s'est rendu compte [...] que les lois étaient pires que le mal qu'on essayait de contrôler. Mais nous on a cette position là, sur toutes les drogues quelles qu'elles soient. La guerre à la drogue, c'est un des pires échecs [...] La drogue, elle est illégale mais elle est hyper facile à trouver la drogue, à Montréal, parc Berri, c'est l'entrée du terminus voyageur, c'est le gros truc, tu peux en trouver comme ça [...] parce que bon, on s'entend que le Québec est assez progressiste, assez de gauche, [...] je regarde les pays comme la Suisse, qui a mon sens sont beaucoup plus à droite, mais avec un pragmatisme, où ils se disent : benh oui, de toute façon ça existe, il faut tout baliser, parce que les effets néfastes, on les veut de moins en moins. [..] Y a un truc, parce que les gens qui consomment là-bas, ils sont moins en situation de précarité et de danger, que plein de gens qui sont ici, puis nous, on se conforte à cause du modèle américain, on a tellement le pire modèle à côté de nous, qu'on se considère tellement tout le temps comme moins pire, qui fait qu'y a pas cette volonté là, l'idée peut-être mais la volonté de faire mieux, de faire différemment, mais regardez les Etats-Unis, on est tellement mieux que ça, on se conforte là, dans cet espèce de modèle là, alors qu'on pourrait aller beaucoup plus loin ! »*

En 1961, est adoptée une nouvelle loi qui va introduire un volet sanitaire à la régulation des drogues. La loi de 1961 délègue aux médecins la responsabilité de déterminer les soins qu'ils jugent adéquats pour cette population. Ainsi, dès 1961, les premiers programmes d'entretien à la méthadone sont ouverts en Colombie-Britannique et en Ontario[74].

[74] *Ibid*.

Puis en 1996, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (*Controlled Drugs and Substances Act*) est édictée[75], celle-ci est toujours en vigueur aujourd'hui.

b) La logique substitutive, médecins et pharmaciens : acteurs clés de la réduction des méfaits

Dès les années 1960, suite aux premières expérimentations états-uniennes de méthadone par Dole et Nyswander, le gouvernement canadien promulgue un règlement pour encadrer la prescription de la méthadone. Et c'est en 1986 que les deux premiers centres de méthadone québécois sont implantés. Depuis 1987, le gouvernement fédéral créé la Stratégie canadienne antidrogue (SCA) et intègre la réduction des méfaits dans sa politique[76]. Dans les années 1990, un tournant s'opère et le Canada démarre des programmes d'échanges de seringues, en réponse à la problématique du Sida. Aujourd'hui, le nombre de médecins prescripteurs au Québec est encore réduit (en 2003, « 186 médecins détiennent une exemption pour l'utilisation de la méthadone dans le traitement de la dépendance seulement ou pour le traitement de la dépendance et de la douleur[77] ») et les services ne couvrent pas l'ensemble du territoire, car les médecins sont majoritairement implantés dans la région de Montréal et de Montérégie. Il en résulte une difficulté d'accès au traitement selon les régions. L'attente pour une initialisation peut parfois être très longue, atteignant jusqu'à deux ans dans certains cas, comme évoqué précédemment avec l'exemple de Geneviève, qui a contracté le VIH durant les deux ans précédant l'initialisation de son traitement méthadone. Le traitement de substitution, tel qu'il est conçu au Québec, doit être associé à une prise en charge psychosociale ; selon Isabelle

[75] Legislative Services BRANCH, *Consolidated federal laws of canada, Controlled Drugs and Substances Act*, http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-38.8/, consulté le 1 septembre 2014.

[76] Brisson définit les trois stades du « continuum de l'intervention en toxicomanie » : l'intervention primaire concerne la prévention et la promotion de la santé, l'intervention secondaire s'inscrit dans la logique de la réduction des méfaits et enfin l'intervention tertiaire porte sur le curatif, la désintoxication, la réadaptation, et la réinsertion. Pierre BRISSON, *Prévention des toxicomanies: aspects théoriques et méthodologiques*, Montréal, Université de Montréal, Faculté de l'éducation permanente, Formation à distance, 2010.

[77] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec MSSS, *Cadre de référence et guide de bonnes pratiques – Pour orienter le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution*, Gouvernement du Québec, 2006.

Paquin, directrice des services cliniques du *CRAN (*Centre de recherche et d'aide pour *narcomanes),* la qualité des services proposés en limite la quantité *:*

> « Malheureusement, la présence [du] volet [psychosocial] augmente les coûts reliés au traitement et diminue par le fait même son accessibilité, laquelle est déjà amplement réduite par un manque notoire de médecins prescripteurs.[78] »

De plus, le traitement s'envisage sur du long terme, il est parfois permanent, le faible *turn over* au sein des structures limite l'accès aux nouveaux usagers en attente de traitement.

Un texte proposant un cadre de référence pour orienter la prescription de ces traitements est élaboré en 2006 afin d'aider les médecins dans leur pratique[79], il s'inscrit dans la lignée des premiers textes d'orientation rédigés en 1971 et parus dans les années 1990, suite aux directives de l'OMS. Ce texte est conçu par un groupe d'experts composé de médecins, personnels de pharmacies, et équipes spécialisées dans le travail social, mais aussi de membres de groupes communautaires, ayant eux-mêmes fait l'expérience de la substitution, dont Jean-Paul, le directeur de la structure visitée.

La volonté de ce guide de pratique est d'identifier quels types de programmes de méthadone sont mis en place au Québec, afin de cerner les divers enjeux éthiques posés par un tel traitement et pouvant questionner les praticiens, à qui le guide s'adresse. Il vise à apporter aux professionnels une connaissance commune sur la dépendance aux opiacés et notamment une meilleure compréhension des personnes concernées par le traitement. Il permet aussi de restituer le cadre légal, qui découle d'ententes internationales dans le domaine de la lutte contre le trafic de stupéfiants, dans lequel s'inscrivent ces traitements, afin de donner aux praticiens la mesure de leur champ d'action. Ainsi, par exemple, certaines restrictions quant à la prescription doivent être respectées par les médecins lors de l'initialisation d'un traitement, mais celles-ci peuvent être allégées, lorsque le patient est stabilisé. Le patient acquiert alors des

---

[78] Isabelle PAQUIN, « Le traitement de substitution avec méthadone au Québec : Une mesure de santé publique en réadaptation », *Drogues, santé et société*, 2003, vol. 2, nº 1.

[79] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec MSSS, *Cadre de référence et guide de bonnes pratiques – Pour orienter le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution*, *op. cit*.

« privilèges [80] », soit une modification du protocole de prescription et un allègement des contraintes, notamment relatives au nombre de visites qu'il doit effectuer au centre, par semaine. Pour autant, ce cadre reste très contraignant notamment pour les personnes qui travaillent, comme le souligne Geneviève :

> *« T'sais, je suis chanceuse d'avoir un employeur qui est au courant de ma situation, je suis obligée d'aller une fois par mois ou deux mois aller chercher ma prescription de méthadone ! En même temps, il me fait mon traitement VIH, puis tout, bon c'est correct, t'façon j'irai, mais je suis chanceuse quand même. Si j'étais dans un emploi où est-ce que je peux pas dire ça, qu'est-ce que je ferai ? »*

Au Québec, le personnel des pharmacies joue un rôle primordial dans le traitement basé sur la substitution. Les personnes se rendant quotidiennement, ou du moins hebdomadairement, en pharmacie, les pharmaciens et pharmaciennes deviennent des interlocuteurs privilégiés, mais ils ont également la possibilité de refuser un client et donc de ne pas délivrer le traitement, lorsqu'ils jugent la situation critique :

> *Geneviève : « T'sais c'est comme...c'est pas un médicament, tu peux pas considérer ça comme un médicament, je regrette là... Si t'es agressif ou impatient avec le pharmacien, il va pas t'enlever tes valiums, puis ton insuline, puis je sais pas quoi, mais la méthadone oui ! Si tu fais chier le pharmacien, il va appeler ton médecin, puis tu vas avoir une rencontre, puis, au bout d'un certain nombre d'avertissements, c'est out. Il faut que : « Oui monsieur ! » Tu comprends. On est à leur merci. C'est vraiment comme ça que ça fonctionne, j'exagère un peu, mais tu peux pas l'envoyer chier, ça c'est sûr, il faut pas y aller : « vas-y fuck you » Non. Puis t'sais, mettons, t'aimes pas ton pharmacien, ou ton médecin, dans le VIH, y en a tu peux changer, mais dans la dépendance aux opioïdes, y en a pas tellement, y a quoi, 6 centres, et ils se connaissent tellement entre eux que tu vas t'engueuler avec lui, parce qu'il va te transférer à l'autre, puis il va tout étudier ton dossier puis...pff...c'est pas sûr qu'il va te prendre ! »*

Le rôle des pharmaciens est pluriel et peut être porteur de malentendus. En effet, ils sont en première ligne pour assurer le contrôle de la prise de traitement et de l'état de la personne, s'assurant ainsi de ces éventuelles rechutes et

[80] « Privilège : Autorisation obtenue du médecin traitant permettant à la personne d'apporter de une à quelques doses quotidiennes de méthadone à l'extérieur de la pharmacie pour qu'elle puisse les prendre de manière autonome. Cette autorisation s'obtient après avoir satisfait à certaines conditions. Les privilèges peuvent ainsi être réduits ou retirés si ces conditions ne sont pas maintenues. » in « Lexique »*Ibid*.

intoxications. Mais la personne, derrière son comptoir de pharmacie, n'est pas seulement là pour surveiller, elle peut aussi être un soutien, une personne connue, qui est en dehors du cercle de consommation jusqu'alors fréquenté par la personne. Elle s'avise de la santé de son client/patient et est un point d'appui, voire un repère, dans un quotidien souvent déstructuré.

c) La délivrance du traitement en pharmacie (extrait du journal de terrain)

> A la suite d'un entretien, Opale, 29 ans, nous propose de l'accompagner pour aller chercher son traitement. Du centre à la pharmacie, nous marchons une vingtaine de minutes, promenade agréable en été mais sans doute moins, durant l'hiver canadien. Arrivée là, Opale s'approche du comptoir, le pharmacien la connaît, effectivement. Il faut dire que cette jeune fille, au look un peu masculin, à la crête de cheveux violets et au fort tempérament ne passe pas inaperçue.
>
> Lors de la délivrance du traitement, du Suboxone sous forme de cachet, le pharmacien reste vigilant. Cette fois, Opale est accompagnée, par nous, et visiblement, nous représentons un risque… peut-être celui qu'Opale, après avoir mis le médicament dans la bouche, devant le pharmacien, ne le retire, pour nous le donner.
>
> Après avoir pris le médicament, Opale va s'asseoir, en face du comptoir. Elle nous explique que cette fois-ci, la délivrance a été rapide car son traitement était déjà prêt, parfois elle doit attendre qu'il soit préparé. Maintenant, pendant 10/15 minutes, Opale doit rester dans l'espace d'attente, face au comptoir, le temps que le médicament ait fondu (il est pris en sublingual). Durant ces 15 minutes, Opale continue de nous raconter ses histoires, sans baisser le ton ni nuancer ses propos, feignant d'ignorer les regards surpris des personnes âgées qui attendent également dans la salle. Le pharmacien également ne nous quitte pas des yeux, Opale et moi ; il surveille, sans doute, qu'aucune transaction n'a lieu. Enfin, après ces 15 minutes d'attente, Opale revient au comptoir, tire la langue pour montrer que le médicament s'est dissout. Le pharmacien lui donne alors un petit flacon rempli d'eau, pour qu'elle se rince la bouche. En sortant, Opale ironise en

m'expliquant que ces flacons servent aussi pour remplir les doses de méthadone. Elle nous dit également que l'eau permet d'enlever un peu le goût de citron que beaucoup d'usagers trouvent désagréable.

A cette époque, Opale est enthousiaste, sur le chemin du retour elle raconte avec détermination qu'elle a arrêté de consommer et n'a pas manqué un rendez-vous à la pharmacie. Elle explique même que ces rendez-vous quotidiens sont bénéfiques pour elle car ils lui donnent une certaine cadence qu'elle a plaisir à respecter, tant cette observance du traitement est un indice, selon elle, du succès de sa thérapie.

Le cadre légal québécois, contrairement au cadre français et suisse, ne permet pas la prescription de Subutex® pour soulager les symptômes de manque. Toutefois, depuis 2008, le Suboxone® est inscrit sur la liste des médicaments pour le traitement substitutif de la dépendance aux opioïdes, la buprénorphine y est associée à la naloxone qui a pour effet de provoquer des symptômes de sevrage si le médicament est pris par injection. Le Suboxone® permettrait ainsi, contrairement au Subutex®, de dissuader les usagers de détourner le médicament en se l'injectant[81]. L'expérience française et la grande proportion de personnes qui s'injectent le Subutex sont prises en exemple par les politiques publiques canadiennes, pour refuser l'introduction de ce médicament.

d) Le projet NAOMI (North American Opiate Medecine Initiative)

Des essais cliniques de prescription d'héroïne médicalisée ont également été expérimentés au Québec. Ce projet, baptisé Naomi (North American Opiate Medecine Initiative), a débuté à Vancouver et à Montréal en 2005. Hannah, 46 ans, nous raconte son expérience du programme québécois :

> *« Bref, je vais sur Naomi, je vais sur l'héroïne, et là, ça m'a sauvé la vie ! C'est ce que j't'ai expliqué : d'abord le manque, et puis là, tout le problème d'argent, de gérer, de se réveiller le matin, en panique : comment je vais pouvoir mettre un pied devant l'autre ? Et puis la criminalité, j'avais l'impression qu'on avait passé l'aspirateur dans ma tête, tu sors t'es complètement… ouf, tu marches dans la rue, puis oui, la tête est vide, puis là tu marches, puis là y a une affiche de cinéma, puis tu te surprends à dire :*

[81] Rp MATTICK, J KIMBER, C BREEN et M DAVOLI, « Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence », *in* THE COCHRANE COLLABORATION (dir.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Chichester, UK, John Wiley & Sons, Ltd, 2003, p.

Ah oui, j'aimerais aller voir ce film là, parce que c'est vide justement dans la tête, c'est libre, c'est fluide ! C'est waouh ! Plus de criminalité, plus de prostitution ! Plus rien. Puis au delà de ça, beh c'est ça : c'est des gens qui te reconnaissent… »

Plus loin, Hannah nous explique la procédure à l'entrée du dispositif Naomi :

« Benh d'abord sur la rue, c'est une grosse porte qui dit : « Bonjour, Naomi », tu sonnes, il y a une caméra, la dame, la réceptionniste te voit, t'es identifiée, t'ouvres la porte, des escaliers, autre grosse porte de béton, réouvres la porte, rentres, salle d'attente, avec la réceptionniste, super sympathique, et là…elle punch, là où on arrive et on doit attendre 15 minutes pour des raisons qui sont, j'imagine, intoxication, etc. etc. […] Moi, j'avais des problèmes extrêmes avec mes veines, c'est ce qui a empiré ma consommation[…] c'était sympathique, y avait une infirmière, elle venait m'aider […] Les seringues arrivent d'un pharmacien, identifiées avec notre nom, l'aiguille est pas dessus, la quantité, tout ça, ça arrive là, puis benh on nous donne, […] ils te mettent l'aiguille, on te met la seringue, un garrot, un élastique bleu, des tampons d'alcool, puis là, tu vas t'asseoir puis tu as 8, 7, ou 8 minutes à s'injecter. C'était très difficile parce que j'avais des difficultés […] Puis là, benh on a la possibilité quand on y arrive pas, ils changent l'aiguille, on a le choix entre l'aiguille sous-cutanée, ou intra-musculaire, puis là, benh on se l'injecte forcément, puis c'est ça. Puis là, ensuite, on retourne, pas dans la salle d'attente, dans une salle d'attente après si tu veux, et on doit rester une demi-heure, là, pour les overdoses, etc. Puis moi, je les prenais tout le temps, puis je débordais parce que j'aimais ça justement, être là »

Le protocole tel que le décrit Hannah ressemble à celui des salles de consommations suisses avec une attention portée sur la pratique de l'injection. Ce projet, malgré des évaluations positives, s'est terminé en 2008, sans être reconduit. Pourtant, les évaluations de ce programme se sont avérées positives en terme de diminution des consommations des personnes participant au programme, comme l'indique une évaluation menée par Brochu et al.[82]. Ainsi,

[82] Marc-André ALLY, Serge BROCHU et Étienne BLAIS, « Effet de l'implantation d'une clinique de prescription médicale d'héroïne sur l'environnement communautaire », *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique*, 2011, pp. 183–187. « Les résultats démontrent que l'ouverture de la clinique fut suivie d'une baisse significative des débris d'injection et des débris de rue. » Pour autant, les conclusions de cette étude montre que malgré des résultats positifs (en terme de diminution des consommations et de réduction des débris liées à l'injection de rue, l'accessibilité sociale et le sentiment de sécurité des citoyens restent faible.

Lors de notre enquête ethnographique à Montréal, alors que nous accompagnions Pauline, travailleuse de rue, pour le ramassage des seringues, nous avons assisté à de nombreuses discussions entre

entre avancées scientifiques, démêlés politiques et contestations citoyennes, l'histoire québécoise des politiques publiques en matière de drogues est loin d'être linéaire et donne à voir de nombreux revirements faisant craindre pour la pérennité des dispositifs de réduction des risques[83].

3. En France, l'entrée tardive dans la substitution : des enjeux conflictuels

a) Loi de 1970 : entre répression et soin

Différentes lois marquent l'histoire de la criminalisation des usages de drogues en France, de la première loi qui pénalise le commerce, l'usage et la possession de *« substances vénéneuses »*[84] datant de 1916, à loi du 31 décembre 1970 qui incrimine, quant à elle, l'usage privé, sans distinction entre les drogues douces et dures. La loi de 1970 « relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage de substances vénéneuses » est symbolique d'un tournant important dans la société française. Si ces années sont marquées par une certaine émancipation sexuelle des femmes, avec notamment l'autorisation de la contraception et de l'avortement, à contrario de ces avancées sociales libertaires, de nombreuses mesures vont dans le sens d'une limitation des libertés individuelles en faveur de la santé publique, de la sécurité, comme par exemple le port de la ceinture de « sécurité » rendu obligatoire en juillet 1973. L'Etat prône un ordre social et régule les pratiques des citoyens, ceux-ci ont acquis le droit à la santé, ce droit devient un devoir :

---

elle et les riverains au sujet de l'ouverture d'une salle de consommation. Les personnes qui allaient à sa rencontre apparaissaient favorable à l'ouverture d'un tel dispositif et témoignaient d'un lassitude à retrouver quotidiennement des seringues souillées dans leur ruelle.

[83] Octobre 2015 : Justin Trudeau est élu premier ministre du Canada et se dit favorable à l'ouverture des salles de consommation à moindre risque. *Justin Trudeau tells UBC students he wants supervised injection sites across Canada*, http://www.straight.com/blogra/404631/justin-trudeau-tells-ubc-students-he-wants-supervised-injection-sites-across-canada, consulté le 28 octobre 2015. Un projet d'ouverture de trois salles est porté par différentes associations à Montréal.

[84] La loi de 1916 incrimine l'usage en société de stupéfiant, elle vise spécifiquement l'opium perçu comme un risque à la fois sanitaire et patriotique et impose la fermeture des fumeries d'opium installées dans certaines villes portuaires. « En effet, dans plusieurs faits divers qui mettent en cause des officiers de la Royale, notamment une affaire d'espionnage, la dérive de ces militaires est présentée comme une conséquence de leur opiomanie. » Jean-Jacques YVOREL, « La loi du 12 juillet 1916: Première incrimination de la consommation de drogue », *Les Cahiers Dynamiques*, 2012, vol. 56, nº 3, pp. 128-133.

« le gouvernement de la vie mettant en œuvre la gestion collective de la santé comme bien public.[85] »

Toute atteinte à soi, notamment par l'usage de psychotropes, est condamnée et condamnable par l'ensemble du corps social. Dans ce contexte prohibitif, l'Etat sanctionne tout comportement proscrit mais aussi, dans un même mouvement, responsabilise l'individu face à ses actes. Le conseiller à la cour d'appel de Paris, Paul-Julien Doll justifie ainsi cette atteinte aux libertés individuelles :

« A une époque où le droit à la santé et aux soins est progressivement reconnu à l'individu - en particulier par la généralisation de la sécurité sociale et l'action sociale -, il paraît normal, en contrepartie, que la Société puisse lui imposer certaines limites à l'utilisation que chacun peut faire de son propre corps, surtout lorsqu'il s'agit d'interdire l'usage de substances dont les spécialistes dénoncent unanimement la nocivité.[86] »

La loi de 1970, tout en gardant une lignée prohibitionniste, prévoit la mise en place de mesures sanitaires de lutte contre les toxicomanies. Ces objectifs procèdent de deux logiques qui peuvent sembler antagonistes, la prohibition et le soin. Cette politique bicéphale et les logiques répressives, sont jugées par Kokoreff comme inégalitaires et discriminantes. Cette loi cache ce qu'il dénonce comme une « grande hypocrisie ». En effet, la loi de 1970 concerne également le cannabis or cette législation, face à la massification de l'usage de cannabis, est entourée, selon l'auteur, d'une triple hypocrisie :

« *Hypocrisie pénale*, la répression touchant largement les jeunes des quartiers pauvres alors que la consommation s'est diffusée dans tous les milieux sociaux ; *hypocrisie sociale*, dans la mesure où la répression se fonde sur une conception de l'usage considéré comme pathologie individuelle alors qu'il s'agit d'un phénomène de masse ; *hypocrisie sanitaire*, enfin, au regard de la classification modifiée de la dangerosité des drogues et du taux de mortalité lié à la consommation de tabac et d'alcool.[87] »

---

[85] Didier FASSIN, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie », *op. cit.*, p. 100.

[86] Julien Doll cité par Christophe BACONNIER, *Réformer la loi de 1970, swaps N°13*, http://www.pistes.fr/swaps/13_105.htm, consulté le 14 août 2014.

[87] Michel KOKOREFF, *La drogue est-elle un problème ?: usages, trafics et politiques publiques*, Paris, Ed. Payot & Rivages, 2010, p. 221.

De nombreux conflits idéologiques opposent les partisans du tout-répressif, qui désirent punir les usagers de drogues afin de les dissuader de consommer, et les militants favorables à la légalisation des drogues, car la répression menée depuis trois décennies n'a pas permis d'améliorer la situation, voire l'a aggravée[88]. Des réponses plurielles commencent à émerger pour faire face au caractère polymorphe des usages de drogues. Une orientation politique uniquement répressive n'est pas envisageable et d'autres solutions vont voir le jour dès 1970. La politique française en matière de drogues reste, à l'heure actuelle, vacillante sur le balancier entre le sanitaire et le répressif.

b) Marmottan et le courant psychanalytique français

De nombreuses structures de soin, notamment au sein d'hôpitaux psychiatriques, ouvrent leur porte, dans les années 1970 afin de répondre à une demande accrue de places pour les usagers de drogues. Le docteur psychanalyste Olievenstein [89] explique que les psychiatres travaillant dans les hôpitaux psychiatriques de l'époque se sentent alors dépassés par ces nouveaux venus qui ne répondent pas aux critères habituels de leur patientèle, notamment à cause de leur connaissance des traitements médicamenteux et de leurs exigences. De nouveaux centres spécialisés en toxicomanie ouvrent leurs portes dans les années 1970, dont un des plus connus et des plus documentés : l'hôpital Marmottan, ouvert en 1971 par Olievenstein. Celui-ci devient, à cette époque, une figure emblématique de la prise en charge des usagers de drogues en France.

Concomitante de l'émergence de la psychanalyse [90] et du mouvement antipsychiatrique, l'histoire de la prise en charge des usagers de drogues s'est constituée autour d'une volonté forte d'encourager le dialogue entre soignants et soignés. Les premiers jeunes à franchir les portes de l'hôpital Marmottan sont de jeunes contestataires aux cheveux longs et qui veulent changer le monde, relatent

[88] En conséquence de la loi de 1970, insérée au Code de la Santé publique, ministères de la Justice et de la Santé vont alors travailler en partenariat dans la lutte contre la drogue et la toxicomanie, jusqu'à la création en 1982, de la MPLT , rebaptisée MILT qui fusionne avec la DGLD pour devenir la DGLT et enfin la MILDT en 1996 (depuis 2014 MILDCA). Selon Bergeron : « Cette succession d'appellations illustre la difficulté qu'éprouvera cet organe interministériel, à trouver sa place entre les différentes administrations dont il est censé coordonner l'action. » Henri BERGERON, *L'État et la toxicomanie: histoire d'une singularité française*, Paris, France, Presses universitaires de France, 1999.

[89] Claude OLIEVENSTEIN, *Il n'y a pas de drogués heureux*, Paris, R. Laffont : Opera mundi, 1976.

[90] Henri BERGERON, *L'État et la toxicomanie*, *op. cit*.

Guerrieri et Pinell au sujet des premiers temps à Marmottan. Les intervenants, eux-mêmes inspirés par les courants réformateurs et antipsychiatriques, issus, pour certains, des mêmes milieux sociaux que leurs patients, partagent parfois leurs idéaux et leur démarche contestataire. Dans les années 1970, la drogue s'inscrivait dans une contre-culture portée par une frange de la jeunesse à laquelle certains intervenants pouvaient adhérer[91]. Pourtant dix ans plus tard, une nouvelle population, plus nombreuse, vient transformer le rapport entretenu entre les soignants et les usagers de drogues, comme l'exprime Olievenstein :

> « Mais cette complicité-là n'avait plus cours. Une partie de mon équipe avait refusé cette évidence, d'où son désarroi : là où elle attendait des bourgeois à cheveux longs, des vétérans déçus de Mai 68, fortement idéologisés, elle voyait débouler des prolos ou des fils d'immigrés qui verbalisent à peine ; et quand ils le faisaient, c'était pour se moquer de nous et de nos convictions.[92] »

La fin des années 1980 est marquée par une apparition massive de l'héroïne en France et la précarisation des usagers soumis à un fort climat d'incertitude. L'investigation psychanalytique de l'inconscient et la temporalité de la psychanalyse entrent en décalage avec l'immédiateté des méfaits des usages sur le corps et la rudesse de leur quotidienneté. Longtemps, les structures de prise en charge n'ont considéré qu'un seul objectif à la thérapie : l'abstinence, quand bien même les usagers viendraient consulter pour d'autres maux (état de santé dégradé, situation sociale, etc.). Les soignants se retrouvent déroutés face à des pratiques et une patientèle nouvelle. La toxicomanie est constituée comme pathologie sociale.

> « Ce qui était intolérable pour ces intervenants, porteurs d'un idéal libertaire, était dans la nature même de la dépendance aux produits ; cet idéal libertaire s'est trouvé paradoxalement (compte tenu de la fascination du départ) à l'origine d'une extrême intolérance à l'égard des drogues ; l'abstinence est devenue le seul objectif des prises en charge.[93] »

La dépendance était considérée comme une aliénation du sujet dont la parole ne pouvait pas être prise en compte car il était entendu que la personne

---

[91] Riccardo GUERRIERI et Patrice PINELL, « Expériences des drogués et positions institutionnelles : le cas de l'hôpital Marmottan », *Sciences sociales et santé*, 1984, vol. 2, n° 3, pp. 39-65.

[92] Claude OLIEVENSTEIN, *Il n'y a pas de drogués heureux*, *op. cit.*, p. 167.

[93] Serge HEFEZ, « Toxicomanie : la fin des libertaires », *Libération*, 25 juillet 1994.

dépendante était dans une forme de déni. De l'individu libre, cherchant à s'extraire de la domination sociétale par la recherche de paradis artificiels et la constitution d'un marché aux marges de l'économie formelle, le sujet dépendant devenait un être assujetti à une substance et au monde coercitif de la drogue. La forte tradition psychanalytique fait front contre les nouvelles approches thérapeutiques, inspirées des Pays-Bas et de la Suisse. En 1997, Olievenstein est un des plus farouches opposants à l'introduction de la méthadone en France :

> « Nos sociétés ont trouvé un moyen peu coûteux de contenir et contrôler des toxicomanes, placés sous camisole chimique, traités en malades chroniques plutôt qu'en "messagers" en manque de solidarité.[94] »

Selon lui, les traitements, dérivés d'opiacés, endorment la souffrance que la personne cherchait à oublier avec l'héroïne ; il ne faut donc pas soulager cette douleur mais au contraire essayer de la comprendre pour en saisir la cause. Selon Bergeron, dans les structures françaises, à tendance psychanalytique, les psychiatres ont longtemps refusé de prendre en compte la réalité objective du corps, comme une information pertinente pour comprendre le fonctionnement de l'inconscient :

> « La séparation du symbolique et du réel qu'institue la psychanalyse dans la clinique du toxicomane suppose la non intervention des thérapeutes dans les domaines sociaux et somatiques.[95] »

Il faut attendre la fin des années 1990 pour que le corps reprenne sa place dans le soin des usagers de drogue[96]. Pour Castel, les nouvelles techniques psychologiques, en général importées des Etats-Unis reposent sur :

> « la conception d'une énergie bio-physique qui lie indissociablement le registre psychique inconscient et le registre corporel.[97] »

Elles se sont ainsi constituées non pas indépendamment de la psychanalyse mais par rapport à elle, tout en mettant l'accent sur le travail du corps. Une théorie très tenace et largement publiée dans les années 1970 consiste à analyser la prise

---

[94] Claude OLIEVENSTEIN, « Dans le piège du contrôle social : le toxicomane domestiqué », *Le Monde diplomatique*, 11/1997 p.

[95] Henri BERGERON, *L'État et la toxicomanie*, *op. cit.*, p. 263.

[96] Henri BERGERON, *L'État et la toxicomanie: histoire d'une singularité française*, Paris, France, Presses universitaires de France, 1999, p.263.

[97] Robert CASTEL, *La gestion des risques*, *op. cit.*, p. 165.

de drogues comme appétence ordalique, ou jeu avec la mort. « Ces théories, en dehors des conditions qui leur ont donné naissance, fonctionnent comme des idéologies »[98] explique le psychiatre Docteur Hefez, à tel point que le concept d'ordalie a longtemps occulté le fait que les usagers de drogues pouvaient aussi prendre soin d'eux et éviter de prendre des risques concernant leur santé.

Pour David Le Breton, qui développe une approche anthropologique de l'ordalie, le recours aux drogues, dans certaines situations, apparaît plutôt comme une technique de survie :

> « L'héroïne est le balancier qui autorise la poursuite de la vie, la dose infime de mort qui permet de triompher de la mort réelle dans un jeu ordalique où il s'agit d'arracher journellement une certitude d'être légitimement au monde. Ce rapport ambigu au produit qui donne simultanément vie et menace de mort étaye paradoxalement une existence sur le fil du rasoir.[99] »

Ce point de vue anthropologique permet de dépathologiser ces conduites socialement dévalorisées et n'est pas en inadéquation avec les mesures de réduction des risques. Au contraire, l'intervention du hasard comme part inhérente de l'ordalie, reste relative aux processus de contrôle qu'exerce la personne, grâce aux compétences acquises au cours de ses expériences. Néanmoins, cette conception de l'usage d'héroïne comme jeu avec la mort et rituel ordalique n'apparaît pertinente que pour une part des personnes qui en consomment et non l'ensemble des usagers.

c) L'appel du 9 septembre 1992 et la constitution du collectif « Limiter la Casse »

Le 9 septembre 1992, un groupe de médecins publie dans *Le Monde* un appel intitulé « Le repère du toxicomane » afin de militer pour l'introduction de la méthadone et de la Buprénorphine en France. Dans cet appel à la mobilisation des généralistes français, les médecins insistent sur l'immédiateté de la demande des toxicomanes et sur la nécessité de reconnaître leur souffrance pour leur apporter une aide.

---

[98] Serge HEFEZ, « Toxicomanie : la fin des libertaires », *op. cit.*

[99] David LE BRETON, *La sociologie du risque*, Paris, France, Presses universitaires de france, 1995, p. 103.

> « Le cabinet médical devient dès lors un repère dans un parcours, le plus souvent chaotique, lorsque le médecin a su sceller une alliance qui n'est pas une complicité.[100] »

Cet appel pour ouvrir les cabinets médicaux qui soient des « repères » peut être également entendu comme le désir de procurer aux personnes un « repaire », soit un lieu sécurisant et à l'abri des dangers extérieurs (contrôles policiers, violence de la rue). Face aux réticences quant à la médicalisation de la toxicomanie, mais aussi à cause de l'ambiguïté de la place laissée aux médecins depuis la loi de 1970, qui fait d'eux des auxiliaires de justice, ils expliquent :

> « Il est sans doute bon de rappeler ici la place du médecin : il n'est ni juge ni policier, il n'est pas là pour chercher la vérité mais pour aider des gens à trouver leur vérité.[101] »

Venant ancrer les antagonismes, un autre collectif de médecins ne tarde pas à répondre. Ils titrent leur article : « Toxicomanie : les médecins, docteurs ou fournisseurs ? ». Opposés à la substitution, ils clament :

> « Prescrire des opiacés à un toxicomane, ce n'est pas l'écouter, ce n'est même pas entendre son symptôme, mais c'est le conforter dans la toute puissance du produit puisque ce dernier parvient, par exemple, à transformer le médecin en dealer légal. [102] »

Le refus de la substitution en France est aussi un refus du discours et des pratiques faisant du toxicomane un malade. Mais le Sida va rapidement changer la donne. Il a fallu cependant attendre de nombreuses années, et de nombreux morts pour qu'un changement de politique s'annonce. Un usage, dit compassionnel, pour les personnes dépendantes en phase terminale du Sida, était alors souvent refusé, comme le relate Coppel, et certains sidéens préféraient fuir les hôpitaux où ils savaient qu'ils souffriraient du manque, le sevrage y étant considéré comme l'unique traitement possible[103]. Le retard français par rapport à ses pays voisins (Suisse et Pays-Bas) est longtemps décrié par les partisans de la substitution.

---

[100] Anne COPPEL, Aimé CHARLES-NICOLAS, Alain BEAUPIN, Clarisse BOISSEAU, Jean CARPENTIER et Didier TOUZEAU, « Le repère du toxicomane », *Le Monde*, 09/09/1992 p.

[101] *Ibid*.

[102] Alain MOREL, Michel HAUTEFEUILLE, Philippe BINDER et Jacques AFCHAIN, « Toxicomanie : les médecins, docteurs ou fournisseurs ? », *Le Monde*, 23/09/1992 p.

[103] Anne COPPEL, « Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France », *op. cit*.

En 1993, un collectif de militants d'autosuppport, de militants de la lutte contre le Sida et d'acteurs de la santé et d'associations humanitaires est créé sous le nom de « Limiter la casse ». Une réponse urgente est attendue, le retard pris par la France dans le soin des usagers de drogues n'est plus acceptable pour ces différentes personnes militantes qui lancent un appel le 19 octobre 1993, celui-ci commençait par :

> « Des toxicomanes meurent chaque jour du Sida, d'hépatite, de septicémie, par suicide ou par overdose. Ces morts peuvent être évitées, c'est ce qu'on appelle la réduction des risques…[104] »

Cet appel reçoit de nombreuses signatures de spécialistes, le dialogue est ouvert mais le compromis n'est pas encore trouvé. Les détracteurs des traitements de substitution défendent la préservation de la gratuité et de l'anonymat des soins afin d'éviter tout contrôle social. La prescription du traitement remettrait en question cette conception du soin, du fait de la nécessité de prescription nominative, car remboursée par la sécurité sociale. Pour Coppel, militante pour le droit à la santé des usagers de drogues, cette raison n'est pas suffisante pour interdire la substitution.

> « [les spécialistes français] n'ont pas pris garde que ce toxicomane dont ils défendaient si jalousement la liberté était en prison.[105] »

d) Le Subutex® comme spécificité française

Après des années de débats virulents, en avril 1995, la méthadone, expérimentée de manière encore assez confidentielle dans différents centres, reçoit son autorisation de mise sur le marché (AMM)[106], elle peut être prescrite par des médecins habilités et s'impose alors comme le traitement de la dernière chance, pour des personnes qui auraient vu échouer toutes leurs tentatives d'arrêt.

---

[104] Anne COPPEL, *Peut-on civiliser les drogues ?: de la guerre à la drogue à la réduction des risques*, Paris, France, La Découverte, 2002.

[105] *Ibid*.

[106] Le principe de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) vise à garantir les malades contre l'utilisation de médicaments qui ne répondraient pas à des critères suffisants d'efficacité thérapeutique, de sécurité d'emploi et de qualité de fabrication. Patrick LE COURTOIS, *L'AMM et les mises à disposition précoces des médicaments*, http://www.arcat-sante.org/essais/annexes/amm.html, consulté le 4 août 2014.

En février 1996, le Subutex® reçoit à son tour son AMM. Certains médecins généralistes, pour répondre à une demande croissante de personnes dépendantes aux opiacés, expérimentent déjà la buprénorphine, sous la forme du Temgésic®. Ce médicament, d'abord mis sur le marché pour ses propriétés antalgiques, s'avère encore trop faiblement dosé pour les patients en manque qui n'arrivent que difficilement à stabiliser leur traitement, ainsi que le raconte Jean, 50ans, qui après avoir expérimenté le Temgésic, se fera prescrire du Subutex ; il est aujourd'hui en traitement méthadone :

> *« Au début c'était…avant le Subutex…donc on m'avait prescrit des Temgésic, pour les cancéreux…mais il fallait que j'en bouffe 30 pour sentir quelque chose, bon même eux ils le savaient, ils savaient qu'avec un ou deux, ça suffit pas ! »*

Le développement des prescriptions de Subutex® est très rapide, il est aujourd'hui le plus largement prescrit et il concerne plus de huit usagers de TSO sur dix. L' « effet plafond » du traitement, c'est-à-dire l'absence d'accoutumance au produit nécessitant d'augmenter les doses, ainsi que le faible risque d'overdose, font du Subutex®, un médicament perçu comme sans risque. Le Subutex®, contrairement à la méthadone, bénéficie de modalités de prescription très souples, celle-ci pouvant être réalisée par tout médecin généraliste. Eric Farges, dans son mémoire de sciences politiques, étudie, à travers une étude comparative entre la France et l'Italie, « la transition des politiques publiques en matière de toxicomanie au modèle de la réduction des risques » ainsi que les modalités de prescription des TSO, distinctes selon les dispositifs nationaux. S'appuyant sur une enquête réalisée à la demande de Bernard Kouchner Ministre Délégué à la Santé, il analyse le succès du Subutex comme spécificité française, selon différents facteurs. Tout d'abord, la souplesse de prescription du Subutex le dote d'une symbolique différente de la méthadone qui est, elle, « assimilée à une image de lourdeur institutionnelle[107] ». Il note par ailleurs que la buprénorphine est diffusée par le groupe pharmaceutique Shering-Plough dont la puissance de marketing va supplanter la promotion de la méthadone :

> « Le laboratoire *Shering Plough* est devenu un acteur économique puissant dont dépendent de plus en plus d'initiatives dans tous les domaines des

[107] Eric FARGES, *Les Etats face aux Drogues*, http://www.memoireonline.com/12/05/11/m_les-etats-face-aux-drogues54.html, consulté le 21 avril 2015.

toxicomanies (recherches, formations, revues, colloques, actions d'insertion, et même toutes les études évaluatives nationales sur le Subutex®, etc.).[108] »

Parce qu'il est introduit dans un contexte d'urgence, les risques de ce produit semblent avoir été mésestimés, rapporte notamment France Lert dans un travail d'expertise sur «l'évaluation de la mise à disposition du Subutex pour la prise en charge des usagers de drogues », réalisé sous l'égide de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)[109]. De nombreux usagers s'injectent le produit, pratique particulièrement à risque car provoquant un gonflement des mains, d'autres l'utilisent accompagné d'autres produits psychoactifs, tels que les benzodiazépines mais aussi l'alcool. Apparaissent également des usages hors prescription de Subutex par des personnes non dépendantes aux opiacés. Face à l'augmentation de ces détournements de l'usage prescrit, la MILDT[110] et son président Didier Jayle réclament le classement du traitement comme stupéfiant :

> « La proposition de l'inscrire [le Subutex] au tableau des stupéfiants [...] permettrait de mieux lutter contre le mésusage et le trafic de rue de ce médicament (20 % à 25 % du Subutex est sniffé ou injecté par les usagers et 4 % à 5 % trafiqué).[111] »

Finalement, ce projet est avorté mais un contrôle accru de la diffusion du Subutex est mis en place par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie en 2005, comme les chiffres dévoilés par le journal *Le Monde* en témoignent :

> « En 2005, 9 800 patients soupçonnés de consommer trop de Subutex ont ainsi été contrôlés : 6 200 ont signé un protocole s'engageant à mieux respecter leurs prescriptions, 114 plaintes pénales ont été déposées et des centaines de déremboursements ont été prononcés.[112] »

---

[108] *Ibid*.

[109] Bernard BEGAUD, Rebecca FUHRER, Roger HENRION, Martine LALANDE, Danielle LEDIT, France LERT, Anne LOVELL, Yolande OBADIA, Philippe PARQUET et Alain PUECH, « Evaluer la mise à disposition du Subutex pour la prise en charge des usagers de drogue: synthèse rapide de la littérature et des données disponibles et propositions pour un programme de recherche », *rapport INSERM*, 1998.

[110] MILDT : mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies, aujourd'hui MILDECA : mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

[111] *Le Subutex ne devrait pas être classé comme stupéfiant*, http://www.lemonde.fr/societe/article/2006/07/14/le-subutex-ne-devrait-pas-etre-classe-comme-stupefiant_795541_3224.html, consulté le 4 août 2014.

[112] *Ibid*.

Un fort contrôle est également exercé sur le corps médical et sur les prescripteurs de Subutex. Ainsi une affaire éclate en novembre 2015, avec le procès du docteur Furlan qui exerce en Lorraine, celui-ci est jugé pour avoir sur-prescrit du Subutex et s'être constitué une clientèle autour de ce médicament dans un but mercantile. Le médecin se défend en expliquant avoir répondu aux besoins d'une patientèle particulièrement précaire[113]. Cette affaire révèle l'isolement de certains praticiens exerçant en médecine générale, qui contrairement aux centres spécialisés ne bénéficient pas de l'entraide portée par le travail d'équipe face à une patientèle aux problématiques complexes, mais elle souligne également le climat de suspicion pesant sur la prescription de TSO.

e) TSO : au croisement entre savoirs médicaux et savoirs expérientiels

L'introduction des TSO s'inscrit dans un changement de regard porté sur les drogues qu'il s'agit de regarder à différentes échelles. En 1999, la MILDT édite le livret *Drogues : savoir plus, risquer moins*[114]. En parallèle de ces initiatives institutionnelles, des associations d'usagers de drogues se créent, telles que l'association d'autosupport « Technoplus ». Cette association fournit de nombreux prospectus, écrits par des usagers et avec un vocabulaire accessible au public concerné. Ces *flyers*, très appréciés du public, font référence dans le milieu des raves parties, où la consommation de drogues reste prégnante[115]. La mise en place

[113] *Subutex : proscrit sur ordonnances*, http://www.liberation.fr/france/2015/11/29/subutex-proscrit-sur-ordonnances_1417044, consulté le 30 novembre 2015.

[114] Aussi édité au Québec depuis 2001 par le Centre québécois de lutte aux dépendances (CQLD) Centre québécois de lutte aux dépendances CQLD, *Drogues savoir plus, Risquer moins*, http://www.cqld.ca/livre/fr/qc/index2.htm, consulté le 31 juillet 2014. En France, ce livret marque un tournant dans la prise en charge car il introduit une réflexion nouvelle sur les drogues distinguant usages récréatifs et dépendance, s'inspirant du rapport Roques, sur la dangerosité des drogues. Ce livret va permettre, selon Coppel, de « donner les moyens d'un dialogue avec ceux qui consomment des drogues » (Anne COPPEL, *Peut-on civiliser les drogues ?*, *op. cit.*). Le préambule de ce fascicule, qui reprend les constats anthropologiques sur les drogues, se veut pragmatique : « Il n'y a pas de société sans drogue, il n'y en a jamais eu. Il n'y a pas non plus de solution miracle au problème des drogues, ni en France, ni dans aucun autre pays. En revanche, il existe des réponses efficaces afin d'éviter les consommations dangereuses et de réduire les risques lorsqu'il y a usage. » (Nicole MAESTRACCI et MILDT, *Drogues, savoir plus risquer moins: livret de connaissances*, Vanves, France, Comité français d'éducation pour la santé, 1999.)

[115] Les discours préventifs, tels qu'ils apparaissent dans ces flyers, sont en infraction avec la loi de 1970, dont une des dispositions pénalise la « présentation sous un jour favorable » de l'effet des drogues. Cette disposition sera longtemps un frein à la diffusion de l'information et de la prévention. En 2005, le président de « Technoplus » Jean-Marc Priez est poursuivi, à la suite de la découverte par des gendarmes d'un flyer décrivant le sniff à moindre risque, raconte Didier Jayle lors d'un colloque transfrontalier sur les addictions, organisé par Action Sida Ville, le 05/06/2014, à Strasbourg. Jayle témoignera, en tant que président de la Mildt, à décharge dans ce dossier judiciaire. Aujourd'hui sur leur

d'interventions sur le terrain par des acteurs qui ont eux-mêmes fait l'expérience de la drogue se confronte à une approche médicale de la dépendance. Ligne de fuite de nombreux travaux sur les drogues, la question de l'expertise que les usagers de drogues peuvent apporter sur le soin de la dépendance nous paraît aujourd'hui essentielle. Le cœur de notre travail de recherche porte sur les TSO : médicaments sous ordonnance, prescrits selon des protocoles précis et donc objet formellement médical. Or, la réappropriation par les usagers de ces produits et le sens qu'ils peuvent leur accorder, en puisant dans leur propre univers de référence pour en redéfinir les contours, nous permet de reconsidérer la relation de soin sous l'angle des stratégies d'appropriation et de résistances. Ces productions de sens de la part des patients sont analysées dans cette thèse comme le développement de savoirs d'expérience.

L'histoire des politiques de santé en matière de drogue, en France, révèle un fort antagonisme entre les partisans du tout-abstinence et de la réduction des risques. Les différentes positions ayant émergé lors des débats autour de l'introduction des traitements de substitution se sont cristallisées, face à l'impasse dans laquelle se trouvaient des acteurs, en incapacité de trouver un véritable compromis. Dans ce contexte, la substitution et la réduction des risques se sont imposées dans leur versant le plus médical.

Aujourd'hui, la politique de réduction des risques et l'introduction des traitements de substitution ont radicalement changé les modalités de prise en charge, ce qui a permis, dans une certaine mesure, de redonner une place et une crédibilité aux discours des usagers. En effet, par rapport aux critiques d'Olievenstein qui soulignait la menace d'une « camisole chimique » pour les usagers substitués, on constate aujourd'hui que les traitements de substitution sont pour beaucoup d'usagers un efficace soulagement des contraintes dues à la dépendance, sans pour autant avoir d'effets secondaires trop envahissants. Néanmoins, un revirement est observable ces dernières années dans le discours du groupe d'autosupport ASUD. S'ils ont largement défendu l'introduction des

---

site internet, l'association tire un constat positif de cette affaire : « Ce procès a permis à Techno+ de réaffirmer la légitimité de son action. Il a permis à Techno+ d'être reconnu une deuxième fois (après avoir été financée par le ministère de la santé) comme une association utile à sa communauté. » TECHNO+, *Historique*, http://www.technoplus.org/t,1/1069/historique?PHPSESSID=9d2ee07f0a3cb99a794eca20ea87453e, consulté le 17 août 2014.

traitements de substitution en France, puis l'accès à des dosages suffisants pour aider les personnes, aujourd'hui la question de la sortie de la substitution devient un enjeu majeur de discussion[116]. De nombreux patients se plaignent en effet que leur médecin ne les accompagne par vers l'arrêt de la substitution. Les médecins, quant à eux, voient les risques de rechute si la personne cesse voire même diminue son traitement.

IV. Conclusion du quatrième chapitre : Les TSO, entre enjeux sociaux et sanitaires

Dans cette partie, nous avons analysé comment, dans les trois pays considérés, les modalités de prise en charge ont pu varier dans le temps. L'introduction des TSO représente un passage vers une véritable forme de « sanitarisation » de l'usage de drogues. Une mise en priorité des questions de santé sur les problèmes sociaux guide l'orientation des politiques publiques que Fassin désigne par la notion de « bio-légitimité, [définie comme] priorité donnée au vivant dans le gouvernement des affaires humaines [117] ». Les différentes politiques publiques en matière de drogues témoignent de l'imbrication du modèle sanitaire et du modèle répressif. Les années 1980 et 1990, marquées par une massification de l'usage des drogues et par l'épidémie du Sida sont un tournant dans la prise en charge des usagers de drogues[118]. L'introduction des traitements de substitution, qui s'inscrivent alors dans ce contexte d'urgence, bouleverse l'offre thérapeutique, ainsi que, d'une certaine manière, le regard porté sur les drogues.

[116] Fabrice OLIVET, président d'ASUD, fin décembre 2015, signait un article dans *Libération* au titre sévère : *Substitution aux opiacés : vingt ans d'hypocrisie*, http://www.liberation.fr/france/2015/12/27/substitution-aux-opiaces-vingt-ans-d-hypocrisie_1423123, consulté le 15 janvier 2016. Derrière ce titre, Olivet dénonce le « décalage énorme entre les succès de la substitution et la méfiance qu'elle suscite toujours chez les professionnels de santé et dans la société en général ».

[117] Didier FASSIN, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie », *op. cit.*, p. 105.

[118] Dans une étude comparative (France, Allemagne, Grande-Bretagne, Italie), Steffen analyse les différents modèles nationaux d'adaptation aux défis posés par l'épidémie du Sida et notamment le retard français dans la reconnaissance du Sida. Ce retard est dû à une difficulté à résoudre la contradiction entre le modèle de soin jusque là envisagé, et soutenu par un consensus politique autour de l'abstinence et les modèles de réduction des risques sanitaires. In Monika STEFFEN, « Les modèles nationaux d'adaptation aux défis d'une épidémie : France, Grande-Bretagne, Allemagne, Italie », *Revue française de sociologie*, 2000, vol. 41, n° 1, pp. 5-36. A travers cette étude comparative, l'auteure démontre que « les politiques sociales européennes progressent vers une convergence des objectifs et des modes d'approches sans passer par une harmonisation des politiques nationales. » (p.33)

> « Les réponses aux problèmes posés par le Sida [notamment chez les personnes injectrices de drogues] dépendent du système politique et de la société civile. Le premier détermine la formation du consensus politique et la coordination entre les politiques gouvernementales. La seconde conditionne l'acceptabilité sociale des mesures proposées et influence la stratégie des bénéficiaires.[119] »

Ces changements sont concomitants avec des transformations dans les modalités de consommation. Dans les années 1990, les drogues sont un objet de consommation mais apparaissent également comme « des tentatives de survie[120] ». Dans ce contexte de transformation sociale post-industrielle, la drogue est devenue aussi un moyen de faire de l'argent. Dans certains quartiers populaires où l'insertion par le travail est rendue très faible, avec un taux de chômage important, notamment chez les jeunes, les trafics de drogues se sont organisés. Les chances de réussite financière grâce au trafic de stupéfiants sont idéalisées, par rapport au risque de dépendance liée à la consommation. Le risque majoritairement craint par les revendeurs étant la répression et la condamnation.

Le monde de la drogue, aux marges du social - avec ses codes de socialisation et son économie de marché - et le monde du soin se trouvent imbriqués du fait de la prise en charge sanitaire des usagers. Aujourd'hui, le TSO se trouve aux interstices de ces différents mondes. Très concrètement, les politiques en matière de drogues s'inscrivent à la fois dans un registre répressif et sanitaire.

Pour comprendre la trajectoire biographique des usagers de TSO, il est donc nécessaire d'analyser leurs interactions avec le système judiciaire et parfois leurs expériences carcérales, tant celles-ci apparaissent très présentes dans leur récit.

Il est aussi pertinent, d'un point de vue heuristique, de s'intéresser aux conceptions plurielles élaborées sur les drogues à travers les discours intentionnels ainsi que les discours des usagers eux-mêmes. Les médicaments (la buprénorphine ou la méthadone) sont des substances dont la propriété est de combler le manque lié au sevrage d'héroïne, ces médicaments prennent du sens dans un dispositif spécifique qui en définit le cadre épistémique mais sont également associés à la conception que les personnes se font des drogues et des effets qu'ils en attendent.

---

[119] *Ibid.*, p. 15.
[120] Philippe BOURGOIS, *En quête de respect: le crack à New York*, Paris, Seuil, 2013.

Chapitre V. LES USAGES DE DROGUES COMME EXPERIENCES DE L'ILLEGALITE

Les usages de TSO font partie du volet sanitaire des politiques publiques en matière de drogues. Le volet répressif ne doit pas être mésestimé pour comprendre la trajectoire biographique des personnes rencontrées, tant l'expérience de la délinquance et des sanctions relatives sont importantes dans leur récit. L'expérience du soin s'entremêle avec celle de la justice et de la police.

I. La criminalisation des drogues comme enjeu politique

Un rapide historique de la criminalisation des drogues est nécessaire pour mieux saisir l'expérience des usagers de TSO, tant leur parcours de consommateurs de produits stupéfiants est marqué par la forte répression dont ils sont l'objet. Il est important de voir à quel point la régulation des usages de drogues relève avant tout d'un problème politique et non uniquement d'un problème sanitaire ou social. La définition de la question des drogues comme « fléau » public, ou encore « grande cause nationale » relève d'un choix politique. Une approche historique des drogues met en perspective la prohibition et notamment le fait que la condamnation de l'usage de psychotropes est toute relative, selon les lieux et les époques. Elle s'inscrit, en effet, dans un contexte historique, mais aussi culturel : ainsi, traditionnellement, dans certains pays musulmans, boire de l'alcool est proscrit, tandis que fumer du cannabis ne l'est pas or c'est l'inverse en Occident. Cette condamnation ne semble d'ailleurs pas liée au degré de dangerosité des produits, comme en témoigne le nombre de décès dus à l'alcool, par exemple[1]. Chast décrit la relativité culturelle quant à l'usage d'héroïne :

[1] Bernard ROQUES et Bernard KOUCHNER, *La dangerosité des drogues: rapport au Secrétaire d'Etat à la santé*, Paris, France, O. Jacob : La documentation française, 1998.

« Au XVIII° siècle, [...] en Occident la "dérive d'usage" [d'opium] n'était pas cataloguée comme une forme de délinquance. La magnification de l'emploi de l'opium fut en partie suscitée par Thomas De Quincey qui publia, en 1821, un curieux essai intitulé *Les Confessions d'un mangeur d'opium anglais.*[2] »

Dans leur ouvrage *Le dragon domestique*[3], Coppel et Bachmann proposent une lecture de l'histoire des drogues dans le monde. Dans cet ouvrage, ils expliquent ainsi que si les drogues ont toujours existé, le regard sur la consommation de drogues, hors cadre thérapeutique, s'est déplacé. L'histoire des drogues est ainsi fortement corrélée avec les avancées de la pharmacopée et les détournements des produits qui en sont issus. De la promotion à la répression, l'Occident ne cesse d'entretenir un rapport ambigu avec les drogues. La recherche d'une panacée est une quête sans relâche, mais l'apparition des dommages liés à la « toxicomanie » a donné lieu à la mise en place d'une régulation sanitaire par la médecine et la pharmacie : la dépendance devient alors pathologie. Puis, l'usage devenu déviance fait l'objet d'une répression policière et juridique, les usagers considérés comme déviants sont alors criminalisés. Pour Dudouet, la répression s'est établie en creux par la définition des usages légitimes, dont la première inscription dans le droit international date de la convention de La Haye en 1912 :

« La Convention de La Haye reconnaissait comme norme universelle le monopole des médecins et des pharmaciens sur la distribution au détail des drogues.[4] »

La prohibition des drogues prend un tournant significatif en 1971, lorsque Richard Nixon déclare la guerre à la drogue : *The War on Drugs*. Elu depuis 1969, en pleine guerre du Vietnam, le Président américain propose un plan de sortie de

---

[2] François CHAST, *Histoire contemporaine des médicaments*, *op. cit.*, p. 37.

[3] Réédité au Seuil : Christian BACHMANN et Anne COPPEL, *La drogue dans le monde*, *op. cit.*

[4] François-Xavier DUDOUET, « De la régulation à la répression des drogues. Une politique publique internationale », *Cahiers de la sécurité intérieure*, 2003, n° 52, p. 96. Depuis, c'est une approche globale qui est prônée par l'organe international de contrôle des stupéfiants, sans que pourtant, selon Dudouet, « l'existence d'une organisation mondiale du trafic de drogues ne repose sur aucune constatation sérieuse » (p.90). L'harmonisation des politiques publiques internationales en matière de drogues permet une organisation sur le plan mondial de l'offre licite, tandis que l'offre illicite reste caractérisée par son hétérogénéité. Dudouet va plus loin : « Parmi les Etats dominant l'offre mondiale des drogues, viennent en tête les Etats-Unis, le Royaume-Uni et la France. Ces trois pays concentrent, entre 1969 et 1999, 52% de la fabrication mondiale de morphine, le taux passant de 38% en 1969 à 67 % en 1999. Mais ces pays sont aussi ceux qui sont les plus engagés dans la lutte contre les activités illicites et la promotion de la coopération internationale entre les forces de répression. On peut alors se demander s'il n'existe pas une corrélation entre les parts de marché relatives des Etats dans l'économie licite et leur investissement dans la lutte contre les usages illicites. »

la guerre[5]. La volonté de Nixon est alors de transposer les forces mises en jeu dans un conflit extérieur qui se trouve dans une impasse, vers un conflit intérieur, représenté par les mouvements contre-culturels[6]. La drogue devient cet ennemi intérieur à combattre, pour en éviter la prolifération. La drogue est alors déclarée : « The major domestic crisis facing the nation[7] ». La drogue, constituée en problème majeur, menaçant l'ordre social, appelle une réponse politique : une prohibition à l'échelle mondiale.

De la même manière, selon Zafiropoulous et Pinell, la loi répressive de 1970, promulguée en France peu après mai 68, est une tentative de disqualification sociale de certains groupes contestataires. En effet, selon ces auteurs :

> « Criminaliser des pratiques c'est, du même coup, criminaliser des groupes de consommateurs » [...] La constitution des interdits fait partie de stratégies sociales visant à invalider la position des consommateurs dans les luttes qui les opposent à d'autres groupes. [La drogue se retrouve alors] au centre de stratégies de disqualification passant par la criminalisation et l'invalidation comme personnalité psychopathologique de ceux qui les consomment.[8] »

La répression de l'usage de drogues devient la réponse à un conflit d'ordre avant tout politique, la drogue étant le symbole d'une contestation culturelle et sociale. Pour autant à cette époque, en Europe, l'usage de drogues, telle que l'héroïne ou la cocaïne, ne s'est pas encore véritablement développé, et reste un problème mineur, mais qui préoccupe déjà, plus pour ce que cette pratique peut colporter d'idéaux contre-culturels et révolutionnaires que de véritables dangers

---

[5] Ce conflit est marqué par son impopularité aux Etats-Unis ; des manifestations s'organisent contre cette guerre et elle devient l'objet d'une mobilisation contre-culturelle venue du mouvement hippie. Les slogans « Peace and Love » ou encore « Make Love, not War » deviendront les symboles d'une génération, dite « génération Woodstock ». Cette génération est aussi marquée par de nouvelles expérimentations, notamment de produits psychédéliques, la prise de drogues étant considérée dans ces mouvements comme des médiums de libération, de recherche d'utopies ou d'alternatives par l'ouverture des « portes de la perception ». Aldous HUXLEY, *Les portes de la perception*, Monaco, Ed. du Rocher, 1954.

[6] Peter CONRAD et Joseph W. SCHNEIDER, *Deviance and medicalization: from badness to sickness*, St. Louis, Etats-Unis, 1980, p. 136.

[7] « La plus importante crise domestique que rencontre la nation » Nixon, cité par Marsha ROSENBAUM, « The Demedicalization of Methadone Maintenance », J*ournal of Psychoactive Drugs*, , nº 27, pp. 145-149. Dans cet article, M. Rosenbaum décrit les évolutions politiques et leurs impacts sur la prescription de méthadone, d'une méthadone de maintenance à une méthadone pour conduire à l'abstinence.

[8] Patrice PINELL et Markos ZAFIROPOULOS, « Drogues, déclassement et stratégies de disqualification », *op. cit*. p.62.

sanitaires[9]. La drogue devient donc rapidement un véritable « fléau social » à combattre. Autour de l'héroïne se constitue un véritable consensus anti-drogues, ce que Hermann Fahrenkrug appelle une « héroïnophobie[10] ».

La démocratisation et la massification des drogues, au cours des années 1980, vont modifier les conceptions liées à la toxicomanie. Leurs usages ayant cours dans l'ensemble de la population, l'idéal d'une société sans drogues fait place à une répression des usages considérés comme étant les plus problématiques, c'est-à-dire les usages visibles sur la scène publique et aux conséquences sanitaires dramatiques. Les usagers qui se situent aux marges de la société, qui sont les plus précaires et les plus démunis face aux conséquences de la crise[11], vont alors constituer des groupes à risque. Le développement de l'épidémiologie va faire apparaître des groupes d'usagers cumulant un ensemble d'handicaps sociaux, vers lesquels seront orientées un certain nombre de mesures, venant sans doute accentuer la stigmatisation dont ils sont l'objet.

L'invasion de la drogue dans les quartiers populaires est un autre pendant de la démocratisation des usages de drogues. Si les drogues peuvent toujours évoquer un idéal de contestation et une recherche de plaisir, elles deviennent également « quête de survie » pour ceux qui participent au trafic. Les drogues peuvent ainsi représenter, pour certains, une fenêtre de sortie temporaire de la précarité, dans des conditions de crise caractérisées par un sentiment d'incertitude face à l'avenir. La consommation de drogues comme tentative

---

[9] Vincent Benso, sociologique impliqué auprès de l'association d'autosupport ASUD, analyse comment les médias français ont alimenté un discours anti-drogues favorisant la passation d'une loi pourtant liberticide. L'auteur parle d'un véritable « incendie médiatique » suite à l'overdose d'une fille de 17 ans, « retrouvée morte dans les toilettes d'un casino de Bandol (Côte d'Azur), des traces de piqures sur les bras. ». Les journaux se saisissent de l'affaire et publient des premières pages avec des titres comme par exemple celui dans Le Parisien Libéré du mois d'aout 1969 : « La drogue : menace n°1 qui pèse sur le monde ». Il explique : « A cet instant, il est clair que l'opinion publique affolée réclame des mesures importantes. » C'est dans ce contexte qu'est née la loi de 70, votée un an et demi à peine après l'overdose de Bandol... » (Vincent BENSO, « Le paysage médiatique des drogues à la fin des années 60 », *SWAPS*, 2010, nº 60, pp. 8-10.)

[10] Dans une étude sur les « mythes et réalités de l'héroïne en Suisse », H. Fahrenkrug déconstruit les « fausses idées » qui ont suscité la peur de l'héroïne. Premièrement, il explique que la consommation d'héroïne ne concerne qu'une minorité de personnes, « la prévalence sur la durée de vie pour l'héroïne est de 0,9 % pour les femmes entre 15 et 39 ans, et de 1,9 % pour les hommes de la même classe d'âge », quand la croyance veut qu'elle soit partout et se propage au sein de l'ensemble de la population. Puis, l'Etat suisse prescripteur de stupéfiants serait devenu un Etat dealer, or Fahrenkrug explique bien que la prescription d'héroïne se fait dans un but thérapeutique. Enfin, l'héroïne serait synonyme de déchéance ou de mort mais les nombreux exemples de consommateurs socialement intégrés (ayant un domicile fixe et un emploi) tendent à prouver le contraire. Hermann FAHRENKRUG, « Mythes et réalité de l'héroïne en Suisse », *Communications*, 1996, vol. 62, nº 1, pp. 109-121.

[11] La crise pouvant être datée du choc pétrolier de 1974.

d'échapper à l'ennui provoqué par l'expérience de la galère[12] donne lieu à une répression qui va majoritairement concerner ces usagers dont le profil socio-économique est marqué par la précarité.

II. Précarisation des usagers de drogues et entrée dans la délinquance

En Europe et en Amérique du Nord, la précarisation des usagers de drogues va largement modifier les modalités de prise en charge ainsi que les conceptions liées à la « toxicomanie ». La situation, au regard de la consommation de psychotropes, s'inscrit dans un registre de crises[13], dès lors qu'elle touche une population plus large et plus vulnérable économiquement. La crise de la drogue des années 1980 est alors plus directement une crise sociale. La situation actuelle jugée « crisique » et la « vulnérabilité de masse[14] » génèrent des incertitudes dans l'ensemble de la population. Pour autant, la notion de crise est polysémique voire ambiguë. L'étymologie du mot, du grec *krisis*, se réfère à la décision, au jugement. Une période en crise est donc un temps de dérèglement, pour faire le point : c'est-à-dire un diagnostic de ce qui fonctionne et de ce qui dysfonctionne afin d'en tirer les conséquences et de réajuster les règles, normes et contraintes. Paradoxalement, à rebours de son étymologie, aujourd'hui le mot crise signifie une phase d'indécision dont la sortie est incertaine. Selon Morin, un phénomène de surcharge peut engendrer une crise quand le système est incapable de résoudre les problèmes qu'il résolvait en deçà d'un certain seuil[15]. Au niveau systémique, la crise sociale des pays occidentaux depuis les années 1980 s'explique par le fait que la pauvreté, restée jusqu'alors « pauvreté marginale » devient « pauvreté

[12] François DUBET, *La Galère*, *op. cit.*

[13] La « Crise » ou plutôt les « poly-crises » selon l'expression d'Edgar Morin s'inscrivent dans le contexte de la globalisation : crise de l'économie mondiale, crise financière, crise écologique et crise de civilisation : l'individualisme et la destruction des anciennes solidarités entraînent un mal-être psychique et moral au sein d'un bien-être matériel et l' « intoxication consumériste » semble être la cause de l'accroissement des inégalités mais aussi de la délinquance ; crise démographique, crise des villes : dans ces « mégalopoles asphyxiées et asphyxiantes » le stress fait partie du quotidien des urbains. Edgar MORIN, « Pour une crisologie », *op. cit.*

[14] Robert CASTEL, *L'insécurité sociale: qu'est-ce qu'être protégé ?*, Paris, France, Seuil, 2003.

[15] Edgar MORIN, « Pour une crisologie », *Communications*, 1976, vol. 25, n° 1, pp. 149-163.

disqualifiante[16] ». Elle devient un phénomène préoccupant et l'angoisse du chômage et de l'exclusion va alors toucher une grande partie de la population[17]. Des années 1970 aux années 1990, de nombreux changements marquent les modalités d'intervention auprès des usagers de drogues. Olivier Maguet, acteur engagé auprès de Médecins du monde dans la réduction des risques, relève les différents temps historiques de l'histoire de la prise en charge des usagers de drogues qui recouvrent des paradigmes qui se succédent : le temps de l'urgence qui est le temps du Sida, comme temps crisique où le passage à l'action doit être accéléré, a fait place à un temps long qui pourrait conduire à une redéfinition de la réduction des risques du XXI siècle dans une perspective politique où les drogues seraient repensées en dehors du Sida[18]. Ainsi, l'augmentation du nombre de personnes s'adressant aux structures de soin et leur précarisation a bouleversé les conceptions liées aux modalités d'intervention auprès d'un public dont les problèmes de dépendance apparaissent souvent comme une des caractéristiques supplémentaires de leur désarroi social. Plusieurs auteurs étudient les liens entre précarité et usages de drogues qui se confirment par :

« l'enracinement au cœur d'un certain nombre de quartiers, de modes de vie tournant autour des activités illicites et plus particulièrement du micro-trafic de proximité.[19] »

Patricia Bouhnik, dans une étude ethnographique réalisée en 1996, analyse les transformations des systèmes de vie de consommateurs d'héroïne en milieu défavorisé en lien avec une « vulnérabilité collective ».

> « [Cette vulnérabilité est caractérisée par] deux dimensions : une perte de sens, d'intérêt et d'espoir de trouver une place dans le monde social et économique "ordinaire", souvent liée à un processus de déqualification (par l'école, la famille, l'environnement) ; la recherche de ressources alternatives.[20] »

Cette fragilisation des personnes usagères de drogues a notamment causé le développement de ce que l'auteure nomme des « poly-toxicomanies de pauvreté ».

---

[16] Serge PAUGAM, *La disqualification sociale : essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF, 2009.

[17] *Ibid*.

[18] Olivier MAGUET, « Il faut séronégativer la réduction des risques! », *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats*, 2013, nº 36, pp. 72–87.

[19] Michel JOUBERT, « Politiques locales et nouveaux dispositifs d'action dans le domaine des toxicomanies », *op. cit.*, p. 166.

[20] Patricia BOUHNIK, « Système de vie et trajectoires des consommateurs d'héroïne en milieu urbain défavorisé », *Communications*, 1996, vol. 62, nº 1, pp. 241-256.

L'incapacité des structures d'aide aux usagers de drogues à assumer les nouvelles problématiques qui se posent à elles et à s'autoréguler en réadaptant leurs modalités de fonctionnement témoigne d'un dysfonctionnement qui apparaît fondamental. La situation de précarité dans laquelle se trouvent les personnes les conduit parfois à des logiques de débrouille dont certaines pratiques se trouvent à la marge de la légalité. Pierre Roche évoque l'engagement dans l'économie de la débrouille, notamment la revente de cannabis, chez des jeunes issus de quartiers populaires, « ballottés entre des périodes de chômage et des petits boulots précaires sans lendemain ». Selon Roche, il s'agit pour ces jeunes d'un « escalier de secours lorsque l'ascenseur social est en panne ». Plus qu'une simple manière de se faire de l'argent, il s'agit également pour ses jeunes d'un « modèle alternatif de socialisation ». A travers les mondes de la drogue, ils créent des liens sociaux et développent un fort sentiment d'appartenance[21]. Le rapport ténu entre argent et drogues apparaît dans de nombreux entretiens, comme par exemple dans l'expression « *consommer* [s]on *chèque* » utilisée par Geneviève, paire-aidante à Montréal, qui explique les critères de sélection à l'entrée de la structure :

> *« Nous quand on fait l'entrevue de sélection, on fait le bilan social, puis on leur demande combien ils consomment de coke par mois, si c'est plus que la journée du chèque, on le prend pas. On va tolérer la journée du chèque si vraiment le reste va bien, tu comprends, si ils font leurs démarches, s'ils font pas de troubles, ils payent leur loyer, si tout le reste va bien. "Moi, je consomme mon chèque !" On en parle, mais pousse pas trop. »*

Le « chèque » fait ici référence à l'allocation sociale perçue par les personnes, Geneviève explique ici la prudence, vis-à-vis des personnes qui consomment au-delà du montant versé par l'Etat et qui, par conséquent, doivent recourir à des pratiques illégales, parfois violentes. François, 50 ans, rencontré en France, qui raconte son passé : « *de la petite criminalité à la haute criminalité. Du simple vol, jusqu'au braquage de banque* », donne également son point de vue de manière plus radicale :

[21] Pierre ROCHE, *Dans la débrouille, les jeunes ne s'économisent pas*, http://www.sante-et-travail.fr/dans-la-debrouille--les-jeunes-ne-s-economisent-pas_fr_art_1066_52400.html, consulté le 7 mai 2016.

« Parce que le toxicomane, le premier souci c'est se procurer l'argent pour se payer sa consommation, et ce qui fait qui rend la difficulté, la problématique de cette pratique, c'est ça quoi, c'est que vous vous retrouvez sans argent donc sans drogue, donc en état de manque, donc voilà…là, obligé de courir toute la journée en essayant de trouver une possibilité de trouver votre produit, quand vous avez l'argent pour, ça ne pose pas de problème, donc vous pouvez avoir, voilà, vous pouvez gérer votre vie. Avoir une consommation. Tout en ayant une vie tout à fait normale. »

L'analyse tripartite de Paul Goldstein[22] distingue trois types de relations entre usages de psychotropes et violence : des liens pharmacologiques (les drogues censées réduire les inhibitions peuvent altérer le comportement, voire conduire à des agressions) ; des liens économiques (les personnes pouvant commettre des délits afin de se procurer de l'argent pour se payer leur consommation), et enfin une violence dite « systémique » associée au monde de la drogue.

Pour autant cette typologie ne rend pas compte des données biographiques et de la manière dont les personnes appréhendent leurs propres pratiques. Les mises en récit de soi donnent à voir des tentatives de mise en sens des consommation et des actes délinquants. Ainsi, lors de notre rencontre avec les personnes, nombreuses sont celles qui témoignent d'actes de délinquance, toutes si l'on part du fait que consommer est déjà, en soi, un acte délinquant. D'autres types de conduites illégales sont évoqués : deal, vols et actes de violence. Les narrateurs usent de différentes manières d'évoquer ces pratiques et de les corréler entre elles. Nous avons pu analyser trois types de lien opérés par les narrateurs entre leurs pratiques délinquantes et la consommation de drogues. La première est un lien direct : consommer de la drogue est un délit en soi, tous les toxicomanes étant au regard de la loi, des délinquants[23], il s'agit, selon Marie-Danièle Barré, d'une « délinquance auto-induite[24] ». Deuxièmement, la drogue peut être vue comme une des caractéristiques associées à un mode de vie ; et troisièmement

[22] Paul J. GOLDSTEIN, « The drugs/violence nexus : a tripartite conceptual framework », *in* James A. INCIARDI et Karen MCELRATH (dirs.), *The American drug scene: an anthology*, Los Angeles, Calif., Etats-Unis, Roxbury., 1995, pp. 143-174.

[23] Ainsi en 2000, le nombre de condamnations pour usage de stupéfiants s'élevait à 6 762, et en 2009 à 24 042, soit une augmentation de 256%. (Odile TIMBART, « 20 ans de condamnations pour crimes et délits », *Infostat justice*, avril 2011, nº 114, pp. 1-8.)

[24] Marie Danièle BARRE, Denis RICHARD et Jean-Louis SENON, « Délinquance et toxicomanie », *Revue documentaire - Toxibase (Lyon)*, 1997, vol. 2, pp. 1-16.

l'entrée dans la délinquance peut être une solution trouvée pour se procurer l'argent nécessaire à l'approvisionnement en drogues.

1. La consommation comme pratique relative à un mode de vie délinquant :

L'entrée dans la consommation d'un produit est aussi, souvent, une entrée dans un monde social spécifique. Dans les années 1980, une véritable mythologie du délinquant naît dans certains quartiers, celui-ci peut être idéalisé, son image respectée et sa réputation valorisée lorsque les marques de la réussite financière sont exhibées. La haute criminalité est mythifiée, comme une vie à haut risque, procurant de l'adrénaline, amplifiée par la prise de drogues, comme nous le raconte François, 50 ans. Son récit est émaillé de nombreux exemples liés à sa vie de braqueur. Il en parle avec beaucoup d'emphase et en donne des descriptions très riches que nous proposons de présenter ici sous forme de vignette afin de restituer les différents moments clés de son récit.

Le récit de François, braqueur de banques

François, que nous rencontrons en France, nous raconte son expérience de braqueur de banque dont il retrace la carrière, à travers différentes étapes : des premiers attraits pour le vol, à la prison. Avec humour, il se souvient de son premier passage au commissariat à l'âge de six ans, pour avoir volé « *50 frs* » à sa maîtresse. Puis s'enchaînent les « *bêtises de rue* » et autres « *petits larcins* » dit-il. Pour lui, son entrée dans la délinquance a été marquée par une volonté d'échapper à l'usine et de ne pas reproduire la trajectoire de son père :

« J'avais 15 ans, oui, j'ai commencé très, très jeune. J'ai commencé à faire des…, j'habitais dans un quartier où la criminalité avait une certaine image valorisante […] J'avais l'image des grands bandits qui traînaient au quartier, qui donnaient l'image de l'aventurier, et j'ai commencé à côtoyer ces gens-là. Et très tôt, j'ai choisi ce mode de vie, tiens… C'est un mode de vie qui me plaît, qui m'intéressait. Et pourtant, j'étais bon élève, l'école aussi, j'aimais autant l'école aussi, j'étais bon élève, mais l'école me rapportait pas ce que me rapportait…voilà…j'ai commencé très jeune, à chercher, à voler, pour être indépendant, pour avoir une indépendance. Je vivais dans un milieu

familial, on avait à manger, mais voilà, on avait notre assiette quotidienne, on n'était pas sous-alimenté, voilà on avait à manger tous les jours, on avait notre toit, mais on avait…c'est tout…donc il fallait chercher pour s'habiller, pour s'amuser…fallait se le chercher soi-même, quoi. Et c'est comme ça qu'on a commencé à chercher l'argent. »

Dès l'âge de 16 ans, il se retrouve incarcéré, il rencontre alors celui qui, pourrait-on dire, a été son mentor et lui a expliqué les ficelles du métier de braqueur :

« La première fois que ça s'est passé, quand j'avais 16, 17 ans, j'étais en prison, on m'avait mis avec un grand criminel, un grand braqueur de banque, qui était très connu dans la région, et même sur le plan national. Et j'étais en cellule avec lui, et à l'époque ce gars là, il passait aux assises, et il avait son dossier, son dossier criminel, […] On avait une machine à écrire dans notre cellule, et il voulait que je retape ça quoi. Donc j'avais tout son curriculum vitae. Le mec, il me racontait en plus. Entre voyous, on aime bien se raconter ses exploits, et le mec, il m'avait raconté un peu ses exploits, et en tapant son dossier, j'avais vu que vraiment, que cette vie, que c'était vraiment, je me disais, putain, c'est le pied quoi ! Vivre comme ça, l'argent, la puissance que ça donne, le pouvoir que ça vous donne, l'indépendance que ça peut vous apporter…et la sensation de puissance que ça vous donne, de maitriser, voilà…en plus quand vous maitrisez… Après, voilà, j'ai appris ça, le mec il m'a appris ça, en théorie, moi j'ai mis ça en pratique. Et en pratique, j'ai vu que ça, voilà, que c'était une sensation de…ça remplaçait…y a rien qui remplace quoi, c'était vraiment une adrénaline…après, j'en ai fait quoi une quinzaine après, et c'était vraiment…je faisais ça, pas seulement pour l'argent, je faisais aussi pour le plaisir de le faire. »

Pendant plusieurs années, il apprend le braquage, le maniement des armes, l'attitude à avoir face aux employé-e-s de banque, mais également la nécessité de prévoir une éventuelle incarcération. Il parle de son métier de braqueur avec une certaine passion et de la nostalgie. Il témoigne d'une époque où le fait d'être braqueur lui donnait un certain prestige au sein du quartier. Les gens reconnaissait ses « *capacités* » et « *un certain professionnalisme* » dit-il. Son récit prend également les traits d'un conte de Robin des bois de la cité :

« Je n'ai pas à avoir honte, j'en tire pas de gloire, j'en tire aucune honte. Moi, je sais ce que j'ai fait et voilà. Je sais que j'ai blessé personne, j'ai tué personne, voilà, j'ai pris de l'argent à des gens qui avaient de l'argent, donc voilà, dans ma vie, j'estime que

j'ai pas fait…ouais y a des gens qui ont agit plus mauvais que moi…et qui sont moins punis que moi. »

Plus loin, il explique qu'avec l'argent, il pouvait se payer des voyages et des vêtements, mais surtout qu'il pouvait aider ses proches, sa famille mais également son voisinage :

« J'aidais ma famille, oui. Ça, ça me faisait plaisir, de pouvoir aider ma famille, ça c'est quelque chose qui m'apportait beaucoup de plaisir, et qui m'apportait quelque chose quoi…une certaine…un certain bien-être, une certaine fierté de pouvoir aider ma famille. Ou des gens, des amis, qui étaient dans la difficulté. J'me rappelle, une voisine, sa machine à laver qui a cassé, une mère célibataire, qui était une amie à une copine, et voilà, je lui ai acheté une cuisine tout équipée. Je voyais des enfants, je descends de chez moi, je vois des enfants à la rue, à des gens que je connaissais, je suis monté au chalet voir les parents, je leur ai donné de l'argent et je les envoie tous à Eurodisney. Voilà, des choses comme ça. Voilà, c'était des choses, j'ai fait ça parce que ça me touchait, voilà, au moins je me sens utile, je peux me sentir utile aussi. Je peux apporter quelque chose, cet argent-là m'apporte le pouvoir de rendre heureux des personnes qui n'ont pas accès, parce que je voyais ces jeunes là, ça me rappelait mon enfance à moi. Voilà, on avait rien, on se promenait dans le bac à sable du quartier, avec des habits… je ne sais pas…des…je ne vais pas non plus dire que c'était des enfants malheureux, mais c'était des enfants qui n'avaient rien. Qui étaient dans leur pauvre petite cité, qui avaient pas grand chose. »

Il explique également que l'argent des braquages lui permet de financer sa consommation d'héroïne de manière à ne pas éprouver le manque :

« Ma criminalité, ça me procurait de l'argent, une grosse quantité, des grosses quantités d'argent qui me permettaient de gérer ma consommation, donc de pas courir après, d'avoir une vie, comment dire ça, voilà une vie…une vie relativement saine… Voilà, je gérais ma vie assez sainement, le plus sainement possible quoi, je savais ce que je faisais quoi. Donc ma consommation, c'était de façon récréative, je pouvais me le permettre, donc ça me posait pas de problème au quotidien, quand on a l'argent. Donc ça me permettait d'avoir une hygiène de vie assez correcte, parce que voilà, je n'étais pas dépendant de la recherche d'argent au quotidien. Parce que j'avais de l'argent sur un coup j'pouvais me faire des grosses sommes, donc ce qui pouvait me permettre à la longue, voilà, pas de connaître de souci d'argent, donc de gérer ma consommation. »

Puis arrive le dernier coup, après des années de braquages, lors duquel il se fait prendre :

« Jusqu'un jour, ils m'ont eu et voilà. Ils m'ont laissé, ils ont suivi, ils ont réussi à remonter où je mettais l'argent, tout de suite après le hold-up, et c'est ce qui m'a…, ils m'ont piégé comme ça ! Ils m'ont laissé braquer pendant un moment, et un jour, ils m'ont mis sur écoute téléphonique, ils savaient où je mettais l'argent. Ils m'ont laissé faire mon braquage, une heure après, ils sont venus, ils sont tombés sur l'argent, ils avaient la preuve quoi ! »

François prend alors 8 ans de prison, soit 17 ans de prison en tout dans sa vie. Il connaît les rouages de la prison et finalement assume également cette période comme faisant partie du métier :

« Donc j'assumais ce que…quand je devais aller en prison, j'assumais ma prison, j'disais : c'était le prix à payer. Je disais : les ouv…quelqu'un qui travaille, c'est quelqu'un qui voilà qui va travailler, qui a choisi sa vie quoi, il assume aussi avec les difficultés que ça comporte. Bon, j'ai choisi cette vie. »

Durant ses années d'incarcération, il est soutenu par sa famille et par ses amis, il reçoit également des cartes postales de la part des enfants qu'il avait aidés avec l'argent des braquages. A sa sortie, les conditions de son travail ont changé :

« A l'époque, y a pas toutes ces techniques d'identification ADN, et tout ça, à l'époque il fallait un témoignage, fallait des preuves matérielles…nous on savait comment faire, fallait pas mettre l'argent au même endroit, que les flics ne mettent pas la main sur les armes, sur l'argent, et qu'il y avait pas un témoin qui vous reconnaisse… »

Aujourd'hui, à l'âge de 50 ans, il n'a plus d'activités délinquantes lui permettant de gagner sa vie et touche le RSA. Il vit dans un logement social. De plus, sa condition physique a changé et son rapport à l'héroïne s'est modifié :

« Au bout d'un moment, je prenais conscience que voilà que physiquement ça n'allait plus, je voyais que j'exagérais, dans mes finances, dans ma vie, dans ma façon de vivre, que la toxicomanie, qu'à un moment, y avait toujours une petite lumière qui restait allumée, pour pas aller trop loin, et on était plus jeune, donc plus résistant physiquement, donc on arrivait à se sevrer soi-même, c'était l'histoire de 2, 3 jours, puis

voilà, on prenait des médicaments qui calmaient la douleur du manque, qui rendaient ça supportable, on arrivait à faire ça soi-même. Après, avec l'âge qu'on prend, ça devient toujours de plus en plus dur, et voilà c'est qu'à la fin, on arrivait plus à faire ça soi-même, et voilà, c'est pour ça que je suis allé dans une structure comme ici. »

A travers le récit de François, il apparait que sa consommation d'héroïne n'a pas été la raison pour laquelle il est rentré dans la délinquance, mais cette consommation semble, plutôt, être une modalité du style de vie qu'il s'est forgée. Lorsque sa pratique de braqueur est interrompue, il se retrouve sans argent et n'est plus capable de financer sa consommation. De plus, sa santé, qui s'est dégradée, l'amène à demander de l'aide à l'association. Ainis, l'entrée dans la structure de soin et dans la substitution signe pour lui une sorte de retraite de son ancien métier et de sa vie d'avant.

2. La délinquance pour s'approvisionner en drogues

La relation au produit et l'accoutumance qu'elle crée, peut pousser une personne dépendante à toujours consommer plus pour continuer à avoir les effets recherchés. Dans ce cas, ce besoin frénétique de consommer va parfois conduire à des pratiques délinquantes, vols, arnaques, prostitution, ou encore deal, pour permettre à la personne, qui n'a pas de moyens financiers par ailleurs, d'acheter le produit onéreux dont elle est dépendante, comme nous le raconte Edouard, un jeune homme de 22 ans, rencontré en Suisse.

Le récit d'Edouard, la délinquance comme conséquence d'un engrenage

Edouard est la dernière personne à accepter un entretien, dans le chalet suisse où nous le rencontrons. Après avoir refusé une première fois, il revient vers nous, ayant été encouragé par les autres résidents qui avaient réalisé un entretien avant lui. Il apparaît peu loquace durant l'entretien. Il explique qu'il a été placé par la justice dans le centre depuis 5 semaines, après une incarcération de 8 mois.

Il a commencé à fumer du cannabis à l'âge de 15 ans. Parce qu'il est en échec scolaire, ses parents décident de le mettre dans une institution privée pour faire son gymnasium (équivalent suisse du lycée). Ses résultats sont

insuffisants et il doit redoubler cette année scolaire. Ses parents le retirent alors du gymnase. Pour lui, cet échec sera le début de ses problèmes :

C : « Si tu pouvais changer quelque chose dans ta vie …

Edouard : Euh … plus travailler en cours, pour passer l'année au gymnase Pierre Viret, le gymnase privé, comme ça j'aurais pas perdu ma copine, j'aurais pas perdu deux ans de ma vie, j'aurais pas connu la cocaïne, ni l'héroïne, ni fait ces braquages, encore moins avoir vécu dans la rue... en fait tous les épisodes noirs dans ma vie, ils ont commencé à partir de là... (rire embarrassé)»

Commencent alors ses périodes de consommation, ses problèmes avec ses parents et l'apparition de troubles psychiatriques. Il relate, dans sa réponse la plus longue de tout l'entretien, les différents évènements qui ont conduit à son incarcération :

« Suite à ça [le retrait du gymnase], j'ai perdu ma copine, je me suis fait virer de chez moi parce que je faisais rien, je leur ai volé de l'argent, j'ai dormi à l'hôtel, touché à la cocaïne, j'ai commencé de vendre, ensuite, j'ai dormi chez un pote, j'ai continué de vendre, j'ai continué à prendre de la cocaïne... j'ai été... sa mère, elle est intervenue parce que ça devenait un peu le souk, quoi... Donc, j'ai été viré de chez lui et j'ai dormi un mois dans la rue... Et puis après ...après, après quoi...après, après je suis retourné chez mes parents, j'ai pris du … Oui, je suis retourné chez mes parents, j'ai pris du LSD, continué à prendre de la cocaïne. J'ai fait une décompensation, je suis allé en hôpital psychiatrique à X, pendant quatre mois, euh … pfff...Ouais, c'était pas très, c'était pas un bel épisode, hein. Après, je suis revenu en colocation avec... on arrive, quoi en 2011, là... Je suis allé en colocation chez un pote, euh … en 2012, non fin 2011, à la fin de l'hôpital psychiatrique ; 2012, la colocation, […] et puis après, j'ai changé de colocataire, […] je m'entendais mieux avec l'autre. Je suis arrivé à Y, pendant six mois, j'ai, ouais, quatre mois, j'ai été chez lui, c'est là, après que j'ai fait les braquages, puis j'ai connu l'héroïne ! »

Il explique avoir commis deux braquages de deux stations service « *sous cocaïne et pour la cocaïne* » dit-il. Nous lui demandons alors les circonstances de ces braquages :

C : « A main armée ?

Edouard : Ouais, au couteau, ouais, j'en suis pas fier du tout ...

C : C'était prémédité ?

Edouard : Euh, oui et non. Ouais, comment dire ? C'est pas que c'était prémédité mais... voilà … c'est … je savais que j'allais le faire, quoi. Si un jour je me retrouvais en manque de cocaïne, je savais que ça allait me tenter, en fait. Donc j'ai fait des repérages et tout ça, quoi... »

Il explique la surprise de ses amis lorsqu'ils ont appris ses délits. Malgré l'avis de son colocataire de l'époque, qui lui suggère que puisqu'il n'a pas été vu, il ne risque rien, Edouard se dénonce de lui-même à la police. Durant son incarcération, il reçoit pendant deux mois un traitement méthadone. Il explique que son expérience carcérale lui a permis de casser l'engrenage dans lequel il se sentait partir :

« Ça m'a fait grandir, réaliser des choix, sur la vie puis le fait de me retrouver, là dehors, libre, c'est, wouah ! C'est beau ! »

La prison, puis au moment de l'entretien, le centre, sont vécus par Edouard comme des moyens de s'éloigner de ses consommations qu'il n'arrivait plus à gérer par lui-même. Il explique ainsi la décision du Procureur de le placer dans un centre :

« Le Procureur, il a très bien vu...que … [...] Je lui ai expliqué : Ouais, c'est pas moi ! J'ai fait ça parce que … C'est … enfin, c'est, c'est … le cocaïnomane, en fait qui... qui a fait ce geste, c'est pas ma personnalité, c'est pas moi [...] ouais, c'est pas ma personnalité, puis il a compris que mon problème, c'était juste la drogue, c'est rien d'autre... sinon, voilà... Sinon, j'aurais... il me serait jamais venu à l'idée de... de faire quelque chose comme ça... »

Pour Edouard, les braquages et les autres activités en lien avec la marginalité ne participent pas d'un mode de vie auquel il aspirerait, mais sont les symptômes de sa dépendance. La méthadone, prise pendant deux mois, a pour objectif de le sevrer de l'héroïne, alors qu'il est en prison. Il espère que ces épreuves pourront être pour lui des transitions vers une autre étape de sa vie, loin de la drogue. Ayant retrouvé sa copine durant son incarcération, il mise beaucoup sur cette relation, pour se reconstruire. Le fait d'être enfermé au sein du centre : « *J'ai samedi et dimanche en ayant pas le droit de dormir à l'extérieur* », sont pour lui des moyens de se préserver des tentations extérieures qu'il ne se sent pas prêt à retrouver.

3. Les TSO : substitution à la drogue ou à la délinquance ?

Dans les récits de François et d'Edouard, l'imbrication entre usages de drogues et pratiques délinquantes participent d'une modalité de carrière ; pour François, c'est l'attrait pour un certain mode de vie qu'il utilise comme rhétorique pour expliquer ses consommations d'héroïne, tandis que pour Edouard, c'est la dépossession de soi par la drogue qui est mobilisée pour rendre compte de son entrée dans la délinquance. Les liens entre consommation et délinquance établis par François et Edouard, dans le récit de leur parcours, éclairent les raisons de leur entrée en structure de soin. Pour les deux narrateurs, la perte de contrôle vient signifier le recours à une aide externe, la drogue étant identifié par Edouard comme la cause de ses nombreux dérapages tandis qu'elle est la conséquence d'un engagement dans un certain mode de vie pour François. Si pour Edouard, l'entrée dans la consommation et les frais liés à ses usages de drogues vont le conduire à un processus de précarisation, pour François, au contraire, son engagement dans le monde de la drogue est lié à sa situation initiale de précarité. Dans ces deux registres différents, la prise d'un traitement de substitution ne recouvre pas le même sens. Pour François, la méthadone est perçue comme un médicament palliatif, il ne s'agit pas pour lui d'arrêter l'héroïne, qu'il consomme d'ailleurs encore occasionnellement, mais d'avoir un produit pour l'accompagner dans son changement de mode de vie. Il cherche moins à changer de vie qu'à transiter vers une forme de retraite de son métier de délinquant qui aura occupé une grande partie de sa vie. Au contraire pour Edouard, l'objectif de son traitement et de son séjour dans un centre pour personnes dépendantes aux psychotropes, est de se reconstruire. Il vise une véritable alternation ; son usage de la méthadone a été orienté vers un sevrage de toutes consommations, hormis l'alcool qu'il ne souhaite pas arrêter. Arrêter de consommer est, pour lui, le moyen de ne plus retomber dans la délinquance car il voit dans la dépendance la cause de tous ses déboires et de ses exactions.

III. La pénalisation de l'usage : incarcération ou injonction thérapeutique ?

Dans les différentes législations des trois pays de notre étude, qui considèrent l'usager de drogues à la fois comme malade et comme délinquant, sont imbriquées mesures sanitaires et mesures répressives. S'inscrivant dans un registre prohibitionniste, la loi française de 1970 réprime l'usage et le trafic de stupéfiants, en distinguant clairement ces deux aspects. Ainsi un usager simple, c'est-à-dire non impliqué dans le trafic ou toutes autres activités délinquantes peut se voir proposer une cure de désintoxication. Selon cette législation, l'abstinence reste le dogme dominant. La prison, pour les personnes consommatrices de produits stupéfiants, ne peut être considérée comme une réponse satisfaisante au vu de l'importance des récidives, elle est pourtant très fréquente dans la carrière de ces derniers[25], comme en témoignent une grande majorité des personnes que nous avons pu rencontrer. En France, 11 personnes sur les 15 rencontrées témoignent d'une expérience carcérale. Dans deux entretiens, nous n'avons pas eu accès à cette information. Dans un entretien, avec une jeune femme, Jane, si elle ne raconte pas d'expérience carcérale personnelle, elle précise que son conjoint est emprisonné lorsque nous la rencontrons. Enfin, une dernière personne rencontrée explique n'avoir jamais été en prison, en *off*, il expliquera n'avoir pas été pris pour un délit (autre que l'usage de drogue) pour lequel il aurait été condamné.

En Suisse, 12 personnes sur 22 témoignent d'une expérience carcérale, dont un (Bertrand) qui raconte avoir fait de la prison en Colombie pour trafic. Sur les 10 qui ne mentionnent pas une incarcération, l'information est manquante dans 3 entretiens. 7 déclarent ne pas avoir fait de prison, pour autant tous les 7 déclarent des activités, en plus de l'usage de drogues, qui auraient pu leur valoir une peine de prison. Ainsi Pascal, 39 ans, explique :

> *« Je suis passé au tribunal de X, pour trafic de drogue, mais ça n'a pas été jusqu'au bout, j'aurai pu prendre pas mal, j'ai été libéré. J'étais libre, j'ai eu de la chance ! »*

[25] L'enquête Coquelicot établit que 61 % des usagers de drogues qui ont sniffé ou se sont injectés au moins une fois au cours de leur vie ont des antécédents d'incarcération cf. Marie JAUFFRET-ROUSTIDE (dir.), *Les drogues*, *op. cit*.

Au Québec, la moitié des personnes rencontrées déclarent avoir fait de la prison. Vols, violence ou deal sont les principales causes d'incarcération parmi les personnes que nous avons rencontrées. L'expérience carcérale, la peur d'aller ou de retourner en prison, le fait d'avoir des proches incarcérés (conjoint (Jane), sœur (Vincent) ou amis) est constitutive de leur carrière d'usager de drogues, la prison apparaît y être inextricablement corrélée. Si pour certains, le temps d'incarcération apparaît comme un temps favorable à une recomposition identitaire, voire un temps de déprise, elle peut parfois signer une identification de la personne en tant que détenu(e). La réinsertion sociale est rendue plus délicate, notamment du fait qu'être étiqueté sortant de prison peut mettre à mal la recherche de travail. Les éventuels échecs ou la simple perspective d'un échec peuvent être décourageants et conduire certains à retomber dans la délinquance, soit pour rembourser des dettes, soit pour se rapprocher d'un milieu socialisateur au sein duquel l'expérience carcérale sera au contraire valorisée. De nombreux problèmes spécifiques se posent auprès des détenus consommateurs de drogues. Si les traitements par la substitution sont permis en milieu carcéral, ils posent le problème de la revente, le Subutex® étant devenu une monnaie d'échange. Beaucoup d'usagers ont constaté la présence de drogues en prison, ainsi Cyril dans l'extrait précédent affirme ne pas en avoir consommé, à part du cannabis, le sous-texte de cet extrait est alors bien qu'il aurait pu en consommer, s'il l'avait souhaité, le produit étant disponible. François, quant à lui est plus direct :

> *François : « Oh, y en a de la drogue en prison. Mais bon, comme là-bas, on savait que c'était quelque chose qui était pas quotidien, donc on avait très peu de risque de tomber accro. À part le cannabis, c'était quelque chose qui avait…le cannabis y en a toujours, je fumais plus en prison qu'à l'extérieur, parce que voilà, ça nous permettait voilà d'être…un passe-temps, ça nous permettait de passer le temps. Du cannabis y en avait au quotidien. L'héroïne, non, c'était pas, y en avait pas au quotidien. Occasionnellement, y en avait, et on avait pas. Y avait pas les quantités pour devenir, pour tomber accro. Y en avait de temps en temps. […] Et c'est un produit très cher en prison, puisque le fait de passer par des trucs, donc le produit est rare, donc le produit est difficile à passer, avec les difficultés que ça passe, donc le prix augmente, c'est excessivement cher en prison. […] J'ai vu des mecs accros en prison, mais ça c'était des mecs qui avaient, comme je vous dis, qui tombaient, qui avaient une certaine, qui avaient de la quantité, qui avaient de la drogue encore à l'extérieur, et qui la faisaient*

régulièrement rentrer, qui consommaient quotidiennement. Ouais, ça…mais très peu…mais c'est un exemple que…mais ça existait quoi… »

Un autre problème posé par de nombreux intervenants est la pratique de l'injection en prison[26]. La question de l'ouverture de programmes d'échange de seringues ou de prescription de traitements de substitution en prison pose en creux la question des limites de la réduction des risques en milieu fermé. En effet, le rôle du système pénitentiaire auprès des usagers de drogues peut être perçu comme une manière d'éloigner les personnes de la consommation, ce qui ne va pas à l'encontre des programmes de réduction des risques, mais l'accessibilité de seringues en prison ravive l'opposition entre une approche dite pragmatique et les craintes vis-à-vis de la banalisation de l'usage. Aujourd'hui, le cas de la prison en France et au Québec illustre les anciens affrontements entre les tenants du tout-abstinence et de la logique de la réduction des risques et la difficulté d'envisager, en milieu fermé, un continuum entre ces deux logiques. Pourtant ces programmes permettent une amélioration du recours aux soins parmi les détenus, comme l'indique l'évaluation d'un PES en Espagne : en effet, cette évaluation a montré que ces programmes facilitaient l'initialisation des personnes concernées aux TSO[27].

---

[26] En Suisse, des programmes d'échange de seringues en prison existent depuis 1992. Malgré les craintes des surveillants, à Champ-Dollon, centre de détention en préventive à Genève où a été mis en place un programme d'échange de seringues, le responsable, interrogé par l'AITQ, appuie fermement sur le fait qu'aucune agression n'a eu lieu lors desquelles une seringue était utilisée comme arme. (Cf. AITQ - Documentation - Vidéos, http://www.aitq.com/documentation/videos.htm, consulté le 9 septembre 2015.) Les détenus, quant à eux, craignent que l'anonymat ne soit pas respecté et que leur consommation puisse jouer défavorablement sur une éventuelle remise de peine. En France et au Québec, les associations peinent à engager le dialogue sur la création d'un tel dispositif en prison. Or, au Québec, 3% des détenus sont contaminés par le VIH et 19% par le virus de l'hépatite C. (Selon Richard Cloutier, du service de lutte contre les ITSS du ministère de la santé et des services sociaux, interrogé par l'AITQ. Cf. Ibid.) « En France par exemple, ces prévalences varient, selon les sources, entre 0,6 % et 2,0 % pour le VIH (3 à 4 fois plus qu'en population générale) et entre 4,2 % et 6,9 % pour le virus de l'hépatite C (4 à 5 fois plus). […] Ces constats soulignent la nécessité d'une politique de réduction des risques infectieux (RDR) adaptée au milieu pénitentiaire. » (Ivana OBRADOVIC, « Programmes d'échange de seringues en milieu pénitentiaire. Revue internationale des expériences », Psychotropes, 2013, vol. 19, no 3, p. 175.) Une intervenante, membre de l'association des intervenants en toxicomanie au Québec (AITQ), militante pour la création de programme d'échange de seringues en prison, nous explique les conditions désastreuses dans lesquelles sont amenés à s'injecter certains détenus. Elle nous raconte notamment que certains détenus récupèrent des stylos et des aiguilles pour se fabriquer des seringues, d'autres réutilisent une même seringue qu'ils partagent entre plusieurs détenus. Parfois de l'eau de javel est disponible dans certaines prisons, cette solution reste néanmoins peu satisfaisante pour se prémunir des différents risques infectieux et notamment de la contamination par le virus de l'hépatite C, de plus, le nettoyage de la seringue permet une réutilisation de celle-ci or une aiguille maintes fois utilisée s'abîme et peut causer de graves lésions. Pour autant, « Les évaluations [d'échanges de seringues] conduites mettent en évidence principalement la faisabilité, l'acceptabilité et la non-dangerosité de ces programmes, ainsi que des effets positifs sur les comportements à risque » Ivana OBRADOVIC, « Programmes d'échange de seringues en milieu pénitentiaire. Revue internationale des expériences », *Psychotropes*, 2013, vol. 19, nº 3, p. 184.

[27] *Ibid.*, p. 185.

Si certains témoignent d'une expérience salutaire de leur sevrage en prison, comme Edouard que nous évoquions précédemment, pour d'autres, la sortie de prison est souvent synonyme de retour à la consommation. Ainsi, une grande majorité d'overdoses a lieu à la sortie. Vincent, qui n'a pas lui-même fait de prison, nous racontera lors de l'entretien, le décès de sa sœur, alors qu'elle vient de sortir de prison :

> *« Overdose d'héroïne. Moi, je pense que c'est un suicide, parce qu'elle savait très bien ce qu'elle faisait, ce qui est arrivé, c'est qu'elle sortait de prison, puis…c'est ça, elle en a trop pris d'un coup, mais d'habitude, les gens qui savent ce qu'il faut, en prennent pas trop d'un coup, même en sortant de prison, fait que… »*

Lorsque les personnes sont libérées, leur tolérance au produit a diminué, le risque est alors considérable, d'autant plus quand la prise s'effectue par injection.

D'autres solutions que l'incarcération sont expérimentées lorsque la personne apparaît dépendante à un produit psychotrope. Depuis le 30 juin 2015, une expérimentation en France d'une durée de deux ans, au tribunal de Bobigny, permettra à une quarantaine de personnes, usagères de drogues délinquantes et récidivistes, déclarées coupables, d'être dispensées de peine, si elles s'engagent à suivre un programme thérapeutique. Ce programme s'inspire directement de ce qui se fait déjà au Québec. En effet, au Québec, lors d'un procès, un usager de drogues peut recevoir une « injonction thérapeutique » pour se soigner de sa dépendance, au lieu d'une peine de prison.

> « Au Canada, s'il n'existe pas une loi proprement dite sur l'injonction thérapeutique, de nombreuses mesures législatives (ordonnance de la cour, ordonnance de probation, conditions de libération conditionnelle, etc.) permettent d'inciter ou de contraindre les délinquants à suivre un traitement relié à leur consommation de drogues.[28] »

De la même manière, en Suisse, les article 59 et 60 du code pénal permettent aux auteurs d'infraction lorsqu'ils sont « toxico-dépendants ou qu'ils souffrent d'une autre addiction, un traitement institutionnel […] qui s'effectue

[28] *Règlement sur les stupéfiants : site Web de la législation :Canada*, http://lois-laws.justice.gc.ca/fra/reglements/C.R.C.,_ch._1041/index.html, consulté le 17 août 2014.

dans un établissement spécialisé ou, si besoin est, dans un hôpital psychiatrique[29]». Le directeur nous explique :

> *« Y a les articles pénaux, ce que nous on appelle article 60 et article 59. L'article 60 c'est une obligation de traitement, donc ça veut dire que la mesure judiciaire dit vous n'exécutez pas votre peine, vous allez en traitement résidentiel. L'article 59 c'est une nouveauté pour nous, c'est pour les problèmes psy assez marqués déjà, mais en plus qui ont des problèmes avec la justice pénale, donc là y a un cadre très serré : à l'heure, on doit savoir où se trouve le résident. »*

Les personnes rencontrées dans les centres sont nombreuses à être concernées par ces articles et elles en ont une bonne connaissance. Ainsi Cyril, 43 ans, rencontré dans un centre en Suisse nous raconte son expérience après avoir été arrêté pour des faits de violence :

> *« Au jugement ils ont décidé : article ou peine ! J'ai dit : […] "Mais j'ai déjà fait 12, 13 ans de prison, encore deux, trois !!". Ils discutaient avec mon avocat, il avait demandé 3, ils causaient de 4, ils seraient tombés à 3 et demi, entre 3 et 3 et demi. Je me suis dit : "L'article ou la prison : y a pas photo !" […] Mon oncle qui est ancien gendarme, il m'a dit : "T'as pas fait assez de prison ? Va dans un centre ?". Je me suis dit : avril, aller avril, ça fait mai, ouais peut-être début juin quoi ! J'ai dit : "ok benh je prends l'article ! Ok j'prends l'article" »*

Le décision de Cyril de choisir « l'article » et ainsi d'entrer dans une structure de soin est un calcul qui se veut avant tout stratégique, en effet il explique être abstinent depuis quatre ans :

> *« J'ai quatre ans d'abstinence, à part les joints en prison. Même la drogue en prison, j'ai pas touché…rien du tout ! »*

Son désir est de voir sa peine réduite. Il explique avoir déjà passé de nombreuses années de sa vie en prison mais ses difficultés d'accommodation au sein du centre vont finalement rallonger sa sentence, ou plutôt son injonction thérapeutique. Renvoyé en prison une première fois pour violence sur deux intervenants alors qu'il était sous l'emprise de l'alcool, il peine aujourd'hui à entamer une réelle démarche thérapeutique, considérant son problème d'addiction résolu, après s'être sevré de la méthadone en prison. Au contraire du

[29] *L'exemple suisse*, http://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-43414.html, consulté le 17 août 2014.

choix de Cyril, dont la peine est de longue durée, pour les courtes peines un autre choix est effectué. Ainsi, selon l'analyse faite par Brochu et ses collaborateurs, dans une enquête datant de 1996, sur les injonctions thérapeutiques en France et au Québec, un grand nombre d'accusés ayant une dépendance à un produit psychotrope étaient conduits à faire le calcul du temps le plus court qu'ils auraient à passer en thérapie ou en prison.

> « Les détenus toxicomanes qui encourent de petites peines d'emprisonnement savent qu'ils seront libérés très rapidement compte tenu de la surpopulation actuelle des centres de détention. Ils n'ont pas la motivation nécessaire pour entreprendre une démarche thérapeutique qui sera nécessairement plus longue que leur période d'incarcération.[30] »

Pour de longues incarcérations, les prévenus sont plus motivés à suivre une thérapie, car les conditions y sont meilleures qu'en milieu carcéral, comme le raconte également Max, que nous rencontrons dans le chalet en Suisse. Alors qu'il revient de son jogging, nous lui proposons un entretien. En effet, s'il se trouve au sein du centre pour purger une peine, il peut néanmoins sortir du chalet, pour aller courir, du moment que les intervenants connaissent son itinéraire et qu'il respecte les horaires qui lui sont imposés.

Max, Le rappeur à la larme tatouée

En Suisse, le 17 avril 2013, nous avons rencontré Max, 39 ans. Il nous est d'abord présenté comme asocial, et Christine, avec qui nous venons de terminer un entretien, nous déconseille de nous adresser à lui. Pourtant, malgré ces recommandations, nous lui proposons un entretien, qu'il accepte. Son récit est présenté dans un encadré car Max, dans cet exercice de narration qu'est le récit de vie, retrace son parcours lié à la délinquance, donnant à voir les différentes épreuves auxquelles il a dû faire face.

Nous observons de nombreux tatouages sur ses bras et son visage : parties visibles de son corps. Il porte, notamment, au coin de l'œil, une larme tatouée ; il démontrera au cours de l'entretien, que malgré ses airs de « gros dur », il cache une grande sensibilité.

[30] François FACY, Serge BROCHU et Françoise SIMON, « L'injonction thérapeutique à l'égard des toxicomanes : comparaison des systèmes français et québécois », *Criminologie*, vol. 29, nº 2, 1996, p. 132.

«Mon problème, il est comme pour la plupart, c'est exactement le même, on a un problème affectif, on est un petit peu sensible sur tout ce qui est émotionnel, les machins comme ça, on a du mal à gérer nos émotions. »

Il joue de la méfiance que certains peuvent ressentir à son égard, il pratique la musculation[31] et fait beaucoup de sport, nous explique-t-il. Il apprécie qu'on s'intéresse à lui et semble éprouver du plaisir à raconter son histoire. Très vite, il plante le décor de son enfance :

« En étant Français, en évoluant dans une cité en banlieue, des phénomènes de délinquance, qu'ils commencent à connaître ici [en Suisse], un petit peu, nous, on les vivait déjà, je les vivais déjà dans les années 80. Et après, arrivé à ma majorité, en France, je voyais pas tellement mon avenir là-bas, tu vois. Parce que j'aurais mal fini, bon, en l'occurrence, j'ai mal fini ici, mais... »

Kokoreff étudie la progression des trafics de drogues dans certains quartiers populaires :

« La question des drogues renvoie à un imaginaire des classes dangereuses, elle est associée aux "banlieues". [...] Cet imaginaire spatialise l'illicite, il l'ancre dans un territoire.[32] »

La question de la violence dans les quartiers est prégnante dans le début de cet entretien. Le décrochage scolaire et les conflits familiaux l'ont petit à petit amené à se rapprocher de son groupe d'amis, au sein duquel il va alors expérimenter ses premiers larcins et actes de délinquance. Il explique que l'image des toxicomanes était perçue très négativement au début des années 1990, il raconte :

« Mais nous à l'époque, franchement, la coke et l'héro, c'était tabou ! Nous, les toxicomanes, on les prenait à coup de pierres ! Le shit, oui, mais la coke, l'héro non ! »

Cet extrait illustre bien l'analyse de Kokoreff et Duprey, sur *Les mondes de la drogue*, et les différences générationnelles quant aux représentations sur l'héroïne :

[31] Il peut s'agir d'une forme de valorisation de son « capital guerrier » (Thomas SAUVADET, « Causes et conséquences de la recherche de « capital guerrier » chez les jeunes de la cité », *Déviance et Société*, 1 juin 2005, vol. 29, nº 2, pp. 113-126.), ou pour reprendre les termes de Bourdieu, une démonstration de sa « force physique comme dimension fondamentale de la virilité ». (Pierre BOURDIEU, *La distinction : critique sociale du jugement*, Paris, France, Éd. de Minuit, 1979.)

[32] Michel KOKOREFF, « Drogues, trafics, imaginaire de la guerre: Des quartiers aux cartels », *Multitudes*, 2011, vol. 44, nº 1, pp. 119-128.

« La génération des "grands frères" a tenté de résister à l'entrée de l'héroïne.[33] »

Pourtant, face au sentiment d'exclusion et à la précarisation de la condition salariale, la délinquance, dans les quartiers dits de relégation, va tendre à s'organiser, notamment autour du trafic de stupéfiants[34]. A 12, 13 ans, il commence à fumer du shit mais c'est en Suisse, qu'il découvre la cocaïne et l'héroïne à l'âge de 29 ans :

« C'était dans mon boulot. Ingénieur du son. Tu vois, à force d'en voir passer… »

Sa carrière dans le rap commence à la fin des années 1990, il travaille un temps, avec un groupe suisse qui a connu un certain succès au début des années 2000. Mais très vite, il est pris dans un engrenage, et doit tout arrêter à cause notamment de sa consommation de drogues qui lui échappe. Sa consommation de cocaïne qu'il fume, sous forme de crack, et d'héroïne, devient de plus en plus onéreuse. Pour financer ses consommations, il est d'abord usager revendeur : *« un trafic de toxico »* dit-il, puis testeur :

« Enfin testeur, c'est un bien grand mot, je suis pas un chimiste, mais…quand mon gars il avait, j'allais…suivant la quantité qu'il avait, je prenais et je goutais, je mettais le gramme dans la balance, dans la cuillère, l'ammoniac, je chauffais tout ça, je rinçais tout ça, [préparation de cocaïne basée, autrement appelée Crack] je reposais sur la balance, et puis je te sortais des cailloux des fois, c'était 0,9, tu vois[35]. »

Il se retrouve en prison, après « *une catastrophe* »[36], suite à un sevrage à sec au cours duquel : *« Tout ce qui a été endormi pendant des années avec l'héro, benh d'un coup : bam ! Ça ressurgit ! ».* Á l'origine, les larmes tatouées au coin de l'œil symbolisent, dans des gangs aux Etats-Unis, un meurtre commis, même s'il dira au sujet de ce tatouage :

« Ça, c'est une larme de tristesse, moi, t'as vu, je suis un grand mélancolique, tu vois comment. »

---

[33] Dominique DUPREZ et Michel KOKOREFF, *Les mondes de la drogue*, *op. cit.*

[34] Thomas SAUVADET, « L'entre-soi des jeunes de rue dans trois cités HLM: avant la loi du plus fort, la loi du silence », *in* Jacques HAMEL (dir.), *La jeunesse n'est plus ce qu'elle était*, Rennes, France, Presses universitaires de Rennes, 2010, p.

[35] Cette préparation lui permet, selon lui de tester la concentration de la cocaïne, néanmoins, et il le dit lui-même, cette technique n'a pas la même fiabilité que celle utilisée par un chimiste. Néanmoins, ces tests indiquent une pureté importante du produit.

[36] Il nous donnera des détails de cette « catastrophe » hors enregistrement, en nous demandant que cette information reste entre nous.

Si ses tatouages peuvent facilement être assumés dans sa carrière de rappeur, aujourd'hui, ils mettent à mal ses tentatives de réinsertion. Il envisage ainsi le métier de cuisinier :

« Voilà, je suis passé au stade, ou benh je refais mon CV, na na ni, et où je choisis une branche dans laquelle on va pas me mettre le veto à cause de tous mes tatouages. »

Aujourd'hui, abstinent depuis cinq ans, nous dit-il, après un sevrage réalisé en prison, il est contraint de rester dans un centre fermé :

« Moi, je suis un…en vérité, je suis un test pilote. J'ai été condamné à 10 ans de prison, mais sur les 10, j'en ai fait que 4. Chose qui se fait jamais. C'est du jamais vu. Et étant donné que les motifs de ma condamnation, ma peine de prison, et tout, ça avait un rapport avec la toxicomanie, ça fait qu'après, avec tout ce qui est médecin, et tout, ils ont dit : "Pour ce monsieur, sa réinsertion, et tout, c'est mieux qu'on le mette dans une institution, comme ça au moins, on va éviter la récidive plus tard." »

Il se sert aujourd'hui de son expérience, de son image et de son ancienneté (il est un des plus âgés, mais est aussi celui qui vit au centre depuis le plus longtemps) comme marque de respect. Il ne va pas nécessairement vers les autres mais donne facilement son avis sur le discours des plus jeunes et se moque de leurs tentatives ratées d'arrêt trop rapide du produit :

« Après, moi, je dis souvent, ici, aux autres, il faut que vous appreniez à vivre avec votre mal-être, avec la bête qu'il y a en vous, la dompter, apprendre à mieux dialoguer avec elle, pour mieux la connaître, et puis après c'est bon. Mais d'abord, il faut l'accepter, il faut faire face à ses craintes, il faut vivre selon elles, c'est super compliqué, ça se fait pas du jour au lendemain comme ça. »

On voit chez lui une véritable volonté de transmettre, et sans doute aussi une forme de valorisation de son propre parcours et de son expérience de la thérapie, à travers la réception que font les autres de son récit, comme il en témoigne ici :

« J'ai des potes qui me disent : "Mec, tu devrais écrire un bouquin, parce que c'est ouf tout ce que t'as vécu !" »

Plus loin, il nous livre sa vision « compréhensive » de la toxicomanie :

« Le toxicomane, si tu pars du principe que c'est un « handicapé du cœur »…ça veut pas dire que c'est quelqu'un de méchant…ça veut dire que c'est quelqu'un de gentil et de sensible. Il devient méchant, ou il fait des trucs qui sont méchants, mais en vérité il les fait pas par méchanceté, il les fait parce qu'il a besoin de son truc pour aller panser son cœur, donc comme c'est la merde, ça coute cher, il faut faire des conneries pour pouvoir faire ça, il va faire des trucs de merde, qui vont faire que les gens vont le détester, mais si les gens qui détestent les toxicomanes, ils se mettaient à parler avec un toxicomane peut-être qu'ils pourraient apprendre plein de choses ! Et puis en vérité, enlever le cliché du bonhomme, et puis voir ses blessures, voir sa personnalité, voir comment il est ! »

Il connaît ses risques de rechutes, mais il sait aussi les conséquences que pourrait avoir un retour dans la consommation pour lui. S'il est délivré de son addiction à l'héroïne au moment de l'entretien, il prend toujours du Xanax® (anxiolytique) quotidiennement et il reste incertain quant à l'avenir :

« Parce qu'en vérité, je sais pas comment sera la fin. C'est pour ça que je peux pas écrire de livre encore. »

La mise en intrigue de l'histoire des narrateurs est suspendue, comme en témoigne Max, qui explique ne pas pouvoir clore le livre de sa vie, dès lors que l'épreuve de la dépendance est toujours présente dans leurs expériences. De plus, sous la coupe d'une décision judiciaire et d'une peine dont la durée n'est pas déterminée, la possibilité de clôture d'une séquence de vie ne semble pas permise.

IV. Vers une fin possible de la guerre à la drogue : des positionnements contrastée

Maître Caballero, avocat au barreau de Paris et partisan d'une « législation contrôlée », parle, dès 1995, d'un échec de la « guerre à la drogue ». Il explique que cet échec se situe à quatre différents niveaux :

« sur le plan économique en raison du développement des mafias, sur le plan social en raison du développement de la délinquance, sur le plan juridique en

raison du recul des libertés individuelles, et enfin sur le plan sanitaire en raison des overdoses et du Sida.[37] »

Il propose, ce qui est au cœur de la logique de la réduction des risques, de remplacer la morale de l'abstinence par une « éthique de la modération[38] » qui soit plus pragmatique et plus humaine. De nombreux intervenants que nous avons rencontrés se positionnent d'une manière militante contre la répression et la ségrégation que subissent les usagers de drogues. Certains prônent d'ailleurs la légalisation, si ce n'est de toutes les drogues en tout cas du cannabis, comme en témoigne cette assistante sociale :

> *« On est positionné ! Peut-être pas tous mes collègues mais en tout cas l'institution X est positionnée pour la dépénalisation du cannabis ça c'est sûr, et ouais… je pense qu'il y aurait des choses à faire à ce niveau, ouais. Un travail un peu plus… un peu moins hypocrite. Peut-être. » (Assistante sociale rencontrée le 27.08.12)*

Certaines associations qui défendent les droits des usagers de drogues combattent la prohibition jugée discriminatoire et même criminelle ; le collectif ASUD milite en faveur de la décriminalisation. Coppel, militante au sein de l'AFR (Association française pour la réduction des risques), écrit dans la revue d'ASUD :

> « Le droit à la santé fait partie des droits de l'homme […] et ceux qui consomment des drogues doivent avoir les mêmes droits que n'importe quel citoyen. […][La dépénalisation] change radicalement le statut de l'usager de drogues, qui n'est plus un délinquant mais un citoyen comme les autres. Même si la dépénalisation se limite à l'usage « simple», c'est-à-dire sans détenir de produit, c'est une avancée en termes de droit, cohérente avec une politique de santé qui fait appel à la responsabilité. [39] »

Un même courant en faveur d'une décriminalisation des drogues est présent au Québec, notamment relayé par la revue *L'injecteur* qui titrait en février 2013 : « Une révolution contre la prohibition ». Les militants insistent sur les échecs patents de la prohibition, dont ils considèrent qu'elle est un frein au soin, dès lors que les personnes peuvent craindre une sanction pénale s'ils sont

---

[37] Maître Francis CABALLERO, « Pour une nouvelle approche économique, sociale et juridique, la législation contrôlée », in Odile DORMOY, *Soigner et/ou punir: questionnement sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison*, Paris, L'Harmattan, 1995.

[38] *Ibid*. p.292.

[39] Anne COPPEL, « Quand la réduction des risques renaît de ses cendres », in *ASUD journal*, n°45, hiver 2010. pp. 11-12.

identifiés et catégorisés comme « drogués ». Les arrestations incessantes, la brutalité policière et le rejet social dont les usagers de drogues font l'objet, sont des facteurs de marginalisation pouvant être un frein à l'entrée dans une procédure de soin. Un véritable clivage social semble s'opérer entre des personnes qui recourent à des pratiques illégales (la consommation) et qui sont alors suspectées de rejeter les valeurs de la société et le reste de la population, chez qui est entretenue une véritable « peur du drogué ». Cette figure du « drogué » apparaît néanmoins simplificatrice. Tous les produits qui ont un effet psychotrope ne font pas l'objet d'une même réprobation sociale, pensons à l'alcool, notamment le vin, « reconnu patrimoine français[40] ». En Suisse, également, le vin fait partie de la culture locale tandis qu'au Québec, ce sont les microbrasseries qui érigent les bières québécoises au rang de patrimoine culturel. Si les produits s'inscrivent selon une hiérarchisation sociale, il en est de même pour les types d'usage, l'abus sera condamné tandis que l'usage récréatif (de certains produits, selon certains contextes) pourra être admis. Ainsi, si la consommation est admise, voire dans certains contextes, valorisées, l'abus d'alcool et l'alcoolisme sont reconnus comme un fléau social et un problème de santé publique. L'héroïne, quant à elle, représente la drogue la moins acceptée socialement[41]. Néanmoins, il apparaît de manière évidente que l'étiquetage des personnes comme « drogués » ou « toxicomanes » dépend avant tout de la visibilité du stigmate. Les marques d'un usage de drogues comme stigmates sur le corps sont ainsi associées à un ensemble de traits sociaux de la grande précarité dans laquelle se trouvent les personnes (les problèmes de dentition, les abcès, les traits du visage marqués). L'usage de drogues devient un trait spécifique d'un profil spécifique de personnes en situation d'errance, ce que certains auteurs, telles que Bouhnik[42] et Jamoulle[43] nomment les « usagers de rue ».

Notons toutefois que tous les usagers de drogues ne partagent pas le combat contre la prohibition des drogues. Certains, craignant une stigmatisation

---

[40] *Le vin reconnu « patrimoine » de la France*, http://www.lefigaro.fr/flash-eco/2014/04/12/97002-20140412FILWWW00144-le-vin-reconnu-patrimoine-de-la-france.php, consulté le 12 janvier 2016.

[41] Hermann FAHRENKRUG, « Mythes et réalité de l'héroïne en Suisse », *op. cit.*

[42] Patricia BOUHNIK, « Système de vie et trajectoires des consommateurs d'héroïne en milieu urbain défavorisé », *op. cit.*

[43] Pascale JAMOULLE, « Enquête de terrain auprès d'usagers de drogues », *Psychotropes*, 2001, vol. 7, nº 3, pp. 31-48.

supplémentaire comme « toxicomane », préfèrent ne pas s'engager auprès d'associations d'autosupport afin, justement, de ne pas être étiqueté et qu'une telle catégorisation ne nuise à leur vie sociale. Pour d'autres, leur avis n'est pas vraiment tranché sur la question, un argument souvent avancé étant la confusion du message auprès des plus jeunes si la drogue n'était plus illicite. Comme en témoigne cet homme, aujourd'hui en traitement Subutex® :

> *« C : Est-ce que vous avez un avis sur la légalisation du cannabis ?*
>
> *Claude : Contre ! Ouais ! Quand on est ado, quand on est chez les parents, on sait que le cannabis, c'est pas bon. C'est interdit... pour l'instant, c'est interdit, c'est mauvais pour la santé, mais bon ! On est ado, on a envie de découvrir la vie et puis on fait les premiers pas vers quoi ? Vers quelque chose d'interdit. On expérimente, on trouve des trucs et on prend ce qui passe sous la main, comme le cannabis mais maintenant, si le cannabis était dans les coffee-shops, comme la cigarette au coin de la rue, et ben, ce serait plus interdit, alors les jeunes, ils iraient vers quoi ? Vers quelque chose d'interdit, comme l'héroïne. A Amsterdam, c'était grave, c'est grave, là-bas ! Y a les coffee-shops, le shit, c'est autorisé, dans les coffee-shops, donc heu, vous allez dans un coffee-shop tenu par un Marocain, vous êtes sûr que vous pouvez trouver de la came ! » (Claude 43 ans le 15.12.12 en France)*

Claude, dans cet extrait, illustre une des théories communément admises sur les usages de drogues[44] : la théorie de l'escalade ; elle décrit un processus au cours duquel un individu qui commence avec une drogue, le cannabis, par exemple, sera par la suite tenté par d'autres drogues de plus en plus nocives, pour atteindre des effets toujours plus forts. L'étape ultime de cette escalade est

[44] L'idée préconçue selon laquelle la trajectoire d'un usager de drogues est un long processus vers la déchéance est largement développée dans l'opinion publique. Dans un quotidien national, publié sur internet le 28/05/2014, un fait divers relate l'emprisonnement d'un jeune couple ayant consommé de la drogue (cannabis et cocaïne) à proximité de leur bébé, des photos montrent l'état de l'appartement, commenté et décrit dans l'article comme insalubre. Sur le site, les internautes ont la possibilité de commenter ce fait divers. Voici une des réactions, elles sont nombreuses à aller dans ce sens, de l'un d'entre eux : « Ce qui est choquant c'est la vie de ce nourrisson et son avenir. Les photos bien entendu, c'est pour vendre le journal, mais aussi cela informe sur la toxicomanie et ses déboires. Informe les citoyens pour éviter de dépénaliser les drogues soi-disant douces. Ça commence par un joint et ça se termine dans un squat avec une overdose. » http://www.leprogres.fr/jura/2014/05/28/des-parents-condamnes-pour-avoir-fume-du-cannabis-dans-la-chambre-de-leur-bebe#jimage=C708DDB0-BF05-4F34-9820-6DFDF00CEC7F Cet exemple montre bien les croyances encore très actuelles liées aux usages de drogues, mais aussi le rejet voire la haine sociale envers ces populations fortement stigmatisées.

Cet article et les commentaires qui le suivent sont aussi révélateurs d'une importante discussion autour de la parentalité et de la consommation de psychotropes. Avec cette problématique largement discutée dans la littérature apparait le problème de la transmission de la dépendance, voire même de son caractère héréditaire.

considérée comme le passage à l'héroïne, drogue maudite entre toutes, prise par injection. Cette conception déterministe semble mésestimer la place de l'acteur, doué de réflexivité ; l'addiction perçue comme aliénante, voire démoniaque, ne permettrait plus au sujet de garder ou de reprendre le contrôle de sa consommation. Olievenstein, en 1970, reconnaît le risque de l'escalade, mais selon lui, elle est plutôt due à l'entrée dans des milieux marginaux, où la drogue est accessible, qu'à l'effet de la marijuana elle-même. Aujourd'hui, la théorie de l'escalade est critiquée par les spécialistes[45], mais elle est encore bien actuelle dans l'esprit de nombreuses personnes. Dans le discours de Claude, la transgression d'interdits, passant par l'affranchissement des règles, d'abord de celles édictées par les parents, puis des lois, est une autre forme d'escalade. Selon lui, si les jeunes consomment du cannabis, c'est avant tout parce que ce produit est illégal. Il présume alors qu'en recherche d'illégalité, si le cannabis n'était plus interdit, les plus jeunes se dirigeraient vers un autre produit illicite, comme l'héroïne. . Le positionnement anti-légalisation de Claude peut sembler paradoxal pour un usager d'héroïne, or ici, Claude tient ce discours à partir de sa propre expérience, la drogue est associée pour lui à une certaine violence, il constate les méfaits de l'usage sur son quotidien, sur son corps et sur ses relations, notamment avec sa mère. Il peine donc à prendre du recul par rapport à une consommation qui, pour reprendre les termes de Castel, est devenue « sa ligne biographique dominante[46] ». Son point de vue est aussi conditionné par l'opinion publique, il est bien placé pour connaître la défiance qu'éprouvent les gens qu'il croise dans la rue, et donc du regard social, face aux stigmates visibles de ses usages de drogues.

Bruno, 38 ans, père d'une fille de 15 ans, s'inquiète également du message envoyé aux plus jeunes si les drogues étaient légalisées :

> *« S'il y avait un référendum pour ou contre la légalisation des drogues, vous voteriez quoi ?*

[45] Ainsi Boggio et al. critiquent la « logique incongrue » qui voudrait qu'une première bouffée de marijuana mène fatalement à la seringue : « s'il est vrai, en effet, que 100% des gagnants au loto ont tenté leur chance, qui oserait affirmer que 100% des joueurs gagneront sûrement. » Boggio Yann, Cattacin Sandro, Cesoni Maria Luisa et Lucas Barbara, *Apprendre à gérer: la politique suisse en matière de drogue*, Genève, Suisse, Georg éditeur, 1997, p.43.

[46] Robert CASTEL, *Les sorties de la toxicomanie*, *op. cit.*

Bruno : Benh… Moi, je voterais pour, après, comme dit, quand on a des enfants, on peut, c'est légitime d'avoir peur, de se dire : « Ouais attends, imagine mon enfant, il va se mettre la race » !

Ces deux positions sur la légalisation montrent bien la dualité entre une interdiction qui dissuaderait du passage à l'acte ou à l'inverse qui attirerait par un désir de transgression

Néanmoins, malgré un faible positionnement de la part des usagers de drogues eux-mêmes, un fort courant vers la décriminalisation semble être en cours : au Portugal pour toutes les drogues, mais également dans de nombreuses régions du monde où le cannabis est décriminalisé. Ces mouvements semblent indiquer un changement progressif de la logique répressive ayant cours. Dans les débats sur la légalisation, la substitution occupe une place paradoxale. Olivet exprime un point de vue relativement tabou, au sein des structures et dans les discours publics, au sujet des TSO :

> « Cela suppose de mettre à jour la part d'ombre de la substitution : elle socialise des drogues plutôt que des «drogués». Il s'agit de l'expérimentation d'une légalisation grandeur nature sous une forme médicalisée qui échappe pour une grande part aux praticiens.[47] »

La substitution est défendue par les institutions publiques comme un médicament sans effet psychoactif, tandis que pour Olivet, représentant des usagers de drogues, derrière la substitution apparait un enjeu politique fort, il s'agit de la reconnaissance du droit au plaisir. Dans cette conception de la substitution, celle-ci n'est plus considérée comme un soin mais comme une substance procurant un bien-être, voire du plaisir : c'est-à-dire non pas seulement le soulagement d'un mal-être mais bien l'accès à un effet appréhendé par les personnes comme un effet plaisir. Néanmoins, ce droit au plaisir est tout relatif, l'AMM des TSO (dans les trois pays de notre étude) prévoit de procurer un médicament sans effets psychotropes, c'est-à-dire sans plaisir. Cette opposition binaire entre thérapeutique et bien-être procuré par un produit ajoute une confusion dans les usages qu'en font les personnes et pose fondamentalement la

[47] Mireille TREMBLAY et Fabrice OLIVET, « De la participation citoyenne à la reconnaissance du droit au plaisir : insertion sociale et droits des usagers des opioïdes », *Drogues, santé et société*, 2011, vol. 10, n° 1, p. 190.

question de la place du plaisir dans le débat social, notamment autour des questions de santé. Ces définitions antagonistes des TSO posent en creux le problème de la décriminalisation des drogues et celle du plaisir que procurent certains produits issus de la pharmacopée.

V. Conclusion du cinquième chapitre : Drogues, délinquances et TSO imbriqués dans les mondes de la drogue

Si la corrélation entre usages de drogues et délinquance est un débat encore virulent dans les sciences sociales, on peut voir que la question de l'impact des TSO sur la délinquance est elle aussi sujette à polémique. Ainsi dans la revue *Déviance et Société*, dans un numéro de 1999, les chercheurs Niveau et Laureau publiaient un article visant à nuancer l' « idée simple » selon laquelle la substitution diminuerait la criminalité. Leur démonstration statistique vise à démontrer que les TSO ne seraient efficaces afin d'éviter le passage à la délinquance que pour une part restreinte des usagers, soit :

> « les personnes non encore impliquées dans ce type de comportement, mais prêtes à s'y adonner au décours d'un processus d'appauvrissement progressif.[48] »

Ainsi, selon cette étude, pour les personnes déjà engagées dans une carrière criminelle, les TSO ne permettrait pas de réduire les actes délinquants. En 2001, le criminologue Aebi propose une approche critique de ces résultats en démontrant leur invalidité méthodologique. Utilisant les mêmes chiffres que Niveau et Laureau, Aebi propose de nouveaux résultats, qui font coïncider TSO et baisse de la délinquance. Une des critiques faites par Aebi concerne la mesure de la délinquance élaborée par ses collègues à partir du nombre de toxicomanes incarcérés ; selon Aebi celle-ci « ne mesure pas l'étendue réelle du phénomène

[48] Marcelle LAUREAU et Gérard NIVEAU, « Substitution et prévention de la délinquance: l'échec d'une idée simple », *Déviance et société*, 1999, vol. 23, n° 4, p. 442.

étudié mais plutôt celle de la réaction sociale à ce phénomène[49] ». L'objectif de ce chapitre n'est pas d'apporter notre pierre à cet édifice de calcul statistique et – il va s'en dire – conflictuel. A travers une relecture, non pas quantitative, mais qualitative du rapport entre drogues et « délinquance », l'objectif qui est le nôtre est celui d'une compréhension de ces phénomènes de déviance et des pratiques qui leur sont relatives, à partir des récits qu'en font les narrateurs, pour tâcher d'identifier les imbrications entre délinquance, mondes de la drogue et mondes du soin, et afin de cerner ce qui constitue ces mondes aux frontières toujours indéfinies. L'apprentissage de la délinquance, corrélée à l'apprentissage des drogues apparaît comme une succession d'étapes, une imbrication au sein de groupes sociaux, et un ancrage dans une certaine forme de marginalité que constitue la carrière des usagers de TSO. La situation de précarité dans laquelle se trouve les personnes, soit parce qu'elles sont issus de milieux sociaux défavorisés, soit parce que la consommation et la cherté des produits les ont appauvris, peuvent les conduire vers la marginalité et la délinquance. Les expériences judiciaires des narrateurs influent sur leur trajectoire biographique et leur composition identitaire. La construction de sens est une opération complexe de confrontation d'ordres normatifs relevant de différents registres, notamment judiciaire mais également médical. Le regard médical sur la dépendance, lui-même mouvant et pluriel, influe sur la manière qu'ont les usagers de vivre et de percevoir leur consommation : les effets produits ou encore l'entrée dans la dépendance.

[49] Marcelo F. AEBI, « La relation entre cures de substitution à la méthadone et prévention de la délinquance : une réponse critique à Niveau et Laureau », *Déviance et Société*, 2001, vol. 25, n° 2, p. 196-197.

Chapitre VI. CATEGORISATIONS DE LA DEPENDANCE A L'HEROÏNE

De l'expérience intime de l'usage d'héroïne aux définitions institutionnelles de la toxicomanie ou de l'addiction, les enjeux autour de la catégorisation de ces pratiques révèlent une évolution constante des modalités de prise en charge, en lien avec les changements relatifs aux mondes des drogues. Les traitements de substitution ont été introduits (en France, en Suisse et au Québec) car ils relèvent d'une définition de la dépendance à l'héroïne, qui s'inscrit dans le registre de la pathologisation et de la médicalisation. La médicalisation de la dépendance est analysée par Amon Suissa, professeur à l'école de travail social de Montréal, comme une forme de contrôle social qui s'inscrit à trois niveaux distincts. Au niveau conceptuel, la médicalisation s'inscrit dans les discours et les idéologies : Suissa donne l'exemple des mouvements d'entraide tels que les Narcotiques Anonymes qui se réfèrent à une conception médicale de la dépendance pour fédérer le groupe. Au niveau institutionnel, le rôle détenu par les médecins au sein des centres spécialisés témoigne de cette médicalisation. Enfin, au niveau interactionnel, la médicalisation apparaît dans la relation entretenue entre les personnes dépendantes et leur médecin[1]. Le monde du soin peut être compris comme le registre de référence et le cadre idéologique et théorique dans lesquels les traitements sont mis sur le marché. Les définitions produites dans le monde du soin forment un corpus de connaissances mobilisables par les usagers eux-mêmes. Ceux-ci incorporent ces savoirs à leur propre expérience des drogues. Ainsi pour comprendre le sens que les personnes accordent au traitement, il est également nécessaire d'analyser comment une personne devient usagère d'héroïne. Quand les usagers évoquent les TSO, le soulagement de la sensation de manque liée au sevrage est mis en avant, il s'agit en même temps de raconter l'expérience de la dépendance. Or l'expérience des drogues n'est pas uniquement lié au manque et à

[1] Amnon Jacob SUISSA, « Addictions et pathologisation de l'existence : aspects psychosociaux », *Psychotropes*, 2008, vol. 14, n° 2, p. 65-66.

la souffrance mais constitue, au préalable, une quête de plaisir. Cette recherche de plaisir est liée de manière intrinsèque à notre problématique or elle est beaucoup plus difficilement abordée. Comprendre comment les personnes consomment et quels sont les effets recherchés est indispensable pour appréhender la carrière d'un usager de TSO dans son ensemble, tant le sens attribué au médicament est bâti autour des connaissances apprises auparavant avec les drogues, en terme de sensations, mais aussi de socialisation ou de participation à un marché.

I. Définitions institutionnelles : de la manie du toxique au trouble du comportement

Afin d'identifier les définitions institutionnelles, nous avons eu recours à la riche bibliographie sur le sujet, nous nous appuyons sur les études sociologiques pour dresser le contour du changement de dénomination qui a pu s'opérer et ce qu'il révèle, notamment en terme de médicalisation de la prise en charge des usagers de drogues. En effet, de nombreux auteurs se sont penchés sur la question des usages de drogues et de la dépendance. Néanmoins, un primat est accordé, dans la recherche, aux médecins avec aujourd'hui de nouvelles découvertes en neurosciences qui viennent transformer le regard porté sur ces questions[2]. Un passage par une recherche sémantique nous permet de comprendre l'usage que les professionnels et usagers font des termes mobilisés, dont les dénominations peuvent avoir parfois un caractère performatif.

Aujourd'hui, la terminologie des structures socio-sanitaires spécialisées a changé et dans les pays francophones étudiés il n'est plus d'usage de parler de « toxicomanie » dont l'étymologie vient du grec *toxicon* (poison) et *manie* (folie). Ce terme, défini par Denis Richard, pharmacien et Jean-Louis Senon, psychiatre, dans leur *Dictionnaire des drogues*, renvoie à « une réprobation morale à l'égard d'une conduite jugée irresponsable et relevant donc du champ de la psychiatrie[3] ». Par ailleurs, la notion de toxicomanie porte à faire l'amalgame entre les divers

[2] Nous avons pu nous rendre compte de l'importance prise par les études en neurosciences lors du colloque de restitution scientifique des appels d'offre conjoints INSERM-MILDT-INCa sur la période 2008-2009, ayant eu lieu le 3 octobre 2012.

[3] Denis RICHARD, Jean-Louis SENON et Bernard KOUCHNER, *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*, Paris, France, Larousse, 1999, vol.1/.

usages de drogues. Usage, abus et dépendance sont distingués. La dépendance à un produit est caractérisée par cinq éléments :

> « la compulsion avec la perte de la capacité de plaisir, le maintien du comportement malgré les conséquences négatives, l'obsession concernant la recherche du produit, la culpabilité au décours de l'usage et les symptômes de sevrage.[4] »

Si en France et au Québec, les spécialistes se réfèrent au DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), en Suisse, l'ISM-10 (International Classification of Diseases and Health Problems) est la référence. Tandis que l'ISM-10 parle d'*harmfull use* (usage dangereux), le DSM-IV parlait d'abus jusqu'en 2013. Ces critères dans la reconnaissance des symptômes de la dépendance selon le DSM et l'ICD ont des similarités mais ne sont pas identiques. La plus grande différence réside dans la durée de consommation prise en compte dans l'ICD et non dans le DSM[5]. L'utilisation de la notion d'abus, concerne selon Véronique Nahoum-Grappe, la « gestion individuelle des plaisirs corporels et la gestion du corps social[6] ». Ainsi, parler en terme d'« abus » opère comme une forme de bio-pouvoir, selon le concept de Michel Foucault. Il s'agit en cela d'un jugement moral négatif. Le DSM-V de 2013 est marqué par la disparition de la notion d'abus[7]. Si l'usage se distingue de la dépendance, comme s'accordent à le dire la plupart des spécialistes, la difficulté est alors de distinguer l'un de l'autre, la réponse vient bien souvent de l'usager lui-même et du rapport qu'il dit entretenir avec le produit, perte de contrôle et envie irrépressible de consommer (craving) étant les sonnettes d'alarme d'une consommation devenue problématique voire anomique car dérégulée, la personne ayant le sentiment d'en avoir perdu le contrôle. Un médecin québécois nous explique son interprétation du dernier DSM en lien avec la substitution, tout en conservant dans ses propos la notion de toxicomanie :

---

[4] « Toxicomanie » *Ibid*.

[5] Michael FIRST, *Towards Harmonization: An Annotated Guide to Differences in the DSM-IV and ICD-10 Definitions of Mental Disorders*, Department of Mental Health and Substance Abuse, 2007.

[6] NAHOUM GRAPPE « Abus » *Ibid*., p.2.

[7] *NL4- DSM-5 et addictologie | Congrès Français de Psychiatrie*, http://www.congresfrancaispsychiatrie.org/congres/nl4-7/, consulté le 5 août 2014.

« Ils ont regroupé maintenant toutes les toxicomanies ensemble et le gambling[8] aussi. Juste pour dire, qu'avant, ils distinguaient entre une drogue et l'autre drogue. Maintenant, ils voient la similitude. Donc quelqu'un en tendance de surconsommation, c'est les mêmes endorphines, les mêmes patterns [schémas] héréditaires ; bon, un va boire, l'autre va prendre de la cocaïne. Donc donner la méthadone ne change pas la personnalité. S'ils ont besoin de ce high[9]-là, ils vont aller le chercher autrement. Il y en a beaucoup qui sont déçus de la méthadone, il y en a qui s'en vont. Il y a des gens qui ne viennent pas le chercher parce qu'ils veulent consommer. C'est pas une panacée. […] Alors autant c'est une panacée pour certains, c'est pas efficace pour d'autres. C'est pour ça qu'on veut qu'il y ait le plus de traitements possibles pour laisser aux gens la possibilité de choisir. » (Médecin affilié au CRAN : Centre de recherche et d'aide aux narcomanes, Québec, il s'intéresse à la prescription de méthadone en périnatalité, entretien réalisé le 12.07.13)

Selon ce médecin, les traitements de substitution ne sont pas une réponse adaptée à toutes les dépendances, il est important selon lui de diversifier le type de prise en charge pour répondre à l'hétérogénéité des pratiques. Lorsque une pratique apparaît comme une recherche compulsive de plaisir, associée à une envie constante et irrépressible de reproduire un comportement ou de consommer un produit, elle est catégorisée comme étant une pratique addictive. La notion d' « addiction » tend peu à peu à remplacer celle de toxicomanie, dans les documents institutionnels, ainsi qu'au fur et à mesure dans le discours des professionnels rencontrés sur nos trois terrains. Il est apparu que sur nos terrains français, le rejet de la notion de « toxicomanie » est plus virulent que sur nos terrains suisse et québécois. Le psychiatre Charles Rozaire est un défenseur de la notion d'addiction :

« Le terme d'addiction présente l'avantage de proposer un déplacement du toxique, c'est-à-dire du produit consommé, vers le comportement lui-même, qu'il s'agisse d'un comportement de consommation de substance psychoactive (produit agissant sur le psychisme, en modifiant l'activité mentale, les sensations ou le comportement) ou d'une addiction comportementale.[10] »

[8] Gambling = jeu d'argent

[9] High = sous l'emprise de produits (défoncé)

[10] Charles ROZAIRE, « Qu'est-ce que l'addiction ? », *Archives de politique criminelle*, 2010, n° 1, pp. 9-23.

Selon cette définition, l'addiction ne dépend plus du caractère licite ou illicite du produit et il peut y avoir addiction sans produits. Le médecin cité plus haut évoque le *gambling*, nous pourrions rajouter l'addiction au sexe, à internet, aux jeux vidéo ou encore les addictions alimentaires. D'un point de vue médical, les addictions se caractérisent toutes par un même « emballement du circuit de récompenses » et un déséquilibre du système dopaminergique. Selon Pharo, dans nos sociétés marchandes, tout type de consommation peut devenir l'objet d'une addiction, d'un besoin compulsif de se le procurer, or la société crée aujourd'hui, chez les individus, « êtres de désir et de manque », le besoin de donner du sens à leur existence à travers des objets, des activités, qui font d'eux des êtres sociaux. La société de consommation, comme nouvel ordre social, est considérée comme addictogène par l'auteur. Selon lui, la société consumériste érige l'accès au plaisir immédiat comme norme et signe de la réussite sociale. Le risque est alors la fragilisation de certains individus pour lesquels la recherche du plaisir consommatoire entraîne une perte de contrôle quand la quête de l'objet procurant du plaisir devient un véritable asservissement[11].

L'élargissement du champ des prises en charge de la dépendance par la promulgation de la notion d'addiction est significatif de sa médicalisation. Cet élargissement peut être entendu comme le décloisonnement d'une catégorie spécifique que seraient les usagers de drogues par injection. Néanmoins, ce concept tend aujourd'hui à devenir un fourre-tout. Si tout comportement obsessionnel pour combler un manque est susceptible de révéler une pathologie, il importe de ne pas confondre toutes les dépendances dont les conséquences dans la vie des personnes, en terme de stigmate social, varient grandement. Selon Nicolas Fortane, le succès du concept d'addiction suppose un « processus de traduction d'un concept médical en catégorie d'action publique » qui procède d'un changement de cadre épistémique :

> « La substitution d'une approche psychanalytique, jusque-là dominante, par une conception neurobiologique et cognitivo-comportementale de la

[11] Patrick PHARO, *Plaisirs et dépendances dans les sociétés marchandes*, Bruxelles, Belgique, Éd. de l'Université de Bruxelles, 2012.

dépendance, ainsi que l'établissement d'une épidémiologie de la consommation de drogues ont concouru à l'émergence du problème des "addictions".[12]»

A la fin des années 1980, la découverte du système dopaminergique, activé lors de la consommation de n'importe quelle substance psychoactive devient :

> « la clef de voûte de tout discours sur les "addictions" et assure la diffusion et la légitimation d'une appréhension commune des phénomènes de dépendance. »

A partir de cette définition neurobiologique, Goodman dans les années 1990 propose de donner une définition d'addiction « scientifiquement utile » qui puisse servir aux politiques afin de mettre en œuvre des campagnes de prévention plus pragmatiques, dans le prolongement de la réduction des risques. La seconde étape de la carrière des addictions est l'approche cognitivo-comportementale qui opère ainsi un passage des produits aux comportements[13]. La dernière étape de la carrière des addictions, selon Fortane, s'inscrit dans sa dimension épidémiologique permettant de délimiter quantitativement les différents usages de drogues, et de rendre visible une « cible concrète » pour les politiques publiques mises en œuvre :

> « Cette opération de mise en visibilité des phénomènes de dépendance (et des comportements les précédant) participe de la politisation de la notion d'«addiction», dans la mesure où elle contribue à la fois, par la mise en adéquation de concepts médicaux avec des catégories administratives, à l'élaboration d'instruments d'action publique spécifiques et à la légitimation de l'intervention étatique en la matière.[14] »

La promotion du concept d'addiction a permis une redéfinition significative des consommations de drogues, en éclairant son caractère polysémique. Des polycosommations de la jeunesse à la dépendance de longue durée à l'héroïne, ces modalités de consommation, au prisme de « paradigme addictologique » relèvent néanmoins de stratégies différentielles. En ce qui concerne la dépendance à l'héroïne, la médicalisation de nombreux problèmes liés au comportement a permis le développement du traitement de maintenance, l'addiction étant perçue comme une maladie dont le traitement s'inscrit sur le long terme, voire à vie. Dans

[12] Nicolas FORTANE, « La carrière des «addictions» », *Genèses*, 2010, nº 1, p. 6.

[13] S'opère ici l'élargissement du spectre de l'addiction autour des comportements, incluant alors addiction aux jeux, au sexe, etc.

[14] Nicolas FORTANE, « La carrière des «addictions» », *op. cit.*, p. 18.

cette conception, c'est bien la personne en tant qu'actrice de son traitement qui est sollicitée, dans sa capacité à développer, à l'aide d'outils thérapeutiques tel qu'un TSO, des processus de contrôle et de gestion de sa consommation. La résurgence de l'emploi du terme de « toxicomane », notamment dans la dénomination de certaines structures ou encore dans le vocabulaire de certains psychanalystes qui défendent l'emploi du terme « toxicomanie » pour signifier un rapport subjectif entretenu avec le produit, montre les réticences ou la lenteur des changements institutionnels et cognitifs. Lorsque nous interrogeons le responsable de structures de notre terrain en Suisse sur la notion de « toxicomanie », il a connaissance de ce débat sémantique mais semble peu s'en soucier :

> *« Alors nous, on parle encore de toxicomane, c'est-à-dire y a aussi assuétude, y a aussi…quand ils sont polytoxicomanes…on essaye aussi d'englober l'alcool. On a une réflexion pour l'instant avec le docteur X du centre X' qui essaye de voir qu'on n'utilise plus le mot toxicomane parce que ça focalise trop effectivement. Bon, nous on les appelle les résidents ! » (Responsable d'une structure de soin en résidentiel pour usagers de drogues en Suisse, entretien réalisé le 15.04.13)*

La majeure partie des personnes rencontrées utilise le terme toxicomane comme Bruno qui raconte la facilité avec laquelle il pouvait se procurer le traitement quelques années en arrière, lors de leur introduction :

> *« Vous alliez chez un médecin, vous disiez : « Voilà, je suis toxicomane » tout de suite, il cherchait pas à comprendre, il vous faisait tout de suite le traitement. » (Bruno, 38 ans, le 22.04.13 en France)*

Nous voyons ici, que par nécessité d'accès au soin, Bruno se désigne lui-même comme « toxicomane », il essentialise son identité autour de sa consommation afin d'obtenir rapidement le traitement. Cette « identité sociale[15] », ou « identité pour autrui[16] » porteuse de stigmate, est parfois un frein à la réinsertion des personnes. D'autant plus quand le traitement est lui-même considéré comme une drogue, et que la personne peine à justifier, auprès de ses autruis significatifs, sa démarche thérapeutique. Par la mobilisation de la notion de « toxicomanie » ou plus souvent de « toxico », c'est bien son sens le plus dépréciatif

[15] Erving GOFFMAN, *Stigmate*, *op. cit.*, p. 12.

[16] Claude DUBAR, *La socialisation: construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, France, A. Colin, 2010.

qui est retenu par les personnes. Parler en terme de « toxico », c'est témoigner de l'image dégradée que les personnes peuvent porter sur elles-mêmes, sur leurs pratiques, et sur le monde dans lequel elles évoluent ; mais c'est également donner un certain poids à la réaction sociale qu'elles subissent. Comme Jean, 50 ans, qui se souvient du regard porté sur lui, alors qu'il sortait en boîte de nuit, avec son frère et des amis à lui :

> *« Mais bon, on voyait que j'avais une gueule de toxico quoi, je veux dire, parce que, c'est l'époque, on allait en boîte, ils disaient...ils buvaient une bouteille de whisky le soir, une bouteille et demi, si ce n'est pas plus, mais bon, nous on était les drogués quoi ! Et lui il était clair ! Enfin vous voyez ce que je veux dire ! L'alcool c'est toujours mieux vu, alors c'est vrai que j'étais des fois comme ça, et j'étais très maigre, avec vraiment la gueule… C'est vrai, il avait raison, mais...c'est pas la peine de me dire...je le savais... »*

Par ses utilisations de la notion de « toxico », Jean insiste sur ce qu'il considère comme les points communs de cette catégorie. Il parle par exemple de « *l'âme d'un toxico* », pour expliquer que bien qu'il soit stabilisé à la méthadone, il ne pourrait refuser si quelqu'un lui proposait un rail d'une héroïne de qualité. Plus loin, il explique :

> *« Je sais pas si vous avez remarqué, mais quand même, les toxicos, on est plus...enfin, je parle pour moi, on est plus sensible que d'autres...ou je sens les choses, c'est pas mieux, mais je sens les choses que d'autres ne sentent pas... J'ai un autre truc, et je pense que c'est quand même l'héroïne qui m'a donné ce truc là... »*

Ainsi, malgré le caractère stéréotypant et stigmatisant de la notion de « toxicomane », on voit bien, avec l'usage qu'en fait Jean, que ce terme, au contraire du concept d'addiction par exemple, est utilisé pour signifier un sentiment d'appartenance relatif à une expérience commune. Pour autant, les détracteurs de cette notion sont nombreux. Reprenant les analyses de Peele et Brodsky, Coppel insiste sur le fait que « la déchéance n'est pas inéluctable » et milite pour l'abandon de la dénomination de « toxico » qui colporte cette idée fataliste :

> « Il faut refuser le stigmate, ce que font les usagers qui protestent : "Je ne suis pas toxico." Dans la théorie médicale ce refus est interprété comme un déni,

mais c'est plutôt une protection ; accepter d'incarner une caricature condamne à l'exclusion, à la déchéance et à la mort.[17] »

Coppel, à l'instar de Zafiropoulos qui écrivait en 1988, « Le toxicomane n'existe pas », condamne l'usage du terme qui relève de « l'espace juridique et non de la clinique[18] ». La notion de toxicomane ne recouvre pas les mêmes définitions selon qu'il est employé par les spécialistes de la justice ou de la santé :

> « Pour le magistrat, le toxicomane est celui qui consomme une drogue illicite : pour le médecin, seul l'usager dépendant relève du traitement.[19] »

La dénomination n'est pas uniquement un problème de sémantique tant elle influe sur les politiques publiques. Pour reprendre l'analyse de Foucault, dans *Naissance de la clinique*[20], nous pouvons dire qu'entre le début de la prise en charge de ce qu'il est alors d'usage d'appeler des toxicomanes, jusqu'à la réduction des risques pour des usagers de drogues, « la différence est infime et totale », en effet si la sémiologie de la maladie reste la même, ce sont les instruments permettant de l'appréhender qui relèvent de deux mondes distincts.

Afin d'éviter les écueils de normativité propres à la dénomination et à la catégorisation d'un certain groupe, nous utilisons dans cette recherche la périphrase « usager de drogues (UD)» utilisée notamment par l'association ASUD (association d'autosupport pour usagers de drogues), ainsi que celle d'« usager de traitement de substitution » ou encore « personne[21] dépendante aux opiacés ». La terminologie et le sens des mots utilisés pour évoquer la question des drogues sont évocateurs d'un ensemble de représentations sociales sur les drogues et sur les usagers qu'il est important de déconstruire.

Les expressions : toxicomanie, dépendance et addiction renvoient à une expérience singulière de l'usage des drogues. Nous avons également cherché à analyser la manière dont les personnes parlent des effets recherchés lors de prises de psychotropes. Il apparaît que les effets des drogues, et par la-même des TSO,

---

[17] Anne COPPEL, *Peut-on civiliser les drogues ?*, *op. cit.*

[18] Markos ZAFIROPOULOS, *Le toxicomane n'existe pas*, Paris, France, Navarin, 1988.

[19] Anne COPPEL, *Peut-on civiliser les drogues ?: de la guerre à la drogue à la réduction des risques*, Paris, France, La Découverte, 2002, p.194.

[20] Michel FOUCAULT, *Naissance de la clinique*, Paris, France, Presses universitaires de France, 2015.

[21] La notion de « personne » est préférée ici à celle d' « individu » car elle évoque l'idée d'une interaction, d'échanges réciproques avec autrui et d'une interdépendance ; quand la notion d' « individu » fait référence à l'être indivisible, au cœur du processus d'individualisation.

permettent de penser l'humain dans son rapport à la corporéité et à la psyché **:** les psychotropes agissent de telle manière sur le cerveau qu'ils interrogent sur la dépendance mais aussi sur le rapport à autrui, à l'être-ensemble, et à l'ipséité. Reconnaître la force du produit, en incluant la chimie dans le répertoire thérapeutique, n'est pas nier la place d'acteur à l'usager de psychotropes, mais cela est nécessaire pour mieux cerner et comprendre le discours des personnes. La force d'attraction exercée par le produit sur une personne qui a un attrait pour une certaine molécule et la puissance des psychotropes sur le cerveau ne peuvent être déniées.

II. De l'apprentissage du plaisir à l'apprentissage du manque

> « Dès qu'apparaissent les hommes dans le lointain de l'histoire, nous les voyons adonnés à l'usage de certaines substances dont la destination n'est pas de les nourrir, mais de leur procurer, lorsqu'ils en sentaient le besoin, un état passager d'agréable euphorie et de confort, une impression d'accroissement de leur bien-être subjectif.[22] »

1. Le pouvoir chimique des drogues

En 1927, le docteur Lewin démontre dans sa recherche sur les médicaments de l'esprit, les différents types d'effets que procurent les psychotropes, notamment pour réduire les angoisses existentielles. Au moment de l'écriture, docteur Lewin affirmait :

> « Jusqu'à présent la chimie moderne est demeurée impuissante à reconstituer par voie synthétique quoi que ce soit qui ressemble, même de très loin, aux substances qu'une mystérieuse intuition avait indiquées à tous les peuples de la terre comme aptes à la satisfaction de leurs besoins d'euphorie.[23] »

[22] Louis LEWIN, *Phantastica*, *op. cit.*
[23] *Ibid.*

Aujourd'hui, la chimie a complètement transformé le rapport aux substances des sociétés occidentales, notamment en les rendant plus accessibles[24]. Ce point de vue pharmacologique du changement des produits explique en partie l'évolution sociale de l'usage des drogues. Dès le début du XX° siècle, des chercheurs en psychologie et en pharmacologie s'intéressent aux pouvoirs des drogues sur l'esprit. Le pharmacologue allemand dr. Lewin dresse dans son ouvrage *Phantastica* une classification des modificateurs de l'activité psychique. Dans le premier groupe, on trouve les *Euphorica* (calmants de l'activité psychique, ces drogues, et parmi elles l'héroïne, ont le pouvoir d'induire l'illusion d'un ralentissement du temps) ; les *Phantastica* (agents hallucinogènes, tels que le LSD) et les *Inebriantia* (substances enivrantes, telles que l'alcool) distordent la perception du temps, les effets du produit étant éprouvés par vagues successives, les *Hypnotica* (agents du sommeil) et enfin les *Excitantia* (stimulants psychiques tels que le crack, donnant l'impression d'une accélération du temps)[25]. Cette classification est aujourd'hui encore très éclairante pour identifier les effets recherchés par les individus, notamment celui de chronokinésie, c'est-à-dire la modification du ressenti de l'écoulement du temps. Cette recherche de sortie ou plutôt de réappropriation ou évasion du temps qui passe, parfois sur de longues périodes, indique le degré de difficulté des personnes dans leur entrée en soin et leur retour à un temps social fait de rendez-vous à honorer, véritables contraintes temporelles dont les personnes ont cherché à s'affranchir en prenant des drogues.

Pour autant, les personnes usagères de drogues n'évoluent pas dans un hors-temps, hors du social, au contraire, les usages de drogues et les perceptions ressenties par les personnes sont des constructions sociales, véritables produits de l'activité humaine. Le sens que les personnes accordent à leurs usages de produits psychotropes est éclairé par le prisme de représentations sociales, construites en interaction avec le groupe auprès duquel la personne va consommer. La figure de

[24] Sur internet, depuis quelques années, peuvent s'acheter des *research chemicals* (RC), il s'agit de variations des structures moléculaires de drogues illégales existantes. Ces RC envahissent le marché des psychotropes et sont parfois vendus comme étant ou ressemblant à un produit plus classique. Encore méconnues, ces nouvelles drogues représentent une transformation des consommations de produits psychotropes, notamment de part leur accessibilité, celles-ci étant vendues sur internet, et ne nécessitant donc pas de connaître des personnes au sein du « milieu de la drogue » TECHNO+, *La Météo des Prods - Bulletin RC Juillet 2013*, http://www.technoplus.org/t%2c1/2689/-la-meteo-des-prods---bulletin-rc-juillet-2013, consulté le 17 août 2014.

[25] Louis LEWIN, *Phantastica*, *op. cit.*, pp. 51–52.

l'usager de drogues ne correspond plus à l'image du junky autrefois décrite par Burroughs[26] ; elle a considérablement évolué au cours des trente dernières années. L'héroïne n'est plus que rarement la seule drogue de prédilection des personnes en demande de soin. Les psychostimulants, comme la cocaïne, se sont démocratisés. L'usage d'alcool, de crack (cocaïne basée), de benzodiazépines, ou encore d'autres substances psychoactives et la diversification des modes d'administration (injection, inhalation, et snif) modifient le rapport qu'entretiennent les sujets aux produits et aux effets recherchés mais ont aussi transformé les modes d'intervention. Aujourd'hui, la majorité des usagers de structures de soin que nous avons rencontrés sont des poly-consommateurs. Si la figure du « junky » ou du toxicomane semblait refléter une réalité singulière, soit un usager consommant des opiacés par intraveineuse, aujourd'hui la réalité du terrain modifie la représentation de cet idéaltype. Les traitements de substitution dont le pouvoir chimique est de combler le manque d'opiacés trouvent leurs limites face aux enjeux que posent ces nouvelles formes d'usages. La dépendance à la cocaïne, par exemple, se caractérise davantage par un fort *craving*, c'est-à-dire une envie irrépressible de consommer, que par un manque physique. Il n'existe pas encore de traitement médicamenteux qui réponde à cette problématique. Si la méthadone et la buprénorphine annihilent les effets des opiacés, elles n'agissent pas sur ceux de la cocaïne, qui peuvent être recherchés par une personne qui souhaite retrouver des effets psychoactifs, ceux-ci étant proscrits par les traitements de substitution. On peut supposer qu'un des effets pervers de l'introduction des traitements de substitution est d'avoir favorisé, d'une certaine manière, une augmentation de l'usage de cocaïne chez les personnes dépendantes à l'héroïne. Bien sûr, cette explication n'est en aucun cas une condamnation des traitements car elle est insuffisante pour expliquer les augmentations de l'usage de cocaïne dans le reste de la société, la cocaïne n'étant évidemment pas utilisée seulement par les personnes en traitement[27].

Finalement, derrière la question de la régulation du manque, se dessine en filigrane le rapport au désir ainsi qu'au plaisir. Les mots pour en parler souvent assez paradoxaux et péjoratifs (« se défoncer », « se mettre la tête » ou encore « se

[26] William BURROUGHS, *Junky*, Paris, Pierre Belfond éditeur, 1979.
[27] Anne COPPEL, *Peut-on civiliser les drogues ?*, *op. cit.*

geler » (expression québécoise)) dénotent ce caractère ambigu que revêt la consommation de psychotropes, l'apprentissage du plaisir tel que le révèle Becker montre bien que celui-ci n'est pas inné ou instinctif, mais bien social. Trop souvent ignorée des recherches sur la prise en charge des usagers de drogues, tant la définition communément admise de la dépendance prend en compte « la perte de la capacité de plaisir [28]». Pour autant, la mention de la recherche de plaisir, est présente dans la quasi totalité de nos entretiens. Nostalgie du plaisir ; plaisir fugace voire insaisissable, les sensations recherchées dans les drogues sont plurielles. La question du plaisir nous paraît essentielle afin d'appréhender la carrière des usagers de TSO. La recherche de plaisir, dans sa polysémie ou son ambiguïté, conditionne le rapport que les personnes entretiennent avec les produits psychotropes, cette construction de sens est alors réactualisée à travers le TSO. Dans une démarche compréhensive, interroger le rapport au produit, sous le prisme du plaisir, et non uniquement sous celui de la dépendance et du manque, est un préalable pour analyser le rapport qu'entretiennent les personnes au traitement, car finalement cette recherche de sensation agréable, ou de sortie de soi, est au cœur de la problématique des TSO.

Pour autant, il est difficile d'approfondir, voire d'aborder cette question du plaisir, au sein même des structures de prise en charge, tant les personnes sont habituées à parler de la souffrance du manque pour légitimer une demande de soin. Surtout, le plaisir relève de l'intime et n'est pas toujours exprimable par des mots. Au cours des enregistrements que nous avons réalisés, nous avons pu repérer et identifier trois formes de recherche de plaisir : le plaisir dans l'effacement de soi, ou au contraire comme dépassement de soi, et le plaisir dans la recherche mystique. Cette typologie n'a pas la prétention d'être exhaustive ni de rendre compte de cette expérience sensorielle et indicible que bien souvent les usagers résument par : « *Il n'y a pas de mots pour le dire* » ou encore : « *Il faut l'avoir vécu pour comprendre* ». Néanmoins, elle nous permet de mieux saisir les projections que par la suite les personnes peuvent effectuer autour du traitement, leurs attentes, leurs désillusions ou encore leurs satisfactions.

[28] Denis RICHARD, Jean-Louis SENON et Bernard KOUCHNER, *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*, *op. cit.*

a) La drogue comme bulle protectrice et repli sur soi

Si la rencontre avec la drogue peut se faire au contact de pairs, elle représente aussi, paradoxalement, une tentative de fuite du groupe et du regard des autres, comme nous le raconte Albert, un homme de 42 ans, aujourd'hui sous traitement méthadone :

> *« C'est ça, surtout, qui m'a plu, parce que j'étais dans mon monde à moi. J'étais dans mon univers. Je pouvais m'imaginer des trucs…me déconnecter de la réalité en étant dans le réel ! » (Albert, 42 ans, le 12.02.13)*

Sortir du monde, sortir de soi, s'abstraire du regard des autres permet un instant de déprise, de soulagement et est ainsi une forme de plaisir. Cette recherche de sortie du monde est racontée par Jean comme un jeu avec la mort qui semble également faire partie du plaisir :

> *« Les effets de l'héroïne, c'est comme, benh…c'est un peu fort ce que je vais dire, mais c'est comme ça…c'est comme si on partait de la planète ! Comme si on mourait un peu ! Le fait de piquer du nez tout ça, ça me plaisait ! […] Mais bon, c'était dangereux ! Je veux dire, si vous mettez trop dans la cuillère ! Benh on était parti pour toujours aussi ! » (Jean, 50 ans, le 16.04.13)*

Tout en nuançant ses propos « *c'est un peu fort ce que je vais dire* », Jean revient sur ses anciens usages d'héroïne par injection. Lors de cet exercice de remémoration de son expérience passée, alors qu'il a perdu de nombreux amis avec qui il consommait, il témoigne des risques qu'il prenait en consommant comme il le faisait à l'époque et les prend en compte. Le rapport étroit entre héroïne et mort apparaît dans les désignations proposées par Jean : entre le « *mourir un peu* » et le « *partir pour toujours* ». Son récit de ses prises de risques et de ses usages d'héroïne comme balancier entre la vie et la mort correspond à l'approche anthropologique développée par Le Breton, des usages de drogues comme jeu ordalique[29].

La drogue altère la conscience, ce qui peut d'ailleurs être l'effet recherché ; cette modification de l'être, cette sensation d'être « déconnecté » peut nuire grandement à l'activité professionnelle et aux relations avec les proches s'ils ne sont pas eux-mêmes consommateurs. Un défaut d'intégration peut aggraver les

[29] David LE BRETON, *La sociologie du risque*, *op. cit.*

risques de perdre le contrôle de sa consommation si la personne ne trouve pas les limites qu'impose un cadre professionnel ou familial. Or, la personne dépendante, loin de se désengager de toute activité, doit s'organiser pour que le temps consacré à la recherche du produit, objet de la dépendance, soit réduit et que les effets du manque ne se fassent pas trop ressentir. Un emploi du temps assez quadrillé peut être élaboré à cette fin, comme le décrit Albert :

> *« S'il y a de l'argent ça va assez vite, comme vous avez des plans, des tuyaux, ça va assez vite, mais quand faut partir le matin à 8h, pour trouver de l'argent, et après vous pouvez rentrer. Vous pouvez trouver de l'argent vite fait, c'est-à-dire une connerie à faire vite fait, vous pouvez trouver quelqu'un, vous savez que vous avez des gens de confiance qui vous prêtent de l'argent…alors donc, ça peut aller vite, mais parfois…benh vous partez le matin à 8h, vous rentrez pas avant 4h de l'après-midi. » (Albert, 42 ans, le 12.02.13)*

Cette ritualisation de la pratique participe du plaisir procuré par la substance, expliquent certains usagers. L'attente angoissée précédant l'obtention du produit, la préparation méticuleuse préalable à la consommation rendent parfois, chez certains, le désir supérieur au plaisir, si fugace, que provoque une injection.

> *« Y a une copine qui se shootait aussi, et qui me disait :« Moi, tu peux me comparer, au niveau du shoot, à un grand sportif », c'est-à-dire qu'il y a une préparation mentale, quelqu'un qui se shoote, il va avoir des, pas des tocs, mais des habitudes bien spécifiques pour faire ça comme ça, faudra pas changer quelque chose, autrement, ça va pas aller…et en fait cette préparation mentale, elle aide le cerveau, je pense, à ouvrir des portes. » (Fred, 32 ans le 07.03.13)*

Cette « préparation mentale » est déjà en soi une manière de jouer avec son désir, intrinsèquement lié au manque, qu'il s'agit d'éveiller pour maximiser le plaisir. Dans ces cas là, le TSO peut être pris selon le même principe de ritualisation. Bien que le temps consacré à la recherche et l'anxiété de ne pas avoir accès au produit soient réduits, l'organisation de la prise du médicament est incorporée à un ensemble de gestes, répétés au quotidien.

b) La drogue, régulatrice des humeurs et produit dopant

Les drogues ont une action significative sur l'état d'esprit et les affects. Certains usagers maîtrisent d'une manière experte, la posologie, les propriétés et les effets des drogues. Ils en connaissent les formules chimiques et pratiquent un savant dosage essayant de s'assurer un contrôle chimique total de leurs émotions. Ces « polytoxicomanes » experts ont parfois appris à réguler leurs humeurs de cette manière lors de leur socialisation primaire, dès la petite enfance, au cours de laquelle des proches (père, mère…) qui ont pu avoir recours eux-mêmes à des produits (alcool, drogues, médicaments) afin de surmonter certaines épreuves ou événements. D'autres apprennent ces règles aux contacts de pairs ou encore en en faisant l'expérience eux-mêmes. Aujourd'hui, les usagers de drogues sont plus enclins à essayer différents produits, rendus plus accessibles, alors qu'il y a une vingtaine d'années, la rareté du choix et la qualité de l'héroïne semblent expliquer la tendance à polariser leur consommation sur un seul produit.

Dans un certain « culte de la performance[30] », des personnes ont recours à des produits psychotropes de manière à se transcender, à devenir des « surhumains ». Par exemple, Elie raconte comment, pour tenir toute une soirée à danser sans ressentir de fatigue, il a recours à des produits stimulants, tels que des extasies et de la cocaïne. Ces produits le désinhibent et le rendent plus sociable et plus enclin à faire des rencontres. De son côté, Yann, 33 ans, qui se décrit lui-même comme « polytoxicomane » raconte à quel point la drogue et l'alcool lui servent de support dans ses relations avec les autres :

> *« Je voulais tout commencer en même temps, mais ça a quand même commencé par l'alcool. Pour être plus sociable, pour être moins timide, voilà quoi. »*

Pour d'autres, la drogue sert avant tout à oublier, à dépasser les ennuis du quotidien, il s'agit de consommer pour anesthésier ses propres humeurs et émotions qui semblent ingérables, sans prise de psychotropes. Max nous explique les effets de l'héroïne :

> *« L'héro, c'est la meilleure des drogues pour ça ! Ça t'enlève toutes les sensations ! Tout ! Ma femme m'a quitté, j'm'en fous ! J'ai plus d'appart, j'm'en fous ! J'aime pas être tout seul, et bien, j'm'en fous, je suis défoncé, je calcule plus rien. J'ai*

[30] Alain EHRENBERG, *Le culte de la performance*, *op. cit.*

perdu ça, j'ai perdu ci, j'vais mourir ou quoi, machin, tu t'en fous de tout, t'es tellement dans ton coton ! » (Max, 39 ans, le 17.04.13)

De nombreux usagers de drogues utilisent le terme de « béquille » pour qualifier le produit de leur addiction, expliquant ainsi que la drogue, malgré ses conséquences sur le corps et l'esprit, leur a permis de surmonter des périodes douloureuses de leur vie. Certains vont jusqu'à dire qu'ils n'auraient sans doute pas survécu sans la drogue. Lorsque les produits stupéfiants illicites sont délaissés, les TSO sont utilisés comme béquille de substitution. Le produit est un renfort dont les personnes éprouvent le besoin pour affronter leur vécu, leur présent et leurs incertitudes. Si la drogue sert à donner un sens à la vie, elle peut ainsi être qualifiée, pour certains, de quête spirituelle, voire mystique.

c) La drogue, vectrice d'une recherche mystique

La recherche d'une modification cognitive traduit aussi la volonté de découvrir des zones inexplorées du cerveau, de l'esprit, de la psyché ou de l'inconscient (selon les référentiels : biologie, religion, psychologie ; que les personnes mobiliseront pour analyser les effets). À l'instar de certains auteurs qui ont participé à la période de l' « imaginaire des drogues[31] » en littérature (Baudelaire, Cocteau, De Quincey, ou encore Michaux), et du mouvement psychédélique, des personnes racontent les voyages qui leur ont permis des sensations jamais éprouvées sans prise de psychotropes.

Fred, 32 ans, nous raconte les effets de sa première injection de kétamine, effets qu'il recherche aujourd'hui à chaque nouvelle prise sans jamais pouvoir revivre l'intensité de sa première expérience :

« Tout d'un coup, j'ai vu une grosse lumière qui partait dans l'univers quoi et qui reliait toutes les planètes et j'avais l'impression d'être un…comment dire…un être important dans l'univers, qui était comme dans l'infiniment petit et l'infiniment grand, c'est fou hein, mais c'est…j'avais l'impression que…ça m'a ouvert des portes, ce shoot de kétamine, parce que ça peut aider cette impression d'infiniment petit et grand. »

Fred raconte que ce shoot, initiateur d'une dépendance très forte à laquelle il ne peut échapper, malgré son traitement méthadone, lui a « ouvert des portes ».

[31] Max MILNER, *L'imaginaire des drogues : de Thomas de Quincey à Henri Michaux*, Paris, France, Gallimard, 2000.

Huxley, souvent lu par des usagers de drogues, et cité dans des revues d'autosupport, écrivait en 1954 *Les portes de la perception*, il y décrit ses contemplations et observations métaphysiques relevées lors d'expériences psychédéliques. De la même manière, au Québec, un jeune homme, Julien, nous raconte une injection de kétamine qui a provoqué ce que les usagers nomment un *k-hole*. Ces effets caractéristiques ressemblent à des « expériences de morts imminentes » (ou NDE *Near Death Experience*[32]) :

> *« Je me suis perdu dans l'espace, c'est ça, je voyais un satellite passer à côté de moi, en tout cas j'étais vraiment déconnecté ! Là, je regarde puis je me vois mort ! Là, j'étais en train de mourir, en train de devenir un petit atome dans l'univers, j'étais collé avec d'autres atomes, c'était tout du monde qui était mort de kétamine à côté de moi, là y avait un dieu qui avait des pinces, il était là, il choisissait qui allait revenir et qui allait crever. Puis il passe à côté de moi, il me donne un espèce de courant, là je recommence à gazer dans l'univers ! Puis je reviens, dans la société, ah ! Un méchant K-hole ! Méchant k-hole ! Je pensais que j'étais mort. J'étais sûr, sûr, sûr, jusqu'à temps qu'il me redonne la vie ! J'étais paralysé. J'étais rendu un atome ! » (Julien, 34 ans, entretien réalisé le 02.07.13)*

Le rapprochement entre ces deux témoignages peut paraître troublant, d'aucuns les interprètent comme des visions mystiques d'un « après la mort », toute une littérature a été écrite et diffusée auprès d'un large public, avec un vocabulaire et une interprétation que l'on retrouve dans les témoignages, certes sincères, mais toujours réécrits après le choc, ou l'intensité, de l'expérience. Lors d'une rencontre portant sur « l'âme et la croyance…dans le cerveau ?[33] », entre des professeurs de médecine, des philosophes et des théologiens, cette explication mystique des NDE sera repoussée au profit d'une vision plus scientifique : la drogue toucherait une partie du cerveau, qui, stimulée, produirait alors un même type de vision. Le ressemblance entre ces deux récits d'expérience est peut-être

[32] Patrice VAN EERSEL, *La source noire: révélations aux portes de la mort*, Paris, France, B. Grasset, 1986.

[33] Mardi 28 janvier 2014 de 12h à 14h, Forum de bioéthique, à Strasbourg, Librairie Kleber : « L'âme et la croyance…dans le cerveau » avec Jean-François Mattei, ancien ministre et professeur de médecine, Karsten Lehmkuhler, professeur de théologie, Sadek Beloucif, professeur et chef du service anesthésie et réanimation, Bernard Baertschi, docteur en philosophie, Edouard Mehl, doyen de la Faculté de philosophie, et Michel Deneken, premier vice-président de l'Université de Strasbourg.

liée au fait que sur internet soit disponible des *trip reports*[34] : il s'agit du récit détaillé d'une prise de drogue. Dans ces trip reports trouvés sur internet, certains évoquant la kétamine racontent des visions similaires, usant du même champ lexical : l'immensité/ le ciel :

> « J'lève les yeux au ciel et me retrouve diablement impressionné par l'immensité qui m'entoure. Les nuages forment clairement des ''chemins'', qu'ils empruntent par groupe. C'est comme s'ils étaient sur des plans de perspective et de réalité différents, sur ces chemins qui en spirale qui finissent par s'étendre en une ligne droite qui plonge lentement vers je ne sais où, là-bas derrière les arbres, loin dans le monde.[35] »

La recherche de plaisir est aussi recherche d'extase, au sens étymologique d'*ekstasis* qui signifie transport. L'extase comme transport hors du monde, hors des contraintes sociales mais également hors de soi est souvent évoquée comme un voyage intérieur. Cet exemple de mise en récit des effets de la kétamine éclaire significativement la manière dont les usagers reconstituent leur perception des effets des drogues à l'aide d'un champ lexical et d'une rhétorique pré-existants et transmis entre pairs. Un apprentissage de la mise en récit des effets a également cours sur les effets des opiacés ainsi que ceux des TSO. Ces récits mobilisés influent sur la manière qu'auront les personnes de ressentir, effectivement, les produits sur leurs corps. Tels des scripts de la drogue, en référence au script sexuel[36], les usages de drogues sont appréciés en fonction d'un corpus de connaissances qui en définit les contenus sémantiques. Les scripts agissent à trois niveaux (culturels, interpersonnels et intrapsychiques). Au niveau intrapsychique, les scripts prennent la forme de séquence narrative, telle que les trips reports ; au

---

[34] « Un trip report est un compte-rendu des expériences d'une personne lors de la prise d'une ou plusieurs drogues. Ces comptes rendus sont partagés dans la communauté des utilisateurs de drogues, principalement en ligne, et servent de point de départ pour d'autres personnes qui souhaitent prendre ces drogues, afin qu'ils puissent s'y préparer et réduire les risques liés à l'usage de ces drogues. Un trip report n'est pas que le compte rendu des effets d'un produit psychoactif, mais doit aussi décrire le dosage, le mode de consommation, les effets secondaires, le redrop, le contexte... Le trip report est particulièrement important pour les Research Chemical, car pour le plupart, on ne connait rien sur ces drogues. » : https://www.psychoactif.org/sujet/trip-report#sthash.lquvrIGH.dpuf

[35] *Ketamine : il y a des chemins, et des lutins*., http://www.psychonaut.com/ketamine/40842-ketamine-il-y-des-chemins-et-des-lutins.html, consulté le 20 janvier 2016.

[36] « Scripted est un terme difficilement traduisible, dans lequel plusieurs contenus sémantiques sont simultanément présents, appris, codifié, inscrit dans la conscience, structuré, construit comme un scénario ou un récit. » (Michel BOZON et Alain GIAMI, « Présentation de l'article de John Gagnon », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1999, vol. 128, nº 1, pp. 68–72.)

niveau interpersonnel, il s'agit de la ritualisation des prises de drogues et enfin au troisième niveau, les scripts sont des scénarios culturels : soit « des prescriptions collectives qui disent le possible ainsi que ce qui ne doit pas être fait », nous pouvons les rapprocher des recommandations en terme de réduction des risques par exemple, ainsi que de l'ensemble des codes qui régissent les pratiques dans les mondes de la drogue, mais également de la manière dont les personnes sont censées ressentir les effets. Pensé en terme de scripts, l'usage de drogues apparaît à travers différentes séquences se déroulant selon un ordre donné d'apprentissages variés. Une modification dans la succession des différentes étapes aura pour conséquence de modifier le sens de l'histoire, comme par exemple la première prise par injection.

Deux contenus sémantiques, servant de « logique sociale d'interprétation », s'opposent dans les récits des drogues : la drogue-remède et la drogue-poison. La drogue-remède permet à la personne de sortir d'une certaine « fatigue de soi » : de « partir de la planète » ; tandis que la drogue-poison affecte le corps, abolissant toute sensation de défaillance le temps d'une soirée, voire le temps d'un flash, elle en majore les signes (fatigue, angoisse, blessures, etc.) dès que les effets du produit s'amenuisent et disparaissent. C'est sur cette ambiguïté sémantique que repose également l'expérience de la substitution.

2. Comment devient-on dépendant aux opiacés ?

> « On devient drogué parce qu'on n'a pas de fortes motivations dans une autre direction. La came l'emporte par défaut. J'ai essayé par curiosité. Je me piquais comme ça, quand je touchais. Je me suis retrouvé accroché. La plupart des drogués à qui j'ai parlé m'ont fait part d'une expérience semblable. Ils ne s'étaient pas mis à employer des drogues pour une raison dont ils pussent se souvenir. Ils se piquaient comme ça, jusqu'à ce qu'ils accrochent. On ne décide pas d'être drogué. Un matin, on se réveille malade et on est drogué.[37] »

Cette citation de William Burrough raconte le long processus qui fait passer un individu du simple usage à la dépendance. La trajectoire d'un usager de drogues n'est pas linéaire mais faite de différentes périodes qui se succèdent et

[37] William BURROUGHS, *Junky*, Paris, Pierre Belfond éditeur, 1979, p.16.

s'enchevêtrent, elle est fragmentée par des « points tournants », des moments de rechutes et des allers-retours.

Bergeron reprend les six phases dans la vie de tout consommateur d'héroïne, devenu dépendant, décrite dans les années 1970 par Lert et Fombonne : l' « expérimentation » précède l' « escalade » (qui est due à l'accoutumance), la « maintenance » est la période durant laquelle la drogue devient un véritable mode de vie, puis peuvent apparaître des signes de « dysfonctionnement » quand l'usager perd le contrôle de sa consommation. Ces dysfonctionnements peuvent amener l'usager à « arrêter » ; il devient alors « ancien toxicomane[38] ». Cette carrière idéal-typique de l'usager d'héroïne est éclairante pour appréhender le TSO, qui consommé à différents points de cette trajectoire va en modifier le sens. Ainsi, le TSO sera pris dans une optique thérapeutique — dans le sens de soulagement des symptômes — lors de l'apparition des dysfonctionnements, le médicament aura alors pour fonction de rétablir ces dérégulations observées. Pris hors cadre thérapeutique, Subutex® et méthadone peuvent également suivre les mêmes phases : de l'expérimentation du produit, à l'escalade, à la maintenance, jusqu'à l'apparition de dysfonctionnements.

Néanmoins, cette trajectoire découpée en six phases pose le problème de la non prise en compte de la poly-consommation. Celle-ci, nous semble venir interférer et modifier, en la complexifiant, la trajectoire des usagers. Par exemple, durant la période de maintenance à l'héroïne, l'expérimentation de la cocaïne est susceptible de modifier cette trajectoire ; ou encore le TSO, lors de la période d'apparition de dysfonctionnement, peut inaugurer une nouvelle période de « maintenance » et ainsi retarder la « sortie », entendue ici comme arrêt de la prise.

En tout cas, le caractère linéaire de cette succession de phases reste finalement peu convaincant pour appréhender le parcours des personnes rencontrées, tant les aléas, les rechutes et l'expérimentation de nouveaux produits tout au long de leur trajectoire sont caractéristiques de leur carrière d'usagers.

De plus, cette perspective linéaire de la consommation d'opiacés ignore les périodes de sevrage, comme période d'abstinence volontaire qu'expérimentent de nombreux usagers d'opiacés. Ce séquençage s'inscrit dans une conception de la dépendance comme perte totale des moyens de contrôle de la consommation, or

[38] Henri BERGERON, *Sociologie de la drogue*, *op. cit.*

comme l'indique Coppel et Castel, les usages d'héroïne, y compris les consommations dépendantes, sont en grande partie contrôlées. Ces processus d'autocontrôle apparaissent souvent ignorées du regard médical[39].

Norman Zinberg a, quant à lui, conceptualisé la dépendance à l'héroïne par la célèbre formule : *drug, set and setting*[40] que l'on pourrait traduire ainsi : produit, comportement et contexte. L'addiction est le résultat d'un apprentissage qui se caractérise par l'interaction entre un produit, un individu ayant des caractéristiques propres (psychiques et sociales) et un environnement. Par exemple, Geneviève raconte avoir commencé à fréquenter la scène punk montréalaise où on lui a proposé de l'héroïne :

> *« Puis je sais pas si t'as entendu parler à Montréal y a Les Foufounes électriques[41], j'ai rencontré des gens là, des punks, c'est ça, puis y a quelqu'un qui passait de l'héroïne, mais t'sais j'avais vu des films, puis je retrouvais ça cool, t'sais c'est pas la personne qui m'a fait commencer mais ç'a été l'occasion. Puis quand, je me souviens, quand j'ai fait ma première injection : « Ah ça ! C'est ça que je cherchais ! C'est ça qui me fait du bien ! C'est ça qui remplit mon vide : enfin ! »*

L'envie d'essayer un produit psychotrope est parfois une manière de s'approprier les normes et modalités d'action du groupe au sein duquel on cherche à se composer une identité. Toutefois, Geneviève nuance cette corrélation entre usages de drogues et effet de groupe et inscrit également sa consommation dans une démarche plus intime, plus personnelle : « *C'est ça qui remplit mon vide* ». Une fois que la personne est disposée à essayer le produit psychotrope, elle apprend avec son groupe de pairs les techniques, comme l'a démontré Becker au sujet du cannabis[42]. Les carrières d'usagers de drogues se caractérisent ainsi par un séquençage lié à différents types d'apprentissage réalisés par les personnes au contact d'autrui. Nous retrouvons dans la majorité de nos entretiens le récit de l'initiation à l'injection au contact de pairs. La première injection n'est d'ailleurs que très rarement faite par le sujet lui-même. Un pair va lui apprendre de manière explicite, en lui expliquant comment trouver ses veines, la position de la seringue,

---

[39] Robert CASTEL et Anne COPPEL, « Les contrôles de la toxicomanie », *in* Alain EHRENBERG (dir.), *Individus sous influence: drogues, alcools, médicaments psychotropes*, Paris, France, Éd. Esprit, 1991, pp. 237-256.

[40] Norman E. ZINBERG, « Drug, set and setting », *Yale University Press*, 1984.

[41] Célèbre club de musiques alternatives et notamment de punk rock à Montréal.

[42] Howard BECKER, *Outsiders*, *op. cit.*

et autres conseils techniques, et de manière implicite, en lui montrant comment faire, afin qu'il puisse, par imitation, reproduire lui-même le geste.

> *« C : Et vous avez mis combien de temps pour passer du snif à l'injection ?*
>
> *Abdul : Facilement 2, 3 ans. C'est une copine qui m'a mis dedans quoi. C'est elle… elle aussi était dedans. Elle aussi, elle se shootait alors elle m'a dit « shoote-le » ; j'avais le nez complètement bouché, à force de sniffer. Elle m'a dit « injecte-le » et bon j'avais peur de l'injection quoi, j'avais peur, voilà quoi, j'avais peur, et c'est elle qui m'a fait la première injection. Voilà, c'est parti comme ça. » (Abdul, 42 ans, France, le 20.01.13)*

Parfois, et plus particulièrement lorsque ce sont des femmes, il s'agit du conjoint qui initialise le passage à l'injection, comme dans le cas de Geneviève :

> *C : « Ta première injection, tu te l'ai faite toi-même ?*
>
> *Geneviève : Non, j'étais pas capable. C'était un de mes amis, c'était mon ami, qui avait un contact dans la drogue. »*

Certains, minoritaires[43], apprennent à consommer seuls, ils racontent avoir utilisé internet et lu des blogs afin de se renseigner sur le produit qu'ils souhaitent consommer et la manière de le faire à moindre risque, tout en optimisant les effets du produit. Même s'il est « virtuel », il s'agit bien là encore d'un échange entre pairs.

Apprendre les techniques pour consommer est un préalable pour percevoir les effets des drogues, y prendre goût et ressentir du plaisir[44]. L'analyse de Becker montre comment l'entrée dans la consommation passe par une série d'apprentissages d'une technique, du goût et du plaisir liés à une drogue, en l'occurrence, le cannabis. Il en va de même pour les usagers d'opiacés (que ce soit d'héroïne, ou d'autres formes d'opiacés comme le Fentanyl au Québec, ou encore les TSO : Subutex et méthadone). L'apprentissage du manque est une étape dans la carrière d'un usager d'opiacé, bien souvent vécue comme point tournant dans la trajectoire biographique des personnes, tant il vient marquer l'entrée dans la dépendance. Lindesmith est un des premiers à avoir analysé la genèse de la

[43] L'enquête « Priminject » datant de 2013 révèle qu'un nombre croissant de personnes réalisent leur première injection seules. Anne GUICHARD, Romain GUIGNARD, David MICHELS, François BECK, Pierre ARWIDSON, France LERT et Elise ROY, « Changing patterns of first injection across key periods of the French Harm Reduction Policy », *op. cit.*

[44] Howard BECKER, *Outsiders*, *op. cit.*

dépendance. Dans son étude, il analyse comment, parmi les patients traités à base de morphine lors d'hospitalisation, certains ne deviennent pas dépendants. Ainsi, il comprend que pour devenir dépendant, il faut que la personne identifie le syndrome de manque en lien avec la prise de morphine, et qu'ensuite elle s'attribue une identité de toxicomane, en s'appropriant les codes culturels relatifs à cette identité[45]. La nouvelle prise d'opiacés apparaît alors comme une recherche effréné de plaisir mais aussi comme une tentative de soulager les douleurs provoquées par le manque (douleurs musculaires, insomnies, irritabilité, vomissements, coliques). Bruno nous décrit son processus d'apprentissage de la reconnaissance des symptômes.

> *Bruno : «Si c'est quelque chose de correct, normalement, une journée vous devez tenir sans être mal. Moi, ce que j'avais souvent comme symptômes au départ, au tout début, avant d'avoir les symptômes physiques c'était…je savais que ça allait venir, parce que je commençais à somnoler. J'étais somnolent, mais style, des fois, j'étais debout, je m'endormais debout, et d'un coup je me réveillais, je me disais merde. Ça c'était vraiment les prémices, là, je savais que j'allais bientôt morfler, là, je savais que ça allait venir.*
>
> *C : Comment vous avez su que ces symptômes étaient dus à l'héroïne ?*
>
> *Bruno : Parce qu'au bout d'un moment, parce que justement, au bout d'un moment vous le comprenez ; quand ça s'est passé plusieurs fois, vous commencez quand même à savoir… Á force de répétition, au bout d'un moment…vous comprenez…enfin, moi, c'est comme ça que ça s'est…j'ai compris que c'était, et c'est vraiment que ça me faisait souvent ça… » (Bruno, 38 ans)*

De nombreuses personnes témoignent de ce même type d'expérience, une douleur, ou un mal-être physique et la répétition de ces symptômes sont diagnostiqués comme dépendance au produit, la reprise d'opiacé et le soulagement du mal-être ressenti venant valider ce diagnostic. Diagnostic, ou plutôt autodiagnostic, est ici entendu au sens étymologique, soit comme l'acquisition d'une connaissance à travers un certain nombre de signes observés par la personne elle-même, et non au sens médical où seul un médecin ou un spécialiste est susceptible de « poser » un diagnostic. Parfois, ce diagnostic est réalisé par les pairs, parfois même par le dealer :

---

[45] Alfred R. LINDESMITH, *Addiction and opiates*, Chicago, Etats-Unis, Aldine, 1968.

« Après, je suis tombé malade. Je suis pas bien, je me réveille : le dos, j'ai froid… C'est quoi ça ? Après, j'ai demandé aux gens, ils m'ont dit : « C'est le manque ! » (Omar, 39 ans)

En effet, la consommation d'opiacés entraîne une dépendance physique avérée ; les personnes rencontrées nous racontent le même type de symptômes de sevrage :

« Le manque ? C'est horrible ! Si vous restez en manque pendant 3 jours, les 3 premiers jours, ça va, après vous avez des douleurs partout, dans le dos, dans les membres, mal à la tête, vomissements. C'est insupportable ! » (Claude, 43 ans)

Le manque comme épreuve, au sens de Martucelli, à la fois singulière et commune à un ensemble d'individus, vient signifier une dépendance physique. Si comme pour le plaisir, un apprentissage est nécessaire pour le ressentir, l'inscrivant dans un registre de représentations, le manque semble, lui aussi, appartenir à une certaine rhétorique, un script prédéfini qui, par l'échange d'expérience entre pairs, lui donne une certaine réalité sensible mais aussi intelligible. Pour certains, l'apparition de ces symptômes alerte sur la nécessité d'une reprise de contrôle de la consommation, le manque est ainsi enduré comme une épreuve inhérente à la consommation d'opiacés. La régulation de l'usage peut alors s'effectuer par des périodes de sevrage ou par des techniques d'auto-substitution.

Avant l'introduction des traitements de substitution, les personnes dépendantes étaient amenées à développer des techniques d'auto-substitution en utilisant d'autres produits issus de la pharmacopée. Ainsi Jean, 50 ans, nous raconte ses usages de Néocodions, médicament à base de codéine, sous forme de sirop, disponible en pharmacie sans ordonnance, bien connu des usagers de drogues qui consommaient avant l'introduction de la méthadone en France. Comme beaucoup d'autres usagers d'héroïne à cette époque, Jean se repliait sur les Neocodions® lorsqu'il n'avait pas assez d'argent pour se payer sa drogue de prédilection, l'héroïne :

« Et bon…si j'avais pas de fric, je prenais des Néocodions. Y a de la codéine, dérivée de la morphine, donc je prenais ça, et j'en suis arrivé à bouffer 140 Néo par jour, donc ça faisait 7 boîtes par jour, ce qui me faisait 77 frs par jour, et ces 7 boîtes, il fallait que je les trouve ! Alors que je travaillais tous les jours, et je terminais à 5 h, en

général, et à 7 h, les pharmacies elles fermaient, donc je faisais toutes les pharmacies qui étaient ouvertes, ceux qui donnaient, parce qu'il n'y a pas tout le monde qui donnait pour avoir mes 7 boîtes le lendemain, donc je me mettais en danger, je mettais en danger plein d'autres gens, en roulant comme un fou quoi, pour avoir mes boîtes quoi ! »

Si l'épreuve de l'arrêt volontaire pour reprendre le contrôle sur sa consommation, ou subi à cause de manque d'argent ou d'absence d'héroïne sur le marché noir, est éprouvée à certains moments par tous les usagers, pourquoi alors replongent-ils, une fois la période de manque physique dépassée ? Il y a pour certains la recherche décrite comme effrénée d'un plaisir permis par la drogue, l'instant d'un flash, il y a l'effet des drogues qui apaisent une souffrance, et il y a aussi le rituel d'un geste qui vient cadencer les journées, que ce soit l'injection ou le snif.

Si l'apprentissage du manque et de ses symptômes est intrinsèquement lié à l'identification des sujets comme dépendants aux opiacés, pour les personnes qui injectent, la dépendance au geste contribue également à cette construction identitaire. Certains, comme Farid, se disent prêts à s'introduire n'importe quel produit dans les veines pour combler ce manque. Les résultats du dispositif SINTES[46] sur la qualité très faible de l'héroïne que les personnes s'injectent est éloquente à ce sujet[47] ; ainsi plutôt que d'arrêter de consommer, les personnes continuent à injecter un produit qui parfois ne contient même pas d'héroïne, comme nous le raconte Farid, 36 ans :

« Á la fin, c'est juste le fait d'injecter, c'est même pas le fait du produit qu'on met dedans, tellement on est dans la seringue, c'est la seringue ! C'est juste le fait de voir le sang rentrer dans la seringue, vous voyez, s'injecter quelque chose dans les veines, mais quelque chose, pas que de l'eau vous voyez ! Quelque chose dans les veines ! Enfin moi, c'est comme ça quoi ! Pour moi, c'est même pas le produit, il faut quelque chose dedans quoi. Même si ça fait rien, il faut quelque chose dedans. Et ça

[46] Système d'identification national des toxiques et des substances

[47] « Sur l'ensemble des 369 échantillons collectés, la pureté moyenne en héroïne est égale à 7,1%. Elle est extrêmement variable d'un échantillon à l'autre. Le taux médian (moins influencé par les valeurs extrêmes que la moyenne) est égal à 5%. Cela signifie que la moitié des échantillons collectés présentaient une pureté en héroïne inférieure à 5%. » in : Emmanuel LAHAIE, *Héroïne : décalage entre pureté réelle et pureté estimée par les usagers*, http://www.pistes.fr/swaps/59_240.htm, consulté le 23 octobre 2015.

c'est une paire d'années devant moi, quand même quoi. [...] Á un moment j'injectais trente fois par jour, maximum, trente fois par jour ! Je me suis injecté dans les plaies ! ».

Farid, qui témoigne de ses injections dans les plaies est amputé d'un bras, à cause de ses injections. Les marques et blessures de la drogue attestent de l'expérience de l'usager. Si le corps traduit l'usage de drogues pour des intervenants en addictologie, on comprend bien qu'il peut aussi permettre aux usagers de se reconnaître entre eux ; du style vestimentaire aux traits caractéristiques du visage, il est si difficile de définir ce qui permet de reconnaître un consommateur d'héroïne, et pourtant de manière souvent intuitive les usagers se retrouvent entre eux après s'être jaugés et avoir deviné « à qui ils avaient affaire ». Les usagers vont également fréquenter certains endroits connus comme étant des lieux d'approvisionnement, comme les alentours de gare, par exemple. D'un simple regard, ils se reconnaissent et permettent ainsi un échange, voire une transaction de produit. En interaction avec autrui, l'usager se présente tour à tour en victime mais aussi en vétéran d'une guerre menée à la fois avec et contre la drogue, mais aussi entre son corps et son esprit. Orgueilleux d'avoir survécu aux risques de la drogue, la figure du « survivant » qui a fait face au danger, est analysée par Elias Canetti :

> « La satisfaction de survivre est une espèce de jouissance et peut se transformer en passion dangereuse et insatiable.[48] »

Des paradoxes liés à la prise de drogues apparaissent dans le récit que les narrateurs en font : entre souffrance et plaisir ; manque et désir. Le sentiment d'impuissance et de vulnérabilité, lié à la situation de marginalité dans laquelle les personnes se trouvent, ainsi qu'aux effets du sevrage, est précédé par un sentiment d'invulnérabilité provoqué par les produits psychotropes. La souffrance apparait en elle-même constitutive du plaisir, car elle développe la montée du désir pour le produit.

La drogue s'inscrit dans un ensemble de pratiques reliant des personnes entre elles. Celles-ci partagent des codes, un univers de sens en commun, des expériences, où la drogue prend une place significative. Dans ces mondes de la drogue, chacun se connaît ou se reconnaît plus ou moins, ce qui explique la facilité

[48] Elias CANETTI, *Masse et puissance*, Paris, France, Gallimard, 1966, p.244.

qu'expriment certains à trouver de la drogue, dans des lieux qu'ils ne connaissent pas. Ces mondes de la drogue sont interdépendants d'un marché de la drogue. Celui-ci peut devenir un lieu de professionnalisation, où la désaffiliation sociale des individus n'est plus un stigmate. De nouvelles compétences y sont valorisées qui ne sont pas celles de l'école ou du travail légal, dont ils peuvent se sentir exclus. Les normes de l'école et de la société en général peuvent, dans une certaine mesure, être rejetées, au moins temporairement et la personne se resocialise au sein de son nouveau groupe d'appartenance, selon de nouvelles normes, relatives au marché, à la loi et aux interactions propre au monde de la drogue.

Une grande majorité des personnes rencontrées témoignent de ces expériences, en tant qu'usagers-revendeurs et de leur participation active au marché des drogues. Cette appartenance aux mêmes mondes ne signifie pas que l'on identifie les autres membres comme des « amis », comme le signalent de nombreux interlocuteurs :

> *« J'peux pas dire c'était des amis…c'était plus des compagnons d'infortune. Y a pas d'amitié là-dedans. Là, on voit vraiment ce qu'il a de plus…de plus…vil, chez l'être humain. » (Bruno, 38 ans)*

Ces « compagnons d'infortune » font pourtant partie de leur histoire, ils deviennent des acolytes pour un bon « plan », peuvent donner des conseils, parfois dépanner d'un produit ou rendre un service, mais aussi les personnes ne sont pas à l'abri d'un « sale coup », d'une arnaque, d'un dealeur qui profite de la vulnérabilité de ses clients, dans une ambivalente relation d'interdépendance et de rejet. Bien sûr, de vrais liens d'amitié peuvent aussi se créer, ainsi que des liaisons amoureuses, la drogue pouvant alors être perçue comme renforçant le lien[49], le rendant unique car étranger au reste du monde.

Ne pas considérer ce réseau de fréquentations comme un cercle d'amis est aussi une manière de se protéger d'une trop forte identification au groupe porteur du stigmate de « toxicomane ». Les représentations sociales négatives portant sur les groupes fortement marginalisés, tels que les usagers de drogues, sont bien souvent intériorisées par les personnes elles-mêmes. Au sein du cercle de fréquentations, au cours de la période de consommation, la drogue tient une place

[49] Philippe-Benoit COTE, Martin BLAIS, Céline BELLOT et Hélène MANSEAU, « Des expériences affectives et sexuelles en situation de rue », *Criminologie*, 2013, vol. 46, n° 2, pp. 243–261.

prépondérante. Ainsi, s'éloigner du produit doit souvent s'accompagner d'un éloignement des personnes avec qui des habitudes de consommation ont été prises, ainsi Bruno revient sur cette notion d'amitié :

> *« Mais là, je noircis aussi. Je dis y a pas d'amis…Si…mais bon, comment dire…quand on a envie de s'en sortir, inévitablement, on se dit : faut arrêter de fréquenter ces personnes-là, je veux dire, après chacun va penser à sa gueule, c'est moche, mais c'est comme ça. Moi, c'est pareil, je veux dire, si maintenant j'dis, je veux vraiment…y a des personnes, je pourrais pas, je vais les croiser, je vais être obligé de leur dire : « Ouais, voilà, j'ai pas le temps, faut que j'y aille… » Parce que sinon, c'est sûr ça va être : « Ouais, qu'est-ce que tu fais, ou, viens on va… ». Ouais c'est pas bon… C'est pour ça, toutes ces personnes là…moi, je suis pas mieux qu'un autre, je veux dire…mais chacun doit penser à soi, dans ce cas là… »*

La dépendance à l'héroïne, dont la prise est liée à un contexte particulier, ne peut pas être appréhendée de manière univoque, comme simple dépendance physiologique. L'héroïne remplit une fonction et s'inscrit dans une visée subjective pour la personne qui en consomme, bien que la dépendance soit vécue par elle comme une perte de contrôle.

III. Conclusion du sixième chapitre : définition de la dépendance et identification sociale

Les drogues ont des effets divers sur le cerveau, liés aux molécules qui les constituent. L'usager qui en consomme les perçoit selon sa condition physique, son système neuronal, mais aussi par rapport à un apprentissage qu'il a pu faire des différents produits qu'il va ingérer. Ainsi, à travers la transmission de connaissances sur les drogues, c'est une grille de lecture des sensations qui est proposée, certaines seront identifiées comme des sensations de plaisir, d'autres comme des *bad trip*[50]. Les récits des personnes révèlent un malentendu fondamental, ou plutôt une volonté de garder silencieuse, les dissensions entre les protocoles garantissant la mise sur le marché des TSO, ceux-ci étant conçu pour

[50] Un *bad trip* qui signifie en anglais « mauvais voyage » caractérise une mauvaise expérience avec une drogue.

n'avoir aucun effet psychotrope et les manières d'envisager la prise d'un produit par les personnes qui ont réalisé un apprentissage de la reconnaissance d'effets psychotropes comme effets plaisir. Pour Fabrice Olivet, directeur d'ASUD, il est nécessaire aujourd'hui de briser le tabou de la recherche de plaisir liée aux drogues et de démédicaliser la substitution :

> « La substitution idéale est celle qui se rapproche le plus de la distribution contrôlée d'héroïne. La substitution doit pouvoir apporter les mêmes sensations que l'héroïne, Elle doit être injectable pour ceux qui le désirent.[51] »

Les usages alternatifs de la substitution tels que la prise par injection ou par snif, ou encore l'administration d'autres psychotropes tels que l'alcool, le cannabis ou encore la cocaïne, semblent relever d'une quête d'effets psychotropes, qu'ils soient de l'ordre de la modification de l'humeur, du rapport à autrui, des performances ou encore de la perception et des sensations. Ces modifications de l'activité mentale ou du comportement sont associées à une sensation plaisir, par les personnes usagères de drogues. La fonction et l'usage thérapeutique de la substitution apparaissent réactualisés à travers l'univers symbolique de l'usager, au prisme de son expérience dans le monde de la drogue, qui induit une certaine recherche du plaisir.

L'incidence de l'introduction des TSO est significative dans le parcours de vie des usagers qui ont connu la période antérieure. Sa grande accessibilité (sur le marché noir ou par prescription) a significativement modifié le rapport au manque qui n'est plus vécu comme une épreuve angoissante mais bien comme le marqueur d'un nouveau rapport au produit, avec lequel il faut apprendre à négocier. La rhétorique du plaisir reste donc peu employée par les personnes au sein des structures qui les accueillent. La rhétorique du manque, quant à elle, est très présente dans les récits des personnes. Cette rhétorique est constituée par l'ensemble des discours produits sur les symptômes détectables du sevrage d'héroïne. Ces scripts du manque servent à la personne, pour établir son propre diagnostic de la dépendance mais également pour interagir au sein des structures avec les professionnels.

[51] Fabrice OLIVET, « Le flacon sans l'ivresse », Paris, 1er Forum professionnel de la FFA, 2013.

Les différents registres discursifs constituent le modèle cognitif à partir duquel les personnes appréhendent leur propre consommation et peuvent en témoigner. L'initiation aux drogues induit un changement de cadre de perception et d'interprétation[52]. C'est à partir de ces références et de ces expériences des drogues et de la dépendance que les TSO vont être définis et prendre du sens. Or cette construction de sens basée sur l'expérience peut entrer en tension avec le discours médical sur la dépendance. L'entrée en structure de soin nécessite alors une reconfiguration normative singulière permettant à la personne un travail réflexif de subjectivisation et de transposition de significations du monde de la drogue au monde du soin. Néanmoins, ce travail de reconceptualisation de l'objet drogue à travers l'apprentissage de nouvelles catégories de pensée passe par des « débats de trajectoire, impliquant des problèmes techniques et des questions idéologiques[53] », lors desquels chaque protagoniste du travail thérapeutique engagé réactualise son savoir sur la dépendance, sur les médicaments ou sur les drogues. La logique de la réduction des risques autorise un réagencement normatif des usages de drogues vers les usages de TSO, toutefois de nombreuses variations locales peuvent être observées. Les différentes structures visitées, bien qu'elles s'inscrivent toutes dans le registre de la réduction des risques, laissent plus ou moins de marge à l'expression des savoirs qui émanent de l'apprentissage effectué au sein des mondes de la drogue.

[52] Howard BECKER, « Comment devient-on fumeur de marijuana ? », *in Outsiders : études de sociologie de la déviance*, Paris, A.-M. Métailié, 1966, pp. 64-81.

[53] Anselm Leonard STRAUSS, *La trame de la négociation*, *op. cit.*, p. 172.

Chapitre VII. MISE EN PRATIQUE DU MODELE DE LA REDUCTION DES RISQUES

Les modalités de prise en charge, sur nos trois terrains, s'inscrivent aujourd'hui dans un continuum entre le pôle du soin et celui de la réduction des risques, avec pour objectif d'assurer une jonction entre les différents services et de faciliter le parcours institutionnel des personnes. La prise en compte des allers-retours possibles entre la consommation et le soin fait partie du cadre épistémique des addictions. Les carrières des usagers de drogues y sont appréhendées dans leur discontinuité, le risque de rechute est ainsi considéré comme faisant partie de la trajectoire possible d'un usager de drogues. Pour autant, la contradiction permanente entre prescrire un traitement, en connaître les usages détournés et assurer un rôle d'aidant peut parfois faire douter les intervenants, comme les usagers eux-mêmes, quant aux enjeux thérapeutiques de ces interventions. Pris dans cette ambivalence entre une demande d'aide pour reprendre le contrôle sur soi et l'imposition de nouvelles contraintes, les personnes, qui se sentent dépendantes à un produit psychotrope, peuvent être amenées à déléguer leur libre arbitre à des tierces personnes : par exemple le médecin devient celui qui gère les consommations et le travailleur social celui qui s'occupe des documents administratifs.

Le TSO occupe une place originale au sein de ce continuum de soin, mais comme nous le verrons avec l'analyse de deux structures françaises, au sein d'une même ville, il peut aussi venir marquer une véritable rupture. La marge d'action peut grandement varier en fonction des structures médico-sociales, certaines faisant du haut seuil (abstinence obligatoire pour continuer le traitement avec risque de sortie du programme en cas de rechute) ou d'autres du bas seuil (sans exigence d'arrêt de la consommation), pour les usagers les plus marginalisés et en situation de grande vulnérabilité. Les structures sur lesquelles s'appuie notre recherche ont pour point commun d'être dites à « bas seuil d'exigence » ; cette terminologie est celle employée par les institutions, nous la reprenons afin de mieux préciser notre champ de recherche bien qu'une telle dénomination puisse

paraitre normative. La notion de bas seuil à l'entrée des structures signifie l'abaissement des exigences, concernant l'abstinence notamment, ces dispositifs s'inscrivant dans une logique de réduction des risques. la notion de bas seuil exprime également une nouvelle forme d'intervention accès sur le rétablissement du lien social à travers la constitution d'espace d'accueil et de convivialité :

> « Cette logique du bas seuil n'est pas centrée sur le soin, elle vise simplement la constitution d'un espace de réconfort et de première protection afin de permettre l'énonciation de la souffrance.[1] »

Il existe toutefois un risque sémantique autour de l'expression « bas seuil » qui peut être compris comme un abaissement des exigences vis à vis des personnes qui fréquentent les services du centre, voire même vis-à-vis des employé-e-s. Le problème de la dénomination contient un risque de stigmatisation d'une population cible, risque parfois difficile à contourner, comme nous le précise une intervenante française :

> *« C'est par définition ségrégatif de faire du haut seuil, très clairement. »*

De la même manière, un intervenant en Suisse rétorque :

> *« Y a eu beaucoup de confusions sur bas seuil / haut seuil, en confondant les seuils avec les personnes. On disait c'est des personnes bas seuil, ce qui est une stupidité ! Mais c'était vraiment ça, les personnes haut seuil, personnes bas seuil, alors que c'est des seuils d'accessibilité d'entrée dans le réseau de soin, donc par rapport à ça… »*

Le public visé par ces structures a longtemps échappé aux professionnels de l'action sociale. L'abaissement des seuils visait à permettre aux plus marginalisés et « désaffiliés[2] » d'avoir accès à un lieu d'accueil, d'accompagnement mais aussi de déprise d'un quotidien souvent rude et parfois violent. Les personnes jusqu'alors exclues des services socio-sanitaires spécialisés ont aujourd'hui à leur disposition un espace dont elles peuvent enfin franchir le seuil. Comme le souligne Trépos, le

---

[1] Marc-Henry SOULET, « Reconsidérer la vulnérabilité », *Empan*, 2005, vol. 60, nº 4, p. 29.

[2] Selon Castel, la désaffiliation est l'aboutissement d'un double processus de décrochage par rapport au travail et à l'insertion relationnelle. Le niveau de ressources économiques apparaît en effet insuffisant pour caractériser les situations marginales dans laquelle se trouvent un certain nombre d'individus, dont les personnes rencontrées dans le cadre de notre enquête. (Robert CASTEL, « La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation », *Cahiers de recherche sociologique*, 1994, nº 22, pp. 11-27.)

« bas seuil » est avant tout, par synecdoque, un lieu, dont la dimension domestique est patente[3]. Les centres sont ainsi envisagés comme lieu de ressource et de repos.

I. Le traitement en ambulatoire : un difficile partage des tâches entre réduire les risques et soigner

Notre étude en France s'appuie sur une enquête de terrain réalisée au sein d'un centre en ambulatoire. Avant d'entrer sur notre terrain privilégié en France, nous avons procédé à une enquête exploratoire au sein de deux associations du sud-ouest de la France. Lors de cette première investigation, nous avons pu observer deux structures radicalement opposées, dont le conflit est révélateur d'une certaine conception du soin et de la substitution.

1. Des conceptions du soin plurielles

Á l'entrée de la première structure, nous observons sur la pancarte le nom des différents médecins et un panneau affichant les différents services : point écoute jeunes, consultation cannabis, addiction et tabacologie. A l'intérieur, le décor rappelle un cabinet médical. Ici, les personnes sont reçues à la fois par des éducateurs spécialisés pour un suivi psychosocial mais aussi par des médecins, ayant reçu une habilitation à prescrire de la méthadone. Avant l'initialisation du traitement méthadone, un contrôle d'urine préliminaire est fait afin de déterminer si la personne consomme véritablement des opiacés. Lors des premiers quinze jours du traitement, le « patient » (Ce terme permet ici d'expliciter sa place au sein de ce centre médico-social) va devoir aller quotidiennement chercher son traitement. Les raisons invoquées par notre interlocuteur (Jérôme) d'un tel contrôle sont nombreuses. Jérôme, qui est éducateur spécialisé, accepte de nous recevoir pour un entretien, au cours duquel il nous explique la nécessité d'imposer un cadre de soin assez rigide pour la prise d'un médicament dont le risque d'overdose est important ; selon lui, c'est aussi un moyen pour aider le patient à stabiliser son traitement en en vérifiant la posologie. Par la suite, une surveillance

[3] Jean-Yves TREPOS, « Autocontrôle et proto-professionnalisation chez des usagers de drogues », *Psychotropes*, vol. 9, n° 1, 2003, p. 99.

médicale, par le biais de prises d'urine aléatoires, permet aux intervenants de vérifier si le patient a rechuté. Le risque de sanction, si la personne consomme toujours, est la sortie du programme et l'arrêt de son traitement, soit de manière temporaire, ou définitive. Enfin, les contrôles servent aussi à éviter tout risque de mésusages de ces médicaments, notamment en ce qui concerne le Subutex, la prise par injection, et pour la méthadone, le surdosage ou le sous-dosage qui peuvent signifier une revente d'une partie du traitement ; ou encore la consommation d'autres produits psychotropes. Les prescripteurs sont vigilants avec ces produits, sujets à controverse à cause du trafic dont ils sont l'objet, d'autant plus qu'ils risquent également d'être condamnés pour sur-prescription s'ils ne respectent pas les consignes de l'AMM, comme en témoigne l'affaire du docteur Furlan, condamné pour sur-prescription de Subutex®. Les médicaments, la méthadone ou encore le Subutex®, sont considérés par Jérôme comme des « outils » thérapeutiques dont peuvent se saisir les usagers et c'est donc selon lui, à la personne de donner du sens à son usage et ainsi de se positionner en acteur de son traitement.

> *« Un traitement de substitution, c'est rien, c'est un outil. Sinon, c'est pas du tout la panacée, c'est le sens que va donner la personne à ce traitement-là qui va faire que ce sera un bon ou pas un bon traitement. Ça reste une molécule, comme l'héroïne, l'héroïne, c'est rien, c'est une molécule. C'est le sens que lui donne la personne qui en prend, le côté illicite aussi qui en fait, ben qui en fait ce que ça peut être pour certains. » (23.07.12)*

Toutefois, paradoxalement, malgré cette ambition et ce souci de subjectivisation et de responsabilisation de la personne face à sa pratique, l'imposition du cadre, l'inscription dans un protocole strict et la nécessité d'un contrôle sont exprimées à la fois par l'intervenant rencontré, mais aussi par quelques usagers eux-mêmes, qui se sentent vulnérables par rapport à leur addiction et à leur envie, parfois irrépressible, de consommer. Pour d'autres, l'imposition d'un tel contrôle, parce qu'il est jugé trop contraignant, peut être un frein au soin. Demander de l'aide, pour une personne fragilisée par sa consommation, est une épreuve rendue particulièrement délicate, et la crainte de sanction peut être dissuasive. Le contrôle exercé par les soignants, désigné comme ayant une visée plus éducative que répressive, mène néanmoins certaines structures à poser des sanctions et à définir un cadre trop rigide pour des

personnes qui se trouvent dans une situation de grande marginalité et qui refusent toute autorité émanant d'un pouvoir extérieur. Cette position affirmée pour un fort contrôle de la substitution est assumée par l'éducateur interviewé. Il propose une conception de la substitution comme « outil » devant permettre, dans un laps de temps assez court (environ deux ans), d'amener la personne vers l'abstinence. Pour les dépendances les plus lourdes, le traitement peut être éventuellement envisagé comme traitement de maintenance, à condition que la personne ne consomme pas d'autres produits psychotropes, non prescrits à côté. Nous demandons alors à Jérôme ce qui distingue la substitution d'une drogue :

> *« Ce qui différencie le médicament d'une drogue, c'est déjà le cadre légal, le cadre légal d'une part et d'autre part la méthadone est inscrite, comme le Subutex, dans un certain protocole, sous une surveillance médicale » (Jérôme, éducateur spécialisé, référent dans une structure de soin dite à « haut seuil d'exigence »)*

L'insistance sur l'importance d'un cadre (cadre légal / protocole de soin) sera prégnante lors de notre visite dans ce centre. A la fin de l'entretien, Jérôme évoque la structure de Aides. Il explique avoir un certain nombre de désaccords avec eux, notamment autour de l' importance d'un cadre, mais toutefois nous conseille d'aller voir par nous-même pour mieux nous rendre compte.

Ainsi, nous nous dirigeons à quelques pas du CSAPA où se trouve le CAARRUD. L'entrée, très discrète, est à peine signalée par l'inscription « Aides » sur la sonnette. L'ambiance « comme à la maison » contraste avec le calme et le silence du centre précédent. Un intervenant (Stéphane) nous reçoit et nous faisons le tour de la structure. Sur le balcon, des personnes sont assises, leurs chiens les accompagnent. Les personnes accueillies fument et boivent des bières. L'intervenant explique alors que, de manière plus ou moins informelle, les consommations (d'alcool et autres produits psychotropes) sont permises sur le lieu d'accueil[4]. La politique affichée par ce centre, dont les fondateurs se

[4] Depuis 2012, l'association expérimente, officiellement, le programme AERLI : Accompagnement à l'Éducation sur les Risques Liés à l'Injection. Il s'agit pour les professionnels d'observer les pratiques afin de mieux saisir les enjeux et dangers que représente l'injection et ainsi par un accompagnement soutenu visant à une meilleure compréhension, de tendre vers une réduction des risques. L'objectif de cette expérimentation s'inscrit sur du long terme, avec une cohorte d'usagers suivis sur plusieurs rencontres. En collaboration avec Médecins du Monde et l'Agence nationale de recherches sur le Sida (ANRS), une démarche de recherche est également engagée afin de mieux connaître les pratiques effectives de consommation, en acte et cette fois-ci de manière formelle, encadrée et légale. Stéphane nous explique le protocole : *« Donc du coup t'as une première séance où ils répondent à un*

proclament anarco-libertaires, est une tolérance totale pour les usagers et leurs pratiques afin de lutter contre la stigmatisation dont ils peuvent être victimes à l'extérieur. Le CAARRUD se place comme interface entre les personnes et le système de soin, lorsque le cadre réglementaire est considéré, par elles, comme trop contraignant. De nombreux bénévoles, « usagers relais », permettent de créer du lien avec d'autres usagers, non visibles, car pas encore prêts à franchir les portes du centre. En instaurant un climat de confiance et en s'appuyant sur une connaissance empirique et parfois sur un savoir basé sur l'expérience et le vécu, l'enjeu de la structure est de saisir la réalité des pratiques pour adapter les modes d'intervention. La difficulté, observée par les intervenants, est de rendre accessible le matériel stérile aux personnes les plus en marge des institutions ou qui craignent le regard réprobateur sur leurs pratiques et qui vont hésiter à franchir les portes d'un centre. Les « usagers relais » jouent ainsi le rôle d'intermédiaires et transitent entre la structure et les personnes qui ne souhaitent pas s'y rendre d'elles-mêmes. Dans cet esprit, le CAARRUD organise des interventions afin de distribuer du matériel sur les lieux connus pour la consommation de drogue injectable, certains squats notamment.

A l'inverse, pour l'intervenant rencontré dans le centre de soin, distribuer des seringues et délivrer un traitement méthadone au sein d'un même centre relève d'un paradoxe et d'un véritable problème éthique. En effet, l'objectif du centre, tel qu'il nous a été défini par Jérôme, est de conduire les patients à l'abstinence : ainsi distribuer des seringues et proposer aux usagers de drogues la possibilité d'arrêter de consommer apparaissent, selon cette posture, comme deux

---

questionnaire, on voit si la personne est ok, qu'est-ce qu'il va s'injecter, etc. donc là, l'idée c'est : il s'injecte comme à la maison, on lui fournit le matos qu'il demande, sauf le produit bien sûr, il fait comme à la maison, on intervient pas. Voilà. Deuxième séance, un peu plus tard, y a un certain nombre d'étapes, après troisième séance d'accompagnement, c'est là qu'on l'aide en fait à analyser et puis à gérer au mieux. » En complément du dispositif AERLI, les test des produits permettent d'en connaître la toxicité. Connaître les produits et les manières de s'injecter permet aux intervenants de proposer du matériel d'injection à moindre risque adapté : la taille des aiguilles et la forme des filtres varient en fonction des produits et des sites d'injection. Les intervenants témoignent de leur constat, auprès des usagers, que les messages de prévention relatifs à l'injection et notamment les risques de contamination par le VIH semblent acquis, alors que cela n'était pas le cas pour leurs ainés, avant les années 1990 (durant la période, où la vente de seringue était encore interdite). La baisse du taux de contamination par le VIH est en cela remarquable, mais une recrudescence du nombre de contamination par l'hépatite C est observée ces dernières années. Le programme AERLI est un exemple de discorde entre les deux structures. Pour le CAARRUD, il s'agit d'un moyen idéal pour entrer en contact avec une population qui prend des risques liés à l'injection et qui est encore éloignée des structures de soin ; pour le CSAPA, ce programme donne une position délicate à des intervenants mis face à une pratique illégale et aux risques sociaux et sanitaires avérés.

logiques inconciliables. La mission d'accompagnement à la réduction des risques de l'usage de drogues, apparaît dans le discours de Jérôme, antinomique d'un accompagnement à l'abstinence. Sans coopération entre les deux structures, ce premier terrain exploratoire donne à voir une « juxtaposition » de dispositifs, telle que la définit Le Naour dans son étude sur la coexistence de différents services sur un même territoire, lors de sa recherche à Marseille :

> « Si l'ensemble des dispositifs de réduction des risques est censé fonctionner en amont des structures de soins traditionnelles et des services de droit commun, ils apparaissent plutôt juxtaposés aux dispositifs spécialisés et ne sont pas articulés avec eux.[5] »

Malgré le clivage idéologique entre ces deux structures, nous avons rencontré quelques usagers qui semblent s'accommoder du découpage des deux services, assumant la totalité de leurs pratiques chez les uns, et, endossant le rôle du patient idéal chez les autres. Ce jeu de rôles peut être toutefois une mise en danger de la recomposition identitaire des individus en quête de sens à donner à leur traitement ; mais il révèle aussi la compétence de ces personnes à endosser différents rôles, en fonction de leurs interlocuteurs. Il s'agit de ces stratégies d'adaptation secondaire, définies par Goffman :

> « [L'adaptation secondaire] caractérise toute disposition habituelle permettant à l'individu d'utiliser des moyens défendus, ou de parvenir à des fins illicites (ou les deux à la fois) et de tourner ainsi les prétentions de l'organisation relatives à ce qu'il devrait faire ou recevoir, et partant à ce qu'il devrait être. Les adaptations secondaires représentent pour l'individu le moyen de s'écarter du rôle et du personnage que l'institution lui assigne tout naturellement.[6] »

L'assignation à un certain rôle au sein d'une structure n'apparaît pas déterminante dans le processus de recomposition identitaire des personnes que nous avons rencontrées, lorsque celles-ci sont en capacité de mettre en place des adaptations secondaires. Toutefois, ces stratégies restent précaires car le risque de se voir retirer du programme méthadone est présent dans le centre de soin. Les deux structures visitées ont des principes radicalement différents concernant la

[5] Gwenola LE NAOUR, « Lutte contre le sida : reconfiguration d'une politique de « réduction des risques liés à l'usage de drogues » à Marseille », *Sciences sociales et santé*, 2005, vol. 23, n° 1, p. 61.

[6] Erving GOFFMAN, *Asiles*, *op. cit.*, p. 245.

valeur à accorder aux savoirs expérientiels des usagers de drogues et ainsi aux objectifs de la thérapie et de la substitution. Le CAARRUD affiche une nette volonté militante et engagée auprès des usagers de drogues, ce que la structure de soin dénonce, jusqu'à parfois refuser l'accès à certains usagers orientés par le CAARRUD. Les professionnels en addictologie du premier centre contestent le laxisme régnant au CAARRUD et regrettent ce qu'ils dénoncent comme un défaut de professionnalisme, à travers une trop importante valorisation du discours de l'usager, qui pourrait déboucher, selon notre interlocuteur, sur une essentialisation du statut d'usager de drogue, sa consommation devenant un des traits fondamentaux de sa personnalité.

> « Ces gens un peu plus radicaux, c'est …
>
> *Oh ! C'est les usagers de drogues, ASUD, les associations des usagers, Vous allez les rencontrer... Il font un bouquin, sur Internet, vous allez le regarder, ils éditent, où là, c'est le toxicomane citoyen. Où je m'affiche comme toxicomane et j'en suis fier ! Un peu comme si on affichait, comme certaines associations homosexuelles, où y a les mecs, ils affichent avant tout leur homosexualité, alors que l'homosexualité ne reste qu'un choix sexuel et ce sont aussi des sujets, ce sont aussi des hommes et des femmes qui s'aiment entre eux, bon voilà ! Donc c'est, c'est un comportement... pourquoi vouloir faire d'un comportement, ou d'une petite facette identitaire, quelque chose, là... On est bien autre chose qu'un homosexuel ! On est … c'est uniquement sexuel un mode d'orientation sexuelle, bon après, si l'envie c'est d'être dans un groupe et tout, bon d'accord ! »*

Selon Jérôme, l'enfermement dans un statut, celui de « toxico », de « junky », de « drogué » ou d' « usager » est un frein au soin qu'il s'agit de dépasser. Les savoirs d'expérience et les connaissances apprises dans les mondes de la drogue ne sont pas, pour lui, applicables au soin. Il s'agit pour les « patients » de faire l'exercice d'une véritable acculturation, ou d'une alternation, pour pouvoir appliquer les consignes médicales et prendre le médicament selon le protocole qui lui est associé.

2. Concilier deux approches : vers une éthique du care

Si certains usagers ont inventé une passerelle entre ces centres pourtant antagonistes, la structure que nous avons choisie comme principal terrain d'étude en France réunit CAARUD et CSAPA, dans une même association et sur un même

lieu. Chaque usager choisissant le service qui lui convient selon le moment de sa trajectoire.

Selon la directrice, la séparation CAARRUD (pour la réduction des risques)/ CSAPA (pour le soin) est avant tout administrative, deux projets d'établissements devant mettre en relief deux missions différentes. Sur le terrain, le CAARUD dont la mission première est l'accueil se trouve en bas et le CSAPA se trouve en haut, un ascenseur mène d'un étage à l'autre, métaphore du lien bien réel entre les deux structures. Il est intéressant de constater que les usagers se sont appropriés l'espace dans lequel ils évoluent. Certains rentrent pour se diriger directement dans l'ascenseur, évitant de rester trop longtemps avec les personnes en bas, tandis que d'autres en profitent, à chaque visite, pour s'arrêter boire un café. L'accueil, bien plus qu'une simple salle d'attente, est un lieu refuge au sein duquel les personnes à travers le vouvoiement, le café offert, et la présence d'intervenants trouvent une certaine forme de reconnaissance de leur individualité.

Certains patients disent craindre d'être tentés lorsqu'ils voient des personnes encore dans la consommation et sous l'effet du produit, lorsqu'elles viennent dans la structure chercher leur traitement. Bien que l'institution considère que la tentation se trouve également à l'extérieur, cette crainte est prise en compte, avec la possibilité de consultations en dehors des horaires d'ouverture.

Au sein du lieu d'accueil se crée, en effet, un sentiment d'affiliation entre les usagers de la structure qui ensemble partagent une expérience. La participation à ces moments de convivialité, comme activité proposée par la structure, est en soi une forme d'identification à l'institution que certaines personnes peuvent refuser. De la même manière, certains préfèrent se faire prescrire leur traitement par un médecin généraliste pour ne pas avoir à fréquenter les structures spécialisées et ne pas être identifiés comme « toxico »[7]. Le programme d'échange de seringues, quant à lui, se situe dans un espace réservé et préservé du regard afin d'éviter le risque d'amalgame qui pourrait surgir si le même intervenant délivrait d'une main la méthadone et de l'autre la seringue. Au même titre que le médicament, l'échange de seringues est conçu comme un outil thérapeutique, une manière d'entrer en

[7] Lise DASSIEU, *Les traitements de substitution aux opiacés en médecine générale : les appropriations d'une politique publique*,thèse soutenue à l'Université Toulouse 2, 2015.

contact avec les personnes, permettant une recréation de lien social. Donner une seringue est conçu, par les professionnels, comme un geste soignant en soi.

Le projet de cette association émane d'une ambition militante de ne pas reproduire la ségrégation que connaissent les personnes à l'extérieur. Il s'agit d'abord de soigner un corps malmené lors de conduites à risque mais aussi d'apporter une écoute réelle de ces personnes, signe d'une reconnaissance de leur individualité. L'abaissement des conditions d'entrée permet aux personnes qui sont toujours dans la consommation de fréquenter la structure, reconnaissant, de manière pragmatique, leur trajectoire souvent discontinue. Plutôt qu'une aide à l'abstinence, qui n'est pas toujours la demande réelle de la personne en demande de soin, il s'agit plutôt d'un accompagnement à la maitrise de la consommation. L'abstinence, le sevrage, restent pour la plupart des soignants l'objectif à atteindre, car c'est bien souvent la demande première des personnes. Mais l'épreuve de la thérapie et l'expérience de la substitution modifient souvent le projet de soin initial et l'arc de travail initié, dans une forme de compromis pragmatique.

De plus en plus centré sur une compréhension et une prise en charge globale de l'usager, le travail social recouvre aujourd'hui de multiples missions dont l'objectif commun est un accompagnement au « mieux-être ». Cette approche apparait plus proche du *care*, tel que défini par Tronto :

> « Au niveau le plus général, nous suggérons que le care soit considéré comme une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre "monde", en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie.[8] »

La prise en charge des usagers de drogues et le traitement basé sur la substitution re-questionnent le soin autour de la notion de *cure* et de *care* comme en témoigne la directrice d'un CSAPA :

> *« Le soin, bien évidemment, c'est pas la notion de guérison [...]. C'est l'idée d'un rétablissement d'un lien social, du repositionnement des personnes dans la cité, du soin effectivement de leur corps qui est malmené, c'est tout ça le soin. » (22.01.13)*

[8] Joan C. TRONTO, « Du care », *Revue du MAUSS*, 2008, vol. 32, n° 2, p. 244.

Le soin, entendu comme *care*, propose une approche globale, centrée sur la personne. Le « repositionnement des personnes dans la cité », est aussi une illustration d'une volonté d'accorder plus de crédit au discours de l'usager lui-même.

> « Dans le *care*, la perspective de prendre les besoins des autres comme point de départ de ce qui doit être fait apparaît décisive.[9] »

Le développement des associations d'autosupport et d'entraide dont les connaissances sont tirées des expériences personnelles des personnes concernées et la création de forums au sein des structures témoignent de cette évolution, dans le sens d'une accentuation des logiques de subjectivation du soin et d'une prise en compte du point de vue des personnes concernées.

II. Le traitement en résidentiel

Les structures en résidentiel sont très présentes au Québec ainsi qu'en Suisse, mais apparaissent moins répandues en France. Au Québec, les communautés thérapeutiques émergent dès les années 1960, afin d'éloigner les personnes de la consommation et de les rééduquer, en dehors de la drogue. Cette approche s'inscrit dans le cadre de la prohibition québécoise et de la propagande antidrogue de l'époque :

> « Cette approche est largement tributaire de la vision des problèmes de santé qui existait à l'époque des épidémies, soit la nécessité de dominer une menace extérieure – le fléau – par des mesures de contrôle (police médicale, unité de désinfection), ainsi que la diffusion de messages d'alerte aux populations à risque.[10] »

Au sein de ces communautés, « la vie collective et ses lois [sont] considérées en elles-mêmes comme thérapeutiques[11] », la visée éducative de ces programmes tend à modifier le comportement des usagers, à le rectifier à travers un réapprentissage du « vivre-ensemble » car c'est autant au contact d'éducateurs que

---

[9] *Ibid.*, p. 247.

[10] Pierre BRISSON, *Prévention des toxicomanies*, *op. cit.*

[11] Florent FARGES et Pierre PASTEL, *Les communautés thérapeutiques pour toxicomanes*, www.cirddalsace.fr/docs/revue_toxibase/pdf/dossier_commun.pdf, consulté le 6 août 2014.

de pairs que les personnes réalisent leur thérapie. Les études de Goffman sur les asiles américains donnent des outils conceptuels pour dresser une critique de ces communautés thérapeutiques, comme « institutions totalitaires ». Observées par des professionnels du soin français lors de leur visite en 1977 au Québec, ces communautés auront longtemps mauvaise presse en France, du fait des vives controverses au sujet des traitements comportementalistes : utilisant des « techniques de mortification » et un système de récompenses et de sanctions visant à corriger le comportement. Les critiques concernent alors le caractère coercitif, punitif voire humiliant et avilissant de ces pratiques. Des dérives sectaires, tels que le Patriarche[12] en France, vont confirmer les craintes qu'inspire ce type de prise en charge et retarder leur mise en place institutionnalisée en France. Aujourd'hui encore, ces dispositifs ne sont que très faiblement financées par l'Etat français. Une enquête de l'OFDT menée par Langlois en 2013 se propose d'analyser la mise en place de deux communautés thérapeutiques en France. Cette étude répond à une volonté du Plan Gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008), d'apporter une offre thérapeutique en faveur des usagers de drogues, plus diversifiée, sur le territoire français[13]. Aujourd'hui, la diversification de l'offre s'oriente plutôt vers l'ouverture de salles de consommation à moindre risque, marquant le choix des politiques publiques actuelles en faveur de la logique de réduction des risques.

Si dans les structures en ambulatoire, l'usager continue à évoluer à l'extérieur de l'institution, en résidentiel tout un travail thérapeutique de « rééducation » est amorcé. Ce « remodelage social[14] » s'inscrit dans tous les gestes du quotidien : un véritable travail sur le corps mais également sur le rapport au temps, comme somme d'apprentissages, vise à modifier la « carrière morale » des personnes en institution. Goffman, dans son « étude du moi sous l'angle de l'institution » développe l' « ambiguïté » du concept de carrière :

> « D'un côté, il s'applique à des significations intimes, que chacun entretient précieusement et secrètement, image de soi et sentiment de sa propre identité ; de

[12] Le patriarche, fondé en 1974, par Lucien Engelmajer était un lieu de vie communautaire pour toxicomanes. En 2006, l'association est jugée sectaire et son créateur accusé de nombreuses fraudes.

[13] Cécile DENIS, Emmanuel LANGLOIS, Mélina FATSEAS et Marc AURIACOMBE, « Un modèle français de Communauté Thérapeutique ? Les communautés thérapeutiques expérimentales : Consensus des professionnels », *Psychotropes*, 2011, vol. 17, nº 3, pp. 85-101.

[14] Erving GOFFMAN, *Asiles*, *op. cit.*, p. 181.

l'autre, il se réfère à la situation officielle de l'individu, à ses relations de droit, à son genre de vie et entre ainsi dans le cadre des relations sociales.[15] »

L'entrée en structure de soin, et ce d'autant plus lorsqu'il s'agit d'une structure en résidentiel, peut significativement impacter la carrière morale d'une personne. En effet, si la personne a réussi à camoufler ses consommations auprès de ses proches ou auprès d'un employeur, la cessation des activités lors d'une entrée en institution résidentielle révèle la mesure de l'addiction aux yeux des autres, sa prise en charge institutionnelle va d'une certaine manière l'objectiver, la confirmer. Il n'est donc pas étonnant qu'une majorité de personnes qui entrent en résidentiel le fassent soit sous la contrainte, par injonction thérapeutique, soit lorsque la dépendance a commencé à nuire à leur vie sociale et qu'elle ne peut plus passer inaperçue au regard d'autrui (famille, collègues, amis, etc.).

Au sein de la structure, les personnes partagent la même pathologie, ou la même expérience. Elles se connaissent parfois de l'extérieur et à l'intérieur peuvent développer une nouvelle forme de connivence, un même intérêt pour « s'en sortir » ou, parfois, pour déjouer ensemble des règles considérées comme trop contraignantes. Néanmoins, la socialisation par le groupe est perçue par les professionnels comme riche d'un potentiel thérapeutique, car elle peut circonvenir le sentiment des usagers d'être embrigadés dans ce qui semblerait sans cela une institution totalitaire.

Au sein de ces centres, la place de la substitution est posée avec plus d'acuité ; si les centres visités en Suisse et au Québec accordent une place importante aux traitements pharmacologiques, les incorporant au projet, dans les formes plus traditionnelles de communauté thérapeutique, l'objectif est de pouvoir les diminuer, voire même les arrêter[16].

1. En Suisse : le centre cocon

L'institution où nous réalisons notre recherche comprend trois centres en résidentiel : le réapprentissage de la vie en communauté y est perçu comme

[15] *Ibid.*, p. 179.

[16] Cécile DENIS, Emmanuel LANGLOIS, Mélina FATSEAS et Marc AURIACOMBE, « Un modèle français de Communauté Thérapeutique ? », *op. cit.*, p. 95.

thérapeutique et s'inscrit dans une tradition forte de la prise en charge des usagers de drogues au sein de communautés thérapeutiques. Le premier centre X accueille des personnes souffrant d'un double diagnostic (psychiatrique et dépendance) et les centres Y1[17] et Y2 sont des centres de réinsertion pour personnes dépendantes. Un responsable nous explique :

> *« Dans le centre [X], après 15 jours, ils ont déjà 2 sorties, ils sortent 2 dimanches, tandis qu'au centre [Y], ils font un mois sans sortie. L'idée de la sortie, c'est de pas sortir les premières semaines, c'est de se mettre à distance du produit, s'intégrer dans la vie communautaire. »*

Ce temps de déprise, hors du temps, protégé et isolé du monde, est une véritable parenthèse au cours de laquelle les divers problèmes de santé, financiers ou judiciaires peuvent être pris en charge. L'image du cocon permet de rendre compte de cette « enveloppe » que peuvent constituer les murs du centre conçu comme un véritable abri protégeant de l'extérieur, le temps que la personne « se transforme », ou recompose une vie éloignée de la dépendance.

Le cadre soutenant, et parfois contraignant, du centre, n'est pas toujours supporté par tous les résidents et certains, qui n'ont pas réussi à s'adapter, fuguent pour y échapper, durant les premières semaines où les sorties ne sont pas permises, comme le raconte Edie, qui évoque ses nombreuses fugues de différentes structures, symboles, selon lui, de l'échec de ses précédentes thérapies :

> *« Puis si j'avais pas fait le con, avec toutes ces fugues et tout, au bout d'un moment, tu peux sortir le weekend, t'as une sortie, le soir, dans la semaine donc ça devient plus libre. Le truc, c'est qu'il faut que je réussisse à attendre ce stade-là. Maintenant, la balle est dans mon camp, quoi. Faut pas que je fasse le con. Autrement, c'est les weekends dedans, pas de sortie, machin … » (Edie, 25 ans)*

Cet enfermement temporaire vise à protéger les résidents de leur envie de consommer, le temps pour eux de « reconstruire » une image d'eux-mêmes sans produits.

Pour d'autres, cette parenthèse qui dure en moyenne deux ans, peut être dure à fermer. Christine, profondément attachée aux autres résidents, nous

[17] Pour traduire l'aspect paisible et familial du centre Y1, nous l'avions surnommé dans nos notes de terrain : « le petit chalet dans la prairie ».

raconte comment elle perçoit la sortie de la structure, qu'elle assimile à un mieux-être :

> *« J'ai jamais habité seule. Je suis partie de chez mes parents pour aller chez T., j'ai quitté notre appartement pour aller vivre avec B., après j'ai été en clinique, puis ici, donc ça me fait un peu peur de partir, mais je me sens beaucoup mieux dans ma peau qu'avant. Avant j'avais des conflits, premiers trucs qui allaient pas, je prenais tout sur moi, puis là je commence à me rebeller un peu, donc, ils me taquinent un peu, ils me disent que…certains mecs ici, ils sont contents que je me rebelle, ils disent c'est bien, je pense que ça va venir petit à petit, puis après, ça ira quoi. Je commence à être bien avec moi, sans avoir besoin de quelqu'un d'autre pour être bien, donc je pense chaque chose en son temps. » (Christine, 32 ans, vivant dans le centre depuis cinq ans)*

La structure en résidentiel permet une recréation du lien social et un apprentissage singulier du vivre-ensemble. Le partage de leurs expériences de vie, dans leur singularité et leur multiplicité, crée des affinités ; ces relations au sein du centre sont un support thérapeutique, mis en valeur par les résidents eux-mêmes, notamment Christine, qui apprécie ses propres changements à travers les commentaires des autres. Néanmoins, au cours de la vie dans une communauté thérapeutique, il apparaît essentiel de poursuivre les interactions avec le monde extérieur ; le risque, bien identifié par les professionnels, étant qu'un trop grand isolement rende la sortie délicate. Une fois le seuil du centre franchi, des passerelles doivent permettre l'accès au dehors. Loin des drogues, la tentation a disparu, l'enjeu est d'y résister quand celles-ci seront à nouveau présentes.

Dans les trois centres, la médication est donnée au sein même de l'institution. A certaines heures, les résidents viennent chercher leur traitement. Une majorité d'entre eux prennent des traitements de substitution, nombreux sont ceux qui reçoivent également des hypnotiques pour les aider à dormir, ou encore des anxiolytiques, benzodiazépines ou barbituriques, ainsi que des antidépresseurs, des neuroleptiques et des thymorégulateurs (stabilisateur de l'humeur). Au sein des centres, des psychologues sont là pour gérer les moments de crise, mais c'est surtout l'équipe de travailleurs sociaux, présents du matin au soir et également durant les repas, qui s'occupe d'assurer le calme au sein de la structure, ou en tout cas d'éviter les débordements. Au sein du centre X, du fait de la comorbidité diagnostiquée chez les résidents, la médication est supérieure à

celle qui est délivrée dans les deux autres centres. L'ambiance y est plus tendue, les altercations plus courantes. Lors de notre visite, un jeune homme (Fabrice), à qui une demande de sortie a été refusée, va, durant toute une journée, taper sur les murs et crier pour pouvoir sortir. Durant le repas, Fabrice ne va pas cesser d'importuner l'intervenant présent, ne lui laissant pas une seconde pour manger au calme. Au centre Y1, les personnes sont occupées par un certains nombre d'activités. Lors de la matinée, le temps est régulé autour de différentes tâches, un planning est établi pour la semaine : certains s'occupent des chèvres, d'autres des travaux de menuiserie, un groupe prend la confection des repas en charge tandis que les derniers font le ménage et la vaisselle. Les après-midi sont libres pour permettre aux personnes de s'auto-organiser en trouvant par elles-mêmes des occupations, mais aussi pour leur donner un temps de repos. Des animations sont toutefois proposées l'après-midi, comme des activités sportives, très valorisées dans cette structure comme moyen de se réapproprier son corps, ou encore des ateliers visant à la réinsertion professionnelle : cours d'informatique, rencontre avec un conseiller d'orientation, ou encore des activités de création telles qu'un atelier d'écriture animé par un écrivain. Il y a un restaurant à côté du centre X, où les résidents sont formés aux métiers de la restauration (service et/ou cuisine). Les résidents peuvent également participer à l'organisation d'une brocante, en récupérant des objets ou des meubles, qu'ils apprennent à retaper. Puis, ils participent à la vente de ces objets. Ces activités ont pour objectif de permettre aux personnes de faire l'expérience d'un travail, dans la perspective d'un retour à l'emploi.

C'est l'après-midi qu'ont lieu les consultations avec un psychologue ou avec un médecin. Lors de la prise en charge de longue durée, au sein de la structure en résidentiel, les personnes sont incitées à faire un bilan de santé et à se faire dépister. Le temps de la cure peut leur permettre d'entreprendre un traitement, notamment lorsque celui-ci s'inscrit sur une longue durée et qu'il est très contraignant, particulièrement pour des personnes vivant à la rue.

Isolés du monde de la drogue et occupés toute la matinée, les résidents sont aidés afin de dépasser leur dépendance au produit, le traitement de substitution maintenu vient appuyer cette démarche, puisque les symptômes de manque ne se font pas ressentir grâce à lui. Le temps des activités est le temps de l'apprentissage

du travail en commun, encadré par des intervenants (travailleurs sociaux). Les résidents doivent apprendre à négocier entre eux pour parcelliser les tâches et être efficaces. Ils apprennent, au contact de leurs pairs, de nouveaux savoir-faire professionnels, mais acquièrent aussi des compétences, comme la gestion du stress, l'entraide, ou encore la confiance dans leurs coéquipiers. Ces temps de travail en commun favorisent l'échange, chacun pouvant être tour à tour en situation de formation ou de transmission. Professionnels et résidents sont amenés à développer des compétences indépendamment de leur statut, soignants et soignés interagissent et rentrent dans une relation basée sur le partage. La reconnaissance du travail bien fait, par exemple quand l'atelier cuisine recueille des remerciements après un bon repas, est source de reconnaissance et peut être valorisant pour une personne qui a connu un certain nombre d'échecs. Les repas : petits déjeuners, déjeuner et dîner, auxquels nous avons l'occasion de participer, sont pris dans la salle commune. Chacun a sa tâche bien définie pour que le repas soit organisé sans problème. Au sein des centres Y, le moment du repas est un moment propice au déliement des langues. A table, règne une ambiance familiale où chacun a ses habitudes, certains ont même leur place attitrée. Ces moments de relâche sont les temps forts de la vie en communauté, les amitiés se créent et la confiance se scelle.

Contrairement à un centre en ambulatoire, où les contacts au sein de l'accueil, peuvent être quotidiens mais de courte durée, dans un résidentiel, la cohabitation passe par l'apprentissage des contraintes liées au groupe, notamment les problèmes de maintenance inhérents à la vie en communauté. La nécessaire gestion des conflits qui passe par des compromis est l'occasion de nombreux échanges. Le rappel à la règle qui doit permettre de résoudre d'inévitables désaccords est souvent l'occasion de discuter du cadre, de son importance ou de son caractère arbitraire.

Des temps d'échanges plus formels sont organisés, lors de groupes de parole, chaque semaine. Sur le modèle des AA (alcooliques anonymes), les discussions peuvent porter sur un thème proposé au cours de la séance. Elle est parfois consacrée à un résident, qui raconte son parcours, son histoire de vie et ses déboires ; ensuite les autres membres du groupe donnent leurs avis et prodiguent des conseils. Chacun est libre de s'exprimer, toutefois le champ lexical de la drogue,

notamment les noms de produits, doivent être évités afin de ne pas susciter l'envie chez les auditeurs. Il s'agit d'un exercice complexe au cours duquel il faut savoir dire sans nommer. Si les personnes sont obligées d'être présentes lors de ces groupes de parole, elles ne sont néanmoins pas obligées de parler, quoique la désapprobation du groupe envers une personne qui ne participerait pas puisse apparaître comme une contrainte. Cette pratique, si elle est reconnue comme bénéfique, voire salvatrice pour certains, peut être considérée par d'autres comme une mise à nu trop intrusive, face à un groupe de personnes avec qui ils partagent leur quotidien.

2. Au Québec : le centre refuge

Nous sommes allées à la rencontre d'une structure innovante, il s'agit d'une association de pairs-aidants, qui accueille en résidentiel des personnes qui ont une dépendance aux opiacés et qui suivent un traitement de substitution. Toute la hiérarchie de l'association : le directeur, le responsable d'équipe, et les différents salariés partagent une expérience avec les drogues opiacées. L'association est entièrement conçue, réalisée et animée par des usagers de drogues, dans une volonté affirmée de montrer et de valoriser les compétences propres à cette population. C'est donc dans une logique dite d' « *empowerment* » définie comme l'appropriation du pouvoir d'action par les personnes concernées ou d'« autohabilitation » que s'inscrit cette association mais aussi dans une volonté affichée de « déstigmatisation » des usagers de drogue, souvent considérés comme non fiables et ne pouvant pas aller au bout d'un projet.

Cette association s'inspire également de la « psychothérapie institutionnelle[18] », de par la place qu'elle accorde aux résidents. Ceux-ci sont en effet libres de leurs mouvements, de leurs aller et venues au sein de la structure, mais ils sont toutefois sollicités pour participer à son bon fonctionnement. Cité par

[18] La psychothérapie institutionnelle dont les principaux fondateurs furent les docteurs François Tosquelles, Jean Oury et Claude Jeangirard est née d'une remise en cause de la psychiatrie traditionnelle et du système asilaire. Une de ses principales caractéristiques s'inscrit dans la mise en place de « clubs thérapeutiques » donnant aux patients la responsabilité d'organiser eux-mêmes leur vie quotidienne et de réunions auxquelles patients et soignants participent et « qui vont révolutionner les rapports entre ces deux catégories, auparavant souvent opposées ». Pierre DELION, « La psychothérapie institutionnelle : d'où vient-elle et où va-t-elle ? », *Empan*, 2014, vol. 96, nº 4, p. 107.

Castel, Tosquellès analyse la transmutation de la psychanalyse dans la transformation de la vie quotidienne des services :

> « L'hôpital jouerait au point de vue thérapeutique un rôle analogue à celui du psychanalyste. Il serait l'objet d'investissements successifs de ces conflits ; et la dialectique de la guérison passerait, pour ainsi dire, dans ce laminoir de transferts et de projections que la structure sociale de l'hôpital pourrait permettre.[19] »

La structure sociale de l'association joue un rôle dans la thérapie des personnes. Celles-ci sont incitées à s'investir et à participer aux différentes activités quotidiennes. L'objectif est qu'elles s'engagent physiquement, et par là-même psychiquement, dans la vie du centre.

L'association gère une vingtaine d'appartements/studios réunis dans un immeuble, au sein duquel se trouve l'accueil de la structure. De 9h à 19h, les membres de l'équipe sont présents, disponibles pour les résidents pour tout ce qui relève des démarches administratives, notamment d'ordre médical. En partenariat avec les services médico-sociaux et avec des médecins habilités à prescrire de la méthadone, l'association peut faciliter l'accès des personnes aux traitements de substitution, mais aussi aux traitements VHC et VIH-Sida. Néanmoins les prescriptions ne peuvent se faire au sein même du centre, les résidents doivent se déplacer chez le médecin pour obtenir leurs prescriptions.

De plus, la structure est située à proximité d'une pharmacie, ouverte tous les jours, qui assure la délivrance des traitements (Suboxone et méthadone). Les personnes qui initialisent un traitement doivent s'y rendre quotidiennement pour le récupérer. Comme nous l'avons observé avec Opale, une importante surveillance est mise en place lors de l'initialisation de ces traitements. Amar, 42 ans, évoque également cette prise quotidienne du traitement et les difficultés qu'elle peut poser :

> *« C'est comme...quand j'allais chaque jour...c'était pas bon, c'était comme aller chercher de la drogue, parce que c'est comme a need, tu comprends, dans le cercle de la drogue, c'est a need aussi tu comprends. Ok je dois pas de l'argent, mais, je dois aller chercher : c'est bon puis c'est pas bon. »*

[19] Robert CASTEL, *La gestion des risques*, *op. cit.*, p. 95.

L'amalgame entre drogue et médicament, au cœur de la problématique de la substitution, semble entretenu par cette nécessité de venir récupérer son produit quotidiennement, ce que critiquent certains, tandis que pour d'autres, la création de lien entre la personne et le personnel de la pharmacie peut être vécue comme rassurante. Au sein du centre, en cas de nécessité, les pairs-aidants peuvent éventuellement fournir du matériel d'injection stérile, lorsqu'un résident en fait la demande, mais ce n'est pas vraiment leur rôle, de nombreux organismes communautaires à Montréal assurant déjà ce service, dans des lieux d'accueil mais également par le travail de rue.

Le choix de la métaphore du cocon suisse veut souligner une véritable mise à l'écart, le refuge, évoque quant à lui, un abri douillet mais ouvert et dont les moyens de subsistance et les moyens thérapeutiques proviennent de l'extérieur. Tel le refuge de montagne, il permet de s'abriter des intempéries, lors d'épreuves douloureuses, les personnes peuvent s'y ressourcer, s'y poser, pour reprendre la route dans la direction choisie. Le but de l'association est à la fois d'assurer un logement à des personnes pour les aider à sortir de situations de marginalisation dues à l'absence de toit ; l'aide à la réinsertion y est assurée par des intervenants pairs qui peuvent apporter une aide dans les démarches de retour aux études ou au travail, ainsi que des conseils et du soutien pour les problématiques spécifiques de la dépendance aux opiacés. Toute la structure repose sur un principe d'échanges, elle est basée sur une approche participative des résidents : s'occuper de la cuisine, du jardin, du ménage ou de la manutention, de manière bénévole, est une façon de rendre à la communauté, c'est aussi considéré comme un geste soignant en soi, les résidents réaffirment leurs compétences en en faisant profiter les autres.

L'aide apportée par les pairs se constitue au travers d'un vécu commun. Si la distance entre les intervenants et les résidents est moins forte que dans les institutions traditionnelles grâce à ce partage d'expérience, la structure fonctionne néanmoins sur un modèle pyramidal et hiérarchisé. Ce qui constitue le changement radical de cette initiative, c'est le fait que l'expérience de la drogue soit valorisable pour accéder à un poste. Les compétences reconnues dans ce travail de pair-aidant sont la capacité des personnes à parler de leurs usages de drogues, de leurs sorties de la dépendance, mais aussi leur capacité à écouter.

Certains professionnels de la structure sont d'anciens résidents ayant accédé à un poste qui leur a permis de devenir salariés et ainsi de changer de statut. Les pairs-aidants peuvent ensuite valider par un diplôme universitaire les acquis de leur expérience de professionnels dans le secteur médico-social, grâce à la RAC (reconnaissance des acquis et des compétences, en fonction d'un programme d'étude). Les possibilités d'évolution au sein de la structure donnent une perspective d'avenir aux résidents, dont le présent est englué dans des problématiques telles que la dépendance, les problèmes de justice, ou encore les soins médicaux, etc.

III. Conclusion du septième chapitre : Le TSO en ambulatoire et en résidentiel, une polysémie du care

Les études sur le *care* montrent bien que nous sommes tous, tour à tour, récepteur ou prescripteur de *care* : du fait de notre vulnérabilité ontologique, l'interdépendance est le ciment des sociétés humaines, l'entraide apparaît comme un prérequis pour la survie de l'humain. Dans le champ de la nouvelle santé publique, qui valorise la capacité de l'individu à se prendre en charge et à être autonome, les récepteurs de care se trouvent dévalorisés du fait de leur dépendance à autrui. Dans la lignée de Tronto, nous voyons que le *care* est un processus actif en quatre phases : « se soucier de, se charger de, accorder des soins et recevoir des soins[20] ». Or des conflits peuvent intervenir dans chacune de ces phases, quand apparaissent des malentendus ou des divergences quant aux besoins de *care* attendus par les uns et la manière dont les soins sont dispensés par les autres. L'ambivalence du *care* apparaît dans les discussions autour du nouveau paradigme du travail social entendu comme accompagnement plutôt que comme éducation. L'accompagnement valorise un processus de « subjectivation [21] » relevé par Soulet comme moyen de sortir d'une toxicodépendance et remplace le principe d'« inculcation, ou conformation à une norme sociale ». Le développement des structures en ambulatoire, comme Ithaque

[20] Joan C. TRONTO, « Du care », *op. cit.*, p. 248.
[21] Marc-Henry SOULET, « Drogues et conventionnalité », *op. cit.*

à Strasbourg, témoigne d'une telle évolution, mais nous constatons que les structures en résidentiel (au Québec et en Suisse) suivent également une telle évolution. Bien loin des communautés thérapeutiques des années 1970 dont la logique de « redressement des corps » comme technique de « bio-pouvoir » pouvait être observée, en ambulatoire comme en résidentiel, il s'agit pour les personnes de redevenir auteures de leur propre histoire, dans un processus de réactivation qui vise avant tout à se réapproprier leur parcours en leur redonnant une cohérence. Si le *cure* paraissait s'inscrire comme un aboutissement, la fin d'un parcours de lutte contre une maladie, le *care,* quant à lui, indique un processus continu et non une rupture biographique, le TSO apparaît comme un outil de ce processus de recomposition identitaire. Pris en ambulatoire ou en résidentiel, il s'inscrit dans une continuité biographique permettant une redéfinition de soi. L'injonction à l'autonomie se trouve mêlée à la nécessité de se réapproprier le parcours de soin, de le faire sien à travers une série de choix et d'épreuves qui nécessitent une réflexivité accrue.

CONCLUSION DE LA PARTIE II : DU TOUT ABSTINENCE A LA REDUCTION DES RISQUE, UN CHANGEMENT DE PARADIGME ?

L'épistémologue Thomas Kuhn met l'accent sur le caractère révolutionnaire du progrès scientifique, à travers le concept de « paradigme », lequel regroupe :

> « des lois, des théories, des applications et des dispositifs expérimentaux [...] qui donnent naissance à des traditions particulières de recherche.[22] »

En se situant à l'intérieur d'un paradigme, les scientifiques pratiquent ce que Kuhn nomme la « science normale ». Quand ces chercheurs constatent des anomalies, des doutes peuvent naître quant au paradigme et celui-ci se retrouve affaibli, jusqu'à l'apparition d'un nouveau paradigme capable de supplanter l'ancien. Bergeron, transpose le concept de « paradigme » à l'analyse des politiques publiques. Dans ce domaine, le paradigme ou *policy paradigm,* défini par Hall, vise à décrire « le rôle des systèmes de sens dans l'élaboration des politiques publiques[23] ». Ce concept de paradigme permet d'analyser les oppositions entre les tenants du tout abstinence et ceux d'une logique de réduction des risques. Le paradigme de l'abstinence, dominant au cours des années 1990, apparaît de plus en plus inadapté aux caractéristiques d'une nouvelle population d'usagers de drogues. La mise en place d'un nouveau modèle de « réduction des risques », dont les traitements basés sur la substitution font partie, va alors remplacer les pratiques et systèmes de sens ayant cours jusque là. Pour Bergeron, l'apparition de ces « anomalies », dont parlait Kuhn, s'exprime par l'inefficacité des méthodes de prises en charge auprès de certains usagers (apparition du Sida, suicide des patients, rechutes, etc.). Les changements pour appréhender ces « anomalies » ou nouvelles situations vont intervenir rapidement en Suisse où l'expérimentation de

[22] Thomas Samuel KUHN, *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, France, Flammarion, 1983, p. 30.

[23] Daniel KÜBLER, *Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé*, *op. cit*, p.37.

différents dispositifs coordonnés vise à répondre, de manière gradualiste, aux nouvelles problématiques :

> « Cet apprentissage correspond donc à ce que Thomas Kuhn appellerait la "science normale", c'est-à-dire l'ajustement du paradigme sur la base de nouveaux résultats, engendrés avec une démarche communément admise.[24] »

En France, dès le début des années 1980 et de manière encore souterraine, car ils vont à l'encontre du cadre réglementaire régissant la prescription d'opiacés mais aussi contre l'avis d'une majorité d'experts français qui réfutent les succès des traitements observés dans les pays voisins, certains médecins commencent à délivrer les premières formes de médicaments de substitution aux opiacés (Temgésic®, codéine, etc.) et expérimentent alors la prise en charge des usagers de drogues par la médecine générale. Ces formes d'actions, encore isolées témoignent d'une insatisfaction envers le paradigme d'abstinence dominant et d'une volonté d'apporter une aide aux personnes dépendantes aux opiacés, de plus en plus nombreuses à frapper aux portes de leur cabinet médical. Les exemples venus de l'étranger (Pays-Bas et Grande-Bretagne) enfin entendus en France au milieu des années 1990 confortent l'institutionnalisation de la réduction des risques en France.

Lorsque Kuhn utilise le terme de paradigme, il considère l'éventualité d'une révolution venant remplacer un paradigme aux modalités d'action qui lui sont propres par un autre. Néanmoins, certains auteurs contestent la vision radicale du changement de paradigme, ainsi Le Naour, à partir de l'exemple de programmes de réduction des risques à Marseille, développe l'idée non pas du renversement d'un ancien paradigme mais plutôt de la juxtaposition et de l'hybridation des dispositifs et des différentes politiques publiques :

> « Le cas du dispositif de réduction des risques liés à l'usage des drogues mis en place à Marseille accrédite [l'] hypothèse qui privilégie l'idée des permanences et des recompositions, plutôt que l'idée d'un changement radical de l'organisation du système de soins.[25] »

---

[24] *Ibid*.
[25] Gwenola LE NAOUR, « Lutte contre le sida », *op. cit.*, p. 60.

De la même manière, la thèse de Lise Dassieu[26], à partir du cas toulousain, montre les spécificités et les retards d'implantation de programmes de réduction des risques, soulignant ainsi la manière dont les politiques publiques, décidées au niveau national, font l'objet d'interprétation, de redéfinition et de mises en pratique singulières selon les acteurs en présence. Ces travaux rejoignent l'analyse de Jean-Yves Trépos qui voit dans les changements des dispositifs de soin une « recomposition de l'intervention[27] », plutôt qu'un réel changement de paradigme. Michel Joubert pointe également les différentes interprétations, réalisées localement, des deux cadres induits par le dualisme de la loi 1970 et la nécessité pour les collectivités territoriales de réaliser une gestion périlleuse des liens entre prise en charge sanitaire et approche répressive[28]. Si les tensions lors de l'introduction des TSO rendent l'utilisation du concept de changement de paradigme particulièrement fertile au regard de la situation française, comme le démontre Bergeron, la perpétuation de mesures répressives à l'encontre des usagers nécessite de prendre quelques précautions avec l'usage de ces termes. Les lois répressives, en France, en Suisse et au Québec, qui régissent les usages de drogues et instaurent une double série de mesures à la fois sanitaires (injonction au soin) et répressives (pénalisation) sont toujours en vigueur. Dans ce contexte, la politique de réduction des risques peut-elle vraiment faire figure de nouveau paradigme dans le champ de la prise en charge des usagers de drogues ?

Si l'évolution significative des vingt dernières années a permis une meilleure connaissance des acteurs en jeu, l'introduction des mesures phares de la réduction des risques (programme d'échange de seringues et TSO), dans les trois pays de notre étude, est à regarder sous l'angle du défi posé par l'urgence sanitaire. L'introduction d'une logique de réduction des risques n'a pas pour autant permis un changement du paradigme politique en matière de drogues : la répression est encore présente. La décriminalisation des drogues apparaît absente de l'agenda politique français, tant ce point est impopulaire, tandis qu'en Suisse et au Canada,

---

[26] Lise DASSIEU, *Les traitements de substitution aux opiacés en médecine générale*, *op. cit.*

[27] Jean-Yves TREPOS, « La force des dispositifs faibles : la politique de réduction des risques en matière de drogues », *Cahiers internationaux de sociologie*, 2003, vol. 114, nº 1, pp. 93-108.

[28] Michel JOUBERT, « Politiques locales et nouveaux dispositifs d'action dans le domaine des toxicomanies », *op. cit.*, p. 168. « L'approche dite pragmatique va consister pour les villes à effectuer des compositions originales prenant en compte l'état de l'opinion locale, de la pression sur les quartiers de situations trop visibles, de l'offre de services provenant des acteurs associatifs ou spécialisés ainsi que des évènements et opportunités locales. »

certaines voix s'élèvent en faveur d'un changement de politique. La mise en place dans les années 1990 de la politique de réduction des risques, et notamment la mise sur le marché des traitements de substitution, a eu une véritable influence sur la perception de la dépendance à l'héroïne aussi bien chez une grande partie des professionnels que chez les usagers. Toutefois, ces changements ne semblent pas avoir eu de véritable retentissement au niveau du discours commun dont la méconnaissance des problématiques propres à ce champ d'intervention peut mettre en danger les usagers qui pâtissent encore de cette position instable, car ils sont considérés à la fois comme « malades » et « délinquants ». La discrimination subie est souvent la cause d'une demande d'aide tardive. Olivier Maguet, affichant une posture militante, dénonce ce paradoxe :

> « Dans nos programmes de proximité, nous ne faisons finalement que tenter de repousser au quotidien les limites du politiquement, pénalement et socialement acceptable en matière de services médico-sociaux proposés aux usagers sans agir sur les raisons fondamentales qui ont conduit à leur situation sanitaire et sociale actuelle, à savoir les lois et les normes qui les excluent et les répriment.[29] »

Selon Quirion, il existe une frontière poreuse entre les différentes logiques d'intervention dans le champ de la régulation des pratiques psychotropes, notamment entre les deux ordres normatifs que sont le pénal et le thérapeutique, pourtant pressentis dans une opposition binaire. Ces deux registres d'intervention, la répression et le thérapeutique, se retrouvent enchevêtrés, selon une logique propre aux phénomènes d'internormativité[30]. Dans les sociétés modernes industrielles, la prohibition et les modèles thérapeutiques orientés vers l'abstinence s'inscrivent dans un registre restrictionniste (d'une société sans

[29] Olivier MAGUET, « Il faut séronégativer la réduction des risques! », *op. cit.*

[30] « Le concept d'internormativité, que nous empruntons à la sociologie du droit, renvoie à la coexistence de systèmes normatifs différenciés qui sont appelés à réguler un même champ d'application (Rocher) […] Le concept d'internormativité peut aussi être évoqué pour expliquer la coexistence dans les sociétés contemporaines de dispositifs inhérents à la fois au modèle restrictionniste et au modèle gestionnaire. Au même titre que le passage de la société industrielle à la société du risque ne saurait être considéré à l'image d'une rupture subite et brutale, le passage du modèle restrictionniste au modèle gestionnaire doit être envisagé comme un déplacement graduel au cours duquel les différentes logiques d'intervention peuvent coexister. Cette dynamique inter-normative permet dès lors d'expliquer l'apparente contradiction qui est dénoncée par de nombreux analystes quant à la présence simultanée au sein d'un espace juridictionnel de stratégies de réduction des méfaits et d'un contexte juridique hérité du régime prohibitionniste. »

Bastien QUIRION, « Réduction des méfaits et gestion des risques », *op. cit.*, p. 491.

drogues) ; les politiques de réduction des risques et des méfaits, quant à elle, s'inscrivent dans une logique gestionnaire, le phénomène drogues est appréhendé comme un phénomène social récurrent qui ne peut être éradiqué mais dont il faut endiguer les conséquences. Ces politiques sont orientées vers la diminution des risques, au plan collectif (diminution de la délinquance, impact sur la prévalence de maladies infectieuses, baisse des coûts inhérents au système de santé, etc.) et une réduction des méfaits, au plan individuel. La logique de réduction des risques peut alors être entendue comme une forme de gestion de groupes à risque, dans une optique de responsabilisation des individus[31].

La logique de réduction des risques et des méfaits, comme approche pragmatique, reconnaît qu'une société sans drogues n'existe pas et se détourne d'une approche orientée vers l'éradication de l'usage de drogues. Pourtant, la persistance des politiques répressives à l'encontre des usagers, mais aussi la mise en place de nombreux contrôles visant à restreindre tout usage alternatif des TSO témoignent du retour d'une conception morale du soin qui prône l'abstinence comme seul objectif thérapeutique souhaitable et la perdurance d'un horizon normatif d'une société sans drogues. La réduction des risques, dans son approche la plus techniciste, appuyée par un arsenal de données épidémiologiques, semble devenir un nouvel outil du contrôle social. Néanmoins, la persistance des usages alternatifs de TSO apparaît comme une des modalités d'appropriation du traitement et donne à voir les marges de manoeuvres dont se saisissent les personnes. La réappropriation du savoir sur eux-mêmes, à travers la valorisation des savoirs d'expérience et l'hybridation avec d'autres formes de savoirs tels que le savoir médical, émerge dans le domaine de la prise en charge des usagers de drogues. Cette émergence est encore balbutiante au sein des trois pays de notre enquête, bien qu'au Québec certaines initiatives autour de la pair-aidance prennent forme et tendent à se pérenniser. La réduction des risques, dans son approche la plus pragmatique, peut difficilement être lue comme l'injonction de nouvelles normes, mais plutôt comme une horizontalisation des savoirs.

[31] *Ibid*.

TROISIEME PARTIE

REAPPROPRIATION DU TRAITEMENT ENTRE REAJUSTEMENTS BIOGRAPHIQUES ET CO-CONSTRUCTION DES SAVOIRS

Chapitre VIII. LES FRONTIERES FLOUES DES TSO - ENTRE MEDICAMENTS ET DROGUES

« Le détournement de la pharmacopée [est] à la base même de l'histoire des drogues.[1] » (Langlois)

« Prescrire une activité, c'est prescrire un univers ; se dérober à une prescription, ce peut être se soustraire à une identification.[2] » (Goffman)

Les polémiques qui entourent les traitements de substitution sont relatives aux usages alternatifs qui en sont faits. Ces usages polysémiques témoignent du statut ambigu qui leur est attribué et des diverses stratégies employées par les personnes pour se les réapproprier. Les tentatives de définition du traitement proposées par les personnes correspondent à des stratégies de présentation de soi et de mise en cohérence de leur propre parcours, selon leur degré d'adhésion au monde médical ou aux mondes de la drogue.

I. TSO : entre construction identitaire et négociation de trajectoire

L'entrée dans la médication n'est que rarement perçue comme un véritable point tournant dans la trajectoire des usagers de drogues. L'étude des trajectoires de soin des personnes rencontrées donne à voir un « ordre négocié » qui est l'aboutissement de « débats de trajectoire ». Un travail d'articulation entre le « schéma de trajectoire » anticipé par le médecin et les nombreuses perturbations au cours de la trajectoire sont réalisé[3]. De nombreux travaux en sociologie de la

[1] Emmanuel LANGLOIS, « Les traitements de substitution vus par les patients », *op. cit.*, p. 61.

[2] Erving GOFFMAN, *Asiles*, *op. cit.*, p. 242.

[3] La notion de trajectoire, développée par Strauss, fait référence au développement physiologique de la maladie mais également à toute l'organisation du travail qui lui est associée et aux répercussions que ce travail a sur les personnes impliquées, soit les soignants, les soignés et leurs proches. Le travail thérapeutique est associé à un travail biographique. En effet, la personne qui reçoit un soin peut réagir au travail thérapeutique réalisé par l'équipe soignante et participer à ce travail. Des considérations d'ordre biographiques et de style de vie ont un impact sur le travail thérapeutique entrepris. Une multiplicité de

santé tendent à analyser l'asymétrie dans la relation patient / médecin, caractérisée par un certain monopole des savoirs que détiendrait le praticien. A l'issue d'une étude anthropologique, Sylvie Fainzang analyse la place du mensonge dans la relation patient / médecin :

> « A l'intérieur de cette relation, chacun gère sa parole et s'interroge sur les paroles de l'autre, et chacun cherche à acquérir un pouvoir à travers l'usage qu'il en fera. Dès lors le mensonge apparaît comme partie intégrante de la relation thérapeutique comme de toute relation sociale, mais suivant des mécanismes et des modalités qui lui sont spécifiques.[4] »

Ainsi selon l'auteure, « l'information et le mensonge prennent valeur de stratégies pour les acteurs ». La non-évocation de détournement du traitement ou de la reprise de produits illicites de la part du patient apparaît comme une stratégie visant la préservation de la relation thérapeutique et du maintien de la prescription.

> « Du côté des patients, le mensonge résulte d'une alchimie entre leur adhésion au modèle du médecin comme autorité (professionnelle *et* sociale) et leur tendance croissante sinon à mettre en cause la légitimité de sa parole, du moins, secrètement, à y résister.[5] »

Productrices de non-dits, voire parfois de mensonges, les personnes se disent également victimes d'une certaine manipulation de leur médecin, notamment concernant la durée du traitement, certaines disent se sentir prises au piège, du fait de la dépendance créée par le médicament. Le savoir médical n'est pas le seul sollicité dans la compréhension des dépendances. Au sein des centres visités, une équipe pluridisciplinaire discute de la trajectoire de soin des personnes en traitement. Contrairement à la prescription de Subutex® en cabinet médical, la prescription de méthadone s'inscrit dans un certain protocole, assurant une prise en charge plus globale :

---

travails entrepris rajoutent de la complexité dans la gestion de la trajectoire : le travail biographique est associé au travail médical de prescription de la substitution mais également au travail infirmier, au travail psychologique, ou encore au travail social. Ces différents travails sont associés à des tâches plurielles nécessitant une coordination entre les différents acteurs et un travail d'articulation des différentes tâches à effectuer, selon une chronologie à définir. (Anselm Leonard STRAUSS, La trame de la négociation, op. cit.)

[4] Sylvie FAINZANG, *La relation médecins-malades*, *op. cit.*, p. 148.

[5] *Ibid.*, p. 151.

« Alors, normalement ça doit être cadré, dans la loi, c'est-à-dire qu'il faut qu'il ait vu un médecin, il faut avoir vu un psychologue, ou un psychiatre, une AS, donc il faut qu'ils aient fait un peu le tour et puis on en parle entre nous, parce qu'il faut savoir aussi que le traitement de l'addiction ça se fait en groupe, voilà. Moi, je pense, j'ai des camarades qui font tout seul, je pense que moi je pourrai pas, parce que d'abord on est quand même dans les relations avec les gens, donc y a toujours, je manipule, tu me manipules, je me fais manipuler… et je pense que le fait d'avoir des regards de gens divers et variés, qui ont d'autres mentalités que soi-même, ça permet un peu de… d'être plus sûr de soi, et de mieux voir les choses aussi, ça me rassure un peu quelque part. »

Pour ce médecin, la relation thérapeutique, comme toute interaction sociale, laisse une part à la manipulation de la part de chaque interactant. Il conçoit le fait d'être lui-même manipulateur dans la relation. Ainsi, selon lui, le travail en groupe permet d'atténuer ce rapport de manipulation.

L'élaboration d'une conception commune de la substitution est également marquée par de nombreux malentendus, voire par de francs désaccords pouvant déboucher sur des conflits (jusqu'à l'arrêt du traitement et du suivi). Les savoirs n'étant pas immuables, leur acquisition s'inscrit dans un processus dans le temps et dans l'espace. Ces savoirs interactionnels interrogent notamment la notion de maladie dans sa complexité. D'un statut de simple usager, les personnes passent à celui de « patient », ils doivent alors expliquer leur « maladie » de manière à justifier la prescription reçue. Or il n'existe pas de consensus autour de l'addiction comme maladie au sein du corps médico-social. La notion de maladie est également un terme ambigu pour les usagers de drogues et nous tâcherons ici d'en identifier les différentes acceptions trouvées dans les récits des personnes rencontrées.

Qu'elle soit une maladie du corps ou une maladie sociale du point de vue des médecins, « la maladie » pour les usagers de drogues se décline sous plusieurs formes : elle est la maladie de la dépendance et du manque, elle est la maladie du Sida, mais aussi la maladie psychiatrique. Les malentendus induits par des usages polysémiques de la substitution deviennent parfois des « occasions de traduction[6] » lors des interactions entre les usagers et leurs proches ainsi qu'entre soignants et soignés. Ces redéfinitions de la dépendance permettent à la personne

[6] Franco LA CECLA, *Le malentendu*, Paris, France, Ed. Balland, 2002.

d'amorcer une réflexivité afin de « se rendre compte du sens ultime de ses propres actes[7] » et aux praticiens de réinterroger leurs pratiques, prônant une meilleure compréhension de leurs patients afin d'éviter les risques d'aliénation, voire de domination dont le champ médical peut être le vecteur.

1. La polysémie de la notion de maladie dans le discours des professionnels : support de malentendus

L'adhésion autour de la notion de soin laisse en suspens une définition plurielle de l'objet du soin, soit la « maladie ». Or l'amphibolie de la notion de maladie, « c'est le brouillard propice où vont germer les malentendus[8] ». Derrière ces « malentendus doublement bien entendus » se trouve « une concordance temporaire de stratégie, au service de finalités diamétralement opposées[9] » à la fois entre soignants, mais aussi entre soignants et soignés. Dans le registre de l'addictologie, l'approche bio-médicale apparaît dominante, toutefois, différents corps de métier (travail social ; psychologie ; travail infirmier ; etc.) négocient autour d'une prise en charge, souhaitée globale, des usagers de drogues. Ainsi, aux divergences de points de vue individuels s'ajoutent des différences liées à des apprentissages divers, en fonction des domaines professionnels.

La dépendance, susceptible d'être traitée comme une « maladie » apparaît plus fréquemment dans le discours des médecins rencontrés, que chez les travailleurs sociaux, dont l'approche est plus centrée sur un accompagnement social. L'approche pluridisciplinaire, telle qu'elle est promue dans les centres spécialisés, permet une imbrication des différentes définitions sociales et sanitaires, comme l'indique un médecin qui nous donne sa propre définition de la notion de maladie :

> *« C'est quelque chose qui vous porte préjudice, au niveau social, au niveau santé, au niveau travail. » (Médecin généraliste, venant de recevoir l'habilitation à prescrire de la méthadone, France, entretien réalisé le 27.08.12)*

---

[7] Max WEBER, *Le savant et le politique*, Paris, France, 10-18, 1963, vol.1/.

[8] Vladimir JANKELEVITCH, *Le Je-ne-sais-quoi et le presque-rien. 2, La méconnaissance, le malentendu*, Paris, France, Ed. du Seuil, 1980, p.205.

[9] Franco LA CECLA, *Le malentendu*, *op. cit.*, p.26.

Cette définition est en accord avec l'approche globale de la santé, centrée autour d'une certaine conception du « bien-être », telle que la définit l'OMS :

> « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.[10] »

Pour ce médecin, catégoriser la dépendance, et notamment l'alcoolisme comme « maladie », permet de distinguer un usage occasionnel d'un usage abusif et problématique :

> *« Il m'est arrivé de trop boire et d'être un peu guilleret, si je bois un peu trop, je vomis par terre, en général pendant 6 mois, ça me dit plus rien, mais y en a qui recommencent tous les weekends, alors que ça les amuse pas de vomir par terre, donc là… oui, c'est une maladie ! »*

Catégoriser la dépendance comme maladie permet aussi de justifier l'acte médical de prescription d'un médicament et permet, en creux, de répondre à la question du bien fondé d'un médicament, dérivé d'opiacé, venant se substituer à la prise d'héroïne. Selon certains intervenants rencontrés, ce qui distingue les deux usages réside dans la manière dont la personne suit le protocole fixé par le médecin (posologie, fréquence) et dans le sens accordé au traitement. Le statut de la méthadone ou de la buprénorpine comme médicament ne dépend alors plus seulement de la substance en elle-même mais de l'usage qui en est fait. La personne devient responsable de son traitement, mais en devient-elle pourtant actrice ? D'autres intervenants ne se satisfont pas entièrement du terme de « maladie », mais avouent leur difficulté à nommer les choses de manière pragmatique et sans jugement moral :

> *« C'est toute la difficulté de trouver le bon terme, si vous voulez, toxico, c'est redoutable, ça renvoie à la manie du toxique, donc à la psychiatrie ; patient, ça veut dire qu'ils sont malades, qu'ils sont en soin[…] Addict', c'est une horreur…bon, usager de drogue, c'est ce qui est, pour moi, le plus neutre, mais on est aussi usager de la RATP…ou de la CTS, ou de je ne sais pas quoi. » (Directrice de structure, France, entretien réalisé le 22.01.13)*

---

[10] OMS, *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.*

Enfin, pour d'autres intervenants, le problème des personnes en demande de soin est en amont de leur addiction ; ainsi, un éducateur ayant une formation en psychologie parle même pour certaines d'entre elles de maladies mentales ou de problèmes psychologiques :

> *« Pour nous, les personnes, elles souffrent pas, elles sont pas malades de leur addiction, elles sont malades d'autre chose et elles utilisent un produit qui est l'héroïne ou qui peut être un produit de substitution pour aller mieux, pour se soigner. » (Educateur spécialisé, France, entretien réalisé le 23.07.12)*

Cette définition rejoint les nombreux usages, dans la littérature et dans les discours, de la métaphore de la « béquille », la drogue servant de béquille, puis les traitements venant remplacer cette béquille.

Les médicaments de substitution apparaissent dès lors dans toute leur complexité face à la diversité de définitions produites par les professionnels, selon leur expérience, mais également selon leur formation. Les usagers de traitement rencontrés mobilisent également la notion de maladie, l'analyse des nombreuses occurrences de ce terme dévoile sa polysémie. Dans les récits, la notion de maladie peut caractériser la dépendance en elle-même, ainsi que le manque. La maladie est aussi, dans certains récits, associée aux troubles de santé mentale. Enfin, pour certains usagers de drogues, la « maladie » désigne les atteintes au corps associées à la prise par injection, telle que les hépatites notamment, mais également les infections.

2. La notion de maladie dans le discours des usagers de drogues rencontrés

La maladie de la dépendance affecte le corps et l'esprit de l'usager de drogue, comme en témoigne, en 1979, Burroughs, dans son ouvrage *Junky* :

> « Je me suis éveillé de la Maladie à l'âge de quarante-cinq ans, calme, sain d'esprit et relativement sain de corps si j'excepte un foie affaibli et ce masque de chair d'emprunt que portent tous ceux qui ont survécu au Mal. [11] »

[11] William BURROUGHS, *Junky*, Paris, Pierre Belfond éditeur, 1979, p.9.

Dans cet extrait, l'auteur fait référence à deux types de « maladie » : la « Maladie » due à l'usage de drogues, le « Mal » étant ici la dépendance au produit ; et la maladie du corps perçue à travers des symptômes physiques.

a) La dépendance comme maladie

La notion de maladie pour définir la dépendance est introduite par les Alcooliques Anonymes, association créée aux Etats-Unis, dans les années 1930. Ce mouvement communautaire vise à aider et soutenir des personnes alcooliques dans leur rétablissement, celui-ci, selon leurs préceptes, ne peut passer que par l'abstinence.

> « Le désir d'arrêter de boire est la seule condition pour devenir membre des AA.[12] »

Selon eux, l'alcoolisme et la dépendance sont conceptualisés comme étant une maladie chronique : la personne alcoolique ne peut pas contrôler sa consommation d'alcool, et un seul verre suffit à la faire rechuter dans sa dépendance. Aujourd'hui, de nouvelles branches émergent du mouvement initial, notamment les Narcotiques Anonymes (NA), qui préconisent l'abstinence complète de toute drogue. Ces associations sont très influentes en Amérique du Nord et en Suisse. L'expression des émotions à travers la participation au groupe est une forme de rédemption qui permet aux membres de se libérer en s'identifiant aux différents témoignages[13]. Sur nos terrains nous avons pu rencontrer des personnes fréquentant de tels groupes, notamment cette jeune femme suisse qui nous explique que considérer son problème comme une maladie l'aide à avancer dans sa thérapie :

> *« Moi, je me considère comme malade. […]Moi, je pense que c'est une maladie qu'on a à la naissance. Parce que depuis petite, je me sens quand même différente, […] moi, je pense que je suis dépendante à la base et d'autres non, et donc ils peuvent consommer, sans que ça prenne des proportions énormes…[…] On travaillait beaucoup*

[12] *Qui sont les AA ?*, http://www.alcooliques-anonymes.fr/qui-sont-les-aa, consulté le 30 novembre 2015.

[13] Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, « Narcotiques Anonymes, une expertise profane dans le champ des conduites addictives centrée sur le rétablissement, la gestion des émotions et l'entre-soi communautaire », *Pensée plurielle*, vol. 23, nº 1, 2010, p. 98.

avec les Narcotiques Anonymes, moi ça m'aide de penser que je suis malade, et pas que c'est moi qui ai merdé… » (Christine, 32 ans, Suisse, le 15.04.13)

Dans cet extrait, Christine exprime la difficulté de se sentir différente des autres, la pathologisation de son sentiment d'étrangeté permet à cette femme de mieux s'accepter. Elle fréquente les groupes de parole où elle dit trouver un véritable soutien, en se rapprochant de personnes qui partagent la même expérience qu'elle et qui définissent ensemble ce qu'elle vit comme « maladie », soit une entité ontologique ayant une existence propre. Si la majorité des personnes, lors de la rencontre avec un médecin en vue d'une prescription de TSO, ne fait pas l'épreuve d'un diagnostic, celles-ci connaissant déjà les causes de leurs symptômes, la rencontre avec les groupes d'Anonyme et la redéfinition de la dépendance comme maladie peut s'apparenter à un diagnostic. Cette rencontre et le moment où l'expérience vécue de la dépendance, à travers les symptômes ressentis, une fois reconceptualisés comme maladie chronique, peuvent être vécus comme une véritable rupture biographique[14].

Toutefois cette vision n'est pas partagée par l'ensemble des usagers. Ainsi, à Strasbourg où les groupes de *self-help* sont peu représentés, les personnes rencontrées utilisent peu le terme de maladie pour qualifier leur dépendance, au contraire ils refusent bien souvent de se cacher derrière toute pathologisation d'une pratique dont ils se considèrent eux-mêmes comme les acteurs :

« L'usage de drogue, c'est un piège dans la vie…donc soit on le fait par choix, soit on le fait parce qu'on est faible et puis on tombe dedans… Mais ça reste un choix quand même. On vous prend pas le bras pour vous shooter. Soit vous demandez qu'on vous le fasse, soit vous allez vous le faire ; on va pas vous prendre le bras. » (Fred, 32 ans, France)

Ce n'est plus la dépendance qui est alors désignée comme étant la maladie mais ses symptômes : tels que l'abus ou la perte de contrôle du produit, comme le rapportent de nombreux usagers de cocaïne ou de crack, tel qu'Ahmed :

[14] Michael BURY, « Chronic illness as biographical disruption », *Sociology of health & illness*, 1982, vol. 4, n° 2, pp. 167–182. Bury dans son étude sur les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde analyse la maladie comme une rupture biographique. L'interruption d'une telle maladie a pour effet de radicalement modifier le cours de la vie. « La maladie chronique implique la reconnaissance des mondes de la douleur et la souffrance, voire même de la mort. Mondes qui ne sont normalement considérés que comme des possibilités lointaines ou comme le sort des autres. » [notre traduction] (p. 169)

« Mais avec la coke, si tu consommes le gramme dans la minute, dans la minute, j'aimerais bien un autre ! Voilà. » (Ahmed, 36 ans, France)

Pour ce qui est de l'héroïne, les manifestations du manque, comme nouveau rapport au corps, peuvent être traduites comme symptômes d'une maladie. Une définition plus sociale de la maladie est apportée par certaines personnes ; ainsi pour Arthur, rencontré au Québec, être malade est synonyme de manque, mais cette sensation est également caractéristique d'un style de vie et c'est bien dans cette construction de sa quotidienneté que vient s'inscrire pour lui le pathologique par opposition à une vision de la vie « normale » :

« Parce que pendant une coupe des années, j'ai tout le temps besoin de courir d'une place à l'autre pour trouver les opiates, c'est tout le temps une bataille pour être bien et pas malade, c'est bien plus facile de vivre quand tu n'as pas besoin de chercher de l'argent et juste aller et te déplacer pour avoir ta drogue. T'es capable de vivre normal, un peu. » (Arthur, 27 ans, Québec)

Paradoxalement, il nomme « drogue [15]» sa méthadone, mais insiste sur la qualité de vie qu'elle lui permet, quand il la compare à l'héroïne dont il fallait pouvoir s'assurer l'approvisionnement. Plus loin, il insiste :

« J'avais jamais senti ça dans ma vie, j'ai pris des choses différentes, le pot [Cannabis] et tout ça après j'ai jamais été malade et finalement, j'ai dit maintenant je suis en prison, parce que si je prends pas, je suis pas capable de faire aucune chose, je peux juste rester dans mon lit toute la journée, tout malade »

La dépendance et la sensation de manque lors de l'arrêt de la substitution sont souvent vécues par les personnes comme intolérables. En effet, nombreux sont les usagers de drogues qui expérimentent des périodes de sevrage volontaire lors de leur carrière d'usagers d'héroïne. Ils cherchent ainsi à garder le contrôle de leur consommation. Dès lors qu'ils prennent un traitement de substitution prescrit, la continuité de la prise, sans fragmentation ni arrêt, peut être vécue comme une réelle perte de contrôle, car les processus d'autocontrôle précédemment acquis ne sont plus opérant.

[15] Il est également important de nuancer cette analyse par le fait qu'Arthur est anglophone, bien que cet entretien ait été réalisé en français, mais le mot anglais pour médicament étant également *drug*, il est impossible qu'il utilise ce terme sans connotation particulière.

La maladie de la dépendance est souvent associée à une prison tant elle modifie le rapport au monde, au corps et à autrui. Hannah, également rencontrée au Québec, pour nous donner sa définition de « maladie » revient sur le sujet de sa thèse de philosophie entreprise, alors qu'elle l'enseignait au CEGEP [établissement pré-universitaire québécois], mais jamais terminée. Elle cherchait alors à étudier « *l'éthique de la littérature, en deux mots : comment la littérature sauve le monde !* ». Elle explique :

> *« Parce que si on peut définir la maladie, le mal quel qu'il soit : politique, psychologique, ou autre, comme une forme de stagnation… T'sais le récit qu'on fait de notre propre vie est toujours le même, quand on est dépressif, puis je pense que la littérature quand tu lis, c'est à la fois la même histoire et une autre donc ça te permet de te remettre en mouvement, donc c'est vraiment une ouverture éthique à mon sens. »*

Hannah participe à des groupes d'autosupport québécois et manifeste pour la reconnaissance des droits des usagers de drogues, sa définition du mal est ainsi marquée par son engagement. « Emprisonnement » ou « stagnation », la maladie (dépendance ou dépression, selon les termes médicaux) est une expérience, un vécu, voire un empêchement à être et à recomposer sa propre histoire.

b) L'expérience de la dépendance et des troubles de la santé mentale

Pour les usagers de drogues, l'expérience du diagnostic est peu présente lorsqu'ils racontent leur interaction avec le médecin en vue d'une prescription de TSO, car ils connaissent déjà les raisons de leurs symptômes au moment où ils décident de consulter. L'expérience du diagnostic, c'est-à-dire de la mise en mots d'un mal qui devient alors identifié, nommé, catégorisé, apparaît dans le récit de ceux qui évoquent leur parcours psychiatrique. Les personnes qui parlent de leurs problèmes de santé mentale, sans hésitations, sont peu nombreuses. Opale, 29 ans, rencontrée au Québec, en fait partie ; avec humour, elle se présente :

> *« Je suis folle, mais je l'avoue et je l'assume ! (rire) J'ai des traits de troubles de personnalité limite. »*

Elle est une des rares personnes, qui dans le cadre de nos entretiens relate le moment du diagnostic ; très documentée sur sa pathologie, elle a un discours critique :

« Opale : J'ai été diagnostiquée illégalement, c'est-à-dire, j'étais mineure. J'avais 13 ans, quand mon pédopsychiatre m'a annoncé que j'avais un…un trouble borderline, dans le fond.

C : Pourquoi illégalement ?

Opale : Parce que, je sais pas comment ça marche chez vous, mais ici, en tout cas, on peut pas diagnostiquer avant, en tout cas, pas les maladies mentales comme telles, on peut diagnostiquer, on peut dire que la personne a une tendance vers …. blabla, le jeune, mais on peut pas…on peut pas avoir un diagnostic psychiatrique avant la majorité, avant l'âge de 18 ans, mais en même temps, c'est qu'à cet âge là, il aurait pu aussi dire que j'étais ado, on sait pas, on le saura jamais, fait que je sais pas si je suis TPL [troubles de la personnalité limite], parce que je l'étais tout simplement, ou si je me suis collée là-dessus, parce que j'ai comme grandi avec l'étiquette. Fait que je sais pas, est-ce que je l'avais vraiment et que je l'ai développé, ou est-ce que je l'ai développé parce que je me suis basée là-dessus pour m'identifier ou je sais pas. Tout ce que je sais, c'est qu'aujourd'hui, je le suis ! Fait que je travaille dessus aujourd'hui. »

Pour Opale, il existe bien une corrélation entre construction identitaire, maladie mentale et diagnostic. Opale exprime ici une tension relative à la législation du droit des malades, et plus spécifiquement des mineurs atteints de troubles psychiatriques. La confiscation de l'information vise dans certains cas à éviter que le diagnostic devienne pronostic. Ici dans le cas d'Opale, l'information a été délivrée et lors de l'entretien, Opale se demande en effet si le diagnostic a pu surdéterminer ses comportements, en tout cas, elle relie étroitement ses troubles à ses prises de drogues, ses usages de drogues compulsifs faisant partie, pour elle, de sa pathologie. Consciente que sa vie est une succession de phases, lors de l'entretien, elle se dit très motivée, elle vient d'initier un traitement Suboxone pour lequel elle apparaît très enthousiaste. Pour autant, un an après, nous apprendrons qu'elle a mis fin à ses jours.

Aïssa, 29 ans, que nous rencontrons en Suisse, explique quant à qu'elle perçoit une amélioration de son état grâce aux médicaments, mais elle considère néanmoins en prendre trop. De plus, elle semble dire que le diagnostic relève des compétences des médecins, et qu'elle n'a pas vraiment à interférer dessus, elle s'empêche ainsi toute réflexivité sur sa propre maladie, celle-ci est vécue comme étant exogène, elle ne cherche ni à se l'approprier ni à produire un quelconque savoir expérientiel sur sa bipolarité :

« Je pense que si les médecins déclarent que je suis bipolaire, ça doit être pour partie vraie mais moi, je sais pas reconnaître ma maladie parce que je peux pas dire que je suis malade si... je sais pas comment ça fonctionne cette bipolarité. »

Le sentiment de dépossession de soi à travers le diagnostic peut être éprouvé par certain patient qui ne se reconnaissent pas dans l'énoncé de la maladie, mais le sentiment de ne pas reconnaître la maladie, de ne pas la comprendre et de se sentir comme étranger à soi peuvent également participer à l'élaboration et à la pose du diagnostic. La pose d'un diagnostic en psychiatrie soulève un certain nombre de problème, notamment en terme de stigmate social auquel ceux-ci sont rattachés et peuvent expliquer le refus de certains patients de s'identifier à la pathologie identifiée par le praticien.

Les liens entre dépendance et maladie psychiatrique ont également été étudiés dans la littérature. Les psychiatres étant, depuis les débuts de la prise en charge des usagers de drogues, les plus engagés, ils ont également produit de nombreuses études pour comprendre les mécanismes de la dépendance. Aujourd'hui encore, l'approche psychiatrique reste très présente dans la littérature sur les dépendances, notamment dans la revue *Psychotropes* qui reste une référence et dont la lignée psychiatrique est maintenue ; son directeur de publication : Marc Valleur est psychiatre et médecin-chef de l'hôpital parisien de Marmottan, spécialisé dans les addictions. Les addictologues sont bien souvent des psychiatres, ce qui peut induire une tendance vers le diagnostic de troubles psychiatriques. Ces diagnostics, comme justifications *pro domo*, semblent conforter la position prise par les psychiatres et leur engagement dans l'histoire de la prise en charge des usagers de drogues.

A Strasbourg, l'ancien dirigeant de la structure étudiée était également psychiatre psychanalyste, or les médecins actuellement en service dans l'association ne sont pas des psychiatres mais des médecins généralistes ayant une habilitation à prescrire de la méthadone. Au sein de ce centre, spécialisé dans l'accompagnement des personnes dépendantes, rares sont les personnes qui, dans le cadre de nos entretiens, témoignent spontanément de leurs troubles psychiatriques. Certains évoquent des médicaments, principalement des benzodiazépines, mais aussi des neuroleptiques ou encore des antipsychotiques. S'ils nomment le médicament, ils ne nomment pas la maladie. Ainsi Fred, 32 ans,

nous raconte sa forte appétence pour les médicaments et notamment sa primo-dépendance au Subutex et son passage à la méthadone. Il explique également qu'il se fait prescrire un certain nombre de benzodiazépines, qu'il consomme par injection. Nous comprenons plus tard que ces ordonnances, ainsi que l'aide sociale (Allocation adulte handicapé) qu'il perçoit, sont liées à des troubles de santé mentale, apparus à sa majorité, et caractérisés par des voix « dans sa tête », comme il l'indique. Toutefois, il ne souhaite pas s'appesantir sur cette question, apparaissant plus à l'aise pour parler de ses usages de drogues, consommations qu'il ne cherche pas à relier à sa maladie ou pour reprendre ses propre termes : à ses « bouffées délirantes ». Du fait qu'il souhaite taire cette expérience et ses problèmes de santé mentale, il est difficile d'avoir une connaissance réelle de son entrée dans un parcours de soin et de ses différentes étapes. L'empreinte biographique que peut laisser un diagnostic en santé mentale n'est pas évoquée dans l'entretien de manière approfondie. Son expérience de la drogue domine dans le récit de Fred, comme une manière de perpétuer sa socialisation, amorcée au sein du monde de la drogue, dans la structure où nous le rencontrons.

Nous rencontrons également Farid dont le parcours de soin est difficilement cernable dans sa globalité, à travers le récit qu'il en donne. Il évoque une prise en charge « en psychiatrie, addictologie, puis en psychiatrie… », puis, il nomme un traitement, le Ziprexa, indiqué dans le traitement de la schizophrénie et explique rapidement :

> *« Mais moi j'ai plein de problèmes…j'ai plein de soucis dans ma tête ! J'ai des soucis, mais j'ai pas envie d'en parler. Ça, c'est un peu privé… »*

Quand nous cherchons à en savoir plus, il élude le sujet, et répond : « *Restons sur la substitution* ».

Il est intéressant de voir que, dans le cas de Fred comme de Farid, ils ne souhaitent pas que soient assimilés leurs usages de psychotropes et leur maladie mentale, peut-être veulent-ils éviter à leur interlocuteur d'envisager une corrélation entre les deux, ou encore peut-être est-il délicat pour eux d'assumer un double diagnostic dans un centre où ils doivent déjà gérer le stigmate d'usager de drogues ? Leurs consommations de psychotropes, comme fil directeur de leur récit, éludant leurs troubles psychiatriques, apparaît comme une tentative de négociation de leur identité.

Au sein du centre en Suisse, où résident des personnes pour lesquelles une maladie psychiatrique a été diagnostiquée, les résidents reçoivent une médication, souvent à un dosage important, comme en témoigne une jeune femme, Sabine, 23 ans, qui dès le début de l'entretien énonce l'ensemble de sa médication :

> *« Sabine : Bon là j'ai une trithérapie préventive, parce que j'ai pris des risques ce weekend [prostitution], j'ai la méthadone, j'ai 130mg en tout, je prends 65 le matin, 65 le soir. J'ai…tu veux savoir les médicaments que je prends ? J'ai 100 Siroquel xr de retard, j'ai 30mg de Dalmadorm, 45 de Romeron, euh…*
>
> *C : Tu peux m'expliquer ce que c'est en fait ?*
>
> *Sabine : Alors le Romeron c'est un antidépresseur, ça aide un peu à dormir, le Dalmadorm c'est un somnifère, le Temesta c'est un benzodiazépine, voilà, c'est un benzo. Le Truxal c'est un neuroleptique, l'Entumine c'est un neuroleptique, euh… L'Anxiolyte c'est un antidépresseur…euh j'ai quoi encore…euh qu'est-ce que j'ai… Je crois que c'est tout. Puis là, benh j'ai le traitement préventif de Truvada, puis je sais plus trop l'autre nom, je me souviens plus quoi. »*

Elle-même se présente comme bipolaire, puis se reprend rapidement pour adopter la nouvelle terminologie psychiatrique :

> *« J'ai une maladie, je suis bip…euh…trouble de la personnalité, type borderline, j'ai…je suis…j'ai deux personnalités, c'est-à-dire, moi, je la traduis ange et démon, je peux être très gentille, puis très…puis très méchante. »*

Cette hésitation dans la dénomination de sa « maladie », ainsi qu'entre les verbes « être » et « avoir » témoigne bien de l'identification conflictuelle de certains sujets à l'égard de leur maladie, celle-ci affectant leur être le plus profond, tout en leur paraissant étrangère :

> *« Parce que j'ai toujours senti une autre partie de moi, la méchante, en fait, c'est pas moi quoi, et en fait la gentille, je sais pas si c'est moi, je me recherche en fait, parce que je sais pas qui je suis réellement quoi, j'arrive pas à me dire si je suis ange ou si je suis démon, ou si je suis entre les deux, ou si je suis…je sais pas si…même si je vaux la peine d'être sur terre quoi. »*

On voit bien ici comment les personnes désignent les médicaments pour évoquer de manière détournée leurs troubles psychiatriques, mais il parait cohérent que dans le centre pour personnes ayant reçu un double diagnostic, le stigmate de la maladie ne pouvant être caché, les personnes soient plus à même de

raconter leurs troubles de santé mentale, tandis que dans le centre français les personnes négocient leur identité dans un récit où elles omettent d'évoquer leurs problèmes psychiatriques, voire refusent de les raconter[16].

Nous voyons bien ici à quel point une approche globale est délicate tant les personnes parcellisent les épreuves qu'elles vivent (de santé mentale et de dépendance) en fonction des institutions où a lieu l'interaction et des professionnels qu'elles y rencontrent.

c) Les maladies virales

Les maladies virales sont également l'objet d'un tabou, les personnes restant en grande partie silencieuses sur leur statut sérologique. A l'origine, ce tabou repose, dans les milieux gays, sur l'étiquetage et le *coming out* forcé par le diagnostic[17]. Chez les usagers de drogues par intraveineuse, il est un révélateur de certaines conduites à risque, comme le partage de matériel. Mais ce tabou est

[16] Nous pouvons faire un parallèle avec une recherche antérieure, dans le cadre du mémoire de master, dans un CHRS où nous abordions la question du logement comme marqueur identitaire spatio-temporel. Les personnes étaient amenées à reconstruire leur histoire de vie à travers les logements, ou absence de logement, successifs. Dans ce CHRS, la problématique de la dépendance et de sa prise en soin nous est apparue déterminante, néanmoins, l'objet de notre recherche ne portant pas sur ce point et les missions du centre n'étant pas orientées sur les questions d'usage de drogues, les personnes rencontrées ont grandement éludé ces problématiques au cours des entretiens. A ce moment-là, nous avons pu prendre la mesure du tabou de la drogue et constater la difficulté ou la méfiance des personnes à en parler. Ce tabou explique également la difficulté qu'éprouvent les intervenants au sein de certains centres non spécialisés à évoquer les problématiques en lien avec la drogue, eux qui pourtant ont souvent un rôle significatif à tenir dans l'accompagnement au soin des personnes suivies. Dans le CHRS en question, les intervenants tenaient une armoire à pharmacie, située dans une salle exiguë, proche de l'accueil, où les résidents venaient chercher les traitements qu'ils n'avaient pas le droit de garder dans leur chambre, notamment leur Subutex ou leur méthadone. Pourtant, peu de discussions pouvaient être engagées, du fait de l'absence de confidentialité de l'espace prévu. Il apparaissait alors difficile pour les intervenants de sortir d'un rôle marqué par une position autoritaire et contraignante, visant à contrôler l'accès aux médicaments.

[17] Paula Treichler, en 1987, étudiait les discours biomédicaux sur la maladie, vecteurs de préjugés homophobes. (Paula TREICHLER, « Le sida, l'homophobie et le discours biomédical : une épidémie de signification [1987] », *Genre, sexualité & société*, 1 juin 2013, nº 9.) Dans l'étude de Dodier et Barbot, pour les patients en extériorité, c'est-à-dire ceux qui s'en remettent le plus largement au jugement du médecin sans prendre en compte les voix dissonantes, provenant notamment des médias, la peur de la stigmatisation en rapport avec l'homosexualité ou avec la maladie est importante, ce qui explique leur moindre implication au sein d'association. (Janine BARBOT et Nicolas DODIER, « L'émergence d'un tiers public dans la relation malade-médecin. L'exemple de l'épidémie à VIH », *Sciences sociales et santé*, 2000, vol. 18, nº 1, pp. 75–119.) Sur cette question de la corrélation entre Sida et homosexualité, et sur la stigmatisation que ce diagnostic pouvait entrainer dans certains milieux, le film de Jean-Marc Vallée, *Dallas Buyers Club* qui s'inspire de la véritable histoire de Ron Woodroof raconte comment dans les années 1980 après avoir expérimenté l'AZT, seul médicament antirétroviral autorisé sur le sol américain à cette époque, il va se lancer dans un trafic de médicaments alternatifs, dont il constatera la meilleure efficacité et la moindre nocivité sur son propre corps. On voit bien ici la manière dont les personnes atteintes du Sida ont joué un rôle important dans la prise en compte du savoir des malades sur leur propre thérapie et sur leur traitement, initiant une forme nouvelle de démocratie sanitaire.

également lié à la peur que peut susciter, encore aujourd'hui, le Sida et son risque de contamination, malgré les nombreuses campagnes de sensibilisation et les avancées scientifiques permettant de comprendre la maladie. Pour les usagers de drogues par intraveineuse ayant connu la consommation et fréquenté les mondes de la drogue lors des années 1980, le Sida est considéré comme la « maladie », celle mortelle et incurable qui va décimer une grande partie de cette population. Le Sida, reconnu « grande cause nationale » en 1987, va transformer l'intervention auprès des usagers de drogues, visant à la responsabilisation des usagers. Comme l'indique Langlois, cette maladie « transmissible et donc "évitable" jette au devant de la scène le malade et sa responsabilité face au mal[18] ». Des associations de sidéens, telles que Aides, dénoncent le stigmate subi par les personnes séropositives.

> « La maladie n'est plus seulement ce qui est subi mais devient vecteur de lutte.[19] »

Certains usagers revendiquent, dès lors, le statut de « malade » afin d'acquérir un meilleur accès aux soins et éviter les risques de contamination. Les personnes rencontrées, les plus âgées, témoignent des « années Sida » et de la permanence de la mort et de sa menace dans leurs mondes de la drogue :

> *« Non, je reprendrai pas ça [l'héroïne], malgré que j'ai pu gérer ça, y a eu des très bons moments…mais…c'est quand même un produit qui est…y a un côté négatif…j'ai perdu pas mal de potes aussi : overdose, maladie, et après y a le Sida aussi qui est arrivé, qui a fait des ravages. J'ai vécu ça pendant mes années de prison, j'apprenais la nouvelle qu'un ami était décédé, suite à la maladie, parce que c'était des personnes qui n'avaient pas fait attention. » (François, 50 ans, France, le 05.02.13)*

« La maladie » ou les maladies (le SIDA, les overdoses et les infections) sont pour François une des conséquences néfastes d'une consommation à risque, caractérisée par le partage de seringues et le surdosage. Les campagnes de prévention ont permis de réduire ce phénomène, l'accès à l'information a été un enjeu particulièrement fort dans la lutte contre le SIDA, comme le rappelle François :

---

[18] Emmanuel LANGLOIS, *L'épreuve du Sida: pour une sociologie du sujet fragile*, Rennes, France, Presses universitaires de Rennes, 2006, p.9.

[19] *Ibid*, p.47.

« Des amis d'enfance quoi, des copains d'enfance, avec qui j'ai commencé tout jeune…qui ont été atteints par ça, parce que voilà, ils avaient pas fait attention, ou qui n'avaient pas l'information au début, au départ tout simplement, par manque d'informations, et qui sont tombés, et qui après se sont contaminés. »

Aujourd'hui, la majorité des consommateurs sont informés des risques encourus lors de la prise de drogues par injection, néanmoins la forte prévalence de contamination parmi les usagers par le virus de l'hépatite C indique la perpétuation de conduites à risque, tant, nous l'avons vu la consommation de produits psychotropes ne peut être entendue sous le seul angle du sanitaire. La situation de vie très précaire des usagers de drogues par injection apparaît comme un facteur majorant les prises de risques et les contaminations[20]. Si les personnes meurent aujourd'hui moins du Sida, grâce aux avancées de la tri-thérapie, il s'agit pour elles d'apprendre à vivre avec. La maladie n'est plus perçue comme maladie mortelle mais comme une maladie chronique. Geneviève, pair-aidante dans la structure québécoise, elle-même, atteinte du VIH et d'une hépatite C, témoigne de son histoire et sur son expérience des traitements pour transmettre son savoir :

« Comme moi, mon traitement, jusqu'en 96, les gens étaient traités, avec un ou deux médicaments, qui étaient vraiment super toxiques, puis pas très efficaces. Puis 96, y a eu la tri-thérapie, ça a changé vraiment la vie, les gens pouvaient vraiment comme fonctionner. Fait que moi, j'ai été séropositive en 92, j'ai rien pris jusqu'en 96, puis... Mais j'ai arrêté de consommer en 95, quand j'ai arrêté de consommer le bon traitement est arrivé, puis de ce temps j'ai jamais changé de traitement, pour moi, j'ai été chanceuse, je fonctionne bien, mon médecin il me fait : « Mais là, tu prends 18 pilules par jour, tu veux pas changer ? Maintenant y a des traitements : 3 médicaments en une pilule ». Non : ça marche, ça va bien : je change pas. Quand on change de médicament, on sait jamais les effets secondaires, on sait même pas si ça va marcher ! »

Elle se dit chanceuse car elle a finalement peu d'effets secondaires liés aux médicaments qu'elle prend, à part une fatigue chronique, contrairement à son conjoint qui jusqu'à sa mort supporta très mal les médicaments.

Les personnes doivent aujourd'hui inventer leur propre façon d'être malades, tant la maladie s'inscrit sur la durée. L'autonomie ou le gouvernement de

[20] Intervention de Marie Jauffret-Roustide lors d'un séminaire sur « la bio médicalisation des risques et les savoirs profanes des usagers » dans le cadre des activités du groupe de travail « Psychotropes et Sociétés », le 25 novembre, à l'EHESS (Paris).

soi a transformé et complexifié le parcours de soin, il s'agit pour les personnes d'apprendre à gérer leur maladie ainsi que leur médication. La responsabilisation des personnes face à leur maladie transforme également leur trajectoire de guérison, dont elles sont rendues actrices.

3. Malentendus comme « occasion de traduction »

La possibilité d'un choix entre différentes formes de sorties de la dépendance (conduite vers l'abstinence, reprise de contrôle de l'usage avec poursuite de consommations occasionnelles ou stabilisation des traitements de substitution) mais aussi la stabilisation des traitements des hépatites, la gestion des différents problèmes sanitaires, sociaux ou encore psychiatriques, a introduit de nouvelles incertitudes et une ambivalence dans la prise en charge qui se caractérise par des définitions plurielles de ce qu'est la « maladie » et des traitements associés. La rencontre entre un médecin, une équipe soignante, et un usager de drogues est le moment où s'entrecroisent des mondes, des cultures et des conceptions de l'usage des drogues qui diffèrent. Cette polysémie est porteuse de malentendus :

> « [Le malentendu] nous communique la sensation rugueuse du frottement qui advient entre les plis de notre altérité.[21] »

Lors de cette rencontre entre un médecin et une personne qui vient se faire prescrire un traitement, l'apparente clôture du discours produit lors de cette interaction n'est pas exempte de double, voire de contre-sens. L'interaction ouvre alors sur des interstices de sens, des zones où l'arbitraire prend sa place. Ces espaces de malentendus rendent possibles les explications et un dialogue, pour le dissiper.

> « Le malentendu devient alors occasion de traduction, zone où l'intercommunicabilité entre gens et entre cultures en arrive à devoir transiger.[22] »

Pour un usager de drogues, concevoir son usage de drogues comme une maladie en adoptant la rhétorique de la dépendance est une forme de transigeance ou de compromission, permettant l'interaction avec le soignant, notamment lors

[21] Franco LA CECLA, *Le malentendu*, *op. cit.*, p. 15.
[22] *Ibid.*, p. 14.

d'une consultation. C'est aussi une manière de se socialiser au sein d'un groupe d'entraide, ou encore en renouant avec des proches, blessés par le comportement d'une personne dépendante, comme en témoigne cet homme, qui se retrouve isolé à l'âge de 42 ans :

> *Albert : « Mais la toxicomanie déjà, c'est un problème, parce qu'on peut commencer à se soigner avec notre volonté, déjà d'une ! Et après, c'est que quand vous êtes malade, vous perdez pas votre entourage ! Mais quand vous êtes toxicomane, soit vous les perdez parce que vous les avez volés pour une dose, ou soit vous les perdez parce qu'ils comprennent pas pourquoi vous êtes comme ça. »*

Lorsque Albert entame sa prise en charge, il ne dispose plus du soutien relationnel qui lui aurait peut-être permis de donner du sens à son traitement. Ses nombreuses rechutes et la revente de son traitement témoignent d'un « défaut d'organisation », disent ses référents au sein du centre ; comme si, remis à lui-même, il lui était plus difficile de résister aux pressions incessantes de la rue et de ses trafics. Prendre en compte les usages de drogues comme une maladie ou un symptôme d'une certaine fragilité est une forme de compromis qui peut permettre de recréer du lien avec une famille ou des proches qui se sont sentis lésés dans une relation parfois douloureuse[23]. Toutefois, l'entrée dans la substitution n'est pas toujours perçue par l'entourage comme relevant du soin. Il existe souvent à leurs yeux une véritable confusion entre un médicament dérivé d'opiacé et une drogue opiacée, à l'origine d'un malentendu :

> *« C'est une copine qui m'a ouvert les yeux là-dessus, elle m'a dit : « Tu te rends compte tu prends de la méthadone, c'est grave ! » et quand elle m'a dit ça, ça m'a touché, parce que je me rendais pas compte, je voyais ça comme un traitement, comme ils disent ici, c'est un traitement. C'est vrai que c'est grave comme traitement. » (Fred, 32 ans, France, le 07.03.13)*

La différence entre traitement de substitution et drogue est parfois définie, par les professionnels du champ de l'addiction, par le respect du protocole lié à la prescription. Pour autant, pour les usagers en proie à une dépendance au médicament lui-même, la différence conceptuelle entre les deux produits n'est pas

[23] Dans les structures visitées, des services de rencontre avec les familles sont proposés, pour recréer du lien visant au rétablissement de la personne ; ces visites permettent un ajustement biographique, par la recomposition de leur propre histoire.

toujours une différence empiriquement expérimentée. La conception médicale de la dépendance n'est pas univoque ; elle-même évolutive, elle se construit de manière dynamique à travers le passage entre différents paradigmes : du paradigme psychanalytique au paradigme addictologique qui renvoit à des conceptions neurobiologiques, cognitivo-comportementales et épidémiologiques de la dépendance[24]. Sollicitant une expertise médicale, les usagers de drogues acquièrent des outils afin de définir leur consommation à travers le prisme de la médecine, incorporant un vocabulaire médical : « toxicomanie », puis plus tard « dépendance », « accoutumance », « sevrage ». D'un autre côté, le corps médical entre en interrelation avec un nouveau type de patientèle qui détient un savoir propre sur sa « dépendance » ainsi que sur le soin attendu, ce que Sylvie Fainzang analyse comme une construction dialogique des normes de santé entre soignants et soignés[25]. Les médecins peuvent être soumis à une remise en question fondamentale de leurs pratiques et être amenés à requestionner la hiérarchie des savoirs dans la situation singulière qu'est la consultation d'un usager de drogues.

Le traitement, qui peut, tour à tour, être utilisé dans le cadre de la prescription médicale ou en dehors, sera défini différemment par l'usager. Les nombreux usages alternatifs, par des personnes qui se réapproprient les médicaments, les détournant de leurs usages prescrits, poussent les médecins à plus de vigilance vis à vis de la prescription d'un traitement de substitution. Toutefois, les professionnels de santé rencontrés considèrent que la relation de confiance qu'ils tentent d'établir avec leurs patients est indispensable afin que les problèmes liés à la dépendance, notamment les risques de rechute ou encore les infections liées à l'injection, notamment l'injection de Subutex, soient évoqués sans crainte. De cette confiance acquise entre l'usager et le praticien peut naitre une relation basée sur un échange bidirectionnel. L'asymétrie présumée dans la relation médecin-patient peut être relativisée, lorsque, lors de la consultation, l'usager de drogues qui s'adresse à son médecin avec la volonté de suivre un traitement, est reconnu comme détenteur d'un savoir expérientiel spécifique, lié à sa connaissance pratique des produits. Ainsi, le fait d'avoir expérimenté la

[24] Nicolas FORTANE, « La carrière des «addictions» », *op. cit.*

[25] Sylvie FAINZANG, « Les normes en santé. Entre médecins et patients, une construction dialogique », *Séminaire du SIRS (Santé, inégalités, ruptures sociales) : « Représentations de santé et construction des normes médicales »*, 2004.

substitution dans la rue peut être appréhendé comme l'acquisition d'un certain « savoir » basé sur l'expérience personnelle et sur la connaissance des effets du produit. La personne est alors consultée par le médecin afin de déterminer le traitement qui lui correspond et la posologie adaptée à sa dépendance. Ce savoir expérientiel peut dans certains cas déstabiliser le médecin qui se voit alors dépossédé de son pouvoir de diagnostic, le patient ne le consultant pas pour connaître sa maladie mais bien pour recevoir une prescription qu'il va essayer de dicter lui-même, comme l'explique le psychiatre Dugarin :

> « En effet, qu'apprend-on à un médecin au cours de ses études ? Premièrement à parvenir à un diagnostic, à proposer un traitement, à soulager la douleur et tenter de restaurer chez le patient une autonomie optimum. Or, à quoi se trouve-t-il confronté ? À un sujet qui débarque avec son propre diagnostic, qui suggère fortement le traitement qu'il a concocté, bien souvent un substitut, qui par sa dépendance même à un opiacé, garantit le spectre de la douleur du manque et s'est déjà installé dans un courant de vie obligatoire réduisant son autonomie.[26] »

La fracture entre les différents types de savoirs professionnels et expérientiels crée des interstices, ou « zones équivoques[27] » au sein desquelles peuvent se nicher des malentendus mais où apparaissent également des formes nouvelles de coproduction de savoirs. Ces savoirs en actes peuvent transformer l'exercice de la fonction médicale lorsqu'ils sont entendus par le praticien.

Lors du déroulement de la consultation, les nombreuses tentatives de reprise de contrôle du savoir, comme appropriation et « occasions de traduction » du discours de l'usager, permettent au médecin de redéfinir la relation thérapeutique, pouvant inclure le patient dans un rôle de partenaire du soin. Refusant le rôle de simple prescripteur, le praticien peut se servir des indications données par le patient, notamment celles qui sont relatives à la posologie, pour lui expliquer que cette posologie est évolutive et qu'elle dépend de la réaction du sujet au produit, sur la durée.

> *« En général ils demandent une certaine dose aussi, parce que les gens qui viennent ont déjà expérimenté la méthadone, en général ils savent, ils me disent : « Oui,*

---

[26] Jean DUGARIN, Gaël DUPUY et Patrice NOMINE, « Arrêter la méthadone, pour quoi faire ? », *Psychotropes*, 2013, vol. 19, nº 2, p. 15.

[27] Vladimir JANKELEVITCH, *Le Je-ne-sais-quoi et le presque-rien. 2, La méconnaissance, le malentendu*, *op. cit.*

avec 60mg je suis bien » donc quand j'ai cette information là, je m'en sers. » (Entretien réalisé avec un médecin du nord de la France, le 20 août 2012).

Souvent, les personnes qui ont déjà expérimenté la substitution dans la rue sont en capacité de proposer le dosage qui les aidera à ne plus ressentir les effets du manque mais également qui n'aura pas trop d'effets secondaires. Si les effets iatrogènes des TSO sont connus des praticiens, la manière dont ceux-ci sont supportés par les personnes peut varier. Des effets tels qu'une plus forte sudation ou encore le changement de poids ne sont pas vécus de la même manière selon les personnes. Un effet néfaste de la méthadone sur les dents est dénoncé par certains, mais pour d'autres, comme Geneviève, ce sont plutôt les consommations antérieures qui causent une dégradation des dents :

« Mais ça y a plein de controverses, c'est pas si prouvé. Ici y en a qui disent : "Non, c'est pas bon pour les os, les dents, tout ça", en même temps, nous les toxicomanes, toute la dope qu'on a pris, on a mangé du sucre toute notre vie. Moi, j'ai voulu demandé aux médecins, j'ai tout perdu mes dents, elles sont toutes tombées, je suis en train de me les faire arranger, ça fait un an, puis y a un médecin qui me dit oui, un médecin qui me dit non ! Fait que je sais pas trop. Mais je me pense que mon mode de vie, la génétique... »

Le goût du produit, du sirop de méthadone ou du cachet de Subutex® pris en sublingual, est également parfois cité comme étant une des raisons pour laquelle les personnes expérimentent d'autres modes d'administration, voire arrêtent le traitement. Ces effets iatrogènes ne sont pas toujours supportés, notamment quand le traitement est envisagé sur la durée. La question de la temporalité est prégnante dans le rapport au soin des personnes usagères de drogues et peut également créer un certain nombre de malentendus. La demande d'aide qui s'inscrit bien souvent dans l'urgence entre en décalage avec le temps de la prise en charge, ces temporalités distinctes pouvant être la source de tensions et de conflits.

« Les toxicomanes participent eux aussi à la construction sociale du risque en urgence. Ils le prennent comme une norme de l'interaction avec les spécialistes. L'urgence n'est donc pas l'exception, mais la règle.[28] »

[28] Jean-Yves TREPOS, « La force des dispositifs faibles », *op. cit.*, p. 105.

La gestion de l'urgence peut également être source de compromis. La capacité des soignants à négocier avec la temporalité des usagers diverge selon les structures. Un médecin nous explique :

> *« J'veux dire c'est jamais une urgence, parce que les gens quand ils viennent ici, ils avaient trouvé autre chose avant, et ils ont pas demandé, donc… mais enfin d'un autre côté, on est quand même là pour distribuer de la méthadone, donc je pense que c'est pas bien de les faire poireauter trois semaines. Donc en gros quelqu'un qui a fait le tour, ça se fait dans la semaine, et le lundi on peut commencer l'initialisation. C'est le contrat que je leur mets entre les mains, qu'ils aient vu le psychologue, moi, et l'assistante sociale, le jeudi on en discute, ou en discute entre deux portes, et on peut mettre en route dès le lundi. Quand on initialise quelqu'un on aime bien quand même le voir, pour voir un peu comment ça évolue. Est-ce qu'on a donné assez, soit on en a mis pas assez, soit on en a mis trop, donc, quelqu'un qui est initialisé on le fait venir tous les jours, au début, et puis jeudi si ça se passe bien, on lui donne pour le weekend, et le weekend d'après, on lui donne pour la semaine. »*

Ainsi, la question de la temporalité est envisagé comme la constitution d'une relation thérapeutique, basée sur une relation de confiance, comme l'indique la notion de « contrat » mobilisé par ce médecin.

Pour certaines structures, la procédure d'initialisation prend du temps, de manière à mesurer la motivation de la personne, jugée nécessaire pour mener à bien la thérapie, avec un « haut seuil d'exigence ». Plus souvent, comme au Québec, la lenteur des procédures est liée au faible nombre de médecins prescripteurs. Dans une structure dite à bas seuil, la personne sera accueillie de manière plus souple, afin qu'elle s'adapte au fonctionnement du système. Il est souvent difficile de franchir les portes d'un centre de soin et cela intensifie le décalage des temporalités, en effet le temps pris pour se décider, à accepter de demander de l'aide, rend plus complexe, voire intolérable, l'attente au sein de la structure, une fois les portes franchies. Le temps de l'urgence fait place à un nouveau temps, un temps long, le temps du soin, de la stabilisation et de la recomposition identitaire.

Si les médecins sont à l'écoute de leurs patients, ces derniers sont aussi amenés à redéfinir leur conception des usages de drogues en interaction avec les soignants. Après l'épreuve des malentendus dans la relation soignant/soigné, lorsqu'elle arrive à être dépassée et que le médecin réussit à établir une relation

thérapeutique basée sur la confiance, une approche plus globale de la « maladie » peut être menée. Ainsi, le praticien peut tenter d'orienter la consultation vers d'autres problèmes (contrôle des sites d'injections afin de vérifier qu'ils ne sont pas infectés, et divers contrôles médicaux de l'état de santé de la personne) mais également mettre le patient en lien avec différents acteurs de l'action sociale, présents dans les centres spécialisés. « Cette dissymétrie d'une fausse vérité qui a raison et tort, tort d'avoir raison et raison d'avoir tort », principe même du malentendu, selon Jankélévitch, peut faire émerger, avec le temps, une relation négociée entre un praticien et un patient, partenaire du soin. Les deux acteurs de cette interaction singulière qu'est la consultation médicale peuvent alors s'engager ensemble dans le « travail thérapeutique », tel qu'il est décrit par Strauss. Entendre la relation soignant/ soigné comme une interaction permet d'approcher la diversité des situations sociales qui peuvent avoir lieu. Le soin peut alors être appréhendé comme une négociation, un « soin négocié », comme le définit Marcel Calvez :

> « Le soin négocié est alors regardé comme le produit de l'hybridation de pratiques professionnelles et de pratiques profanes ou domestiques, de l'articulation entre des aires d'exercice professionnel et privé et de la recomposition des pouvoirs sur le malade et des engagements professionnels et de proximité à son égard.[29] »

La prise en compte du parcours global des personnes pour mieux saisir ses pratiques de consommation apparaît bel et bien comme un pendant à l'approche biomédicale de la dépendance mais une telle approche globale peut aussi être vécue comme trop envahissante dans la vie des personnes, l'accès à la substitution apparaissant conditionné par le fait de se révéler entièrement à l'institution. Les limites d'une approche unilatérale, tout comme les limites d'une approche englobante se perçoivent dans les usages alternatifs et les « stratégies paradoxales[30] » mises en place par les usagers de TSO. Comme l'analyse Fainzang,

---

[29] Marcel CALVEZ, « La négociation du soin et la situation de maladie.Questions pour la sociologie médicale », *in* Simone PENNEC, Françoise LE BORGNE-UGUEN et Florence DOUGUET (dirs.), *Les négociations du soin: les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, France, Presses universitaires de Rennes, 2014, p. 47.

[30] "On entendra par « stratégies paradoxales », soit des conduites adoptées à des fins thérapeutiques mais qui génèrent des conditions pathologiques susceptibles de renforcer le mal contre lequel le sujet cherche à lutter, soit des conduites identifiables à des recours thérapeutiques mais dont la

il n'est pas toujours aisé d'identifier les motifs expliquant les choix thérapeutiques des personnes. Pour autant, une quête de sens annonce l'entrée en structure de soin. Certaines projections sont effectuées vis à vis du traitement, mais les personnes peuvent être déçues quant à son efficacité sur un temps court. D'autres stratégies sont alors mises en place. Ces stratégies alternatives individuelles révèlent une co-construction de sens : les personnes, ayant incorporé le savoir médical à leur savoir d'usager de TSO, produisent de nouvelles formes de savoirs hybrides. La variété des sources d'informations fragmente les savoirs. Les discours des experts, des médias, des praticiens, des pairs usagers de TSO ou encore des proches complexifient la construction de sens, introduisent du doute sur la légitimité des savoirs. Cette diversité des savoirs relative à la pluralité des mondes sociaux au sein desquels les personnes interagissent est mise à l'épreuve dès lors que la mise en discours de conceptions antagonistes à celle du savoir médical sont permises. La mise en discussion des multiples compréhensions et connaissances sur les usages de drogues varie selon les lieux. Dans les centres, où les personnes qui font l'usage de TSO hors protocole peuvent l'exprimer, la polysémie de la substitution peut-être appréhendée.

II. Usages de TSO hors protocole

De nombreuses polémiques entourent les usages hors protocole, que Escots et Fahet[31] définissent par le non respect des règles qui conditionnent l'autorisation de mise sur le marché de ces médicaments. Pris en dehors du cadre prévu de leur indication, ces médicaments subissent ce qu'Anne Lovell nomme des « fuitages pharmaceutiques[32] », c'est-à-dire le « passage de la sphère médicale aux mondes de la drogue ». Ce type d'usage pérennise un amalgame autour de ces produits, eux-mêmes dérivés d'opium, quant à leur indication thérapeutique. La diversité

finalité est de répondre à d'autres enjeux et à d'autres buts que ceux de guérison." Sylvie FAINZANG, « Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites des malades », *Sciences sociales et santé*, 1997, vol. 15, nº 3, p. 20.

[31] Serge ESCOTS et Georges FAHET, *Usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage*, *op. cit.*

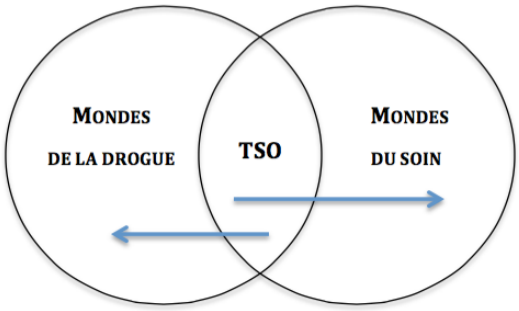
[32] Anne M. LOVELL et Sandrine AUBISSON, « « Fuitage pharmaceutique », usages détournés et reconfigurations d'un médicament de substitution aux opiacés », *Drogues, santé et société*, 2008, vol. 7, nº 1, pp. 297-355.

observée d'usages hors protocole est éclairante pour saisir les enjeux de la médicalisation de la dépendance et l'importance de la subjectivation de la prise de médicaments. Le protocole médical soumet, notamment, l'initialisation du traitement à la condition que le patient ait une dépendance préalable aux opiacés, et que la prise soit en sublingual pour le Subutex® et voie orale pour la méthadone.

Dès leur autorisation de mise sur le marché en France, les TSO et plus particulièrement le Subutex®, comme produits concurrents sur le marché des drogues, vont déstabiliser les cours de l'héroïne, et réduire sa rentabilité[33]. Au niveau local, le marché de la drogue va rapidement se réorganiser et des usagers-revendeurs vont se reconvertir dans la vente de Subutex®, caractérisée par un marché horizontal, de proximité, du fait de la facilité de son approvisionnement. Au Québec, Didier nous expliquait que le marché des opioïdes étant particulièrement développé, les personnes préfèrent avoir recours, sur le marché noir, à des produits qui procurent des effets psychoactifs plutôt que de la méthadone ou du Suboxone®. De la méthadone de rue circule néanmoins sur le marché noir québécois, et de nombreux usagers nous ont raconté avoir testé la méthadone hors prescription, avant l'initialisation de leur traitement auprès d'un médecin.

En Suisse, les usagers rencontrés font peu référence aux usages de TSO hors prescription. Comme au Québec, les modalités de prescription sont plus contraignantes qu'en France, de manière à empêcher le développement d'un marché noir trop important. La durée maximale pour une prescription est de 15 jours, à condition que l'usager ait été obédient pendant une durée suffisamment longue pour montrer sa détermination et assurer la confiance de son médecin. Et pour les personnes à qui les TSO n'ont pas convenu, notamment lorsqu'elles continuent à s'injecter, un traitement par diacétylomorphine injectable (héroïne médicalisée) est proposé, afin qu'elles puissent continuer à être accompagnées.

[33] Pierre-Yves BELLO, Abdalla TOUFIK, Michel GRANDILHON, Isabelle GIRAUDON et Nicolas BONNET, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002*, Saint-Denis, OFDT, 2013.



Ces disparités dans le trafic de TSO s'expliquent à la fois par les différents cadres législatifs entourant les traitements mais aussi par le marché des drogues illicites. Le rapport qu'une personne entretient avec un produit étant dynamique et processuel[34], nous observons une évolution des consommations (types de produits, modalités d'usage) au cours de la carrière des personnes rencontrées. A travers les récits, différents types d'usages hors-protocole sont apparus.

En France, où les débats et controverses autour des traitements de substitution sont plus virulents qu'en Suisse ou au Québec, il nous a été possible d'approcher ces questions de détournements de l'usage prescrits car nos entretiens ont été réalisés dans un centre où le caractère non linéaire du passage de la consommation au soin est reconnu. Dans l'esprit de l'approche inductive, nous n'avons pas incité les personnes à évoquer les usages alternatifs des TSO qu'elles pouvaient faire, mais ce sont elles qui en racontant leurs rapports à la substitution, nous ont permis de réaliser l'ampleur que ces différents types d'usages pouvaient prendre dans leur carrière.

Le récit de ces expériences de la substitution nous amène à questionner la place de la substitution dans la trajectoire biographique d'un usager de drogues, à un niveau plus global, dépendamment de l'offre de soin disponible sur son territoire et de son rapport aux structures socio-sanitaires mais également de la place de la substitution comme nouvelle drogue disponible dans la rue.

Baszanger, dans son étude sur la maladie chronique, analyse le travail des patients dans la gestion des maladies et le partage des tâches élaborés dans les négociations médecins-malades. La gestion quotidienne du traitement permet de saisir ce travail thérapeutique exercé par le malade.

> « Le traitement, mieux que les autres étapes de production de soins, met en lumière l'intervention active des malades dans la construction de la réalité sociale

[34] Howard BECKER, *Outsiders*, *op. cit.*

des maladies ainsi que l'intrication, dans cette construction, de mondes sociaux différents.[35] »

Les controverses liées à l'autorisation et aux statuts accordés aux TSO en France restent vivaces et il est encore délicat de soulever la question des usages hors protocole[36]. L'usage hors protocole est en soi une forme de désobéissance, ou de déviance par rapport à une norme médicale symbolisée par la prescription ainsi que par les conseils prodigués par le médecin. Nous évitons la notion de mésusage, terme médical, qui désignerait un « bon » usage du traitement, en effet cette non-observance du TSO semble relever d'un autre rapport aux normes, qui ne sont pas celles prodiguées par les institutions, mais des normes du monde de la rue, ou du monde de la drogue où le TSO devient drogue, monnaie d'échange[37]. Ces types d'usages oscillent, de manière ambivalente entre quête de survie et autodestruction.

Nous avons identifié trois types d'usages hors prescription et/ou hors protocole : la prise du produit sans ordonnance ; la prise du produit par voie nasale ou par injection ; enfin, la revente ou l'échange sur le marché noir. Ces usages s'inscrivent de manière différenciée selon la trajectoire biographique des usagers et peuvent être appréhendés comme se situant à l'intersection des mondes du soin et de la drogue.

1. L'achat dans la rue

Ces usages « hors protocole » peuvent revêtir différents sens. Entre « mésusages thérapeutiques[38] » et usages récréatifs, certains usagers sont à la recherche d'effets psychoactifs, tandis que pour d'autres il s'agit de combler le manque ou de reprendre le contrôle sur leur consommation.

---

[35] Isabelle BASZANGER, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue Française de Sociologie*, janvier 1986, vol. 27, nº 1, p. 17.

[36] Jean-Michel COSTES, *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND*, http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000086/, consulté le 28 avril 2015.

[37] L'association ASUD propose la notion d' « usages alternatifs ».

[38] Emmanuel LANGLOIS, « Les traitements de substitution vus par les patients », *op. cit.*

a) La primo-consommation ou usages non-substitutifs

Lors de notre enquête, nous avons rencontré peu de personnes qui racontent une expérience de primo-consommation[39], c'est-à-dire d'usage de TSO sans dépendance préalable aux opiacés. En effet, nos terrains ont lieu au sein de structures d'accompagnement, les personnes qui fréquentent ces centres sont donc déjà dans une démarche de soin. Les primo-consommateurs sont majoritairement des personnes en situation de très grande vulnérabilité, pour beaucoup migrants d'Europe de l'Est et du Maghreb[40], ou encore des personnes très jeunes, éloignées du système socio-sanitaire français du fait de leur situation ou de leur jeune âge. Le Subutex® constitue pour ces personnes un produit de « défonce » à moindre coût. Ce public est approché par les structures de première ligne, telles des antennes mobiles ou des programmes d'échanges de seringues, mais aussi des interventions en milieux festifs. Marie Jauffret Roustide, à partir des données de l'enquête SESI (service statistique du ministère de la santé), note une augmentation des recours auprès des structures socio-sanitaires pour usage de buprénorphine hors-prescription « (4,6% [en 1999] contre 1,9% en 1997), soit environ 700 personnes concernées[41] ».

Seule une personne parmi celles que nous avons rencontrées, témoigne d'un « usage non substitutif » de Subutex®, consommé pour ses propriétés psychoactives, alors qu'il n'est pas dépendant aux opiacés. Il s'agit de Fred, 32 ans.

> *Fred : « C'est que moi, je suis passé en premier par le Subutex. Et je suis jamais passé par… enfin j'ai déjà touché à l'héroïne mais je suis jamais tombé accro à l'héroïne »*

Fred découvre les drogues à l'âge de 16 ans, d'abord le cannabis, puis les drogues chimiques : Extasy, LSD, puis de la kétamine qu'il consomme alors quotidiennement, et qu'il considère comme sa drogue de prédilection. C'est avec sa copine qu'il commence à consommer du Subutex® dont il ressent les effets :

---

[39] Dans l'étude de l'OFDT sur les usages non substitutifs sont identifiés trois types de situation d'usages non-substitutifs dont les primo-consommateurs, les primo-pharmacodépendants et les dépendants non consécutifs. Pour notre enquête, il nous paraît plus pertinent de traiter de la primo-consommation, en effet évaluer la question de la dépendance semble délicate car polysémique, voire normative.

[40] Pierre-Yves BELLO, Abdalla TOUFIK, Michel GRANDILHON, Isabelle GIRAUDON et Nicolas BONNET, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002*, *op. cit.*

[41] Marie JAUFFRET-ROUSTIDE (dir.), *Les drogues*, *op. cit.*, p. 28.

Fred : « Ça peut être pour faire la fête, c'est une drogue à part entière. Ça fait vomir, par contre, au début, la première semaine, on vomit de moins en moins, plus on en prend, et au bout d'une semaine ou deux, y a plus rien. On vomit plus, mais il y a toujours l'effet. Pendant 1 an ou 1 an et demi, y a un effet. »

Si les TSO sont décrits comme sans effets par les personnes ayant une dépendance aux opiacés, pour les non dépendants, il est avéré qu'ils prodiguent des effets psychotropes. Vivant mal sa rupture avec son amie, aussi mère de ses jumeaux, Fred se met à consommer le Subutex® par intraveineuse. Il explique que c'est en ayant changé son mode de consommation qu'il a pu continuer à avoir des effets psychotropes, cela pendant une année. Dus à de nombreuses injections, les dégâts sur les mains de Fred apparaissent rapidement, ce qu'il déplore du fait notamment de sa pratique de la guitare, il passe alors à la méthadone pour arrêter ses injections de Subutex®, cette fois-ci prescrite par un médecin. Pour autant, il explique ne jamais s'être tourné vers l'héroïne :

Fred : « j'suis un peu contre l'héroïne, en fait. Parce qu'il y a 10 ans de ça, y a 20 ans de ça, je comprends, qu'on tombe accro de l'héroïne, mais maintenant, ils la coupent tellement ! Pour se faire du blé quoi, que y a pratiquement plus d'héro quoi !! Des gens qui se foutent dans l'héroïne de nos jours, ils sont un peu cons, j'suis désolé de le dire, mais c'est un peu de la connerie quoi. […] Y a 10 ans de ça, encore y avait encore sur le marché, à ce qu'il paraît, surtout à Strasbourg, c'est une plaque tournante Strasbourg, donc y avait des sacrés drogues, au niveau de l'héroïne, là c'est dosé… il doit y avoir quoi… 10%... Moi des fois, un coup, j'avais un gramme d'héroïne, je l'ai injecté : ça m'a rien fait ! »

Dans cet extrait, nous voyons bien comment le Subutex® vient pallier l'absence d'héroïne sur le marché local, ou en tout cas sa très faible qualité, déplorée par de nombreuses personnes rencontrées, la composition chimique de l'héroïne étant toujours incertaine[42]. Ce constat vient corroborer ce que nous relevions en introduction, par rapport à l'absence de trafic au Québec, du fait que d'autres opiacés sont disponibles au marché noir.

[42] Si la moyenne nationale du dosage de l'héroïne est de 7%, à Strasbourg elle oscille entre 0% et 78%. Il existe donc sur le marché une héroïne très fortement dosée, mais celle-ci reste peu accessible du fait de sa rareté et de son coût élevé.

b) Rapport à l'institution : une méfiance réciproque

Pour d'autres, l'entrée tardive dans les structures de soin s'explique par une méfiance vis à vis des institutions, ou parfois par une méconnaissance de ces structures, mais aussi pour certains, par l'expérience du rejet de médecins, qui ne souhaitent pas prescrire du Subutex® à des personnes dont le mode de vie est perçu par les professionnels comme peu propice à l'observance du traitement. Nous avons rencontré des personnes relatant des expériences d'entrée tardive en institution dans les trois pays visités. Il est en effet fréquent que le traitement soit initié dans la rue, par achat ou don, pour combler, ponctuellement, le manque d'héroïne. L'achat du traitement dans la rue vient s'incorporer au mode de vie de l'usager et correspond aux diverses modalités du trafic auquel il est habitué. Ce trafic s'inscrit notamment en lien avec un réseau d'interconnaissances, dont la personne connaît les codes et les pratiques. D'après Lise Dassieu, dont la thèse porte sur les prescriptions de TSO en médecine générale, les médecins sont parfois conduits à sélectionner leurs patients, développant des stratégies d'évitement de ceux qu'ils voient comme des indésirables, dans une logique de tri :

> « Les contraintes organisationnelles liées à l'exercice généraliste conduisent ainsi plusieurs médecins à sélectionner leurs patients en TSO, en se limitant aux prises en charge qu'ils jugent les plus "simples", c'est-à-dire celles des patients respectueux des règles de prescription, plus facilement conciliables avec le reste de leur activité.[43] »

Sur les trois terrains de notre enquête, des personnes nous expliquent qu'elles rejettent les hétéro-contrôles exercés par le corps médical sur leur consommation et considèrent le TSO comme un outil du contrôle social, du fait de la dépendance qu'il génère. Pour eux, les médecins s'apparentent à des « dealers en blouse blanche ». Ils optent ainsi pour des usages hors prescription pour garder une certaine indépendance sur leur pratique d'auto-substitution, comme forme d'autocontrôle de leur consommation. En France, l'approche dite globale de l'accompagnement et le protocole plus strict entourant la méthadone sont souvent perçus comme plus contraignant que le Subutex®. Ahmed, par exemple, qui

[43] Lise DASSIEU, « Les seuils de la substitution : regard sociologique sur l'accès aux traitements de substitution aux opiacés », *Psychotropes*, 2013, vol. 19, n° 3, pp. 149-172.

raconte revendre et s'injecter le Subutex que son médecin généraliste lui prescrit, explique son refus de la méthadone :

> *« Je sais pas, moi, je le ressens comme ça…j'ai l'impression, quand ici on te donne la méthadone, faut qu'on contrôle ta vie, je sais pas, je le ressens comme ça, voilà pourquoi j'ai toujours refusé la méthadone ! »*

Cet aspect du contrôle sur sa vie qu'il reproche au passage à la méthadone est lié à sa pratique de l'injection du Subutex dont il se dit dépendant ainsi qu'à sa pratique de la revente, qui lui assure un revenu, en plus du RSA. Il explique plus loin qu'il n'aime pas se « *justifier* ». Comme lui, un certain nombre d'usagers déclarent préférer se faire prescrire leur traitement par un médecin généraliste, dont les consultations pour un renouvellement d'ordonnance sont de courte durée. Ainsi, quelques minutes suffisent bien souvent pour que la personne reparte avec sa prescription, sans suivi psycho-social en parrallèle du soin, contrairement aux structures spécialisées. Ils s'adressent alors au centre spécialisé pour les services offerts par le CAARUD[44], notamment le programme d'échange de seringues, mais également la possibilité d'y faire une machine à laver, de se prendre une douche, ou encore de boire un café.

Enfin, Lise Dassieu note que certaines personnes préfèrent acheter dans la rue pour éviter d'être repérées et stigmatisées en franchissant les portes d'un centre pour usager de drogues. Les personnes que nous avons interviewées ayant été rencontrées dans des centres spécialisés et non chez des médecins généralistes comme dans la thèse de Dassieu, cette peur du stigmate est peu apparue dans notre propre recherche, du fait que les personnes sont déjà étiquetées comme « usagères de drogue ». L'accès au traitement dans la rue apparaît ainsi moins comme une tentative d'évitement du stigmate qu'un renforcement ou plutôt, au contraire, une réappropriation du stigmate. Goffman différencie les individus discréditables et les individus discrédités[45] ; les premiers, enquêtés par Dassieu, préserve leur identité sociale en ne franchissant pas les portes d'un centre, tandis que les seconds, que nous avons rencontrés, sont porteurs d'un stigmate visible avec lequel ils doivent négocier leur identité et le rôle social attendu d'eux. Dès lors que le stigmate d'usager de drogue est visible, le fait de ne pas se faire prescrire la

[44] Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues.
[45] Erving GOFFMAN, *Stigmate*, *op. cit.*

substitution au sein d'un centre est une manière de rester à la marge des institutions.

2. *La prise en snif/inhalation ou par injection*

De nombreux usagers témoignent de prises de Subutex® en snif ou en injection. Ces pratiques sont parfois la marque d'une étape transitoire entre mondes de la drogue et mondes du soin, entre la consommation de psychotropes par snif ou injection et la prise du traitement en sublingual, dans le respect de la prescription médicale.

Les personnes qui s'injectent du Subutex® sont rapidement identifiées par le gonflement de leur main, que l'on nomme « syndrome de Popeye » ou encore « syndrome du gant de boxe ». En effet, le Subutex® contient du talc et de l'amidon, substances susceptibles de boucher les veines et d'entrainer ce qu'usagers et professionnels appellent les « mains de Popeye », soit un gonflement des mains et des avant-bras. Un fascicule destiné aux usagers de Subutex®, rédigé par Fabrice Olivet et Pierre Chapard, deux militants pour le droit des usagers de drogue et Marc Auriacombe, addictologue, décrit les risques liés à l'injection :

> « Les comprimés n'étant pas stériles, des infections bactériennes peuvent se développer au niveau des sites d'injection (abcès) ou entraîner une infection généralisée (septicémie). Ces infections peuvent nécessiter une hospitalisation et parfois une intervention chirurgicale (amputation). Dans les cas extrêmes, elles peuvent entraîner la mort.[46] »

Représentant une gêne tant sur le plan fonctionnel qu'esthétique, ce syndrome est le stigmate d'une pratique fortement condamnée, à la fois par le corps médical qui évalue les limites du traitement, mais aussi par les proches, ou encore toute personne constatant les stigmates du corps et qui considèrent que l'individu est toujours pris dans une consommation toxicomaniaque et destructive. Lorsque « l'autrui-généralisé », c'est-à-dire « la communauté organisée ou le groupe social qui donnent à l'individu l'unité de soi[47] », porte un regard négatif sur la personne, celui-ci l'intériorise comme étant son identité propre, à laquelle il est

[46] « Pratiques alternatives et Mésusage : Sniff, Injection, etc. | ASUD ».
[47] George Herbert MEAD, *L'esprit, le soi et la société*, *op. cit.* p.131

alors difficile d'échapper. Lors de notre premier entretien, réalisé avec Claude, 43 ans, nous le voyons essayer avec peine de cacher ses mains gonflées et très abimées en croisant ses bras :

> *« Claude : C'est-à-dire, on est tellement anesthésié, on s'en fout mais à un moment, y a des petites périodes où on reprend conscience que putain on a les mains gonflées ...*
>
> *C : Tout le monde ne sait pas pourquoi vous avez les mains gonflées ?*
>
> *Claude : Ouais mais bon ! Par rapport à soi...le soir quand on rentre, putain ! Ma mère elle le sait, mon ex, elle le sait, les proches, ils le savent quoi et ça va pas, quoi ! Alors on se dit on va arrêter de se shooter alors on arrête, puis un jour, y a un copain qui passe alors on reprend...pff ! »*

Plus tard, nous rencontrons Farid, 36 ans. Il a été amputé d'un bras, deux ans avant l'entretien, du fait de ses injections de Subutex®. Dès le début, il nous explique qu'il doit se rendre quotidiennement au centre pour se faire changer un bandage qui protège un abcès à la jambe. Il ajoute qu'il s'est remis à l'injection après une courte période de pause, après son amputation. Il dit avoir risqué une seconde amputation, il en parle froidement, sans émotion. Consommateur de produits psychotropes depuis l'âge de 11 ans, avec la première cigarette, raconte-t-il, c'est à 13 ans qu'il découvre l'univers des drogues : cannabis, alcool et drogues chimiques puis à 18 ans, l'héroïne. Il est très prolixe dès qu'il s'agit de parler de drogues et de ses pratiques d'injection ou même de son amputation, il propose spontanément de nous montrer son moignon ainsi que ses différents abcès sur les bras et sur les jambes. Entre oubli de soi et surinvestissement du corps, les stigmates des usages de drogues viennent rappeler au sujet la réalité matérielle de son corps. Ce corps qui, malmené, subit le regard désapprobateur des passants, et derrière lequel on ne peut se cacher. Farid pense-t-il que son corps est plus éloquent que son propre récit, lui qui nous montre, tout au long de l'entretien, ses blessures et les stigmates de ses usages de drogues ?

> *« J'ai shooté pendant longtemps, pendant très longtemps ! Je vous montrerai les cicatrices, tiens ! »*

Il cherche ainsi à nous confronter à sa propre réalité, peut-être indicible, car non abstraite mais pragmatique, expérientielle, et physique. Si ni le manque ni la souffrance psychique ne sont visibles, sur le corps, les abcès, quant à eux,

témoignent et donnent à voir à l'intervieweur, à l'interactant, ce qu'il ne peut véritablement saisir car il ne le ressent pas dans son propre corps. Peut-être aussi préfère-t-il nous montrer ce que nous voyons déjà, plutôt que de nous parler des stigmates émotionnels et des brisures de sa vie, qu'il préfère garder pour lui, laisser cachées, pour préserver son intimité.

Dans une étude sur les pratiques de mendicité, Memmi et Arduin analysent comment « l'affichage public du corps carencé constitue une tactique possible de survie », les personnes tirant ainsi profit de « notre seuil de tolérance collective à [la] réduction au besoin physique[48] ». La mise en scène du corps qui se donne à voir peut à la fois être une incorporation du statut de victime, ou plus encore de malade, le corps ainsi exposé est un appel au soin. Mais paradoxalement, ce corps abîmé porte en lui la trace d'un combat mené avec la drogue, avec la misère, et avec la vie. Montrer ses blessures dues aux injections n'est pas toujours une forme de plainte ; au contraire, certains exhibent leurs cicatrices comme des morceaux de leur histoire et sans doute aussi de leur résilience, les épreuves qu'ils ont connues se transforment par le récit en performances.

La prise de Subutex® par injection étant très développée en France, de nouvelles modalités de prise en charge sont en discussion, notamment un traitement à base de buprénorphine injectable. Des programmes de diacétylomorphine, comme il en existe en Suisse ou en Allemagne, ne sont pas encore à l'ordre du jour, bien que fortement sollicités par les intervenants. Pour palier cette absence de traitement répondant à la problématique de l'injection et à l'addiction au geste, certains médecins prescrivent, hors protocole, du Skenan®, constitué à base de sulfate de morphine[49].

En Suisse, dans les salles de consommation à moindre risque, on observe une forte population d'usagers qui injectent le Subutex®, ainsi que des benzodiazépines, alors même qu'il existe des programmes de substitution injectable, il est donc difficile d'affirmer que l'accès à ce type de programme est en

[48] Dominique MEMMI et Pascal ARDUIN, « L'affichage du corporel comme ruse du faible : les SDF parisiens », *Cahiers internationaux de sociologie*, 2002, vol. 113, nº 2, pp. 213-232.

[49] « Les sulfates de morphine sont parfois prescrits dans cette indication, que ce soit dans le cadre de la « circulaire Girard » du 27 juin 1996. Emanant de la Direction générale de la santé, [la circulaire] autorise l'utilisation du sulfate de morphine après accord du médecin conseil de la CPAM, en cas d'échec de médicaments ayant reçu une AMM comme traitement de substitution ou en cas de contre indication à ces médicaments » Agnès CADET-TAÏROU et Michel GANDILHON, « L'usage de sulfate de morphine par les usagers de drogues en France : tendances récentes (2012-2013) », *OFDT*, juillet 2014.

mesure d'éviter toute prise par injection de Subutex®. La permanence des usages alternatifs malgré des dispositifs variés s'entend dans la mesure où « le détournement de la pharmacopée [est] à la base même de l'histoire des drogues[50] ».

Le Suboxone®, qui ne permet pas l'injection, pourrait être envisagé en France pour éviter ce type de conduites à risque, or il semble que les usagers encore dans la consommation y soient hostiles. Les laboratoires proposent aujourd'hui la mise sur le marché d'un traitement à base de buprénorphine injectable. Lorsque nous évoquons un tel programme avec Ahmed, 36 ans, aussi injecteur de Subutex®, il nous répond, avec un certain dépit :

> *« Mais là, faudrait encore avoir des veines ! Ça fallait le faire au début ! »*

Dépendant au geste, au fait de « *Voir la tirette. Voir le sang rentrer dans la seringue, cette pissette de sang…* ». Il explique :

> *« En fait, j'ai remarqué le truc, en fait, j'étais accro, même encore maintenant, je suis pas accro…si je suis accro au Subutex…mais en fait…je suis accro à la piqure, pas au Subutex, ce que j'ai besoin c'est de me piquer ! Voilà. C'est ça qui est étrange ! »*

Sans illusion sur l'éventualité d'un quelconque progrès qui viendrait des pouvoirs publics, il dit être peu investi dans la défense des droits des usagers de drogues. Pourtant, c'est au cours d'une réunion au sujet du projet d'ouverture d'une salle de consommation à Strasbourg[51]que nous le rencontrons. Présent lors de nombreux forums, élu délégué des usagers du centre, il est souvent là pour donner son avis sur les sujets qui le concernent, mais le contraste entre la lenteur des changements institutionnels et les méfaits de ses usages sur son corps tendent à fragiliser ses tentatives d'implication et sont un frein à son engagement.

---

[50] Emmanuel LANGLOIS, « Les traitements de substitution vus par les patients », *op. cit.*, p. 61.

[51] Le projet d'ouverture d'une salle de consommation à moindre risque à Strasbourg tient compte de la grande proportion de personnes qui injectent du Subutex® parmi la population injectrice de drogues sur le territoire. Un des enjeux d'une telle salle est d'aller à la rencontre de ces personnes, afin de mieux connaître ce type de pratiques et de trouver des solutions pour en réduire les risques.

3. *Revendre*

a) Le TSO sur le marché des drogues

La disponibilité des médicaments de substitution sur le marché noir les rend accessibles à des personnes primo-consommatrices mais également à des personnes encore éloignées du soin, dont les points de référence se situent dans le monde de la drogue et de la rue, comme nous avons pu le voir avec l'exemple de Mike.

De manière informelle, certains praticiens nous ont confié « laisser faire » quand ils avaient connaissance d'un trafic de Subutex®. Bien que cela suscite de nombreux questionnements éthiques, l'accessibilité du traitement aux plus démunis et la valeur d'échange que possède le Subutex® peuvent expliquer le développement du marché noir. Ahmed qui revend son traitement nous dit :

> *« Mon médecin, je lui ai dit que je…je lui ai dit en face que je les revendais…pas tout… […] Benh écoutez…je lui ai dit : « Je le fais par nécessité, c'est vrai […] Voilà, comme je vous ai dit pour moi c'est un médicament, mais par exemple, ceux-là c'est de trop, alors je vais les vendre, vous voyez ? Et ceux-là je vais les garder, pour…voilà… »*

En effet, pour les usagers revendeurs, le Subutex® est une source de revenus considérables et il s'inscrit dans une logique économique. L'argent, pour ces personnes en situation de grande précarité est souvent évoqué dans les entretiens et il tient une place importante dans leur rapport au Subutex®. Nombreux sont ceux qui témoignent d'une époque où les médecins prescrivaient de grande quantité de TSO et où il était possible de se faire prescrire dans plusieurs cabinets.

Bruno, 38 ans, nous explique :

> *« C'était 90% des Allemands. Y en a qui venaient de Stuttgart, de Francfort, et tout. Et c'est 40 € la plaquette ! Jusqu'à 2006-2007, il était possible de faire 3, 4 médecins par jour, à chaque fois 8 plaquettes par médecins, donc, je sais pas 20, 30 plaquettes par jour, que vous pouviez chercher gratos, bon en payant les 10%, et les clients qui viennent qui les achètent 40€ la plaquette : alors vous voyez un peu le trou de la Sécu là ! Et jusqu'à ce qu'ils aient sorti une nouvelle loi, en 2006/2007 où il était plus possible de voir qu'un seul médecin, et avoir 8 plaquettes pour le mois, quoi. Ce qui*

équivaut au maximum autorisé : 16mg par jour. Parce qu'il y avait des abus jusqu'à cette date-là. »

Bruno explique ici avoir profité du contexte spécifique de la ville de Strasbourg, transfrontalière de la France et de l'Allemagne où le trafic de Subutex® est important, mais également de l'absence de contrôle qui permettait d'aller voir plusieurs médecins pour se faire prescrire le médicament. Il est intéressant de voir que lors de l'entretien, il reprend l'argument du « trou de la Sécu » fréquemment employé par les détracteurs des traitements de substitution pour en condamner les usages hors protocole.

La revente de drogues, racontée par les personnes, intervient très tôt dans leur carrière d'usager, voire pour certains est concomitante de leur entrée dans la consommation. Revendre du cannabis, puis de l'héroïne et enfin du Subutex® fait partie de leurs expériences. Ces pratiques témoignent aussi du rôle que joue le trafic de drogues dans certains quartiers, devenus de véritables « territoires psychotropiques » comme les nomme Luis Fernandes[52]. Ainsi, Abdul nous raconte les raisons de son incarcération :

ABDUL « J'ai vendu des comprimés : Subutex®. D'un comprimé de Subutex®, jusqu'à une plaquette. J'ai vendu, on m'a attrapé, c'était juste pour ma consommation ! C'est même pas pour l'argent. Pour ma consommation, j'ai fait ça. La plupart du temps, je tombais à cause des consommations. C'est pas pour faire l'argent. Parce que si j'ai pas d'argent pour acheter, fallait que je vende de mon traitement. Pour acheter de l'héroïne quoi. T'sais, les flics qui me voyaient, là ils vont au faubourg national, plein qui vendent du Subutex®, si les flics, ils t'attrapent, ils t'amènent direct. Ils sont toujours là. Maintenant, les Allemands, ils viennent, ils achètent ici, 40€, 50€, un bout de shit. Voilà quoi. Je vendais, mais maintenant, j'ai dit non. »

Vendre de la drogue ou des médicaments issus de la pharmacopée constitue une étape dans l'évolution dans le monde de la drogue, les risques judiciaires encourus sont connus mais anticipés comme faisant partie de la pratique. Si le prix des drogues peut être une raison préalable à l'entrée dans la revente, c'est parfois l'appât du gain, l'accès à une activité pour laquelle aucune qualification institutionnelle n'est requise, et la proximité avec d'autres personnes participant à ce type de marché qui seront décisifs. Revendre peut être une activité transitoire

[52] Louis FERNANDES, « Acteurs et territoires psychotropiques », *op. cit.*

ou de dépannage et dans ce cas, le traitement est parfois revendu pour arrondir les fins de mois, ou pour rendre service à une connaissance qui en fait la demande. Revendre peut devenir une activité routinière, tous les mois, sur leur dose prescrite, les personnes calculent la part qui sera réservée à la revente, ainsi Ahmed lors de l'entretien sort des tablettes de Subutex de sa poche pour nous montrer ce qu'il garde pour lui et ce qu'il va revendre. Il explique son commerce plus en détail :

Chercheure : Qui sont vos acheteurs ?

Ahmed : Des Allemands. C'est eux qui payent le mieux.

C : C'est-à-dire, quels sont les prix ?

Ahmed : 50€.

C : La tablette ?

Ahmed : Oui. La tablette.

C : Combien de cachets sur une tablette ?

Ahmed : 7, mais eux après, ils revendent 50€ le comprimé. Voilà. Vous voyez.

C : Vous vendez à d'autres nationalités que des Allemands ?

Ahmed : Oui, des Russes. Mais bon, dans mon cas, c'est des petites quantités vous voyez…

C : Vous faites comment ? Vous allez où pour vendre ?

Ahmed : Là, à côté de la gare. J'ai des rabatteurs aussi.

Ahmed fait mention de « rabatteurs », ce qui témoigne d'un trafic relativement organisé, auquel son frère est également associé. Toutefois, dans les entretiens, la revente de Subutex, plus marginalement de méthadone, est apparue principalement comme un revenu d'appoint et non comme une source majeure d'enrichissement. Cependant, un trafic à plus grande échelle s'organise vers l'île Maurice, par exemple et les pays d'Europe de l'est[53], dont la presse fait état. L'arrestation de ressortissants français entrés à l'île Maurice, avec des cachets de Subutex alimente la polémique du fait de la longueur des peines que les inculpés encourent : 20 ans de prison pour Mathieu Blondeau qui aurait fait passer 9884

[53] Isabelle FERONI et Anne M. LOVELL, « Les dispositifs de régulation publique d'un médicament sensible: le cas du Subutex®, traitement de substitution aux opiacés », *Revue française des affaires sociales*, 2007, n° 3, p. 159.

comprimés[54] ; 15 ans pour Farah Nachi dont la valise contenait 9696 comprimés[55] ou encore Aurore Gros-Coissy qui risque jusqu'à soixante ans de prison pour 1680 comprimés[56]). Ces faits divers interrogent, dans son cœur, le problème du trafic de drogues et la manière dont une même molécule, un même produit, change de statut de médicament à drogue, d'un côté ou d'un autre d'une frontière. L'inégalité d'accès aux médicaments mais surtout la manière dont les pouvoirs publics mènent la lutte contre les drogues trahissent un important clivage idéologique et politique, dont les personnes dépendantes aux opiacés sont les premières victimes, bien que certaines aient trouvé les moyens de déjouer les règles.

b) La valeur d'échange du TSO en prison

L'expérience de la prison, marquée par une succession de différentes peines, est bien souvent constitutive des cycles de vie des usagers-revendeurs. Beaucoup d'anciens détenus témoignent d'un important trafic au sein des prisons, où le monde de la drogue est toujours actif. Ahmed explique que son frère « faisait des parloirs » : « Faire des parloirs » signifiant ici faire passer des produits lors de ses différentes visites. Lorsque la drogue ne vient pas de l'extérieur, se sont les médicaments prescrits à l'intérieur, majoritairement le Subutex®, qui circulent en prison. En France, la politique en matière de drogues, en prison, a fait le choix du Subutex®, plutôt que la méthadone, plus coûteuse et au protocole de suivi plus rigoureux[57]. Le Subutex® y a une forte valeur d'échange, Ahmed nous raconte le refus du médecin de la prison de lui prescrire du Subutex®, il a alors recours au troc :

> *« Je la troquais plutôt. Y a pas d'argent en prison, on troque : café, voilà…mais c'est acheté oui… la première fois étrangement benh…j'ai troqué une chainette comme ça, la première fois…voilà… »*

[54] *Importation de Subutex : Vingt ans de prison à Mathieu Blondeau | Le Mauricien*, http://www.lemauricien.com/article/importation-subutex%C2%A0%C2%A0vingt-ans-prison-mathieu-blondeau, consulté le 30 novembre 2015.

[55] *Importation illégale de Subutex : Farah Nachi, 21 ans, devra passer 15 ans en taule | Le Mauricien*, http://www.lemauricien.com/article/importation-illegale-subutex-farah-nachi-21-ans-devra-passer-15-ans-en-taule, consulté le 30 novembre 2015.

[56] *Maurice : une Française arrêtée avec du Subutex est reconnue coupable de trafic de drogue*, http://www.francetvinfo.fr/societe/justice/maurice-la-francaise-aurore-gros-coissy-reconnue-coupable-de-trafic-de-drogue_755852.html, consulté le 30 novembre 2015.

[57] Christelle STUPKA et Jean-Yves TREPOS, « Améliorer la qualité de la prise en charge des usagers de drogues en prison ?: Le difficile équipement d'une innovation », *Psychotropes*, 2002, vol. 8, nº 2, p. 136.

Ce n'est que quelques jours avant sa sortie que le médecin lui prescrit du Subutex®, selon lui pour éviter les représailles lorsqu'il serait à l'extérieur. En effet, les médecins peuvent être menacés par des usagers pour se faire prescrire leur TSO et sont parfois contraints de rédiger des ordonnances. Le rapport de force entre usagers et dealers est parfois transféré sur la relation entre patients et médecins, que ce soit en milieu pénitentiaire ou en milieu ouvert. Sans se dénoncer elles-mêmes, les personnes rencontrées font état de nombreuses provocations exercées par d'autres usagers auprès de soignants pour se faire prescrire des TSO, Ahmed par exemple nous dit :

> *« Y a des gens…benh il donnait aux gens qui le menaçaient d'abord, pour qu'il vous en prescrive, ce médecin, fallait d'abord le menacer, fallait faire 2,3 jours de mitard et après là il vous en donnait. Vous comprenez. »*

Un médecin qui travaille en prison nous explique que bien souvent, pour les détenus, la proximité de la sortie peut être anxiogène, les médecins prescrivent donc des benzodiazépines et des TSO quelques jours avant, pour leur permettre d'affronter cette épreuve du retour à l'extérieur, de manière plus sereine. Le TSO est, en effet, prescrit dans certains contextes, comme anxiolytique, soit hors du cadre de son AMM.

Les travaux d'Escots et Fahet ont montré que l'expérience carcérale est pour certains détenus l'occasion d'une première expérimentation de TSO[58] : éviter de participer au développement de ces pratiques de primo-consommation en prison peut être une des raisons supplémentaires invoquées par les médecins pour expliquer leur réticence à prescrire en milieu fermé.

4. Les TSO et l'imbrication de différents modèles normatifs

Un protocole plus ou moins strict, défini par la législation, entoure la prescription de TSO. Les usages hors protocole, au croisement entre autocontrôle et hétéro-contrôle, illustrent en partie la nécessité éprouvée par certains usagers de jouer le jeu du système médical, en adaptant singulièrement ses règles. Ainsi, la prise de produits psychotropes tels que la cocaïne, le cannabis ou encore l'alcool,

[58] Serge ESCOTS et Georges FAHET, *Usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage*, *op. cit.*

pour palier le manque, non pas physique de l'absence d'héroïne, mais le manque de plaisir lié à l'absorption de produits, constitue une des modalités d'ajustement d'usage que de nombreux usagers évoquent pour raconter leur expérience de la substitution. La prise par injection de Subutex®, au lieu d'une prise prescrite en sublingual, peut aussi être perçue comme une manière, pour les usagers, de s'adapter aux contraintes liées à l'absence de traitement par voies intraveineuses. Les personnes font ainsi l'expérience de bricolages thérapeutiques visant à définir la place qu'ils attribuent au TSO, dans une co-construction de sens entre les recommandations médicales et leurs propres expériences des psychotropes.

Ces exemples soulignent les malentendus entre soignants et soignés autour de la prescription de TSO et le désarroi dans lequel peuvent se trouver des usagers qui ne comprennent pas le refus de prescription ou au contraire qui déplorent leur dépendance au traitement. Pour les médecins, la prescription de TSO peut parfois être un exercice complexe, tant ils doivent faire preuve de discernement face à des patients ambivalents quant à leur dépendance et à leur volonté d'arrêter de consommer. Saïd Megherbi, dans sa thèse sur les traitements de substitution, analyse « les stratégies de soins des patients comme régulatrices des désordres provoqués par les traitements de substitution et insuffisamment prises en compte par les médecins », ainsi le sentiment de vide laissé par l'abandon des activités liées aux usages de drogues peut faire place à un sentiment d'angoisse auquel les traitements répondent comme « stratégies anxiolytiques et antidépressives[59] ».

L'abandon ou même l'éloignement des mondes de la drogue n'est que rarement effectif. Plus que des « stratégies de soin », les usages de TSO viennent s'imbriquer dans un mode de vie lié au monde de la drogue. Ces pratiques ne semblent pas représenter une véritable rupture biographique pour ces personnes, qui assimilent alors le traitement à un produit pour lequel elles développent une nouvelle dépendance, et donc à une drogue. Ces usages hors-protocole, malgré les risques pris, ont un sens pour les personnes : ils peuvent servir à compléter un système sanitaire qui ne prend pas en compte la spécificité de leur dépendance, comme dans le cas de l'injection ; ou à combler le marché des drogues par un approvisionnement stable que procure le Subutex® ; enfin, pour de nombreuses

[59] Saïd MEGHERBI, « Les stratégies de soins des toxicomanes », *Psychotropes*, 2006, vol. 12, n° 3, pp. 141-162.

personnes rencontrées, le Subutex® est devenu une source de revenus, tant la participation au marché de la drogue, en tant qu'usager revendeur, est inextricablement corrélée à l'adhésion au monde de la drogue, pour les personnes en situation de grande précarité.

La prise en compte du savoir basé sur l'expérience des usagers de TSO paraît ainsi indispensable pour une meilleure connaissance de ces traitements, dont le seul regard médical ne peut saisir les différents enjeux qui occupent la vie des personnes. Ces usages constituent des tentatives, parfois maladroites, d'ajustement et de négociation, entre ce qui est perçu comme des recommandations liées au médicament et ce qui est vécu au quotidien. Le protocole de mise en place d'un TSO, dans une logique qui se situe au croisement de la prise en charge des risques sanitaires et des dommages sociaux répond à un double enjeu pour l'usager pour qui la drogue est à la fois un objet de consommation et un produit à valeur marchande.

III. Typologie des usages de TSO : entre médicalisation et subjectivation

Certains narrateurs entament une démarche de soin, afin de guérir de leur addiction, qu'ils perçoivent et ressentent comme une « maladie », ils cherchent à tendre vers l'abstinence. Malgré un véritable souci de conformité aux recommandations du médecin, des malentendus quant à la durée du traitement et aux risques de rechute peuvent fragiliser la personne, déclenchant chez elle un sentiment d'usure, lorsque le désir de sortie de la dépendance à l'héroïne fait place au souhait d'arrêt du traitement. En effet, la prise d'une même molécule, de manière régulière, transforme le rapport à la dépendance. Si la prise d'héroïne était séquencée par des arrêts subis, du fait de pénuries par exemple, ou des arrêts choisis, pour faire une pause dans les consommations, le traitement de substitution quant à lui introduit une nouvelle temporalité liée à l'ingestion quotidienne et régulée d'un psychotrope.

Cette routine peut donner le sentiment d'un éloignement de la sortie de la dépendance et parfois même du monde de la drogue. Un jeune homme rencontré en Suisse, Sébastien, 24, ans, en traitement depuis deux ans nous dit :

> *« C'est quand même pas une chose qui est naturelle, la méthadone, je continue quand même à prendre de la drogue tous les jours ! »*

L'introduction des traitements de substitution aux opiacés, dans le cadre de la réduction des risques et des méfaits, a radicalement transformé l'injonction à l'abstinence, autrefois dominante dans les structures d'aide aux usagers de drogues. Se sortir de la dépendance a pris un sens pluriel et rajoute de la complexité à la délimitation des frontières, déjà poreuses, entre « le normal et le pathologique[60] » : la stabilisation du traitement de substitution ou la prise de psychotropes de manière occasionnelle sont aujourd'hui perçues comme des alternatives à l'abstinence et comme d'autres formes de rétablissement. Si la dépendance aux opiacés, à travers la prescription de traitements de substitution, est d'abord pensée comme une réponse médicale, notre approche vise à reconstituer les stratégies de réappropriation du médicament opérées par les usagers.

1. *Trajectoire de soin et observance*

L'épreuve de la maladie et l'entrée dans un dispositif de soin amènent l'individu à développer de nouvelles compétences afin de retrouver sa capacité existentielle à « produire des normes et à en jouer[61] ». Détourner un médicament apparaît ici comme mode de résistance et comme tentative de production de la part des usagers de leurs propres critères de définition de la substitution. La reconceptualisation du TSO en médicament ou en drogue, découle d'un processus d'apprentissage, celui-ci s'opérant en interaction avec les pairs, les praticiens, et les autrui significatifs. Cet apprentissage permet à la personne de redéfinir le traitement, à partir des règles du groupe au sein duquel elle entre en interaction. Or , les usagers de TSO sont amenés à jouer une pluralité de rôles : « malade »

[60] Georges CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, Paris, Quadrige : Presses universitaires de France, 1966.

[61] Pierre ROCHE, « Normativité, grande santé et persévérance en son être », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 1 janvier 2014, n° 16-1.

et/ou « substitué(e) » pour le corps médical, « délinquant-e » pour le juriste, « ami-e », « frère-soeur » ou « mari-épouse » pour l'entourage, etc. En fonction de ces différents groupes, ils doivent intérioriser différentes normes parfois conflictuelles entre elles. La non-compliance peut alors être appréhendée comme adhésion à un autre système de valeurs que celui du corps médical.

La non-compliance intentionnelle comme refus du système sanitaire peut refléter l'adhésion à des normes qui ne sont pas celles de la structure accueillante et de ses prescripteurs mais peut aussi être une étape dans la trajectoire de soin. La nécessaire recomposition identitaire lors d'une thérapie amène les personnes à reconceptualiser leur rapport à la médication (comme produit, drogue ou médicament) mais aussi à autrui (pairs, prescripteurs, entourage). Le non respect des codes, et ainsi de la prescription, est une prise de risque : risque d'être repéré, étiqueté, rejeté, exclu, et puni. Ce risque est moindre lorsque, déjà étiquetée comme déviante, la personne en traitement a intégré ce rôle, comme lui étant propre, incorporant les traits qui lui sont associés. Ne pas respecter les règles du médecin ne sera alors qu'une façon supplémentaire de « renforcer le stigmate ». Il s'agit là d'un exemple de performativité du discours, des préjugés sur les usagers de drogues aboutissant à leur traduction en actes. Ainsi la méfiance, trop visible, d'un soignant, pourra avoir pour conséquence d'amener le patient à transgresser une norme, qu'il aura entendue comme inatteignable pour lui.

La question de l'observance éclaire d'une certaine manière le rapport que les personnes entretiennent avec le traitement mais est insuffisante pour saisir le sens que les personnes lui attribuent. L'ambivalence dans laquelle se trouvent les personnes entre désir de contrôle et crainte de l'autorité, exprime de manière singulière leur volonté d'être autonomes tout en étant soutenues ; elle symbolise la difficulté pour une même personne de se recomposer une identité lorsque, au croisement de différents mondes parfois antagonistes, elle peine à trouver ses propres repères.

2. *Substitution et intentions de soin après des années de traitement : une relation plurielle*

Nous avons choisi d'identifier des types d'usage, et non d'usagers : afin de rendre compte de l'aspect dynamique de la carrière de ces personnes, celles-ci pouvant circuler d'une catégorie à une autre, d'un type d'usage à un autre.

Le vieillissement de la population des personnes en traitement de substitution[62] nous amène à interroger le traitement pris sur du long terme, au regard des modifications des trajectoires de vie.

Nous avons identifié quatre grands types de relation aux traitements de substitution, chez des personnes encore en traitement et ce depuis plusieurs années.

4 types de relation aux TSO		LIEN AVEC LE MONDE DE LA DROGUE	
		Sortie	**Maintien**
OBJECTIF THERAPEUTIQUE	**Désir d'abstinence**	**TSO COMME FREIN A LA SORTIE ⇒volonté de rupture biographique**	**TSO COMME « LEURRE » ⇒volonté de maintien dans le monde de la drogue perçu comme socialisateur**
	désir de reprise de contrôle	**TSO COMME TRAITEMENT DE MAINTENANCE ⇒Stabilisation du traitement**	**TSO COMME REPRISE DE CONTROLE DE LA CONSOMMATION ⇒Consommation occasionnelle de produits psychotropes**

[62] *Ibid*.

Ces quatre types que nous avons intitulés : *la substitution comme frein à la sortie de la drogue*, *la substitution comme reprise de contrôle sur la consommation*, *la substitution comme nouvelle drogue* et enfin *la substitution comme traitement de maintenance* oscillent entre adaptation aux règles des institutions et de la prescription médicale et autonomie relative laissant la place à une certaine réappropriation du produit en fonction de nouvelles normes. Ainsi, ce qui transparait comme déviance par rapport à une norme médicale peut être interprété comme norme dans un autre univers de sens qu'est celui du monde de la drogue. Pour certains, l'objectif thérapeutique est l'abstinence totale des drogues et du traitement, pour d'autres, l'objectif est la reprise de contrôle. Un facteur analysé dans cette typologie est le rapport entretenu par la personne avec la prescription, certains expliquent être compliants, tandis que d'autres affirment ne pas toujours tenir compte des prescriptions du médecin. Un autre facteur est pris en compte, il s'agit du lien avec le monde de la drogue, que certains souhaitent quitter et d'autres pas. Il s'agit d'analyser la manière dont les personnes imbriquent ou au contraire disjoignent les différentes normes établies sur la substitution, selon le monde social dans lequel elles évoluent. Ces normes pouvant apparaît complémentaire ou au contraire conflictuelles.

Cette typologie permet de suspendre, sur l'instant de la rencontre, le sens choisi par le narrateur pour rendre compte de son expérience de la substitution. Nous l'étayons par l'analyse de quatre récits sélectionnés comme idéaux-typiques. Ces récits permettent de rendre compte de l'aspect dynamique de ces constructions de sens, et témoignent de la porosité des différents types. Chaque personne est susceptible de changer sa conception de la substitution pour une autre, en fonction de son expérience du traitement, de sa confiance envers le système médical, ainsi que des événements biographiques venant modifier son parcours de soin ou son rapport au monde de la drogue. Il s'agit donc bien de types d'usages et non de types d'usagers, l'intérêt est ici d'apporter une aide heuristique à la compréhension de l'expérience de la substitution.

Les narrateurs choisissent une définition, une certaine mise en cohérence de leur traitement lors de la rencontre avec le chercheur et de la production du récit. Néanmoins, cette manière de s'inscrire dans une certaine conception de la substitution apparaît plutôt comme une reconstitution d'une histoire à un moment

donné, mais ne détermine en aucun cas l'orientation que prendra la trajectoire de la personne, celle-ci pouvant circuler d'une catégorie à une autre, d'un type d'usage à un autre.

Les quatre récits présentés ici sont ceux de narrateurs rencontrés au sein du centre strasbourgeois. Les récits récoltés en France donnent des indications plus fournies autour du sens accordé à la substitution, non pas tant que cette typologie soit peu représentative des sens accordés à la substitution en Suisse et au Québec, mais plutôt que les récits des narrateurs français attestent d'un rôle plus important accordé à la substitution dans la thérapie. Au Québec et en Suisse, la substitution apparaît moins centrale dans les récits. En Suisse, les traitements de substitution sont souvent associés à d'autres médicaments psychotropes, notamment des benzodiazépines ; au Québec, les récits récoltés prennent souvent les traits d'un argumentaire en faveur de la prise en compte des savoirs des personnes usagères de drogues. De plus, en Suisse et au Québec, les personnes rencontrées se trouvaient dans un centre en résidentiel, ainsi une part importante de leur récit portait sur la vie en communauté, en complément de la substitution comme support à la thérapie. Le fait que le Subutex® soit moins répandu en Suisse et au Québec a un impact sur les usages, car la prise par injection ou snif de la méthadone et du Suboxone® est une opération délicate que peu d'usagers pratiquent. Pour autant, de nombreuses personnes rencontrées en Suisse et au Québec, témoignent de la perpétuation de la pratique du snif et de l'injection qu'elles ne reportent pas sur les médicaments de substitution, comme les usagers français qui consomment du Subutex®, mais sur d'autres produits psychotropes, notamment les benzodiazépines, et les opioïdes tels que le Fentanyl ou le Dilaudid, au Québec.

Ces différences de pratiques et de mise en récit ne suffisent pas à énoncer que les sens accordés à la substitution varient mais plutôt que la centralité accordée au produit de substitution dans la thérapie varie selon le cadre de l'expérience dans lequel se trouve le narrateur.

a) La substitution comme frein à la sortie du monde de la drogue

Certains usagers entreprennent le travail thérapeutique en incorporant les règles édictées par le médecin, dans une optique d'abstinence. Leur objectif initial

est d'arrêter toute prise de drogues ; or, pris dans l'engrenage d'un traitement qui dure et dont les nombreux échecs ne permettent pas d'envisager une sortie, ils ne peuvent se reconstruire une identité détachée du produit, celui-ci faisant toujours partie de leur quotidien et ils perçoivent alors le traitement comme un frein à la sortie du monde de la drogue. Un véritable « processus d'alternation » est perçu comme unique manière de se désaffilier du mode de vie passé, lié à la drogue. Ce processus de « retemporalisation », pour reprendre les termes de Berger et Luckmann, vise la transformation quasi-totale de « la réalité subjective » d'un individu qui « change de monde[63] ». Quand les propriétés addictives du produit sont identifiées comme étant celles d'une drogue, le TSO échoue à être conceptualisé comme médicament. Ces représentations cognitives entrainent alors un sentiment d'échec.

> Nous avons rencontré Abdul dans le CAARRUD où il vient hebdomadairement pour chercher des seringues propres. Il déclare vouloir en finir avec la drogue et les médicaments, pour enfin « *faire une vie sans la drogue et être heureux* » dit-il. Abdul est en traitement depuis de nombreuses années, il a d'abord commencé par le Subutex®, or il se l'injectait et constatait déjà les méfaits de cette pratique sur son corps, c'est pourquoi il passe à la méthadone mais il a très vite des problèmes cardiaques qui l'empêchent de continuer son traitement. Pour palier le manque d'héroïne et pour calmer ses douleurs dorsales dues à un accident de voiture, son médecin généraliste lui prescrit du Skenan®, composé de sulfate de morphine. Il a bien conscience du fait que son traitement est généralement prescrit aux personnes en phase terminale mais se dit aujourd'hui dépendant au médicament. Il le prend par injection, mais ne constate pas les effets indésirables que lui procurait le Subutex®. Il confie être parfois en avance dans sa prise du médicament et devoir faire renouveler son ordonnance plus tôt que la date prévue par son médecin. Il avoue aussi, à demi-mots, s'injecter des benzodiazépines et prendre de la cocaïne. L'objectif qu'il défend tout au long de l'entretien est l'abstinence totale ; il dit partir la semaine suivant l'entretien à l'hôpital, pour un

[63] Peter Ludwig BERGER et Thomas LUCKMANN, *La construction sociale de la réalité*, Paris, France, A. Colin, 2012.

sevrage, la cure devant durer un mois et demi, il espère pouvoir, une fois sevré, rejoindre sa famille. Il a déjà fait de nombreuses tentatives de sevrage qui ont échoué, mais il se dit convaincu, aujourd'hui, d'avoir envie d'en finir avec la drogue :

« Moi aussi je souffre, eux aussi [sa famille] ils souffrent. Il vaut mieux mettre un terme à tout quoi. Voilà quoi. C'est mieux quoi. Parce que moi tous les jours prendre de…le matin, à peine réveillé, Skenan, la nuit je prends, 2 fois par jour, le Skenan. Et c'est pas marrant quoi. »

Quitter la ville dans laquelle il vit actuellement, s'éloigner de ce milieu qu'il qualifie de « *bourré de drogues* » est la seule solution qu'il envisage pour atteindre son objectif d'abstinence. Il assimile dépendance à l'héroïne et dépendance au traitement, pour lui, « *c'est la même chose* ». Il est marqué par le discours d'un médecin, rencontré en prison, et fortement anti-substitution, il se souvient de ses paroles :

« C'est la société qui vous met dans la merde. Et après, ils savent plus quoi faire alors ils vous envoient à moi, il m'a dit. Le médecin il m'a dit. Ils vous prennent pour de la merde. »

Ecartelé entre ce médecin rencontré en prison qui lui démontre les dérégulations propres au traitement, son médecin actuel qu'il voit tous les quinze jours durant les cinq minutes suffisantes pour rédiger une ordonnance, un frère qui le sollicite vivement pour qu'il se reprenne, arrête la drogue et déménage auprès de sa famille qui tend de plus en plus à lui tourner le dos, Abdul doit lui-même trouver les éléments qui lui permettront de développer une réflexivité sur sa pratique et de gérer les discours antagonistes auxquels il est confronté.[64]

[64] Aujourd'hui, presque deux ans plus tard, une infirmière du centre nous apprend qu'Abdul n'a finalement pas réussi sa cure à laquelle il a mis un terme précocement. Il ne fréquente plus le centre qu'à de très rares occasions, sa santé s'est dégradée. Il achète dorénavant son traitement de Skenan® dans la rue car celui-ci a été interrompu par son médecin généraliste. Il fait des allers-retours entre son lieu de vie et Paris où il part faire des « missions drogue », avec pour seul objectif une consommation intensive de crack.

b) La substitution comme reprise de contrôle de la consommation

Bien souvent, les personnes échouent à rester totalement abstinentes, ou parfois n'ont pas l'arrêt des drogues, ni la sortie du monde de la drogue, comme objectifs. Elles vont alors consommer des produits psychotropes par intermittence, sans que cela mette en danger leur thérapie, à condition que les centres qui les accueillent tolèrent ces pratiques et que le sens attribué à la substitution soit de limiter les risques sanitaires et sociaux de leurs consommations. Pour certains, ce type d'usage est temporaire et constitue une étape transitoire. Le TSO est appréhendé à travers les connaissances et modèles cognitifs que l'usager a développés, durant son expérience des drogues. Cet usage peut ensuite évoluer vers un arrêt des consommations, voire même un arrêt de la substitution, avec un effet de maturation, suivant une évolution progressive, souvent marquée par des oublis répétés du traitement, jusqu'à son arrêt complet. Pour d'autres, la pérennisation du traitement, dans un objectif de gestion du manque et d'autocontrôle vis à vis de leurs usages d'autres psychotropes, peut témoigner d'une volonté de continuer à évoluer dans un monde dans lequel ils ont effectué une grande partie de leur socialisation, ce qu'exprime Mike qui nous raconte son expérience de la rue et du milieu festif techno :

> Quelques mois après le début de notre recherche, Mike, 34 ans, après avoir refusé un entretien, accepte finalement. Avant l'entretien, nous le croisons souvent, car il fréquente le centre quotidiennement, ses chiens qui l'accompagnent y sont admis et le centre semble être un véritable refuge. C'est aussi au sein du centre que son traitement de Subutex® lui est prescrit et délivré. Mike nous raconte que c'est à l'âge de 17 ans qu'il se retrouve sans domicile. Il commence à fréquenter les milieux alternatifs des raves parties, le monde de la rue et à prendre des drogues, notamment l'héroïne, qu'il apprend rapidement à s'injecter. A 24 ans, il commence à prendre du Subutex®, acheté sur le marché des drogues illicites. Mike, 34 ans nous raconte qu'il consomme des drogues depuis l'âge de 17 ans. Il a développé un certain nombre de connaissances et de compétences relatives à la survie dans la rue. Lorsqu'il se met à consommer du Subutex®, il s'agit pour lui de palier le manque d'héroïne. Ne connaissant alors pas le système de Sécurité

Sociale et la possibilité d'avoir recours à une CMU (couverture maladie universelle) qui lui permettrait d'avoir accès aux soins sans avancer les frais, il achète son traitement dans la rue. Lorsqu'il apprend l'existence de la CMU, il va rechercher un médecin pour se faire prescrire du Subutex®, toutefois il est rejeté de nombreux cabinets qui l'orientent vers le centre où nous le rencontrons.

Mike : C'est parce que les médecins à Strasbourg, ils voulaient pas me faire d'ordonnance, tous m'ont dit de venir ici.

C : Ils ont tous refusé ?

Mike : Tous ont refusé, et m'ont dit de venir ici.

C : Avec des raisons ?

Mike : Benh parce qu'ils avaient… parce qu'y a trop de gens qui prennent du Sub', et ils sont obligés d'avoir un certain quota. Donc du coup, ils pouvaient pas me prendre. Donc j'suis venu là.

Peut-être aussi a-t-il peur de franchir les portes d'un centre ou d'un cabinet médical, de sortir, même l'espace d'un instant, du milieu au sein duquel il s'est reconstruit une identité. Il s'est affilié à d'autres membres partageant le même quotidien et une expérience commune : « *un bon p'tit milieu pour* [lui] », dit-il. Il commence donc à acheter le traitement dans la rue, ainsi que les autres drogues, afin de combler le manque durant les périodes où l'héroïne est moins bonne, car plus coupée. Il explique ne pas être à la recherche d'effets, Il considère le Subutex, qu'il achète aussi dans la rue, comme un produit de substitution :

« Ça empêche de pas être malade quoi, c'est tout. […] Les premières fois, vous avez envie de vomir, vous piquez du blaz'… voilà c'est juste pour enlever le manque, et pas être malade, vraiment… »

Il va finalement initier un traitement à la méthadone, puis en prison, va entreprendre un sevrage. A la sortie, il retombe dans l'héroïne et recommence le Subutex qu'il se fera finalement prescrire. Son objectif thérapeutique n'est pas défini autour d'un éventuel sevrage. Il raconte qu'il continue à consommer ; cette pratique apparait comme constitutive d'un mode de vie dans lequel la substitution vient s'imbriquer. Au sein du centre,

la mise en place de son traitement prend plus en compte le caractère « nomade » de son quotidien. Il raconte :

« Il m'a fait une ordonnance pour un mois, de suite, je lui ai expliqué que je faisais les vendanges, et voilà. Ç'a été super cool. »

Il explique ces stratégies d'ajustement du traitement comme une tentative d'autocontrôle des produits qui lui permettent de maximiser les effets de l'héroïne quand il a envie d'en consommer. En effet, l'action antagoniste de la buprénorphine annihile les effets de l'héroïne et il doit donc se sevrer du Subutex pendant quelques jours pour pouvoir consommer l'héroïne et qu'elle lui procure un effet. Attentif aux sensations de son corps, il sait devoir éprouver le manque pour mieux ressentir le produit. De la même manière, sa prise du traitement, bien qu'il nie des effets au Subutex, ne semble pas être ritualisée, il dit pouvoir le prendre à des heures différentes chaque jour, il explique que sa prise « *dépendra de [son] corps* ». Le fait de savoir le médicament sur lui, dans sa poche, est en soi rassurant ; il sait que dès qu'il commencera à ressentir le malaise du manque, celui-ci pourra être comblé. L'effet de la substitution n'est pas celui d'un bien-être procuré par une sensation de plaisir, mais plutôt le soulagement par le possible empêchement d'un mal-être.

Aujourd'hui, son objectif est de trouver un logement dans lequel il puisse vivre avec ses chiens, afin de se stabiliser et de commencer à travailler avec l'association d'autosupport Aides, en tant qu' « usager relais », pour faire du démarchage dans la rue, pour proposer du matériel et indiquer à ceux encore éloignés des structures de soin les opportunités qui leur sont proposées. Par la transmission et la mise en mots, le récit ainsi construit, dans le cadre d'une activité associative, permet à l'usager-narrateur de reconstruire son rapport à la drogue.

c) La substitution comme « leurre »

Pour de nombreux usagers des structures de soin, l'emploi du temps recomposé autour de visites médicales ou auprès d'un travailleur social permet de renouer avec un « temps social » mais celui-ci peut sembler morne pour ceux qui

échouent à retrouver des activités remplaçant celles, illégales, qui constituaient leur quotidien antérieur. La pérennisation du traitement provoque alors un ennui lié à la perte des pratiques relatives au monde de la drogue (trafic : achat/vente, et consommation). La nostalgie d'un monde de la drogue idéalisé, du temps de la jeunesse aventureuse, amène alors l'usager à perpétuer des pratiques, comme la prise par injection ou la prise d'autres psychotropes. A travers le TSO, les enjeux de resocialisation, ne sont pas de l'ordre du déplacement sémantique autour de l'objet drogue ou médicament, mais autour du monde de la drogue transféré au monde du soin. Certains patients développent ainsi un réseau d'interconnaissances au sein des structures de prise en charge, les espaces d'accueil devenant un nouveau lieu de socialisation, entre pairs qui partagent une expérience commune de la drogue, ainsi que du TSO lui-même.

Claude se procure son traitement, du Subutex®, chez un généraliste. Il se rend quotidiennement au centre pour se procurer des seringues propres. Il avoue tout de suite s'injecter son Subutex®, ce qu'il cherche maladroitement à cacher en croisant les bras, pour camoufler ses mains gonflées. Il explique sa pratique de l'injection par le besoin de ressentir vivement l'effet :

« Y a une petite montée quand on se l'injecte, on est un peu naze. Tandis que si on le prend sous la langue, on le sent pas venir. Mais ça vient quand même, mais on le sent pas venir. Ça a un effet… c'est comme la différence entre la pluie et le brouillard, le brouillard ça mouille, la pluie ça mouille. Mais la pluie on la sent tomber alors que le brouillard, on le sent pas tomber »

Il témoigne de l'ambivalence dans laquelle il se trouve face à son traitement et à sa recherche de plaisir :

« A l'époque, c'était l'héroïne, et l'héroïne, pour décrocher de l'héroïne, fallait y aller… d'ailleurs même maintenant encore, j'suis accro au Subutex parce que… mais… la différence entre le Subutex et l'héroïne, c'est que l'héroïne, ça apporte du plaisir ! Alors on est dans un contexte de, comment dire… de… j'vais me faire de l'argent pour me faire plaisir, tandis que maintenant… j'suis au Subutex, et le Subutex ça m'apporte rien, ça me calme juste le manque. C'est juste pour pas être en manque. Donc, j'fais plus de bêtises, y a plus de… le Subutex et la méthadone, c'est un leurre. Bon la méthadone

moins, parce que la méthadone, ça apporte du plaisir. Ceux qui sont à la métha… ils sont… moi j'les vois… mais… c'que j'veux dire c'est que… enfin j'sais plus c'qu'j'voulais dire…. »

Le caractère conflictuel de son rapport au traitement est prégnant dans la manière dont Claude en parle. Des produits qui induisent une dépendance sans procurer de plaisir sont perçus par Claude comme des leurres. Ces leurres comblent l'absence d'héroïne et les pratiques qui lui était associées telles que « [s]e faire de l'argent » et faire des « bêtises ». Claude explique qu'il a découvert l'héroïne à l'âge de 24 ans avec sa petite amie de l'époque, une « *prostituée, qui prenait de la came* », nous dit-il dès la première phrase de l'entretien. Ensemble, ils font des allers-retours à Amsterdam et font du trafic. Aujourd'hui, il a 43 ans et nous raconte ses premiers sevrages et tentatives d'arrêt lors de sa rupture avec son amie. Il commence alors le Subutex® qu'il prend depuis une quinzaine d'années :

« Ben moi, ça m'a permis de me ranger un peu, d'arrêter mais ça m'a rongé quoi ! Si je pouvais choisir entre l'époque où j'allais à Amsterdam et maintenant où je suis rangé, ben, je retournerais à l'époque d'Amsterdam, où je monte à Amsterdam, où je vendais de la came... A l'époque, ouais mais bon, ça a rien à voir avec la toxicomanie, ça. C'est le temps ! »

Insatisfait par le traitement dont il constate les méfaits sur son corps car il le consomme toujours dans l'optique d'avoir des effets psychotropes, il dit fréquemment vouloir l'arrêter, mais pourtant la prise du médicament est un rituel parfaitement intégré à son quotidien. Tous les jours, il se rend à la pharmacie, pour chercher le traitement, à 8 heures et demie, nous précise-t-il. Ces visites quotidiennes, à la pharmacie et au centre, relèvent de son propre choix. Alors qu'il n'a plus de travail salarié depuis 15 ans, son quotidien est scandé par les différentes démarches qu'il entreprend. Il explique également s'occuper des démarches administratives, par lui-même, pour percevoir son allocation adulte handicapé (AAH). Cette allocation lui est versée en raison de son hépatite C, de sa dépendance et de sa schizophrénie, précise-t-il. Lors de ses visites au sein du centre, il reste toujours un moment dans l'espace d'accueil, boit

un café, discute. Ces moments semblent pour lui un moyen de conserver des liens sociaux[65].

Quinze ans auparavant, il commençait la substitution dans l'optique de se débarrasser de sa dépendance, il explique aussi qu'il avait perdu tout son argent dans la drogue et n'avait plus d'autre solution. Aujourd'hui, il regrette d'avoir remplacé une dépendance par une autre, mais quand son médecin l'aide à baisser ses doses pour arrêter le traitement, ce qu'il dit être son souhait, confronté au malaise procuré par le manque de Subutex, il préfère changer de médecin. Finalement, il semble que Claude ait reconstruit son monde de la drogue autour du monde du soin. Il y a développé un réseau d'interconnaissances, lui qui se dit pourtant très seul et il a gardé avec le médicament des habitudes qu'il avait prises avec l'héroïne. Son souhait d'arrêter est ainsi fortement en tension avec son mode de vie entièrement construit autour de la drogue, mode de vie qu'il ne semble pas avoir envie de quitter[66].

d) La substitution comme traitement de maintenance

Parmi ceux qui maintiennent leur abstinence, certains n'éprouvent pas le besoin d'arrêter ou de diminuer le traitement qui leur permet de retrouver une vie plus paisible car elle n'est plus orientée autour de la recherche constante du produit. Comme ils ont connu la dépendance, cette reprise de contrôle permise par le traitement, et soutenue par les professionnels du champ, est un vrai soulagement. Respectueuses du discours médical, des contraintes liées aux prises

[65] Extrait du carnet de terrain : « Nous constatons qu'il vient toujours saluer les personnes présentes sur le lieu d'accueil, en serrant la main. On peut ici faire l'hypothèse qu'à travers ce geste, il jauge l'acceptation des autres de son handicap, lui confirmant ainsi ou lui infirmant le rejet des autres. En effet, ses mains gonflées, dues aux injections de Subutex sont également marquées par de nombreuses cicatrices, ainsi que par des plaques d'eczéma. Nous savons par ailleurs qu'il est porteur du VIH. Lors de ce moment de serrage de mains, on peut observer différentes stratégies mises en place par les personnes (usagers, mais aussi intervenants sociaux) lorsqu'il vient leur serrer la main. Certains refusent catégoriquement, d'autres utilisent des techniques d'évitement, en s'adressant alors à quelqu'un d'autre par exemple, et si d'autres lui serrent effectivement la main, nous notons que parmi eux, certains vont se laver ou désinfecter (avec du gel hydro-alcoolique). Quant à nous, maladroite face à ce type d'interaction, le temps de chercher quelle stratégie adopter, nous sommes déjà en train de répondre à sa main tendue en lui tendant à notre tour la main. »

[66] Nous savons, pour l'avoir croisé à plusieurs reprises, qu'il est parti de l'appartement dans lequel il vivait depuis des années et qu'il vit désormais dans un foyer d'accueil d'urgence. Souvent accompagné de ses compagnons de galère, il semble avoir repris sa consommation d'héroïne, comme l'indique notamment sa perte de poids.

de rendez-vous fréquentes avec le médecin et des prescriptions reçues, ces personnes en soin établissent un nouveau rapport avec le produit, qu'elles considèrent comme un véritable médicament, délivré sur prescription médicale, validé par une ordonnance en bonne et due forme, et non plus comme une drogue. Le traitement s'inscrit alors dans une logique de maintenance, aussi appelé traitement d'entretien, quand l'objectif n'est pas l'arrêt du traitement, mais bien sa stabilisation sur du long terme, voire à vie. La prise d'un traitement à vie et la visite fréquente dans les structures ne sont pas vécues comme aliénantes, au contraire des expériences de la drogue, comme nous le raconte Jean :

> Jean a 50 ans, il a connu les débuts du centre, son expérience et sa connaissance de la structure lui ont d'ailleurs permis d'être élu délégué des usagers. Dès 1995, après avoir expérimenté le Temgésic, puis le Subutex, il commence un traitement méthadone. Il préfère la méthadone qui ne provoque pas d'effets psychoactifs sur lui. Il perçoit la substitution comme un médicament, voire même comme une panacée, qui lui permet de ne pas ressentir le manque, il dit même de la méthadone que c'est « *le produit qu'*[il] *attendai*[t] *depuis 20 ans* ». Lors de l'introduction de la substitution, il dit recevoir cela comme un « *privilège* ». Il revient souvent au cours de l'entretien sur la stigmatisation subie par les personnes usagères de drogues, la substitution aura selon lui changé cette image négative.

« J'ai plus besoin d'avoir peur quand je vais quelque part que les gens ils disent : « Putain regarde moi ce camé ! ». Y a plein de choses qui ont changé quand même ! Positivement ! »

> Il commence à consommer à l'âge de 20 ans de l'héroïne ; il vante la qualité supérieure de l'héroïne à cette époque, mais il explique aussi la cherté du produit qui l'a poussé à pratiquer une forme d'auto-substitution, parfois dangereuse. Il raconte notamment les folles courses en voiture, le soir en sortant de son travail, afin de trouver une pharmacie ouverte pour s'acheter des Néocodions®. Durant l'entretien, il prend du plaisir à évoquer son expérience des drogues, et surtout des drogues psychédéliques et de la recherche des effets qu'il qualifie de « *mystiques* ». Il semble avoir expérimenté un large panel de produits, mais il explique que c'est l'héroïne qui l'a accroché durant de longues années. Il n'a jamais eu de véritable attrait

pour la cocaïne qu'il ne consomme plus du tout aujourd'hui, mais avoue avoir conscience de sa faiblesse, si un jour quelqu'un venait à lui proposer une héroïne de très bonne qualité. Il consomme encore aujourd'hui du cannabis quotidiennement. Il explique :

« J'ai un besoin de quelque chose, quoi, pour m' « évader » c'est un grand mot, je m'évade, je m'évade…je reste quand même dans mon appart ! (Rires) »

Il connaît les discours critiques sur la substitution : un ami, ancien usager, lui répète souvent que selon lui, il ne s'en est toujours pas sorti car il est toujours dépendant à un produit. D'autres usagers du centre lui disent qu'ils sont fatigués de toujours devoir prendre un produit pour se sentir bien, mais lui a un regard très positif sur la substitution, qu'il pense continuer le restant de sa vie. La substitution lui a permis de sortir de ce qu'il dit avoir été un « *cercle vicieux* » :

« J'allais bosser pour me payer ma came, et je prenais la came pour aller bosser…donc c'était un cercle vicieux, à moment donné fallait que je sorte de tout ça, pour arrêter »

Il raconte aussi l'omniprésence de la mort dans le cercle des usagers de drogues, qui, à l'époque, « *se connaissaient un peu tous* » dit-il : la mort par le Sida, la mort par overdose, accident et suicide sont alors les issues fatales destinées aux héroïnomanes. Son discours résonne un peu comme celui d'un rescapé, la méthadone ayant été pour lui une véritable bouée de sauvetage.

3. Substitution au cœur du soin ?

Nous voyons qu'il existe différentes façons pour les personnes de vivre et de concevoir le traitement. Entre médicament et drogue légale, entre thérapie et contrôle social, l'usage de TSO n'est pas anodin, il est accompagné d'une démarche réflexive, permettant de re-conceptualiser le rapport au produit, à la drogue et à la recherche d'effets psychoactifs. Le vécu et l'expérience expliquent bien souvent la construction de sens autour du traitement, cette mise en cohérence est appuyée par le soutien actif des intervenants ; ceux-ci par un travail d'écoute et de dialogue donnent des outils aux personnes pour qu'elles se réapproprient leur thérapie, lorsque celle-ci est envisagée sur du long terme. Toutefois, les ambivalences dans

les discours des professionnels, de l'entourage et de la population générale sur la définition de ces traitements peuvent fragiliser la conceptualisation du produit par l'usager, alors qu'elle est nécessaire à la thérapie. Les divers sens attribués à la substitution par des personnes en traitement depuis plusieurs années, témoignent des divergences entre les formes d'engagement dans la thérapie, avec des variations au niveau de la volonté d'éloignement du monde de la drogue, de ses codes et des interactions qui y ont lieu, mais aussi de la drogue elle-même, de ses effets et de la dépendance. Si l'introduction des traitements de substitution vient signer la médicalisation du champ des addictions, autant que les détournements de l'usage prescrit du traitement, ce sont les différents sens qui lui sont attribués qui se révèlent être des indicateurs du degré de confiance dans le système sanitaire, et de l'adhésion ou non du sujet à la définition de l'addiction comme une maladie.

IV. Grossesse et substitution, un nouveau regard sur les femmes usagères de drogues

L'injonction au retour à une vie normale peut transparaitre dans la prescription de TSO. Ce rapport aux normes est partagé par de nombreux usagers qui se retrouvent en souffrance, du fait d'une lutte incessante contre leur sentiment de marginalité et d'exclusion. Dans les programmes de réduction des risques et des méfaits, dans les discours des groupes d'entraide, mais également, sans doute à la marge et de manière plus opaque, dans les rencontres de groupes d'autosupport, derrière ce message de réinscrire l'usagers de drogues comme citoyen de la cité, apparaît, en creux, une volonté de réinscrire la personne dans une certaine conception de la normalité. Bien que celle-ci apparaisse de manière plurielle, la vision d'une « vie normale » semble se rapporter à une nécessaire réorganisation du temps autour d'activités qui soient avant tout légales. Les discours des personnes fréquentant les centres de soin sont empreints de ce type de recommandations. La recherche, notamment lorsqu'elle est portée par la demande des pouvoirs publics, mais aussi par les différents interlocuteurs (professionnels et usagers) rencontrés sur le terrain, est également, bien souvent, complice de cette normalisation de l'abstinence, même lorsque l'enjeu est d'en

déconstruire le concept, en témoigne le nombre de publications sur la « sortie » des drogues[67], ou encore sur la sortie de la substitution[68]. La préconisation de l'arrêt des drogues trouve un écho important dans le discours médical dont les nombreuses études scientifiques certifient la dangerosité des différents produits. A travers la réalité situationnelle qui émerge des entretiens, transparait le poids des représentations sociales sur la construction identitaire.

L'exemple des femmes et de leur grossesse apparaît idéal-typique de ce type d'injonctions faites aux usagers de drogues[69]. Les injonctions à l'abstinence dominent, car les consommations de psychotropes (drogues, alcool, tabac) durant la période de grossesse sont majorés et se répercutent sur un tiers : le fœtus. Avec l'arrivée de la substitution, un renversement de la situation va modifier le rapport à la maternité de ces femmes. La maternité est alors retraduite, par les politiques publiques, comme la possibilité pour ces femmes, d'un déclic, d'une réinscription dans la « vie normale », construite autour du rôle de mère et des responsabilités qui en découlent. Ces injonctions ne prennent finalement que peu en compte le point de vue des femmes, leur trajectoire biographique et le sens qu'elles accordent à leur grossesse.

La question des grossesses a émergé lors de l'analyse des entretiens comme étant un évènement récurrent dans le récit des femmes rencontrées. Il nous est donc apparu nécessaire de nous intéresser de manière plus approfondie et systématique à cette question. En effet, sur les neuf femmes qui nous ont accordé un entretien, 7 nous ont raconté une grossesse et deux n'en ont pas fait pas mention. Sur les 7 femmes, trois sont allées jusqu'au terme de leur grossesse, les quatre autres ont eu des interruptions de grossesse[70].

---

[67] Robert CASTEL, *Les sorties de la toxicomanie*, *op. cit.*

[68] Maitena MILHET, *L'expérience des traitements de substitution : une sortie de la toxicomanie ?*, *op. cit.*

[69] L'ouvrage de De Rose traite de la spécificité de la gouvernance institutionnelle de l'usage de drogues auprès des femmes à partir d'une enquête au sein d'un centre de soin et d'accueil pour femmes. Dans une approche foucaldienne, son travail vise à identifier les diverses assignations identitaires et les représentations véhiculées par les « technologies du pouvoir » de l'Etat sur les femmes usagères de drogues et les stratégies de résistance mise en place par ses femmes. (Maïa NEFF, « Natasha Du Rose, The governance of female drug users. Women's experiences of drug policy », *Lectures*, 19 mai 2016 ; Natasha du ROSE, *The governance of female drug users: women's experiences of drug policy*, Bristol, Policy Press, 2015.

[70] Selon un rapport de l'OEDT paru en 2000 : « Une raison majeure de la sous-représentation des femmes en traitement pour drogue tient à la maternité : de 18 à 75% des patientes femmes ont au moins

1. Le regard médical sur les grossesses dites à risque

Les différents travaux portant sur la maternité et les usages de drogues, recensés par Laurence Simmat-Durand, sociologue spécialiste des questions de périnatalité et de toxicomanie, démontrent, à partir de données épidémiologiques, que la logique de réduction des risques et notamment l'introduction des traitements de substitution a permis une nette amélioration du suivi de grossesse des femmes usagères de drogues, une amélioration des formations des professionnels soignants sur ces problématiques et une diminution de la proportion de femmes n'ayant eu aucune visite médicale avant le jour de leur accouchement[71].

Cette amélioration des suivis a également favorisé une diminution des placements des enfants, avec un meilleur accompagnement des femmes devenues mère[72]. Le corps de la femme enceinte est investi par de nombreuses recommandations, il devient l'objet de mises en garde, de précautions, car il se retrouve placé à haut risque (pour la femme et pour le fœtus). Les risques pour le fœtus d'une consommation d'alcool ou de drogues sont bien documentés (malformation, prématuré) ou encore le SAF syndrome d'alcoolisation fœtale, pourtant rare mais à l'origine d'un certain nombre de mesures. Ainsi, en ce qui concerne l'alcool, l'impossibilité, pour les chercheurs en épidémiologie d'identifier une dose-seuil qui serait sans danger pour le fœtus conduit à promulguer un message d'abstinence totale, comme principe de précaution[73]. On voit par exemple apparaître, en 2005, sur toutes les bouteilles d'alcool, un logo d'interdiction représentant une femme enceinte tenant un verre. L'usage d'alcool et de produits psychotropes est aujourd'hui considéré comme un problème majeur de santé

---

un enfant et sont souvent trop occupées avec eux pour suivre un programme de traitement, ou craignent d'être qualifiées de mère «irresponsable» et de se voir retirer leurs enfants si elles s'inscrivent. » Rapport de l'OEDT cité par Laurence SIMMAT-DURAND, « Grossesse et drogues illicites », *Déviance et Société*, 2002, vol. 26, nº 1, p. 110.

[71] Laurence SIMMAT-DURAND, « Grossesse et drogues illicites », *Déviance et Société*, 2002, vol. 26, nº 1, pp. 105-126.

[72] Claude LEJEUNE et Laurence SIMMAT-DURAND, *Grossesse et substitution*, OFDT, 2003.

[73] Céline SCHNEGG, « À la santé de qui ? », *Revue électronique des sciences humaines et sociales*., 12 novembre 2013.

publique[74] et donne lieu à des débats autour de la responsabilité de la femme dans les dommages au fœtus.

Nous avons rencontré un médecin au Québec qui nous explique qu'effectivement il doit souvent faire un travail de déculpabilisation auprès de certaines femmes qui arrivent dans son cabinet submergées de conseils parfois contradictoires, afin de leur indiquer quels sont les véritables dangers. Pour ce médecin, la prise en charge des femmes usagères de drogue pose des problèmes spécifiques :

> *« Outre le syndrome d'alcoolisme fœtal, les accidents vasculaires, les malformations et les kystes cérébraux causés par la cocaïne et le syndrome de sevrage du fœtus et du nouveau-né qu'entraîne la consommation d'opiacés, les séquelles les plus sérieuses de la consommation de drogues pendant la grossesse sont rattachées à des causes non spécifiques. »*

Ces causes sont liées à la situation de grande vulnérabilité dans laquelle ces femmes peuvent se trouver : pauvreté, malnutrition, violences, prostitution, piètres soins médicaux. Simmat-Durand distingue quatre séries de normes et de sanctions auxquelles sont confrontées les femmes usagères de drogues :

> « Les normes pénales car l'usage de stupéfiants est illicite, les normes sociales qui fixent ce que doit être une bonne mère, les normes médicales régissant le suivi des grossesses à risques et enfin des normes de genre, car la toxicomanie est appréhendée comme un phénomène massivement masculin. Ce conflit de normes entraîne une superposition des sanctions qui leur sont appliquées : des sanctions pénales liées à l'usage illicite, des sanctions sociales comme le retrait de la garde de l'enfant, des sanctions médicales sous forme d'obligations de soins et au final pour certaines un cumul aboutissant à leur exclusion de la vie de l'enfant.[75] »

Face à ces contraintes et à ce « conflit de normes », les femmes que nous avons rencontrées proposent un récit de leur vie dans lequel la maternité ou la grossesse tiennent une place considérable.

---

[74] Laurence SIMMAT-DURAND, « Grossesse et drogues illicites », *Déviance et Société*, 2002, vol. 26, nº 1, p. 105. « Les produits induisant les plus forts dommages se distinguent selon les pays : la cocaïne et le crack aux États-Unis, les benzodiazépines et les opioïdes en Europe. »

[75] *Ibid.*, p. 305.

2. *L'expérience de la grossesse racontée par des femmes en traitement*

De l'analyse des sept récits des femmes qui ont évoqué une grossesse émergent quatre types de sens attribués à la grossesse.

- Lorsque celle-ci est une étape dans la carrière d'usagère de drogues, être enceinte est vécu comme une validation d'une identité déviante.

- La grossesse peut être vécue comme un moment de déprise dans la carrière, donnant à la femme une motivation pour sortir du monde de la drogue, et s'éloigner, du moins temporairement, du milieu et cesser ou diminuer ses consommations.

- La grossesse peut être vécue comme un point tournant dans la trajectoire biographique, la projection dans le rôle de mère vient signifier la volonté de sortie du monde de la drogue.

- Enfin, certaines grossesses, qu'elles soient interrompues ou non, peuvent être vécues comme un point tournant, ou comme un évènement catastrophe, au sens de Leclerc-Olive[76]. Suite à leur grossesse, certaines femmes replongent dans la drogue, ou vont augmenter leur consommation de substances psychotropes.

Lien entre grossesse et addiction		Lien avec le monde de la drogue	
		Entrée / maintien	Sortie
Sens de l'événement	Etape de la carrière	Validation d'une identité déviante	Grossesse comme moment de déprise et ajustement de rôle
	Rupture biographique	Grossesse/maternité comme « événement catastrophe » et ancrage dans le monde de la drogue	Désir d'alternation/ retemporalisation : nouvelle temporalité autour de l'enfant

[76] Soit un évènement traumatique qui « irrigue la biographie dans tout son déroulement » (Michèle LECLERC-OLIVE, « Les figures du temps biographique », *op. cit.*)

L'analyse des récits de ces femmes nous permet d'appréhender l'aspect dynamique de leur trajectoire biographique. Cette typologie ne doit pas être lue de manière figée, mais bien comme une mise en sens d'une histoire complexe à un moment précis, celui de la collecte de données, au sein d'un centre de soin. Certaines femmes peuvent modifier la perception et leur construction de sens autour de la grossesse au cours de leur trajectoire de vie. Il est bien évident qu'une manière de raconter une grossesse est révélatrice d'un processus genré auquel n'échappent pas les narratrices rencontrées. Les discours sur la maternité comme « heureux événement », « plus beau jour d'une vie » influent sur le récit que les femmes produisent de leurs propres expériences de grossesses. Elles élaborent des stratégies pour développer des trames narratives rendant compte de leur expérience de grossesse. La grossesse devient alors un événement singulier, redéfini par rapport à l'histoire de vie de ces femmes.

a) La grossesse comme étape dans la carrière d'usagère de drogues :

L'autobiographie de Janet Clark rencontrée par Becker dans les années 1950 aux Etats-Unis, publiée en 1961, relate le parcours d'une femme dans les mondes de la drogue et les mondes du Jazz. La première partie de l'ouvrage est le récit de sa grossesse, au début des années 1940, alors qu'elle est encore adolescente. L'avortement est alors illégal et elle mène sa grossesse à terme, subissant la désapprobation sociale des gens du village et la volonté de sa famille de la cacher du regard des gens :

> « Leur animosité était beaucoup plus ouverte, et leurs desseins vraiment ridicules.[77] »

Elle raconte les conseils de lecture de son obstétricien, qui lui recommande *Essai sur la morale,* Philippe Wylie, pour devenir une « fille honnête ». Elle évoque également le mépris des infirmières lors de son accouchement. Dans son récit, elle corrèle l'événement de l'accouchement et des douleurs avec sa première expérience de la morphine :

> « C'était ma première expérience de la morphine. Soit dit en passant, c'était de la M* très intéressante qu'on m'avait donnée.[78] »

[77] Janet CLARK, *La confrérie fantastique*, Paris, France, Denoël : Gonthier, 1972, p. 59.

Son enfant, une fille née prématurément, est mise à l'adoption, sans même qu'elle ne l'ait vue. Cette grossesse, dans l'histoire de Janet, apparaît véritablement comme une étape de sa carrière déviante et comme l'épisode au cours duquel elle sera étiquetée comme *outsider*.

Drogues, sexualité et grossesse non désirée participent d'un rapport au corps parfois douloureux, dont témoignent Laura et Opale.

Nous avons rencontré Laura en Suisse. Elle a 22 ans, est originaire de Colombie et a été adoptée enfant. Elle associe son mal-être à ses mauvais rapports avec sa mère adoptive qui, selon elle, la critique en permanence sur son apparence physique (Laura est petite et forte). Elle explique que sa mère exerce un chantage sur elle pour qu'elle perde du poids et que c'est à cause de cela qu'elle est devenue anorexique et boulimique, à l'âge de 12 ans. Elle dit avoir commencé l'héroïne à 15 ans, après avoir trouvé, en cherchant sur internet, que c'était une solution efficace pour perdre du poids. Elle ne sait rien de ses parents biologiques mais s'interroge sur eux :

> *Laura : « J'espère qu'ils font 1m50, pour que j'accepte, parce que s'ils sont plus grands que moi, moi, je vais être en colère ! »*

Plus loin, elle revient sur le choix de ses parents biologiques de la confier à l'orphelinat :

> *Laura : « Mais en tout cas, j'aimerais bien rencontrer mes parents biologiques, en tout cas, pour les remercier de m'avoir donné une chance, dans l'orphelinat, pour vivre une meilleure vie que la leur, même si ça voilà, ç'a été douloureux pour eux, ou pas… Parfois on sait pas, moi, j'ai déjà avorté trois fois, j'ai eu deux fausses couches, et puis honnêtement, on me dit : « Oh, ça doit être douloureux pour toi de perdre 5 enfants, 5 bébés », moi, je suis là : « Mais pas du tout ! (rire) heureusement ! Peut-être si j'avais 30 ans, 40 ans, oui, mais j'avais moins de 20 ans, et puis moi, j'étais là… »*

Laura relie abandon dans un orphelinat et avortement, et s'interroge sur les éventuels regrets de ses géniteurs. Elle relativise ses IVG, reconnaissant qu'elle n'avait pas l'âge pour être mère[79]. Lorsqu'elle entre dans un centre spécialisé pour

---

[78] *Ibid.*, p. 63.

[79] Les études sur les grossesses chez les femmes usagères de drogues montrent que les grossesses sont plus souvent interrompues par des IVG que dans la population globale. Dans le cadre d'une

le traitement des troubles du comportement, dont l'anorexie, elle entame également un traitement de 6 mois à la méthadone. Depuis, elle dit avoir arrêté ses consommations, mais explique avoir toujours des troubles alimentaires.

Pour Laura, ses grossesses sont vécues comme des accidents qu'elle ne considère pas comme des points tournants dans sa biographie, mais qu'elle associe à son rapport au corps malmené mais également à son rapport conflictuels aux autres.

Parfois les rapports non protégés sont des aléas dans des parcours de vie difficiles où les prises de risques se succèdent. Opale a 29 ans quand nous la rencontrons au Québec. Elle nous raconte ce qu'elle nomme un cycle de sa vie, car pour elle, tout se répète inlassablement au gré des rechutes. A l'âge de 19 ans, elle se retrouve à la rue et commence à consommer de l'héroïne et de la cocaïne par injection. Au début, elle finance sa consommation en étant revendeuse, puis vers ses 25 ans, elle commence à se prostituer. Lors d'une hospitalisation psychiatrique sur laquelle elle ne donne pas de détail, mais qu'elle corrèle à la disparition de son *sugar daddy*[80], elle découvre qu'elle est enceinte. Elle fera finalement une fausse couche, deux jours avant la date prévue de son IVG. Pour de nombreuses femmes dépendantes aux opiacés ou à la cocaïne, la prostitution est un moyen de financer leur consommation. Cette pratique, sous l'effet du manque, les rend plus vulnérables face à la demande de certains clients quant aux rapports non protégés. Sa grossesse est explicitement liée à sa pratique de la prostitution, dont elle dit :

---

recherche sur la sortie des addiction réalisée par Simmat-Durand, sur les 116 femmes rencontrées, 61,2 % des femmes ont eu recours au moins une fois à l'IVG, cette proportion étant de 35 % en moyenne en France. Ce fort taux d'IVG pose notamment la question de l'accès à la contraception auprès des femmes les plus marginalisées. De plus, la consommation d'opiacé entraine souvent une irrégularité des menstruations, voire même une aménorrhée, pouvant faire croire à ces femmes qu'elles sont stériles. Dans une étude sur le dépistage de la trisomie 21, Carine Vassy analyse la manière dont les progrès de la technique ont transformé les pratiques des professionnels hospitaliers, le développement du dépistage auprès de l'ensemble des femmes enceintes et non plus seulement lors de situations jugées à risque a largement modifié le regard porté en France sur l'IVG. Cf. Carine VASSY, « De l'innovation biomédicale à la pratique de masse : le dépistage prénatal de la trisomie 21 en Angleterre et en France », *Sciences sociales et santé*, 2011, vol. 29, nº 3, pp. 5-32.. Néanmoins, une étude menée par J.C. Weber et al. sur le rapport des soignants à l'interruption médicale de grossesse, montre la souffrance que certains professionnels peuvent ressentir lors de ces décisions, quand la présomption d'eugénisme pèse sur ces interventions. Une ambiguïté semble apparaître ici avec le cas des grossesses à risque lorsque la femme est usagère de drogues, tant les raisons médicales à l'interruption de grossesse viennent compléter des raisons sociales, jugées parfois plus déterminantes dans le devenir de l'enfant.

[80] *Sugar Daddy* est un anglicisme pour qualifier un homme qui entretient financièrement son amante plus jeune. Pour Opale, son *suggar daddy* est l'homme qui, après qu'elle a passé deux ans de prostitution dans la rue, est devenu son client principal.

Opale : « Mais t'sais c'était un hostie[81] de coup pour moi ! Y en a qui sont à l'aise avec ça, mais pas moi. Ça me dérange pas d'en parler. J'étais pas à l'aise de le faire à ce moment-là. Y a des filles, y a des gars qui sont super à l'aise avec ça, mais pas moi. Je suis pas faite pour ça. »

La pratique de la prostitution, ainsi que les usages de drogues, sont des facteurs pris en compte lors de la décision de placement des enfants à la naissance. La séparation des mères usagères de drogues de leur enfant est un phénomène fréquent, car, lors de la naissance, elles font souvent l'objet de signalement aux autorités de protection de l'enfance[82].

En Suisse, dans le centre en résidentiel, nous rencontrons Aïssa, 29 ans. Elle nous accueille dans sa chambre pour nous livrer le récit de sa vie. Elle débute l'entretien par cette phrase :

« Parce que moi, j'ai un projet de vie, c'est de sortir d'ici avec un appartement, ou soit un appartement protégé, comme ça, je peux accueillir ma fille chez moi. »

Pourtant, au fur et à mesure de l'entretien, nous voyons bien que cette phrase, répétée comme un leitmotiv, correspond surtout à l'attente de l'institution qui amène les personnes à formuler des projets conformes aux projets de réinsertion, tels qu'ils sont définis en amont.

Née au Congo, elle arrive en Suisse à l'âge de 11 ans avec sa mère, tandis que son père est resté en Afrique. Sa mère se remarie et Aïssa est alors victime de violences de la part de son beau-père. Placée en foyer dès l'enfance, Aïssa explique qu'elle a vécu en institution toute sa vie. Elle a une fille de 6 ans, qui vit avec sa mère et le nouveau conjoint de celle-ci, qui est « moins agressif » que son ancien compagnon, précise-t-elle[83]. Elle rend visite à sa fille durant les weekends, seules sorties permises par le centre. Elle arrête sa scolarité en troisième, puis enchaine des petits boulots, jusqu'à un licenciement qu'elle considère abusif, elle souligne : « *En ce temps-là, je consommais pas de cocaïne.* ». C'est à 22 ans qu'elle commence

[81] Hostie = expression familière québécoise qui signifie « sacré »

[82] La séparation des mères usagères de drogues de leur enfant est un phénomène fréquent, car, lors de la naissance, elles font souvent l'objet de signalement aux autorités de protection de l'enfance, en effet : « Le total obtenu avec un recul de un à neuf ans montre que finalement […] un quart des enfants auront été séparés de leur mère. ». (Laurence SIMMAT-DURAND, « La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions », *Déviance et Société*, 2007, vol. 31, nº 3, pp. 305-330)

[83] Quand cela est possible, comme dans le cas d'Aissa, l'enfant est placé au sein de la famille élargie. Or ce type de placement peut faire ressurgir les problèmes familiaux. De plus, les difficultés propres aux enfants de femmes usagères de drogues peuvent rendre complexe ce type de placement.

la cocaïne, d'abord en snif puis fumée. Elle ne précise pas si elle a commencé avant, pendant ou après la naissance de sa fille, néanmoins les dates coïncident, bien qu'elle-même ne soit pas explicite sur le lien entre ces deux événements. A cette période, elle vit dans la rue, avec son petit ami de l'époque, pour autant elle hésite sur la paternité de sa fille :

> *« J'hésite entre lui et puis l'Equatorien. C'est peut-être parce que l'Equatorien, je l'ai rencontré quand j'avais 22 ans, j'ai quitté mon ex quand j'avais... euh ... 18 , 19... donc euh, si je suis enceinte de lui, je peux pas faire de 19 à 22 ans en grossesse, ça fait trop long... donc ça doit être l'Equatorien... parce que lui, je l'ai rencontré entre la séparation de mon ex, puis j'avais un autre ex, un autre copain, autour, que je voyais, mais là, j'étais déjà enceinte donc c'est pas lui non plus, donc ça peut être que l'Equatorien. »*

Elle explique également qu'elle a commencé à se prostituer à ce moment-là, pour se payer sa drogue, car elle devient rapidement dépendante et rentre dans ce qu'elle appelle le « *milieu d'un cercle vicieux* ». Elle pratique différentes formes de travail du sexe : soit en allant voir directement les dealeurs, soit en rencontrant des hommes en boîtes de nuit, « *des vieux cons* », dit-elle, ou encore, en « *mont[ant] en voiture avec n'importe qui* ». Elle précise n'avoir jamais subi de violences de la part de ses clients, qu'elle oppose aux violences subies dans son enfance par son ex-beau-père. Son entrée en thérapie intervient après une succession d'overdoses. Dans cet entretien, fait d'allusions et de non-dits, l'expérience de la drogue, mise en lien avec la prostitution, dessine le contexte dans lequel s'inscrit la grossesse. Sur cette période, Aïssa reste discrète, elle évoque sans nommer clairement les choses et nous ne cherchons pas à insister. Tout à coup, Aïssa de peur d'en dire trop peut-être et d'être amenée à faire des corrélations entre les divers événements de sa vie, interrompt l'entretien :

> *« Moi, je crois que je vous ai assez parlé comme ça, je vais changer mes draps... »*

Cette interruption abrupte est significative de la difficulté pour une femme de se confier sur ces différents événements. Lorsque les conditions dans lesquelles se trouvent les narratrices restent précaires, la grossesse est racontée comme une étape dont le reste de la carrière est incertain et également source d'inquiétude. Pour ces trois femmes, la grossesse n'a pas été vécue comme un point tournant

dans leur trajectoire biographique car elle s'inscrit dans des moments de leur vie où les risques pris étaient majorés. Au moment où nous les rencontrons, leur grossesse n'a pas eu d'impact significatif sur leur mode de vie ni sur leur consommation. Toutefois, il est possible qu'Aïssa réalise effectivement son « projet », pour reprendre le terme de l'institution, et puisse un jour accueillir sa fille, néanmoins si elle émet le projet de l'accueillir, elle ne semble pas envisager de vivre un jour, avec elle.

b) La grossesse comme moment de déprise et ajustement de rôle

Le concept de déprise, issu de la sociologie de la vieillesse peut être défini, selon Vincent Caradec, comme un « processus de réaménagement de l'existence[84] », à partir de l'abandon de certaines pratiques. En sociologie de la drogue, le concept de déprise est intéressant comme pendant du concept d' « emprise », développé par Fabrice Fernandez. Dans sa thèse de sociologie, Line Pedersen analyse les trajectoires de déprise, dans une approche critique de la conception des étapes de sortie de la dépendance, montrant la pluralité des expériences de déprise : cette dernière pouvant être entendue comme arrêt total ou encore diminution des consommations.

> « Parler en termes de « trajectoires de déprise » permet de rendre compte de la perception subjective de son propre parcours au dedans et en dehors du produit.[85] »

Jane, que nous rencontrons en France, vient fréquemment au centre pour chercher son traitement. Elle a 25 ans et consomme de l'héroïne et de la cocaïne avec son ex-compagnon depuis l'âge de 17 ans, puis, à l'âge de 19 ans, de la méthadone, toujours initiée par son ex-compagnon et des benzodiazépines. A 21 ans, elle est enceinte, les risques de malformations du fœtus dus à ces consommations lui feront envisager une interruption de grossesse, mais finalement, elle explique que son enfant sera bien soigné à la naissance :

[84] Vincent CARADEC, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris, France, A. Colin, 2008.

[85] Line PEDERSEN, *Expertises et addictions. Trajectoires de déprise à l'épreuve des groupes d'entraide et des centres de soin en addictologie*,Thèse soutenue à l'Université de Franche-Comté, 2015, p. 25.

Jane : « J'ai un enfant avec mon ex en même temps, et je voulais arrêter avant la grossesse, mais c'était bon, parce que le petit, j'avais des…j'risquais de l'perdre, j'avais des chances de malformations, enfin, y avait plein de problèmes, de problématiques et tout. Et puis bon, le p'tit a été bien soigné à la naissance, pas de problème, tout s'est bien passé.

C : Un sevrage à la naissance ?

Jane : Ouais. Tout s'est bien passé, par contre je l'ai pas allaité parce que le médecin, le gynécologue s'en foutait un peu, me poussait un peu, parce que ma mère n'était pas derrière moi en fait. Parce que j'ai appris la naissance de mon enfant une semaine après la mort de ma mère. Donc personne m'a réellement suivie, assistée, autrement elle aurait été d'accord. »

Par ce lapsus « j'ai appris la naissance de mon enfant », Jane témoigne de ce sentiment d'extériorité qu'elle éprouve lors de la naissance, renforcé par le deuil de sa mère et la réprobation qu'elle perçoit chez le personnel soignant[86]. Pourtant, elle considère avoir développé des stratégies pour protéger son enfant, alors même qu'elle vit dans un milieu où la drogue tient une place omniprésente, à la fois objet de consommation et de trafic :

« Et à la naissance de mon fils, après, je voulais arrêter pour pouvoir qu'il naisse, et qu'il vive, sans produit, sans qu'il voie de piquouse et tout ça. »

« A l'arrivée de mon fils chez moi, même si c'était déjà prévu quelques jours avant l'accouchement, plus personne était rentré chez moi, j'ai fermé la porte à tout le monde, pour que personne vienne chez moi se droguer, même bébé, il se souviendrait pas, je leur ai tous fermé la porte »

Peu de temps après la naissance son enfant, celui-ci lui est retiré, à la suite de la visite de l'assistante sociale, alors qu'elle avait repris des benzodiazépines et était dans l'incapacité de la recevoir. Aujourd'hui, son fils de trois ans et demi est en famille d'accueil et elle n'est pas autorisée à le voir. La violence de son ex-conjoint la pousse à quitter sa région d'origine pour venir à Strasbourg, suivie par son nouvel ami, qui se trouve au moment de l'entretien en prison. A son arrivée à Strasbourg, elle se retrouve à la rue et continue ses consommations. Son objectif est de continuer à avoir des enfants :

[86] La question de l'allaitement fait actuellement débat, d'abord considéré comme une contre-indication formelle lorsque la femme continue ses consommations de produits stupéfiants, l'allaitement est aujourd'hui perçu comme favorable pour la mise en place d'un lien mère-enfant, à condition que la femme n'ait pas contracté d'hépatite.

« Moi je veux d'autres enfants, j'aimerais bien d' « avoir au moins …4…5…6 enfants, au moins 4, 5 enfants ! Voire 6 ! Donc si on compte celui de mon mari…celui qui est pas totalement à moi, mais… qui est un petit peu quand même…et bien ça fait déjà 2… »

Mais consciente des risques des symptômes de sevrage sur le fœtus, elle ne souhaite plus reprendre le risque d'être enceinte tant qu'elle prend toujours de la méthadone, son objectif est de diminuer ses doses avant la sortie de son conjoint de prison.

« Donc je me dis que pour les autres accouchements, il en est hors de question de tomber enceinte avec ces produits, malgré qu'il faut le garder absolument, si je suis enceinte, que…quoi donc…et que je me sentirai 100 fois mieux, (chuchotement) une fois que j'aurai arrêté ce traitement. Je serai enfin contente et libre de moi. »

Se détacher du produit est rendu nécessaire pour ses projets de grossesse, car pour elle, être mère est aussi une forme d'identification en tant que femme, par rapport à l'homme, dont la place au sein du monde de la drogue est liée à son investissement actif dans le trafic[87] :

« En tant que femme c'est pas pareil ! Parce que nous, on a nos enfants…donc nous on pense plus au niveau maternel…tout ça, peut-être, et puis du point de vue des regards des autres aussi, mais en tant qu'homme, je pense, qu'en tant qu'homme, ils ont pas tout ça eux, […] bon les femmes on deale moins que les hommes, ce qui est vrai. »

La grossesse est envisagée comme un moment de déprise de manière à protéger le fœtus mais également de bien-être, du nouveau rapport au corps, pour certaines femmes qui y voient la possibilité d'un arrêt temporaire de la drogue,

[87] La place des femmes au sein des mondes de la drogue dépend également d'une conception genrée des rôles attribués dans le trafic. En effet, les femmes sont souvent reléguées à des activités annexes du trafic, du fait de la violence de cette pratique. Toutefois, une féminisation des usagers-revendeurs s'est opérée dans les années 1990, notamment avec l'arrivée des extasy. Ainsi Denis Jasek, dans son témoignage sur la brigade des stupéfiants de Strasbourg raconte cette arrivée des femmes dans les commissariats pour recel[87]. En effet, Christine, sur qui nous reviendrons plus loin, raconte qu'elle était, durant les années 1990, revendeuse d'extasy. Le contexte festif dans lequel se consomme cette drogue et l'absence d'effets de manque expliquent sans doute en partie que les femmes aient pu se saisir de ce marché moins contraignant et violent qu'est le marché d'héroïne et de cocaïne, par exemple.

L'horizontalisation du trafic liée à l'apparition des TSO sur le marché noir peut également être pensée autour de l'horizontalisation des rôles homme/femme dans le marché des drogues.

tandis que la maternité est idéalisée comme possibilité pour la femme de réajuster sa position et son rôle, dans un monde conçu comme essentiellement masculin.

c) La grossesse et l'ancrage dans le monde de la drogue

Pour certaines femmes, devenir mère implique un réajustement biographique qu'elles se sentent incapables d'assumer. Face à ce sentiment d'impuissance, à la honte engendrée par le fait de ne pas se reconnaître dans le rôle de mère, le risque de rechute dans la drogue peut croitre pour celles qui en ont déjà fait l'expérience. La grossesse n'est alors pas vécue comme une étape dans la carrière, mais plutôt comme une véritable rupture biographique, une bifurcation marquant un tournant dans la trajectoire. L'événement n'est pas vécu comme allant de soi mais au contraire suppose une renégociation identitaire entreprise par la personne.

Hannah, a aujourd'hui 46 ans, elle a commencé à expérimenter les produits psychotropes à l'âge de 12, 13 ans, d'abord le hash et l'alcool, dit-elle, puis les acides, l'année suivante, un premier épisode de trois mois de cocaïne par injection, puis l'abstinence jusqu'à l'âge de 27 ans, soit un an après la naissance de sa fille.

> *« J'ai rencontré celui qui va être le père de mes enfants à peu près à 23 ans, puis j'ai...là, j'enseignais la philo au CEGEP [établissement pré-universitaire québécois], puis j'ai eu ma première fille, mon premier enfant à 26 ans, puis j'étais pas prête, je pense, à être mère, en tout cas, je vais pas faire de psychologie à 5 sous, mais historiquement dans mon histoire, c'est à l'âge de 26 ans, puis j'ai commencé à consommer de l'héroïne, j'avais 27 ans. »*

Alors que sa fille a moins d'un an, Hannah se met à consommer de l'héroïne, consommation qu'elle relie explicitement à son mal-être et à l'ambivalence de ses sentiments pour sa fille :

> *« J'étais pas prête à être maman, puis ça s'est vraiment mal passé, après coup, j'ai culpabilisé énormément mais après coup, si je regarde ça maintenant aujourd'hui si je me regarde moi, avec ma fille, quand ma fille est bébé, tout ça, dans l'état où j'étais, je pense que je dirais : « Cette femme là, elle a besoin d'aide », j'avais besoin d'aide ! Mais t'sais, c'est ton premier enfant, on a plus de famille très élargie, des grands-parents pour nous dire ce qui est normal, ce qui est pas normal. Fait que les difficultés que je vivais, pour moi, j'en parlais pas, c'était comme normal, j'imagine !*

Sans être un rejet absolu comme certaines femmes, j'avais de la difficulté avec ma fille, j'avais de la difficulté avec amour-rejet, amour-rejet... »

Cet extrait reflète bien la difficulté qu'éprouvent certaines femmes, suite à leur accouchement, face à l'absence d'aide, au manque de soutien familial mais également sociétal. Sa première fille a cinq ans quand Hannah attend son deuxième enfant, alors qu'elle consomme de l'héroïne quotidiennement ; elle nous raconte sa grossesse :

« Je suis arrivée à l'hôpital, on m'a fait rencontrer une spécialiste de grossesses à risques, [...], et elle m'a demandé : « Mme X. est-ce que vous pouvez me garantir que vous allez consommer la même qualité d'héroïne pendant tous les jours de votre grossesse ? » Je fais : « Mais non, je fais de la drogue de rue » « et la même quantité ? » « Non, je suis pas millionnaire, je vis des trois jours... ». Elle fait : « Si vous m'aviez répondu oui aux deux questions, je vous aurais dit : Vous n'êtes pas une grossesse à risques », puis elle m'a tout expliqué, que justement il n'y avait pas d'incidence sur le fœtus, c'était le manque, que même il y a des morts, c'est tellement violent le manque d'héroïne, que les bébés meurent parfois, les fœtus, puis s'il y a des incidences c'est parce que ça coute cher et donc la maman mangera pas, et tout le social autour, on revient à ça, à l'argent ! »

Finalement, elle initie un programme méthadone durant cette grossesse. Au Québec, une liste d'attente de deux ans précède l'initialisation du traitement méthadone, or pour les grossesses identifiées comme à risques, ce délai est raccourci. Une rumeur, que nous rapporte un médecin, laisse entendre que certaines femmes pourraient être enceintes pour accéder aux traitements.

Médecin du Québec : « Ah, ça peut prendre des années, sauf les femmes enceintes qui ont priorité, toujours. Je l'ai vue, là... la journée même ou le lendemain, si je peux. C'est très rapide. Puis après l'accouchement, au tout début, on savait pas quoi faire avec elles, on les voyait comme des gens qui avaient triché entre guillemets puis on les enlevait de la méthadone puis on les remettait en file d'attente puis on s'est demandé est-ce qu'on pouvait faire ça éthiquement puis ça a duré une semaine, je pense, où on a dit : « On peut pas, quand tu commences à mettre quelqu'un sous méthadone, lui enlever la méthadone. » Mais, c'est vrai que la personne a triché, on avait peur que les femmes tombent enceintes pour devancer l'attente mais on s'est dit que ça arrivait pas vraiment, non. Des gens tombaient enceintes, naturellement... On pense pas, moi, je pense pas. »

Ce type de rumeur participe d'une stigmatisation des femmes usagères de drogues. Hannah, qui a accédé au traitement durant sa grossesse va décider de l'arrêter à la naissance de son fils. Elle reprend alors ses consommations d'héroïne jusqu'à ce qu'elle quitte son foyer : ses enfants et son mari. Elle s'installe alors avec un homme qu'elle définit comme « hyper toxicomane », avec lui elle se remet à la cocaïne par injection ; s'ensuit une période de forte consommation qu'elle finance en se prostituant, alors même qu'elle continue à enseigner la philosophie au Cégep, jusqu'à ce qu'elle se fasse licencier. Tout au long de l'entretien, elle revient sur sa culpabilité vis à vis de sa fille, de ses Noëls gâchés car elle restait enfermée dans les toilettes à chercher une veine, de ses tentatives de thérapie se soldant par des rechutes, et de la perte de confiance de sa fille qui la menace de couper les ponts si elle ne va pas au bout de ses thérapies. Un programme de prescription médicale d'héroïne, du projet *North American Opiate Medication Initiative* (NAOMI), qu'elle a suivi pendant une année, lui a permis de se stabiliser, d'arrêter la prostitution et de diminuer ses consommations de cocaïne mais surtout, elle reprend confiance en elle et renoue avec sa fille. A la fin de ce programme qui ne sera pas reconduit au Québec, elle reçoit l'équivalence de sa dose d'héroïne en méthadone, traitement qu'elle suit toujours.

Aujourd'hui, encore fragile et instable face à ses consommations, elle réside dans un centre pour personnes en traitement de substitution ; ses relations avec ses enfants (son fils de 15 ans et sa fille de 20 ans) restent en suspens.

d) La grossesse associée au désir d'alternation

Certains individus invoquent une nécessaire alternation pour arrêter la drogue ; ainsi, changer d'habitudes, de groupe de pairs et de manière de concevoir la vie est appréhendé comme indispensable pour éviter les rechutes[88]. Séparée d'un homme après une relation de 9 ans, Christine, qui a aujourd'hui 32 ans, nous raconte ces soirées en boîtes de nuit où elle rencontre des hommes pour se prouver qu'elle plait. Déjà consommatrice de cocaïne, elle la consomme à cette

[88] Michel JOUBERT, « La vie de Marlène : entre dépendance et autonomie », *Ethnologie française*, 2002, vol. 32, n° 1, pp. 103-114. L'histoire de Marlène est également marquée par une grossesse vécue comme un point tournant. Malgré le placement de son fils et l'étiquettage en tant que « mauvaise mère » par les services sociaux, elle va entreprendre un sevrage et infléchir le cours de sa vie en référence à son fils placé. (p.107)

époque en snif. Elle rencontre celui qui devient son mari, et avec lui elle continue ses consommations et s'initie à la cocaïne fumée : au crack. Pour gérer les descentes, elle a pris l'habitude de consommer de l'héroïne. Dès l'âge de 18 ans, elle entame un traitement méthadone, qu'elle suit encore actuellement. Rapidement, lors de l'entretien, elle évoque sa tristesse liée à un avortement :

> *Christine : « Je me suis fait avorter en 2011. J'ai appris à 2mois que j'étais enceinte. Puis avec la méthadone, cocaïne, alcool… C'est à partir de là, que j'ai pété un plomb […], je suis partie en dépression ! »*

Cet avortement est un véritable point tournant dans sa trajectoire de vie, tant elle prendra conscience de l'inadéquation entre son projet de vie et de famille et son mode de vie lié à ses consommations. Les consommations vont alors augmenter au sein du couple et sa vie professionnelle va s'envenimer à partir de cet événement :

> *« J'avais fait des virements sur mon compte depuis mon travail*, [elle est alors comptable] *donc j'aurais pu aller en prison, donc, j'avais tout ça, et je faisais une énorme dépression. Et j'avais mon mari qui m'attendait en fait après les premières, donc, dès que je ressortais, je recommençais. Là-bas, ça a duré 6 mois, ça allait plus ou moins bien, et puis au mois de septembre de l'année passée, ça a merdé complètement, puis là, on a essayé de divorcer. Voilà, ensemble, on peut pas arrêter. »*

La consommation apparaît dans l'histoire de Christine comme le liant de sa relation. La rencontre de celui qui deviendra son mari a lieu dans un contexte de fête, qu'ensemble ils essaieront de prolonger, effaçant la césure entre univers festif et univers domestique à travers la perpétuation des usages de psychotropes dans ces deux univers. Au sein des couples, la consommation peut prendre une place singulière. Comme nous l'avons vu avec l'exemple de Jane, les rôles dans le monde de la drogue peuvent être genrés mais le partage des pratiques s'inscrit dans un processus plus vaste de construction identitaire. Nicoles Vitellone analyse la place des échanges de seringue dans les relations hétérosexuelles :

> « Sharing, in other words, is not an effect of gendered power relations, but key for the maintenance, renewal and stability of heterosexual relationships.[89] »

[89] Le partage, en d'autres mots, n'est pas un effet de rapports de pouvoir genrés, mais la clé pour le maintien, le renouveau et la stabilité de relations hétérosexuelles. Nicole VITELLONE, « The syringe as a prosthetic », *Body & Society*, 2003, vol. 9, nº 3, p. 46.

Si le partage, étudié par Vitellone, concerne principalement les seringues, il est intéressant de noter que pour d'autres personnes rencontrées, le partage des traitements de substitution et la dépendance induite, interfèrent dans la relation, comme le ciment du couple. A cet égard, nous avons rencontré Fred, qui raconte que son amie de l'époque lui donnait une partie de ses cachets de Subutex qu'elle-même recevait de son voisin :

> *« Parce que la mère de mes enfants, elle était en fait très manipulatrice, pour dire. Elle m'a dit, moi, je venais de Besançon, j'sortais de ma…on va dire de ma campagne quoi…et j'avais jamais rien pris à part des…enfin si, j'avais touché un peu à tout mais, j'veux dire, j'fumais qu'des joints à Besançon, et puis je connaissais pas trop le Sub. Elle me disait on tombe pas accro à ça quoi, je pense qu'elle voulait me raccrocher par rapport à ça aussi. »*

Lorsque le couple est bâti autour de la drogue, il apparaît souvent très délicat pour les personnes de s'en détacher ensemble. Actuellement dans un centre en résidentiel, Christine est aujourd'hui divorcée et elle souhaite se reconstruire pour un jour pouvoir envisager de constituer une famille et avoir des enfants. Inscrite sur un site de rencontres sur internet, elle profite de ses weekends pour rencontrer de nouvelles personnes en dehors de son cercle d'amis, tous consommateurs. Elle souhaite aujourd'hui retrouver un compagnon qui ne soit pas dans le monde de la drogue, bien qu'elle craigne que son identité ex-usagère ne soit trop stigmatisante.

> *« Trouver quelqu'un qui est pas du tout du milieu, c'est pas facile à accepter comme passé, donc […] Pour l'instant, à ceux qui posent des questions, je dis que je fais une dépression, après mon divorce. Puis je dis juste ça. »*

Paradoxalement, se considérant dépendante affective, elle sait aussi qu'elle doit apprendre à se sentir bien par elle-même, si elle veut mener à bien sa thérapie ; or depuis deux ans dans un centre en résidentiel, avec la possibilité de sortir uniquement le weekend, elle lutte à la fois pour retrouver un cercle d'amis, mais aussi des activités, non liées à la drogue. Une future maternité pourrait selon elle venir signifier un changement de vie, un arrêt des consommations et un éloignement définitif du monde de la drogue.

3. *Grossesse et substitution, de nouvelles prescriptions de normes*

Les histoires de ces femmes sont marquées par de nombreuses ruptures biographiques. Chez toutes les femmes rencontrées, l'initiation aux produits psychotropes (joints /alcool) a été précoce, vers l'âge de 12 ans ; puis l'initiation à la cocaïne et à l'héroïne intervient vers l'âge de 18/20, soit à l'âge de leur première grossesse. La corrélation entre ses usages et leur grossesse est complexe, à la fois effet d'âge, mais aussi parfois effet de conséquence.

La consommation de drogues reste une raison souvent évoquée ou invoquée pour expliquer une IVG ou le placement d'un enfant, mais ce sont surtout les risques psycho-sociaux associés qui interviennent dans ces décisions. Le chamboulement provoqué par ces grossesses reste parfois indicible pour des femmes victimes d'une forte stigmatisation. Les discours médicaux sur les risques sur le fœtus puis les recommandations psycho-sociales ou juridiques sur le bien-être de l'enfant peuvent parfois entrer en contradiction avec la réalité subjective de ces femmes, dont le monde social s'est constitué autour de la drogue. Une meilleure compréhension du sens qu'elles attribuent à la grossesse nous aide à mieux appréhender le lien complexe qu'elles nouent avec la drogue : à la fois substances psychotropes et vectrices de lien social, au sein d'un monde intersubjectif. Le traitement de substitution permet, dans une certaine mesure, une socialisation secondaire de ces femmes dans le monde du soin, leur faisant accéder à un nouveau type de rôle, étranger cette fois-ci au rôle qui leur est attribué dans le monde de la drogue.

Si les traitements de substitution ont permis une amélioration des suivis de grossesse[90], malgré des risques de syndrome de sevrage plus forts avec la méthadone et le Subutex qu'avec l'héroïne, elle-même, leur généralisation, que le traitement soit initié avant ou pendant la grossesse, peut devenir un facteur de stigmatisation pour les femmes qui refusent ou refuseraient de s'y soustraire[91].

---

[90] « L'effet bénéfique de la substitution, hormis celui de la prise en charge et du soutien médico-psycho-social et de la politique de réduction des risques, repose surtout sur le maintien de taux maternels stables d'opiacés évitant les épisodes successifs de pics et de périodes de manque, ces derniers étant générateurs de souffrance fœtale. » in Claude LEJEUNE et Laurence SIMMAT-DURAND, *Grossesse et substitution*, *op. cit.*, p. 11.

[91] « Le contrôle social exercé par la prescription de produits de substitution prend dans le cadre

L'arrêt ou la diminution de la substitution, que peuvent souhaiter certaines femmes pendant la grossesse, ne leur sont pas toujours permis, comme un témoigne un médecin rencontré au Québec :

> *« Je suis un des seuls médecins que je connais qui permet aux femmes enceintes de baisser leur dose de méthadone et même, j'ai réussi plusieurs fois des sevrages de méthadone en grossesse, ce qui, ce qui est interdit, partout dans la littérature mondiale mais je vais chercher la littérature scientifique et j'étais pas convaincu que c'était si dangereux que ça. Donc dans le sens laisser les patientes, elles-mêmes explorer leur dépendance, j'ai permis à... en fait, je permets à 100% des femmes qui veulent réduire leur dose de réduire, j'analyse avec elles les possibilités. Ça se peut que ça marche, que ça marche pas, c'est une maladie physique, c'est pas de ta faute, blablabla ... Quand est-ce que c'est dangereux, quand est-ce que c'est pas dangereux. Des fois, les femmes veulent trop vite ; elles vont accoucher dans deux mois puis on a pas le temps. Des fois, c'est le bon moment. Des fois, je le mentionne en espérant que la femme va vouloir et on a réussi quand même plusieurs fois. Mais beaucoup de fois, ça marche pas et les femmes sont vraiment en grand regret : "Je pensais je pouvais arrêter avant que mon bébé naisse mais je vois que c'est pas possible". »*

L'initialisation, l'augmentation, la diminution et l'arrêt du traitement sont des actes négociés entre un patient et un praticien. Le contexte, comme le fait d'être enceinte, influe grandement sur les prises de décisions. S'il existe une certaine asymétrie dans la relation, du fait que seul le médecin est habilité à prescrire le traitement, l'usager de TSO quant à lui reste autonome face à ses ajustements d'usage.

A l'issu de ces analyses, nous avons pu considérer l'ambivalence dans laquelle se trouvent les femmes usagères de drogues, prises dans des injonctions normatives plurielles voire paradoxales : entre volonté de sortie ou de maintien du monde de la drogue, la grossesse peut être vécue comme moment de rupture ou comme étape dans la carrière. Les femmes, narratrices de leur vie, imbriquent dans leur récit les différents référentiels acquis dans les mondes sociaux, du soin et

---

des grossesses un sens particulier puisque l'on vise alors l'inscription de la femme dans un protocole médicamenteux mais également dans la norme du bon suivi prénatal. La généralisation des traitements de substitution pendant la grossesse tend à ce qu'ils deviennent la nouvelle norme de suivi des femmes enceintes toxicomanes avec le risque que leur refus par la femme ne renforce l'image de mauvaise mère » in Laurence SIMMAT-DURAND, « Grossesse et drogues illicites », *op. cit.*, p. 115.

de la drogue, la substitution apparaissant à l'entrecroisement de ces différents mondes.

V. Conclusion du chapitre IV : Sortie de la substitution et logique palliative

Septembre 1992, dans la lettre ouverte en réponse aux médecins détracteurs des TSO, un collectif auquel participe Coppel revendique l'accès au médicament comme outil de négociation dans l'instauration d'une relation thérapeutique :

> « On sait bien qu'aucun médicament ne peut " guérir " la toxicomanie. Réduire le risque revient donc avant tout à gagner du temps sur une mort annoncée, le temps que le toxicomane, serait-il séropositif, trouve par lui-même un chemin qui l'invite à vivre. Il s'agit, par conséquent, de garder un contact qui permettra peut-être à terme que l'on se parle. Mais cela a un prix : établir et maintenir un lien; en l'occurrence, " soigner ", c'est d'abord négocier. Et cela implique qu'en reconnaissant l'autre tel qu'il est, le soignant s'ouvre à la possibilité d'un compromis tout en sachant que cela va passer par la prescription de produits de substitution comme la méthadone et le Temgesic. »[92]

Pour les collectifs d'autosupport pour usagers de drogues, l'introduction des TSO doit avant tout permettre de redonner la parole aux usagers de drogues pour leur donner un poids dans la négociation avec le praticien sur l' arc de travail à entreprendre durant leur trajectoire. Aujourd'hui, vingt ans après l'introduction des traitements, la question de la parole des usagers reste en suspens, tant la précarisation et la vulnérabilisation du public accueilli font perdurer l'asymétrie dans la relation soignant/soigné. Un des nouveaux enjeux de cette négociation repose sur la sortie de la substitution. Des usagers témoignent de leur volonté d'arrêter, mais la quantité de leur dosage, des événements de vie, leur relation avec le médecin rendent complexe toute projection vers la sortie. Ainsi le discours des groupes d'autosupport tend de plus en plus à interroger l'impensé de la sortie de la

[92] Anne COPPEL, Aimé CHARLES-NICOLAS, Alain BEAUPIN, Clarisse BOISSEAU, Jean CARPENTIER et Didier TOUZEAU, « Le repère du toxicomane », *Le Monde*, 9 septembre 1992.

substitution face au paradigme de la stabilisation. Selon Olivet, l'assignation des usagers de drogues à une place de patients souffrant d'une pathologie « chronique récidivante » dont le traitement doit être à vie, renvoie « les pionniers de la RdR à leurs rêves inaudibles de sortie de la prohibition[93] ». L'usage de drogues appréhendé uniquement à travers le prisme de la pathologie a conduit à invisibiliser les processus d'autocontrôle dont les usagers de drogues font preuve au cours de leur carrière de consommation. La médicalisation de la RdR entendue comme la mise en place de processus d'hétéro-contrôle exercé sur les usagers renforce le paradigme politique en matière de drogues, centré sur la répression.

Les psychiatres également se mobilisent pour interroger la question de la sortie des TSO comme en témoigne le dossier à ce sujet de la revue *Psychotropes* de 2013. Michel Hauteufeuille, qui en 1992, contestait vigoureusement l'appel du collectif Limiter la Casse, en vue d'introduire la substitution pour permettre de créer du lien, introduit le dossier, qui rétrospectivement, peut être lu comme une forme de *Mea Culpa* :

> « Le développement de la substitution a été sans conteste une des avancées les plus remarquables en matière de prise en charge pharmacologique des addictions. Il a également profondément changé la relation du toxicomane à son thérapeute.[94] »

Dans ce numéro de la revue, le psychiatre Dugarin, qui est un des premier prescripteur de méthadone en France, explique que la volonté d'arrêter la substitution est assez nouvelle, tant les rares patients qui pouvaient accéder à la méthadone aux débuts de son expérimentation se montraient réticents à arrêter un traitement dont il n'avait aucune assurance qu'ils pourraient se le faire prescrire à nouveau. Pour Dugarin, la mise au clair d'un questionnement autour d'un éventuel arrêt de la substitution entre le praticien et le patient est nécessaire en vue d'établir une « stratégie thérapeutique[95] ».

---

[93] Fabrice OLIVET, « L'autosupport des usagers de drogues, une histoire de tox », *in Histoire & principes de la réduction des risques: entre santé publique & changement social*, 2013, p. 70.

[94] Michel HAUTEFEUILLE, « Arrêter la substitution », *Psychotropes*, 2013, vol. 19, nº 2, pp. 5-8. Cette introduction est bien loin de la réponse à l'appel du 9 septembre qui à l'époque clamait la supercherie de la substitution : « Mais l'alliance qui se forge à travers l'ordonnance de drogue, si elle satisfait provisoirement le corps, n'est qu'un jeu de dupe. » in Alain MOREL, Michel HAUTEFEUILLE, Philippe BINDER et Jacques AFCHAIN, « Toxicomanie : les médecins, docteurs ou fournisseurs ? », *op. cit.*

[95] Jean DUGARIN, Gaël DUPUY et Patrice NOMINE, « Arrêter la méthadone, pour quoi faire ? », *op. cit.*

La stabilisation de la substitution vise à réinscrire le sujet dans une nouvelle temporalité. L'objectif du praticien est d'établir un contact et que ce contact perdure. Dans ce cadre, la substitution permet d'éviter toute aggravation de la situation sanitaire et sociale de la personne. Pour Soulet, s'opposent aujourd'hui deux logiques, celle du travail social promotionnel et celle du travail social palliatif. Selon lui, le travail social actuel est confronté à la gestion de « stock » c'est-à-dire l'accompagnement d'une concentration de personnes qui ne peuvent s'inscrire dans les logiques d'activation et d'*empowerment* promues par les politiques sociales ; et qui par conséquent doivent être prises en charge toute leur vie[96]. En plus de l'approche bio-médicale, qui fait de la dépendance une maladie chronique, la conceptualisation des TSO se situe également au cœur de ces deux logiques du travail social. Le TSO comme médicament curatif ou palliatif re-questionnent les logiques et l'imbrication entre l'acte de soigner (*cure*) et de prendre soin (*care*).

La reconquête d'un corps moins aux prises avec les effets du manque et l'apprentissage d'une nouvelle gestion du quotidien peuvent être pensés comme un tremplin vers un aller-mieux, vers une forme singulière de projection. La rhétorique du projet d'insertion, chère au travail social, apparait inappropriée face aux incertitudes que peuvent éprouver les personnes, très marginalisées, face à leurs chances de retrouver un travail, par exemple, ce d'autant plus quand ces personnes n'ont pas eu d'emploi durant les longues années où elles vivaient immergées dans les mondes de la drogue. Le risque du paradigme de l'activation est bel est bien de laisser de côté ceux qui ne peuvent être totalement autonomes. Néanmoins, logique palliative et logique d'activation ne peuvent être pensées de manière radicalement dichotomique, tant le processus d'exclusion sociale des personnes recevant une aide sociale s'affaiblit face à la généralisation de la figure de l' « ayant-droit[97] ». La logique palliative, dans son spectre le plus large, pourrait être pensée comme un outil visant à une plus grande harmonisation sociale autour du principe de l'interdépendance entre les citoyens et de la solidarité. En reprenant les distinctions de Warin entre *Welfare* et *Workfare*, nous pouvons dire que dans une logique de *Welfare*, le palliatif serait conçu comme un dispositif universel permettant à chacun de redevenir acteur au sein de la Cité, selon un

[96] Marc-Henry SOULET, « De l'habilitation au maintien: Les deux figures contemporaines du travail social », *Savoirs*, 2008, vol. 18, nº 3, pp. 33-44.

[97] Michel MESSU, *Les assistés sociaux*, Fribourg, Suisse, Academic press Fribourg, 2009.

registre d'égalité, de solidarité et de rétablissement du lien social ; tandis que dans une logique de *Workfare*, seule est prise en compte la valeur travail, dans un esprit comptable de rentabilité[98].

Pour autant, plutôt que de penser l'aide sociale et le palliatif comme au fondement des sociétés humaines – celles-ci se caractérisent en effet par l'interdépendance de ses membres due à un manque existentiel comblé par l'entraide et l'entre-soi – les politiques publiques, à travers le ciblage d'une partie de la population destinataire des prestations sociales, tendent à renforcer le climat de tension sociale, à fragiliser la cohésion sociale, et à produire une « société de frontières ». La stigmatisation des allocataires renforce le sentiment d'injustice d'une partie de la population qui n'ont pas accès à l'aide sociale mais qui ont pourtant des difficultés financières[99]. Redonner une place dans la cité aux personnes en marge passe également par une réactivation de leur conscience citoyenne, celle-ci étant mise à mal par la disqualification et la réprobation sociale dont elles sont victimes. Nous pensons que la capacité de se raconter, de se mettre en récit, s'inscrit déjà dans une logique d'activation dont la valorisation sociale trouve certains échos dans des initiatives qui se développent autour de la pair-aidance ou de l'autosupport.

[98] P. Warin désigne le passage du RMI au RSA comme le signe du « basculement d'une logique de welfare vers celle du workfare » et d'une accentuation de la logique d'activation, conditionnant l'accès aux aides sociales selon les critères habituels (âge, ressources, etc.) mais également selon le comportement.

[99] Philippe WARIN, « Ciblage de la protection sociale et production d'une société de frontières », *SociologieS*, 27 décembre 2010.

Chapitre IX. SAVOIRS ET ENGAGEMENTS D'USAGERS DE DROGUES

La valorisation des savoirs d'expérience relève d'une remise en question du savoir médical, perçu comme homogène et immuable. Au contraire, les savoirs qu'apportent les personnes de leur propre expérience du traitement et des produits psychotropes en général, révèlent la diversité des points de vue et leur caractère mouvant. Les pratiques sociales sont sans cesse réévaluées en fonction de l'apport de connaissances nouvelles, cela caractérise la « réflexivité systématique » propre aux sociétés modernes, selon Giddens :

> « Le réflexivité de la modernité, directement impliquée dans la génération continue d'auto-connaissance systématique, ne stabilise pas la relation entre le savoir expert et le savoir appliqué aux actions courantes. Le savoir revendiqué par les observateurs experts rejoint son sujet, tout en l'altérant.[1] »

Il apparaît peu pertinent d'opposer ici savoir profane et savoir expert tant la connaissance sociale circule dans une « double herméneutique[2] », les acteurs sont eux-mêmes producteurs de sens et réinterprètent les savoirs au prisme de leurs propres expériences. L'imbrication des différents savoirs [y compris sociologiques] témoigne de leur porosité et de leurs multiples interactions. Les savoirs apparaissent moins comme participant d'un processus de juxtaposition des connaissances que d'un principe de réagencement de celles-ci. Comme l'analyse Beck, la question des risques et des mesures prises pour les éviter, suppose une sociologie des savoirs :

> « Ecrire une sociologie politique et une théorie de la société du risque, c'est par définition écrire une *sociologie du savoir*, non pas une sociologie de la science, mais bien une sociologie de *tous* les mélanges, de tous les amalgames, de tous les

[1] Anthony GIDDENS, *Les conséquences de la modernité*, *op. cit.*, p. 51.

[2] Anthony GIDDENS, *New rules of sociological method: a positive critique of interpretative sociologies*, Stanford, Calif., Etats-Unis d'Amérique, Stanford University Press, 1993. Et Anthony GIDDENS, *Modernity and self-identity: self and society in the late Modern Age*, Stanford (Calif.), Etats-Unis, University Press, 1991.

acteurs qui sont en jeu dans le domaine du savoir, avec leur connexions et leurs affrontement, leurs principes, leurs ambitions, leurs erreurs, leurs irrationalités, leurs vérités et leurs incapacités à savoir ce qu'ils prétendent savoir.[3] »

Les savoirs que détiennent les personnes du fait de leur expérience des drogues ne conditionnent pas toujours leur engagement au sein des institutions. « Engagement » est ici entendu au sens de Becker comme un :

> « processus par lequel une personne "normale" se trouve progressivement impliquée dans les institutions et les conduites conventionnelles.[4] »

Ces formes d'engagement, lorsqu'elles existent, sont plurielles et revêtent un sens qui varie selon que la personne se professionnalise au sein de l'institution ou qu'elle adhère à des associations.

I. De l'expérience aux savoirs des usagers de drogues

Avec l'apparition du Sida et l'isolement dans lequel sont laissés de nombreux malades, face à un système médical parfois maltraitant et des traitements jugés inefficaces, des associations de malades sont crées, en vue de faire valoir une nouvelle forme de savoirs et de compétences en lien avec la maladie[5]. Dans ces associations, des avocats, ou encore des intellectuels, vont donner une certaine portée juridique ou encore médiatique à ces nouveaux mouvements. Les différents savoirs de personnes atteintes du VIH se sont d'abord constitués en opposition au savoir médical dominant pour en modifier radicalement les modalités de prise en charge et d'accompagnement, le Sida n'est plus alors conçu uniquement à travers le prisme du sanitaire mais également du

[3] (Souligné par l'auteur) Ulrich BECK, *La société du risque*, *op. cit.*, p. 99.

[4] Howard BECKER, *Outsiders*, *op. cit.*, p. 50.

[5] « L'autre grande nouveauté dans cette dynamique fut le rôle actif des bénéficiaires. Les associations d'aide aux malades du Sida, les associations des hémophiles et transfusés ont rompu avec la dépendance qui traditionnellement liait les organisations des patients aux médecins spécialistes de leur pathologie. Les patients du Sida et les personnes séropositives se sont tournés vers la mobilisation politique et la justice, introduisant ainsi des dimensions non médicales dans les politiques de santé. Leur revendication visant une « vie normale » a retenti sur l'organisation des soins et des services, voire sur la mise en application rapide des progrès de la recherche. L'action autonome des bénéficiaires signifie surtout une remise en question de la position dominante des médecins. » (Monika STEFFEN, « Les modèles nationaux d'adaptation aux défis d'une épidémie », *op. cit.*, p. 28.)

politique et de la justice. Dès lors, dans les années 1990, les personnes séropositives sont confrontées à une pluralité d'avis, parfois dissonants et souvent mouvants sur les traitements et l'intérêt qu'ils présentent, voire leurs dangers. Dodier et Barbot, dans un article paru en 2000, discutent des inégalités d'accès et de réception face aux découvertes scientifiques et aux flux incessants d'informations, notamment provenant des médias, recueillies par les personnes malades.

> « Les sociologues ont surtout insisté sur le contraste entre deux types de patients : d'une part, l'émergence de patients « actifs » vis-à-vis de leur médecin et bien informés par des tiers (associations, médias, entourage) et, d'autre part, l'existence de patients « passifs » et qui s'en remettent aux médecins.[6] »

Expérience singulière et subjective, la maladie peut devenir un enjeu de lutte collective, mais le tabou qui pèse sur un certain nombre de pathologies qui touchent le corps ou la psyché peut représenter un frein à la mobilisation. L'asymétrie dans la relation entre médecins et patients et la passivité de ces derniers peut apparaître renforcée lorsque la personne en demande de soin se trouve dans une situation de grande précarité. En effet, les usagers de drogues qui frappent aux portes des centres de soin dans les années 1990, pour la majorité, n'ont pas de diplômes ou de qualifications socialement valorisées, leurs consommations de drogues apparaissent comme un stigmate supplémentaire de leur position sociale défavorisée. De nombreuses étiquettes leur sont accolées, aussi diverses que les réalités qui caractérisent cette population hétérogène. Les qualificatifs « marginaux » ou encore « jeunes de banlieues/ de quartiers » témoignent de cette relégation d'une certaine frange de la population : relégation spatiale et/ou sociale semblent être leur point commun. La parole des usagers de drogues leur a été longtemps déniée, jugée irrecevable car la drogue était sensée rendre les individus irrationnels et irresponsables. Pour autant, malgré des conditions de vie précaire et une grande vulnérabilité, les usagers de drogues sont rarement passifs dans la relation avec leur médecin. Du fait de leur connaissance des produits psychotropes, les usagers de drogues ont bien souvent une

[6] Janine BARBOT et Nicolas DODIER, « L'émergence d'un tiers public dans la relation malade-médecin. L'exemple de l'épidémie à VIH », *op. cit.*, p. 77.

« conception éclatée des savoirs[7] » et les recommandations des médecins sont réinterprétées au prisme de leurs propres connaissances et compétences. La posture de l'« agencement entre des instances hétérogènes » est nécessaire pour les personnes qui fréquentent un centre qui se caractérise par une approche pluridisciplinaire, tel que les trois terrains étudiés. Les personnes doivent négocier entre des recommandations parfois contradictoires ou qui ne portent pas toujours sur les mêmes objets, telles que les prescriptions des médecins, l'accompagnement des travailleurs sociaux, l'entraide des groupes de pairs, les mises en garde de l'entourage, les informations médiatiques et l'expérience personnelle. Au sein de différents espaces d'interaction, s'opère une co-construction des connaissances, qui donne à voir une certaine perméabilité des savoirs et non une disjonction franche entre savoirs d'expérience et savoirs professionnels. Ainsi la prise du traitement est gérée comme une forme d'arbitrage entre différents points de vue et savoirs pris en compte par la personne.

En France, en Suisse et au Québec, les personnes rencontrées dans les structures de soin fréquentent un ensemble vaste de services de l'aide sociale, une étiquette de « bénéficiaires », « allocataires », voire « assistés » leur est également apposée. Nous l'avons vu, leur parcours judicaire et carcéral ainsi que les injonction aux soins dont ils peuvent être l'objet contribuent également à la formation d'une identité assignée comme déviante et/ou délinquante. Chacune de ces étiquettes, comme autant de marqueurs d'inégalité sociale, induisent une dévalorisation de leur discours dans la sphère publique. Ainsi, l'émergence de groupes d'autosupport pour usagers de drogues peine à se réaliser, tant l'incorporation du stigmate a un impact sur la manière dont les personnes légitiment leur propre prise de parole. Ces usagers actifs au sein d'associations s'engagent dans une démarche d'*empowerment*, défini par Le Bosse comme :

> *« la capacité des personnes et des communautés à exercer un contrôle sur la définition et la nature des changements qui les concernent.[8] »*

Les savoirs en marge des usagers de drogues, trouvent un écho auprès des médecins sensibilisés à la réduction des risques. Dans la relation thérapeutique, les

[7] Janine BARBOT et Nicolas DODIER, « L'émergence d'un tiers public dans la relation malade-médecin. L'exemple de l'épidémie à VIH », *op. cit.*

[8] Yann LE BOSSE, « De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment », *Nouvelles pratiques sociales*, 2003, vol. 16, nº 2, pp. 30-51.

malentendus dévoilés peuvent être l'objet de traductions. Mais les savoirs expérientiels trouvent difficilement leur place au sein des structures médico-sociales, comme potentiellement capables d'influer sur l'élaboration des dispositifs. Les savoirs expérientiels[9] sont alors majoritairement élaborés en dehors des institutions, dans les groupes d'auto-support ainsi que dans les groupes d'entraide.

Dans son étude sur les groupes d'entraide, Borkman définit le savoir expérientiel (*experiential knowledge*) :

> « Experiential knowledge is truth learned from personal experience with a phenomenon rather than truth acquired by discoursive reasoning, observation, or reflection on informations provided by others.[10] »

Les savoirs expérientiels s'inscrivent dans les pratiques avant d'être de l'ordre du discursif[11]. Les récits de vie permettent d'accéder aux savoirs empiriques des usagers de drogues à deux niveaux différents, selon les enseignements de l'approche narratologique pour appréhender le biographique mis en relief par Reuter : la mise en récit d'une vie a pour valeur de transmettre une expérience, la mise en mots[12] a une « fonction transcriptive », c'est-à-dire qu'elle permet de « transcri[re] le déjà-là, le déjà pensé ». Mais se raconter a également une « fonction heuristique » :

> « [La mise en mots] cherche ce qu'il y a à dire, produit du non-pensé, révèle [à l'orateur][13] ce qu'il ne savait pas lui-même qu'il pensait, déplace sa pensée, la transforme.[14] »

---

[9] Nous choisissons de traduire *experiential knowledge* par savoirs expérientiels. En effet, Jacques Rhéaume distingue les termes savoir expérientiel ou d'expérience : « expérientiel, qui évoque l'expérience vécue spontanée et le savoir d'expérience, qui évoque davantage des connaissances acquises concrètement, pour bien montrer que le savoir d'expérience est produit comme connaissance expérientielle d'abord. » Jacques RHEAUME, « Raconter sa vie : quels savoirs et pour quoi faire ? », *in* Christine DELORY-MOMBERGER et Christophe NIEWIADOMSKI (dirs.), *La mise en récit de soi: place de la recherche biographique dans les sciences humaines et sociales*, Villeneuve-d'Ascq, France, Presses universitaires du Septentrion, 2013, p. 105.

[10] Thomasina BORKMAN, « Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups », *Social Service Review*, 1976, vol. 50, nº 3, p. 446.

[11] Il est à noter que le savoir médical relève également d'un certain savoir expérientiel, ces savoirs sont initialement transmis lors des études, mais font également l'objet de réactualisations lors de la pratique. Les savoirs médicaux englobent ici savoirs expérientiels et savoirs théoriques.

[12] Si Reuter parle d' « écriture », il nous apparaît que les mêmes mécanismes ont cours lors de la transmission d'un récit de vie, c'est à dire que nous analysons ici le texte comme produit fini, soit une fois retranscrit par le chercheur.

[13] Au scripteur

On voit bien ici comment la mise en récit, dans cette tension entre fonction transcriptive et heuristique, a le double pouvoir de transmettre mais également de dévoiler aux yeux même du narrateur un savoir spécifique du monde social dans lequel il évolue. La narrativité l'inscrit dans une double réflexivité : acteur de son histoire, il se met en scène et appréhende les tensions propres à son histoire ; mais dans le même temps, analyseur, cherchant à établir des connections pour mettre en forme son récit, il entrevoit des liens, des causalités qui émergent alors, dans une quête de sens menant à la construction de nouveaux savoirs.

Ces savoirs sont empiriquement situés, ils sont également mouvants car ils dépendent du contexte dans lequel ils sont produits. Dans une approche s'apparentant au constructivisme social, Deborah Lupton propose une sociologie de la santé et de la maladie au prisme d'une analyse socio-culturelle. Le savoir médical est ainsi considéré comme une série de constructions relatives, dépendantes du contexte socio-historique dans lequel elles apparaissent et dans lequel elles sont constamment renégociées[15]. Cette approche rejoint les analyses de Bury sur le regard médical sur les maladies chroniques :

> « I wish to suggest that medicine be treated as a cultural system, as both an important resource to people in times of distress and pain and as a constraint in their search for the deeper meaning of experience.[16] »

Les savoirs médicaux, au même titre que les savoirs expérientiels sont, dans cette perspective, analysés en tant que constructions sociales.

---

[14] Yves REUTER, « Biographie et théories du récit », *in* Christine DELORY-MOMBERGER et Christophe NIEWIADOMSKI (dirs.), *La mise en récit de soi: place de la recherche biographique dans les sciences humaines et sociales*, Villeneuve-d'Ascq, France, Presses universitaires du Septentrion, 2013, 2013, p. 75.

[15] Deborah LUPTON, *Medicine as culture: illness, disease and the body in western societies*, London, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, 1994. : « [Illness] states and [bodily] experiences are inevitably known and interpreted via social activity and therefore should be examined using cultural and social analysis. » (p. 9)

[16] Michael BURY, « Chronic illness as biographical disruption », *Sociology of health & illness*, 1982, vol. 4, nº 2, p. 179. « Je voudrais suggérer que la médecine soit traitée comme un système culturel, à la fois comme une ressource importante pour les gens dans les moments de détresse et de douleur et comme une contrainte dans leur recherche d'une signification profonde de l'expérience. » [Notre traduction]

1. *Les différents types de savoirs expérientiels*

Les savoirs expérientiels des usagers de drogues relèvent de différents registres : savoirs sur les effets ; savoirs sur les codes des mondes de la drogue ; savoirs sur les institutions socio-sanitaires ; savoirs sur la stigmatisation subie.

a) Les savoirs corporels et savoirs techniques : le rapport aux limites

Les savoirs expérientiels qui sont propres aux usagers de drogues, sont d'abord de l'ordre de la sensation, celle du produit sur le corps, les personnes usagères étant les plus à même d'identifier les effets d'une drogue du fait d'un apprentissage de la reconnaissance de l'action du produit sur elles-mêmes et de leur ressenti. Comme l'indique Coppel, une alliance entre usagers de drogues et chercheurs, comme notamment avec le dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues), est indispensable pour apporter une véritable connaissance des produits, en lien avec le marché, celui-ci évoluant de manière très rapide. Difficilement mise en mots, la transmission de ces savoirs des effets, semble relever d'un échange entre pairs, qu'un non usager de drogues ne pourra finalement que difficilement saisir pour ne pas en avoir fait lui-même l'expérience. Ces apprentissages peuvent avoir lieu lors de l'initiation, et tout au long de la carrière de consommation. Internet a augmenté l'accès aux connaissances sur les produits, sont à partir de certains forums qui sont des lieux d'échanges sur lesquels les usagers de drogues font des Trip Report. Il s'agit de récit d'expérience des drogues dans lesquels les personnes racontent leur expérience de manière détaillé : type de produit, quantité, modalité d'usages mais surtout effet ressenti et sa durée.

Ainsi les personnes expérimentent des effets qu'elles réinterprètent au prisme d'une mise en commun et d'un partage d'expérience réalisé entre pairs qui leur permet de reconnaitre les sensations relatives à leurs usages. L'apprentissage vise à reconnaitre les effets comme étant des sensations de plaisir. Un même apprentissage des effets du manque sont opérés entre pairs, lors de l'apparition de sensation déplaisante, ce sont bien souvent les pairs qui permettent à la personne d'identifier ses sensations comme symptôme de manque.

L'usage de produits psychotropes requiert une série de compétences techniques issues d'un apprentissage singulier. Certaines de ces techniques peuvent inclure des procédés pour minimiser les risques, mais également de maximiser les effets. De manière informelle, par imitation, les personnes peuvent apprendre les techniques, mais également de manière formelle : en suivant les indications données. Dans certains lieux, tels que les free parties, ou les lieux d'accueil d'usagers de drogues, des flyers sont distribués sur lesquels des indications pour minimiser les risques liés à certaines pratiques sont indiquées. L'initiation à l'injection est majoritairement réalisé par un tiers qui réalise l'acte, en montrant les gestes à effectuer, or de plus en plus de personnes témoignent de primo-usage solitaire et nous avons rencontré plusieurs personnes nous expliquant avoir suivi les recommandations trouver sur des forums internet pour apprendre le geste.

Su les forums de nombreuses discussions portent sur les NPS (Nouveaux produits de synthèse), en effet ces nouveaux produits qui apparaissent sur le marché des drogues sont, dans les premiers temps, particulièrement dangereux, dès lors que les usagers ne les ont pas encore expérimentés et qu'ils n'ont pas appris à les consommer[17].

Parmi ces savoirs, nous noterons également les représentations des risques pris que construisent les personnes, déplaçant alors les limites que ceux-ci s'étaient fixées. Selon Le breton, la quête de limites est également une quête de sens :

> « La limite est une nécessité anthropologique, elle permet d'exister en se situant activement au sein d'un système symbolique qui structure les échanges et procure un sens au différentes expérience de la vie.[18] »

Par exemple, pour certains, la prise par injection constitue la pratique la plus à risque, comme en témoigne Alex, 26 ans. Il nous raconte qu'il a commencé l'héroïne à l'âge de 14/15 ans et explique ne jamais s'être injecté :

> *« Alex : J'ai commencé de plus en plus à prendre de l'héro quoi...*

[17] Nicolas DUCOURNAU, « Usage de drogues en milieu festif », *op. cit.* A partir de l'exemple de l'introduction GHB/GBL au début des années 2000 sur le marché des drogues, Ducournau analyse les conséquences de mauvaises informations sur une pratique émergente et la manière dont le « risque est apprivoisé autour de la priorité accordée à l'obtention d'états modifiés de conscience » (p.119)

[18] David LE BRETON, *Passions du risque*, Paris, France, Métailié, 1991, p. 17.

C : Que tu fumais toujours ?

Alex : Que je fumais toujours. Moi, je me suis jamais shooté ! Je me suis jamais planté une aiguille dans le bras ! En fait, j'ai même peur des aiguilles, donc, je pense que ça m'a sauvé la vie, parce que plusieurs fois, j'ai...été...dans des grandes limites, et puis ça m'a sauvé la vie ! »

Lorsque les personnes pratiquent l'injection, la limite se déplace, ce n'est plus l'acte qui est proscrit mais les sites d'injections : notamment dans l'aine et le cou. Cette pratique est identifiée comme représentant un risque important de paralysie, lorsque l'artère, proche de la veine est touchée.

Toutefois, lorsque les veines accessibles sont détériorées, l'aine reste parfois le seul site d'injection accessible. Farid, 36 ans, a un bras amputé et il évoque la possibilité d'injecter dans l'aine :

Farid : Les mains quand je shootais dans les mains, les bras ça me faisait des abcès, les jambes des abcès…ici, ici…j'pouvais plus shooter, c'est bouché quoi. Et même ici on peut shooter mais ça j'ai jamais fait. (Il me montre son aine et le cou : partie où le shoot est le plus dangereux) J'ai jamais essayé. Comment ça s'appelle là ?

C : L'aine. Il paraît que c'est très dangereux là.

Farid : L'aine ! … J'sais pas… Moi, quand j'étais à l'hôpital, j'ai une copine, elle s'est fait faire ça par un anesthésiste mais c'est un bon l'anesthésiste, il est comme ça, et…il lui a piqué dans l'aine, parce qu'elle avait plus de veine, elle se shootait elle aussi, c'était quand j'allais me faire couper le bras. Au début, je lui avais dit que c'était un accident, quand j'ai appris qu'elle se shootait aussi, je lui ai dit la vérité, je lui ai dit : « Regarde ce qui va t'arriver si tu continues »

Dans cet extrait, Farid exprime ses doutes quant à ses pratiques d'injection, mais dans le même temps, il prend le chercheur à témoin de la relativité des risques. Il raconte avoir parlé de son amputation à une copine pour qu'elle voit et se rende compte des risques qu'elle prend en continuant à s'injecter. Pourtant paradoxalement, dans ce même extrait, à travers la même anecdote de l'échange avec son amie, il semble dire qu'il envisage l'injection dans l'aine, car il émet des doutes sur sa dangerosité, puisqu' un professionnel médical l'a faite sur elle. Cet exemple traduit l'ambiguïté dans le rapport au risque et à sa relativisation par la pratique. Constatant déjà les dégâts sur son corps (amputation, abcès), Farid, à

chaque intervention médicale, les relativise et il semble renégocier ses limites et son rapport au risque.

Il arrive que certains messages soient discordants ou réinterprétés différemment par les personnes, ainsi Albert, délégué des usagers de la structure strasbourgeoise, mobilise un certain savoir sur la pratique de l'injection, en contradiction avec le message de réduction des risques, relayé par les institutions, qui stipule que la pratique de l'injection reste la plus à risque après la voie orale et nasale :

> *Albert : « Un shoot bien fait c'est parfois même plus propre qu'un rail. Parce qu'un shoot, quand vous faites un shoot, vous éliminez beaucoup d'impuretés en le chauffant. Parce qu'un rail, vous prenez toute la merde qu'il y a dedans, et vaut mieux pas savoir, ces derniers temps, ce qu'il y a comme produit de coupe, parce que sinon… »*

Les savoirs sur les risques sont réinterprétés au crible de l'expérience, puis ils sont hiérarchisés en fonction de la progression dans la carrière, mais également à partir de certaines représentations. Pour certains, la pratique de l'injection relève d'un phénomène culturel : « *C'était dans les années 80, dans les années 80, c'était une pratique [l'injection] assez courante […] dans mon milieu, où j'ai vécu, oui.* » (François, 50 ans) ; pour d'autres, la seringue opère en véritable repoussoir. Face à cette ambivalence liée à la diversité de sens attribués aux usages, les campagnes de prévention peuvent apparaitre en décalage avec la perception que les personnes ont des risques pris ; les forums internet permettent une diffusion plus accessible et plus rapide aux messages liés à ces pratiques plurielles. Sur le forum le mieux référencé sur Google, *Psychoactif*, des modérateurs, eux-mêmes usagers de drogues, sont actifs et veillent à ce que les échanges soient bienveillants et qu'ils s'inscrivent dans une logique de réduction des risques.

b) Les savoirs culturels

Ces savoirs expérientiels sont aussi liés à une connaissance des mondes de la drogue : où s'approvisionner et auprès de qui, comment ? Combien coûte un produit ? Toutes les règles relatives au trafic sont apprises par l'expérience même du terrain, il s'agit bien d'un savoir expérientiel, au sens de Borkman, tant cette connaissance s'imprime dans l'expérience et ne peut être apprise à partir d'un seul discours qui relaterait les différents codes. En effet, les règles informelles sont

relatives, opaques et singulières. Si certains codes semblent respectés de tous, chaque personne les applique à sa manière, selon son ancienneté dans le milieu, sa réputation, voire son charisme[19].

Les savoirs culturels sont propres à certains groupes, par exemple les usagers de drogues qui fréquentent le milieu des free parties obéissent à un certain nombre de codes culturels qu'ils acquièrent en participant aux différents événements festifs ainsi qu'à l'organisation et à la vie active des *sound systems*[20].

Apprendre à se débrouiller dans les mondes de la drogue, c'est aussi développer certaines compétences et savoirs relationnels, notamment lorsque l'on est impliqué dans le trafic de stupéfiants. Savoir jauger son interlocuteur pour démasquer une arnaque est nécessaire pour faire face aux risques de perdre la face en se faisant voler, ou de subir des violences. Ces savoirs relationnels sont nécessaires pour mener un bizness, qui repose sur des enjeux de pouvoir et des relations de confiance complexes et mouvantes. Ces savoirs relationnels peuvent également permettre à certains de monter une affaire. Les compétences acquises dans le commerce des stupéfiants correspondent à des logiques analogues à celles du marché légal et peuvent ainsi être transposées de l'un à l'autre. Pierre Roche, dans son étude sur l'économie de la débrouille montre que certains jeunes qui ont gagné de l'argent à travers le trafic de drogues, dès lors qu'ils souhaitent sortir du réseau, contactent des travailleurs sociaux. Certains entament alors une carrière dans une activité licite, souvent dans des activités commerciales, en transférant leur savoir faire dans celle-ci[21]. Lors de notre recherche, Jean-Paul qui se dit avoir été « *très actif dans le milieu* », laisse entendre qu'il a transposé ses compétences du trafic vers ses activités associatives.

L'apprentissage des règles liées au trafic est également lié à une connaissance des mondes sociaux en charge de l'activité répressive (police, monde de la justice, monde carcéral). La prise en compte des risques ne concerne pas

[19] Le charisme est « la croyance en la qualité extraordinaire […] d'un personnage, qui est, pour ainsi dire, doué de forces ou de caractères surnaturels ou surhumains ou tout au moins en dehors de la vie quotidienne, inaccessible au commun des mortels ; ou encore qui est considéré comme envoyé par Dieu ou comme un exemple, et en conséquence considéré comme un "chef". » Max WEBER, *Économie et société*, *op. cit.*, p. 249.

[20] Les *sound systems* sont des regroupements des différents organisateurs de ce type de soirée. Ensemble, ils mettent en commun et à la disposition du groupe leur matériel de son. La vie en communauté, en camion, fait partie de leur mode de vie.

[21] Pierre ROCHE, « Dans la débrouille, les jeunes ne s'économisent pas », *op. cit.*

uniquement les risques sanitaires, en effet pour les usagers de drogues rencontrés, ce qu'ils affirment être pour eux le plus à risque au quotidien est la répression policière. Apprendre à se cacher, à se taire, selon un principe d'omerta propre au trafic de stupéfiants, à interagir avec les forces de police, en cas de contrôle, est nécessaire pour éviter de se faire incriminer. Des savoir-faire sont implicitement requis lors des altercations avec la police ou en cas d'incarcération, tant celles-ci sont envisagées comme faisant partie de la carrière de délinquant, lorsque les personnes s'engagent dans ce type de voie. François, durant son récit de vie nous raconte son expérience de braqueur de banque et de ses 17 années passées en prison : il revient sur les différents savoirs culturels qu'il a pu mobiliser au cours de sa trajectoire :

> *François : « On apprend aussi très tôt, très tôt quand j'ai commencé mes années de prison, je savais que la prison aussi, pour vivre relativement, à peu près correctement en prison, qu'il fallait mettre de l'argent de côté, quand on était en liberté »*

Ici François explicite les stratégies mises en place en vue d'améliorer ses conditions de vie en prison

> *« On savait toujours qu'on allait rentrer en prison, ça faisait partie de la chose, quoi. Donc on préparait ça, psychologiquement, on s'attendait, on savait qu'un jour ou l'autre on pouvait se faire attraper »*

François souligne l'importance de la prise en compte de l'expérience carcérale comme horizon possible dès lors que l'on s'engage dans une carrière délinquante.

> *« Donc je laissais de l'argent à mes parents, ou à ma copine, ou à des personnes de confiance, et qui m'assuraient pendant…qui m'envoyaient des mandats, pour que je puisse vivre en prison quoi, que la prison soit supportable. »*

François met en exergue l'importance du réseau relationnel et la perdurance des liens électifs et familiaux qu'il a mobilisé lors de ses expériences carcérales. Sa connaissance des risques liés à sa pratique délinquante l'a aussi guidé dans ses stratégies de placements de son argent :

> *« J'avais pas mis mes œufs dans le même panier ! Après voilà y a certaines techniques qu'on apprend au fur et à mesure, par l'expérience. »*

François explique qu'il a reçu, alors qu'il était en prison, des conseils d'un ancien braqueur, qui partageait sa cellule, et qui lui a appris le « métier ». Toutefois, il précise que les conseils échangés entre pairs de manière formelle ne suffisent pas et que les techniques sont acquises à travers l'expérience.

c) Les savoirs institutionnels et connaissance des interstices

Les usagers de drogues, qui fréquentent les structures de soin, connaissent leur dépendance mais connaissent également les institutions : s'ils n'en maitrisent pas le fonctionnement interne, c'est bien les règles en jeu qu'ils apprennent à utiliser, qu'elles soient formelles ou informelles. L'expérimentation du contournement de la règle fait l'objet d'un apprentissage de la sanction, un calcul coût/bénéfice est opéré et certaines règles peuvent ainsi perdre toute valeur tandis que d'autres seront respectées. Le respect des règles dépend de la règle elle-même et de la légitimité que la personne lui attribuera. Certains moments font également varier l'intensité de la règle, notamment lorsque l'intervenant présent sur le site est réputé plus tolérant ou au contraire plus strict. Il s'agit bien ici d'un savoir expérientiel car le seul guide d'accueil présentant la structure ne suffit pas à comprendre ce qui se joue véritablement dans les interactions au quotidien dans une institution. La règle qui touche la consommation au sein même de l'institution est une de celles qui génèrent beaucoup de discussions. Du fait de la législation, cette pratique est proscrite dans toutes, néanmoins il apparaît que des consommations ont quand même lieu. Les usagers des structures trouvent les interstices de l'institution, pour se cacher et s'y injecter (que ce soit la chambre dans les structures en résidentiel ou les toilettes pour les structures en ambulatoire). Ces pratiques relèvent d'une connaissance des interstices, ces espaces ou marges de manœuvre laissés vacants par l'institution.

d) Les savoirs identitaires et savoirs sociaux

Les usagers de drogues font l'expérience de la stigmatisation, de part leur situation sociale mais également de leur consommation, dans un contexte de prohibition. Un savoir expérientiel de la précarité, de la marginalité, mais également du rejet et de la répression peut conduire à un repli sur soi mais également à la constitution d'une communauté de semblables autour

d'expériences communes. En effet, l'entraide et une certaine solidarité font partie des logiques de débrouilles.

Jude Byrne, militante et usagère de drogues australienne, présidente de l'Inpud (*International network of people using drugs*), défend la nécessaire implication des usagers de drogues pour le bon fonctionnement des structures de réductions des risques. Selon elle, les usagers de drogues appartiennent à une véritable communauté :

> « Nous sommes une communauté à tous les sens du terme. Nous avons notre propre culture, notre propre langue, nos propres convictions. Plus éloquent encore, nous partageons, au-delà des frontières et des barrières culturelles, une expérience universelle : celle de la stigmatisation, de la discrimination et, bien trop souvent, celle de la honte.[22] »

Le partage de ces différents savoirs peut constituer une identification communautaire. Par l'expérience, les personnes acquièrent des savoirs que seuls ceux qui l'ont vécue peuvent détenir. Ces savoirs se révèlent être des supports identitaires collectifs, lorsqu'ils peuvent être mis en commun au sein de différents espaces ou par différents médias qui permettent aux personnes de communiquer, de transmettre et de composer ensemble une culture commune. La transmission de ces savoirs se fait par la pratique, à travers l'expérience, elle peut également passer par une oralisation, lorsque des conseils sont prodigués, ainsi que des indications ou des mises en garde. Il s'agit ici de voir les enjeux et limites de la transformation de récits singuliers en parole collective. Ainsi la réaffirmation d'une véritable culture liée aux drogues permet à certains usagers de lutter contre la stigmatisation dont ils sont l'objet. La re-catégorisation de leurs usages de drogues comme modalité d'un mode de vie alternatif leur permet de lutter contre une marginalisation subie.

[22] Jude BYRNE, « Nothing about us without us ? Je demande à voir ! », *in* Médecins du Monde (dir.), *Histoire & principes de la réduction des risques: entre santé publique & changement social*, 2013, p. 58.

2. *La valorisation des savoirs expérientiels comme enjeux démocratiques*

La valorisation et la prise en compte de la parole des usagers de drogues s'inscrit dans une réforme plus large du système sanitaire orientée vers une démocratie sanitaire.

En 2012, la loi « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé », dite loi Kouchner, attribue une nouvelle place au « patient contemporain » : celui-ci devient acteur de sa thérapie. Ainsi l'article L1111-4, du code de la santé publique stipule que :

> « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. [...]Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.[23] »

De la même manière, la nécessité du consentement est clairement énoncée dans le Code civil du Québec, à l'article 11[24] ; ainsi qu'en Suisse, dans la loi du 16 novembre 1999 sur la Santé, article 47 à 54[25].

La promotion d'une démocratie sanitaire, entre un idéal normatif d'abstinence et une réponse pragmatique de réduction des risques, dans la prise en charge des usagers de drogues est, en effet populaire, comme en témoigne, par exemple, le docteur psychanalyste Jacques et le psychiatre Figiel. Dans leur ouvrage *Drogues et Substitution*, ils indiquent une « troisième voie » possible :

> « Á distance d'un idéal d'abstinence meurtrier et des programmes de réduction des risques, nécessaires mais désespérants, [la troisième voie serait] un dispositif pluriel qui soit l'âge démocratique de la rencontre des usagers de drogue

---

[23] http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685767&dateTexte=20111108 (page consultée le 30/09/2013).

[24] « Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer. » *ALDO - Qu'est-ce que le consentement libre et éclairé?*, http://aldo.cmq.org/fr-CA/GrandsThemes/Consentement/DefConsentement.aspx, consulté le 23 janvier 2016.

[25] Philippe FROMENT, *Consentement éclairé : de l'esprit à la lettre de la Loi ou de la lettre à l'esprit*, Master of Advanced Studies in Health Economics and Management., 2010.

avec la citoyenneté et de la rencontre des politiques des drogues avec l'hétérogénéité des usagers de drogues.[26] »

La démocratie sanitaire, telle qu'elle s'inscrit dans les différents contextes nationaux étudiés, a pour objectif de responsabiliser les personnes face à leur santé. Cette logique s'inscrit dans le champ de la nouvelle santé publique qui valorise l'individu responsable et capable de se prendre en charge. Dans cette acception, les savoirs d'expérience se trouvent revalorisés, dans la situation de soin, à travers une circulation des savoirs entre pairs et avec les soignants. Derrière la remise en question d'une vision traditionnelle dite « paternaliste[27] » de la médecine, pour laquelle le médecin est vu comme expert assumant toutes les décisions, apparaissent certains enjeux, sans doute plus polémiques, du contrôle du savoir et des inégalités sociales, en contradiction avec les valeurs démocratiques d'égalité :

> « La gestion techno-bureaucratique du social et la prétention des échelons supérieurs de la technobureaucratie d'avoir la compétence de tout résoudre semble aller de pair avec la conviction que plus on s'approche des populations au bas de l'échelle, plus le niveau d'incompétence augmente.[28] »

La participation des usagers au sein même des institutions met au défi la déhiérarchisation des savoirs. Pour autant, peut-on parler véritablement de démocratie sanitaire au sein d'une société où, comme le dénonce Parazelli, le primat est accordé aux experts, au risque que la participation soit instrumentalisée, au service de la technocratie[29] ?

---

[26] Jean-Pierre JACQUES, Christian FIGIEL et Alain MOREL, *Drogues et substitution: traitements et prise en charge du sujet*, Bruxelles, Belgique, De Boeck, coll. « Oxalis », 2006, vol.1/, p. 323.

[27] Cathy CHARLES, Amiram GAFNI et Tim WHELAN, « Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model », *Social Science & Medicine (1982)*, septembre 1999, vol. 49, nº 5, pp. 651-661. Charles et al. développent trois modèles principaux des approches de prises de décisions dans la relation médecin-patient : « paternalistic, shared and informed » [le modèle paternaliste, le modèle de la décision partagée, le modèle de la décision informée]. Tandis que dans le modèle paternaliste, le patient a un accès réduit à l'information, dans les deux autres modèles le patients aura un accès à l'information. Lorsque la décision est partagée, l'échange d'information et la prise de décision quant aux traitements sont décidés par les deux parties, tandis que dans le modèle de la décision informée, les échanges d'informations sont à sens unique du praticien vers le patient et le choix de la thérapie revient uniquement au patient.

[28] Christopher MC ALL, « La recherche pour l'action sur les inégalités », *Séminaire « Inégalités, discriminations, intervention »*, 2009.

[29] Michel PARAZELLI, « Le renouvellement démocratique des pratiques d'intervention sociale », *Nouvelles pratiques sociales*, 2004, vol. 17, nº 1.

Par exemple, la réforme des structures médico-sociales, nécessitant la participation des patients aux prises de décisions quant aux traitements proposés par le médecin, répond plus à une demande croissante du corps médical désireux de se protéger des risques éventuels de poursuites judiciaires, par exemple en cas de complications iatrogènes, qu'à une volonté de prise en compte de la voix des patients[30]. De plus, selon l'étude de Sylvie Fainzang, la pratique du mensonge de la part des soignants est un indice de leur tiraillement entre la volonté de protéger un patient en ne lui disant pas tout ou en orientant ses propos afin de l'amener à choisir la thérapeutique qui selon lui correspond le mieux à sa pathologie et les nouvelles valeurs édictées par la démocratie sanitaire qui prône l'autonomie du malade.

> « La difficulté dans laquelle il [le médecin] est placé tient à l'existence d'exigences contradictoires formant un contexte de "dissonance éthique".[31] »

La participation dans les prises de décision institutionnelle des représentants des usagers reste souvent relatives et les personnes engagées dans des collectifs de protections des droits des usagers de drogues sont minoritaires et peu représentatives des personnes accueillis en structure bas-seuil et vivant dans des situations de grande précarité. Pour autant, l'étude de ces différentes formes d'actions et la comparaison de la participation en dedans et en dehors de l'institution offre un éclairage sur les savoirs expérientiels des usagers de drogues et leurs rôles notamment en terme de diffusion des informations et d'accès aux droits.

En France, nous avons rencontré les délégués du conseil de vie sociale. Ils ont pour mission de relayer les perceptions et les avis des usagers sur la structure, auprès du conseil d'administration.

Au Québec, en France, et en Suisse, des formes alternatives à la participation institutionnelle émergent au sein des groupes d'autosupport et des groupes d'entraides. Ces groupes offrent un espace pour que les personnes se

---

[30] Didier Maître Le MAITRE LE PRADO, « Le patient face à ses droits à l'autonomie », *in* RENCONTRES SANTE SOCIETE DE STRASBOURG (dir.), *Autonomie, enjeux de société, enjeux pour la santé:*, Paris, France, Éditions de Santé, 2015, p. ; Sylvie FAINZANG, *La relation médecins-malades*, *op. cit.*, p. 14. « Il semble en fait, à la lecture de tous ces travaux, que l'information des malades que pratiquent les professionnels et que préconisent les textes ne répond pas tant à un souci éthique ou thérapeutique qu'à un souci juridique, et que c'est bien souvent en raison de la peur de poursuites que les médecins recourent à l'information de leurs malades. »

[31] Sylvie FAINZANG, *La relation médecins-malades*, *op. cit.*, p. 150.

rencontrent entre pairs. Le rapport hiérarchique, propre aux institutions qui opèrent une distinction entre usagers et professionnels, y est atténué.

a) Le savoir du délégué d'un conseil de vie sociale en France

En France, de nombreuses réformes relatives à la démocratisation sanitaire visent à améliorer la participation des citoyens afin de leur permettre d'exercer leurs droits politiques. Le décret du 25 mars 2004[32] rend obligatoire la création de conseil de la vie sociale lorsque l'institution sociale assure un hébergement ou un accueil de jour continu. Chaque année, sont élus des délégués dans les structures médico-sociales. Peu nombreuses à désirer s'engager dans cette initiative, les personnes qui sont finalement désignées comme délégué apparaissent néanmoins très investies dans leur mission. Nous avons rencontré les deux délégués, de la structure française, qui nous racontent leur expérience :

> *« Chercheure : J'aimerais connaître votre rôle en tant que délégué ?*
>
> *Albert : Et bien c'est un peu difficile à définir parce que, en fait notre rôle c'est faire la relation entre les différentes personnes : chef de service, directeur, enfin directrice, directeur adjoint. Et par exemple, faire circuler certaines informations, plus rapidement, et parfois mesurer les tensions qu'il y a après une fermeture suite à problème de deal ou de bagarre, ou alors quand certaines personnes, certains patients ont des doléances, genre : ouais mais pourquoi le vendredi matin vous ouvrez pas, par exemple de 10h à 11h, au lieu de 8 et demi à 9h ? Des choses comme ça ! »*

François, autre délégué de la structure, ajoute que le rôle de délégués est de permettre une diffusion des informations entre usagers de la structure et professionnels :

> *François : « Représentant des usagers, ça s'appelle CVS, on est représentant des patients. On fait remonter les informations, quand il y a un gars qui nous pose une question un peu particulière et qu'il ne sait pas où se renseigner, que nous on sait pas, on fait remonter l'information, lors des réunions. Comité de vie sociale, ça s'appelle…c'est ça ouais. »*

Les délégués endossent un rôle de coordination et d'articulation rendu indispensable tant le réseau de soin se complexifie autour d'une équipe

[32] http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000437022&dateTexte=&categorieLien=id (page consultée le 30/09/2013).

pluridisciplinaire, dont la mission est une prise en charge globale de l'usager. L'injonction à l'autonomie induite par cette nouvelle forme de prise en charge laisse à l'écart certains usagers qui ne maîtrisent pas les codes de l'institution et pour lesquels l'accessibilité aux différents services est rendue plus difficile. La directrice de la structure évoque une « peur » de l'institution pour certains usagers :

> *« Je crois qu'il y a quand même beaucoup de gens qui se méfient, des structures, des institutions, qui en ont très peur. On a toujours fait le pari que c'est en contact avec le soignant que quelque chose pouvait un petit peu être désamorcé de cette peur-là, aussi.» (Directrice, France, entretien réalisé le 22.01.2013)*

Démarches administratives kafkaïennes et langages alambiqués des spécialistes rendent le parcours de soin difficile, voire insurmontable pour une personne qui se sent démunie face à un système dont il ne connaît pas les rouages. Les délégués sont là pour rendre ces étapes moins obscures et pour permettre aux nouveaux entrants dans la structure de trouver leurs marques et ainsi d'établir leurs propres repères. François énumère un certains nombres d'informations qu'il peut communiquer :

> *François : « Sur diverses informations comme le fonctionnement, comment fonctionne l'association, les démarches à suivre pour un début de traitement… les personnes à rencontrer. Les démarches tout simplement. »*

Toutefois, la création de CVS (Conseil de Vie sociale) soulève quelques interrogations. Certains intervenants déplorent le manque de précision relative aux enjeux d'une participation des usagers, et affirment leur souhait de motiver les usagers à participer aux différentes réunions de l'association, qui ne reçoivent qu'une faible adhésion.

Les délégués, porte-paroles des usagers face à l'administration, sont invités à participer aux réunions institutionnelles, telles que le conseil d'administration. Toutefois, lors de ces rencontres formelles, le registre de langue et le jargon des professionnels, ainsi que le protocole à suivre ne sont pas toujours maîtrisés par les personnes. Nous avons pu ainsi observer un certain malaise lorsqu'un délégué prit la parole, au cours d'une assemblée générale, sans avoir attendu son tour ; il s'exprima de manière relâchée et décousue afin de témoigner de sa propre

expérience, et raconter sa propre histoire. Après un court silence où la gêne était palpable, la discussion continua, comme si l'intervention n'avait pas eu lieu. La distance entre cet homme et le reste de l'équipe soignante et administrative démontra ce soir-là, la difficulté à accorder effectivement une place aux usagers dans un système aussi complexe qu'une structure médico-sociale.

Indépendamment de leur difficulté à s'exprimer selon les codes de l'institution, les usagers peinent à se détacher de leur propre vécu afin d'avoir une vision plus globale de l'usage de drogues et de la démarche de soin, le risque étant qu'ils essentialisent leur propre expérience, pour en faire un guide de conduite pour les autres. Ce risque est souvent mis en avant par les professionnels réticents à l'entrée des usagers au sein des organes décisionnels des structures. Ainsi, un éducateur spécialisé dresse une critique de l'idée selon laquelle seul un usager de drogues peut aider un autre usager :

> « L'usager de drogues, il a le savoir de sa toxicomanie à lui, mais aucune toxicomanie ne se ressemble, alors, c'est pas parce qu'il est toxico. C'est de dire dans ces cas-là : Seul un toxico peut s'occuper des toxicos ! » (éducateur spécialisé, France)

La définition ambiguë du rôle attendu des délégués peut également créer une certaine confusion, comme parfois faire germer des convoitises et des jalousies, bien souvent non fondées, comme nous le raconte notre interlocuteur :

> *Albert : « Après aussi ce qu'il y a c'est que, à un moment donné, y en a qui pensent, que parce qu'on est délégués, on a des passe-droits, c'est-à-dire qu'on a des avantages mais alors que c'est entièrement faux, on prend ça sur notre temps personnel, et on est pas rétribué d'aucune façon que ce soit, ni pécuniaire, ni alimentaire, en rien ! On est pas plus privilégié. »*

Ce manque de clarté des missions du CVS peut mettre à mal le rôle de médiateur dédié au délégué, en créant, au contraire, des conflits. Au sein de CVS, l'élection de délégués semble être en porte à faux avec la volonté des associations d'usagers et les groupes d'entraide mutuelle, telle que la décrit Durand[33], d'égaliser les conditions entre tous les adhérents, dans une logique non plus de soin à proprement parler mais bien plus de solidarité. L'obligation institutionnelle

[33] Bernard DURAND, « Les Groupes d'entraide mutuelle: un acquis des usagers », *L'information psychiatrique*, 2009, vol. 85, nº 9, pp. 803–812.

d'organiser des CVS, avec la volonté annoncée de « remettre l'usager au centre du service », nous semble une initiative qui conduit non sans difficulté la personne à une véritable « autogestion » de son parcours de soin. La prise en charge et l'accompagnement oscillent entre autonomie et assistance. L'injonction à l'autonomie vise à placer le patient en acteur de sa thérapie tandis que la logique d'assistance prend en compte la fragilité des personnes.

Malgré la persistance du primat des experts au sein des institutions, une forte volonté visant l'émergence d'un savoir citoyen dans les structures médico-sociales est perceptible. L'*empowerment*, ou l'auto-capacitation, apparait comme une des clés pour plus d'égalité face aux soins et une meilleure prise en compte des conditions dans lesquelles les personnes reçoivent ces soins. L'abaissement des seuils d'entrée dans les structures est un moyen pour atteindre une population d'usagers plus large. Les plus marginalisés, autrefois exclus du système de soin, ont ainsi trouvé des structures les accueillant. Si tous les hommes sont vulnérables, ils ne sont pas tous égaux face à la maladie et aux risques de fragilisation et c'est dans un souci de solidarité que certaines aides sont adaptées à des publics très précarisés. L'accès à la participation pour les personnes les plus vulnérables apparaît comme un véritable défi. Mais cette injonction à l'autonomie peut paradoxalement devenir un facteur de fragilisation supplémentaire quand les ressorts nécessaires à l'engagement et à la mobilisation apparaissent manquants[34]. En effet, alors que l'usager, en « récepteur de service », peine à se construire une identité de patient, il peut se trouver fragilisé face à cette nouvelle demande de participation. Essayant de jouer le rôle de « bon patient » malgré son expérience effective du traitement, faite de trébuchements, de rechutes et parfois d'échecs, son parcours marqué d'ambivalence dénote avec la participation des experts, qui, quant à elle, apparaît marquée par une foi scientiste et positiviste[35].

[34] Ces considérations rejoignent les analyses de Brigitte Chamak sur l'autisme. Des collectifs de personnes autistes prônent une approche centrée autour de la notion de neuro-diversité afin de lutter contre la stigmatisation dont elles sont victimes, proclamant que l'autisme n'est pas une maladie. L'effet pervers de ces initiatives est qu'elles tendent à invisibiliser les personnes les plus en souffrance avec leur condition d'autisme et qui ont le plus de difficultés à s'adapter au monde social qui les entoure. Brigitte CHAMAK, « Autisme et militantisme : de la maladie à la différence », *Quaderni. Communication, technologies, pouvoir*, 5 janvier 2009, nº 68, pp. 61-70.

[35] L'utilisation du DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) est un exemple de cette fois scientiste positiviste qui cherche à appréhender le monde à travers un ensemble de catégories.

Les groupes d'autosupport, quant à eux, proposent de nouvelles formes de participation hors les murs, mais dont l'engagement est limité à un ensemble restreint de personnes. Leur projet définit par le slogan : « Rien sur nous, sans nous » vise à proposer une redéfinition des usages de drogues, en dehors des catégories institutionnelles.

b) Les groupes d'autosupport pour usagers de drogues et de TSO : un processus d'autonomisation et de définition de soi

Lors d'un colloque sur la dépendance aux opioïdes, Mireille Tremblay et Fabrice Olivet pointent les limites de l'accès à la citoyenneté des usagers de drogues, alors même que les politiques publiques tendent à renforcer les dispositifs légaux en faveur d'une amélioration de la participation des usagers au sein des institutions. Selon eux, deux facteurs importants permettent de comprendre la faible participation des usagers de drogues lors des forums ou des activités des associations. Premièrement, il s'agit de leur manque de connaissances et de compétences en matière de participation. Selon les auteurs, un apprentissage préalable serait nécessaire à la participation institutionnelle et citoyenne, pour que les personnes puissent s'engager efficacement, et de manière égalitaire, dans le débat sociétal.

> « Les usagers de drogues doivent bénéficier de condition de formation et de développement de leurs compétences civiques.[36] »

Deuxièmement, la forte stigmatisation des usagers de TSO, peut constituer un frein à leur engagement. Olivet, en tant que directeur d'une association de protection des droits pour usagers de drogues, restitue les différentes plaintes que l'association reçoit, relatives aux dysfonctionnements liés à la prescription de TSO et notamment liés aux abus dont les personnes se sentent victimes :

> « Les abus sont multiples, ils concernent l'instrumentalisation de contrôles urinaires à des fins punitives, le non-respect du secret médical, l'arbitraire des

[36] Mireille TREMBLAY et Fabrice OLIVET, « De la participation citoyenne à la reconnaissance du droit au plaisir : insertion sociale et droits des usagers des opioïdes », *Drogues, santé et société*, vol. 10, n° 1, 2011, p. 179.

conditions de prescription et de délivrance, jusqu'à l'absence de portes dans les toilettes de certains lieux. [37]»

Le sentiment de frustration des personnes vis-à-vis de leur traitement peut expliquer leur méfiance quant il s'agit de s'engager au sein d'institutions, où ils peinent à trouver leur place en tant qu'usager, ce qui explique l'engagement de certains dans des associations en marge des institutions.

Dans les associations, une autre forme de discours est rendue possible, permettant le développement de nouveaux savoirs dont la transmission est rendue plus accessible car ils s'expriment dans un discours acquis par la fréquentation de pairs et non un langage professionnel et « codifié ». Ces discours « sachants » plutôt que « savants » visent à redéfinir la hiérarchie entre les savoirs.

La recomposition de soi, d'un ancien usager de drogues est une épreuve délicate, tant la confiance perdue des proches peut s'avérer difficile à retrouver. La personne, toujours sous le crible d'une surveillance pesante, se doit de faire ses preuves et tout changement d'humeur peut être interprété comme une rechute. Les traitements de substitution introduisent de la complexité dans cette redéfinition de soi que beaucoup de personnes peinent à faire entendre à leurs proches, l'identité de toxicomane leur étant toujours accolée. Dans ces conditions, les pairs, ayant connu également une expérience des drogues mais aussi et surtout de la stigmatisation qui lui est liée, peuvent être perçus comme les seuls en mesure de comprendre l'épreuve que les personnes traversent. Le changement de représentations qui pèsent sur les usagers de drogues est une des raisons de l'implication dans des groupes de pairs tels les groupes d'autosupport ou les groupes d'entraide. Si la stigmatisation peut être une raison pour certains de se refermer sur le groupe et de n'attendre d'aide que d'un pair, il peut également représenter un levier pour s'engager dans une action citoyenne en faveur des usagers de drogues.

Une des premières associations d'usagers de drogues à avoir marqué l'autosupport est le collectif néerlandais *Junkie Bond.* En France, (ASUD) et au Québec, (AQPSUD) sont les associations les plus connues. Leur volonté est de conquérir le pouvoir d'autodéfinition de soi et d'auto-organisation pour les usagers de drogues au sein des institutions. Le centre autonome des jeunes (AJZ),

[37] *Ibid.*, p. 185.

qui a créé la première salle de consommation de manière encore illégale au début des années 1980, a marqué l'histoire de la politique suisse en matière de drogues. Néanmoins, nous n'avons pas rencontré de groupe d'autosupport encore actif lors de nos différents terrains à Lausanne et à Genève[38].

La création de ces associations semble, à première vue, découler d'un double processus d'autonomisation des acteurs sociaux face à la tutelle de l'Etat, à la fois d'un point de vue politique et d'un point de vue médical. Pourtant, les militants d'AQSUD être subventionnés par l'Etat, bride, dans une certaine mesure, leur discours. On ne peut donc parler ici de contre-pouvoir tant leurs marges d'action restent relatives. L'association ASUD également subventionnée par l'Etat affirme une plus grande autonomie vis-à-vis des institutions étatiques. Dans les deux cas, le processus d'autonomisation est mis à mal dans un contexte prohibitionniste qui interdit les usages de drogues que certains de ces groupes défendent.

Le discours commun, sur les drogues notamment, a un impact significatif sur la construction identitaire des usagers et sur le sens qu'ils vont donner à leurs pratiques. Toutefois, ce discours est pluriel et les usagers l'interprètent à travers leur propre prisme de connaissances et leur histoire personnelle. Les différentes actions des groupes d'autosupport ont permis d'identifier les risques auxquels font face les usagers : risques sanitaires, sociaux, mais aussi juridiques. Ces associations ont permis un véritable changement des politiques publiques en matière de drogues et ont acquis une place déterminante dans la trajectoire de soin des usagers de drogues. Aujourd'hui, même si les savoirs des usagers, sur le rapport aux risques et les moyens de les limiter, sont reconnus, les institutions conservent un modèle vertical qui peine à prendre en compte les connaissances et

[38] Il existe néanmoins de nombreux groupes de narcotiques anonymes présents dans les différents cantons suisse, ainsi que des programmes « d'éducation par les pairs ». En Suisse, les pairs-aidants sont appelés des « médiateurs ». Une étude sur le rôle des médiateurs dans la prévention du VIH en Suisse liste un ensemble de projet dans lesquels les médiateurs sont issus de groupe spécifique auprès desquels ils interviennent : « les projets Barfüsser-frauen (prostituées migrantes) en Suisse alémanique et à Lausanne; le projet prostitués masculins MSW (male sex workers) dans certains cas; le projet MEDIA (consommateurs et ex-consommateurs de stupéfiants, détenus); le projet "Donne a confronto" (femmes consommatrices de drogues). » Néanmoins, dans ce rapport, il est indiqué la nécessité d'accompagner et d'encadrer les médiateurs, ceux-ci apparaissent comme des auxiliaires des « professionnels de l'action sanitaire ou sociale », la place qui leur est attribuée (souvent bénévole) reste annexe et non centrale dans l'intervention. (Françoise DUBOIS-ARBER, André JEANNIN, Giovanna MEYSTRE-AGUSTONI, Florence GRUET et Fred PACCAUD, « Evaluation de la stratégie de prévention du SIDA en Suisse sur mandat de l'office fédéral de la santé publique », *Quatrième rapport de synthèse 1991*, 1993.)

compétences des personnes comme potentiellement assimilables. De plus, l'enjeu majeur de la lutte de ces associations concerne le statut légal des produits stupéfiants or le débat social sur ces questions peine à sortir d'une conception morale des drogues pour aborder la question de manière pragmatique.

3. Revues d'autosupport et internet

a) Les revues

Lors de notre recherche, sur les différents centres, nous avons pu consulter deux revues, la revue *ASUD* en France, et la revue *L'Injecteur* au Québec. Nous n'avons pas trouvé de revue similaire en Suisse.

En France, la revue *ASUD* est aujourd'hui populaire auprès des usagers de drogues, notamment car elle est disponible dans la majorité des centres d'accueil et de soin. L'enjeu de l'association ASUD, à travers la publication de la revue mensuelle, est, avant tout, de « promouvoir la réduction des risques auprès des usagers et ex-usagers de drogues » et de « soutenir toute personne prise en charge par le système sanitaire et social pour des questions relatives à son usage de drogues[39] ». Les articles sur des thèmes variés allant de la politique, à la prévention, ou encore portant sur la place des drogues dans la culture (histoire, cinéma, arts, musiques, etc.), font de cette revue transdisciplinaire une source majeure d'informations sur les pratiques actuelles et sur la place des usagers de drogues au sein de la société. Tout en conservant un registre de langue assez courant, voire familier, les articles sont complets et informatifs, rédigés par les membres de l'association. Certains auteurs sont journalistes comme notamment Laurent Appel ou encore sociologues, par exemple Coppel. Ils ont en commun de militer pour la défense des droits des usagers de drogues. Par exemple, sur la question des TSO, une série d'articles vise à informer les usagers :

> « La prise régulière d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO) fait de vous un patient et non plus un délinquant. Votre entrée dans le secteur médical vous confère des droits… et des devoirs. Vous êtes soumis aux contraintes d'une relation avec le secteur du soin, ce qui suppose de devoir respecter certaines

[39] http://www.asud.org/ (page consultée le 30/09/2013).

règles. Ces informations sont destinées à vous aider à utiliser ces règles à votre profit, car les règlements sont aussi faits pour protéger les usagers des services.[40] »

Sans complaisance envers les services de santé, ces articles visent à protéger les usagers en leur indiquant leurs droits et devoirs. Ils prodiguent également des conseils pour éviter d'éventuelles altercations avec la police. Par exemple, ils indiquent la nécessité de toujours avoir l'ordonnance avec soi, lorsque le médicament est transporté, de manière à ne pas être accusé de se fournir au marché noir.

Outre Atlantique, l'association AQPSUD publie la revue *L'injecteur*, anciennement nommée *Pusher*, qui signifie vendeur de drogues en argot anglais. Nous avons discuté avec Geneviève, à l'origine du premier journal par et pour usagers de drogues du Québec, le journal *Pusher*[41]. Elle se souvient de son combat pour que la revue ne soit pas uniquement orientée vers les usagers de drogues par injection (UDI) mais pour tous :

« Geneviève : *Ils voulaient aussi, eux-autres que ce soit juste UDI, puis moi, je voulais pas. Moi, je veux que ce soit tous les usagers de drogues au complet.*

C : *Pourquoi que les UDI ?*

Geneviève : *Ils ont juste des statistiques là-dessus, je comprends pas pourquoi. Aucun sens. Puis y a surtout des gens au parcours, ils peuvent consommer, arrêter, fumer, c'est quoi. Si aujourd'hui, elle shoote, tu vas lui donner un service, demain, elle fume du crack, vous lui en donnerez plus ? Je me suis vraiment battue. Puis comme j'ai pas voulu, ça c'était le point principal, comme j'ai pas voulu changer ça, j'ai tenu mon bout, j'ai tenu mon bout, j'ai laissé vingt mille concessions, mais j'ai tenu mon bout sur ça, ils ont dit non, fait que j'ai perdu mes subventions. Fait que bon, fallait que ça soit comme ça.* »

La revue a alors été rebaptisée *L'Injecteur* afin de réaffirmer la volonté de ses créateurs de s'adresser à une population bien ciblée de consommateurs, les usagers de drogues par injection. L'enjeu de la revue est avant tout de donner la parole aux usagers eux-mêmes, dans une logique de promotion de la santé mais aussi de lutte pour la défense de leurs droits. Contrairement à la revue *ASUD*, dont

[40] « Les TSO, qu'est-ce que c'est ? | ASUD ».
[41] *Pusher* : vendeur de drogues

les articles ne sont jamais écrits à la première personne, la revue *L'injecteur* est quant à elle essentiellement composée de témoignages à la première personne. Distribuée gratuitement dans des structures sanitaires et sociales, la revue permet à des usagers d'exprimer leurs points de vue sur différents thèmes ayant trait à la drogue, mais aussi de publier poèmes, interviews, histoires de vie, témoignages, dessins, ou encore bandes-dessinées. Beaucoup d'illustrations agrémentent la revue, qui peut ainsi être lue à divers degrés de lecture. En plus d'être une source d'informations intéressantes pour les usagers, la revue fait office de *fanzine*[42] d'une contre-culture punk, sous l'égide du *Do it yourself*. L'atout majeur de cette revue est de promouvoir la parole des usagers en valorisant leurs créations, en les publiant mais aussi en les gratifiant d'une rémunération, qui peut inciter les plus marginalisés et précarisés à participer. Les rédacteurs de la revue sont appelés les *infomanes*, ils partagent leur propre expérience des drogues, du système de soin et du système judiciaire. Selon Didier, qui coordonne la revue, le fait que les articles soient écrits par des usagers permet de donner plus de crédit à la revue dans le milieu des drogues mais c'est également le moyen d'amener les personnes qui désirent être publiées à réfléchir et se documenter sur leur propre pratique :

> *Didier : « On a plein de gens qui ont envie d'être dans le journal, qui ont envie d'être rémunérés, ils sont rendus en fait à faire des recherches, pour dire, je sais c'est quoi votre mandat, et je sais que si je fais un texte de prévention, si je fais un texte qui met en garde les gens, si je fais un texte qui donne des trucs pour avoir une meilleure santé, j'ai beaucoup plus de chance que mon texte soit pris et que je sois rémunéré en échange, et faut pas que je me plante, parce que si je dis des trucs qui sont plus ou moins vrai, eux ils pourront pas passer mon texte, parce qu'on aura jamais les financements pour ça. Donc on a des gens qui en viennent à faire des recherches, et finalement après un bout de temps, ils disent : "J'ai tellement cherché au début, pas pour moi, j'ai cherché pour que mon texte passe, mais en faisant mes recherches, en faisant mes trucs, en faisant mes ci…, j'ai fini par me l'approprier aussi, par le comprendre, par vouloir le faire moi-même". Les personnes peuvent faire des poteaux, les poteaux c'est comme des gens sur qui on peut se tenir, c'est des gens en fait qui sont issus du milieu, qui sont encore dans le milieu et qui deviennent en fait un peu nos agents multiplicateurs, qui vont aller, eux-autres après transmettre l'information, parce que y a une question de crédibilité, y a tellement un manque de confiance, envers*

[42] Fanzine : publication non professionnelle et alternative de bandes-dessinées.

les institutions, envers l'autorité, envers les médecins, envers les trucs, envers ci, envers ça, que c'est hyper difficile pour des intervenants de la santé, des spécialistes, d'avoir une crédibilité dans le milieu, mais du moment que c'est une personne qui vient du milieu, qui consomme, qui transmet cette information là, là, tout d'un coup ça devient plausible, nous ce qu'on veut c'est de créer une multitude d'agents multiplicateurs. »

Le principe de la revue par et pour est bien d'impliquer les personnes concernées à différents niveaux : les membres du collectif AQPSUD, *les infomanes* qui travaillent à la rédaction des articles, les lecteurs, les proches des lecteurs à qui certaines informations lues sont racontées et expliquées et toute personne à qui l'information et le message de la revue est transmis, deviennent ce que Didier nomme des « agents multiplicateurs ». Sur la question des TSO, par exemple, un article écrit par Lorie raconte son passage de la méthadone au Suboxone, elle explique :

> « J'ai eu envie d'écrire cet article sur le traitement au Suboxone car je me suis moi-même posée plusieurs questions avant de me décider à opter pour ce nouveau médicament.[43] »

L'originalité de cet article, écrit à la première personne, est de resituer le passage de la méthadone au suboxone® dans le parcours de vie de l'auteure. De plus, utilisant le « vous », l'auteure s'adresse directement au lecteur qui s'interrogerait sur son propre projet de se faire prescrire du suboxone®.

Enfin, les deux revues référencent les différents centres pour usagers de drogues de la région ou du pays avec qui elles collaborent. Les revues se révèlent un outil pratique qui peut servir d'annuaire à des usagers en déplacement par exemple ou qui souhaitent changer de structures de prise en charge, comme nous l'explique, hors enregistrement, un jeune homme, en traitement méthadone, rencontré à Strasbourg et venu de Bretagne. Il nous explique qu'arrivé à Strasbourg, il a consulté la revue afin de trouver un centre susceptible d'assurer le suivi de sa prescription.

---

[43] *L'INJECTEUR - Journal « par et pour » les personnes UDII du Québec*, http://www.linjecteur.ca/info-drogues_linjecteur.html, consulté le 20 janvier 2016.

b) Les sites internet

Une source d'information est également fortement mobilisée par les usagers de drogues, il s'agit d'internet ; de nombreux sites référencent des avis, conseils, et partages d'expériences. Le site psychoactif.fr apparaît comme le mieux référencé, lors de nos recherches : quand nous tapons le nom d'une drogue évoquée dans un entretien, ce site apparaît en premier, notamment le Psychowiki. Utilisant la même interface que Wikipedia, Psychowiki donne des informations relatives à de nombreuses drogues. Par exemple, dans l'item « traitements de substitution », différentes entrées sont proposées, telle que « méthadone et prise de poids » ; « méthadone et dentition » ; etc. afin d'apporter aux internautes des réponses claires et précises, aux questions fréquemment posées.

Les forums sont dédiés aux partages d'expérience, les internautes y posent leurs questions, notamment lorsqu'ils rencontrent un problème particulier ou invitent à engager un débat sur une thématique choisie. Par exemple, une jeune femme interpelle les membres du forum car elle prend du Subutex alors qu'elle est enceinte de 6 mois, elle souhaite avoir les avis d'autres femmes qui ont connu cette expérience. Un autre internaute pose quant à lui la question des départs en voyage quand on suit un traitement.

Au Québec, les personnes rencontrées ont évoqué des sites anglophones correspondant au site « psychoactif » français, tel que le site psychonaut.com. Y sont référencés des conseils mais également des trips reports (récits d'expérience). Julien, 34 ans, rencontré au Québec, nous raconte qu'il a suivi les instructions d'internet pour se faire sa première injection :

> *Julien : « J'avais regardé sur internet comment m'injecter de A à Z, avec des photos, puis comment avec les tampons d'alcool, puis j'ai commencé à m'injecter des Dilaudid[44]. »*

L'enjeu de ce type d'informations sur internet, dans une logique de réduction des risques, est de procurer à une personne qui a l'intention de passer à l'acte, ici en l'occurrence de se faire une injection, de connaître la manière de procéder en minimisant les risques sanitaires : comment trouver une veine, se désinfecter, comment filtrer son produit, font partie des informations proposées.

[44] « Le Dilaudid est le nom commercial de l'hydromorphone, un dérivé semi-synthétique de la morphine. » *Ibid*.

Comme en témoigne Jude Byrne, internet, grâce aux possibilités de communications qu'il offre, a permis la diffusion d'un militantisme des usagers de drogues sur la scène internationale. Un déplacement des enjeux locaux vers des enjeux internationaux s'est opéré, autour de la reconnaissance de luttes communes et grâce au partage de connaissances et de compétences[45]. Les usagers de drogues ont ainsi, à travers différents médias, transmis des messages de prévention, des informations relatives au soin et à la prise en charge médico-sociale dont ils peuvent bénéficier. Le développement de ces formes de mise en commun des savoirs donne à voir différentes revendications, notamment celle d'acquérir une place dans le secteur de la prévention et de la réduction des risques, dont ils auraient eux-mêmes construit les soubassements. Toutefois, il semblerait que cette reconnaissance soit plus difficilement acquise dans les structures en addictologie françaises et suisses que nous avons visitées, dont l'organisation repose plutôt sur les professionnels de la santé et de l'intervention sociale, dont les compétences professionnelles s'établissent à partir de l'acquisition d'un diplôme. Au Québec, dans la structure visitée, des initiatives nouvelles émergent, mises en œuvre par les usagers eux-mêmes, portant moins sur la valorisation du diplôme que sur l'expérience personnelle. Aujourd'hui, l'idéal de la figure de l'*homo medicus*[46] est prôné, c'est-à-dire la transformation du malade, ici l'usager de drogues, en auxiliaire médical. Malgré cela, les milieux défavorisés restent éloignés de cette figure. L'autonomie devenue injonction, ainsi que la création de divers espaces de parole favorisent l'émergence et la mise en commun des savoirs expérientiels. Néanmoins, au sein des institutions où prévaut un ensemble de règles et de codes organisationnels, l'expression de ces savoirs peut être marginale, tant leur prise en compte est rendue délicate quand ils ne s'inscrivent pas dans les manière de faire et de penser ayant cours.

[45] Jude BYRNE, « Nothing about us without us ? Je demande à voir ! », *op. cit.*, p. 61.

[46] Cette figure fictive de l'*homo medicus* auquel s'adresse les campagnes de prévention est en opposition à la figure fictive de l'*homo addictus* caractérisé par l'absence de contrôle et d'autonomie. Patrick PERETTI-WATEL, *Prévention, homo médicus et homo addictus | GREA - Groupement Romand d'Etudes des Addictions*, http://www.grea.ch/publications/prevention-homo-medicus-et-homo-addictus, consulté le 13 mai 2016.

II. Engagement ancré, politisation et professionnalisation des pairs, quand le récit de vie devient une expertise

Le principe de pair-aidance a émergé en Amérique du Nord, depuis les années 1970, dans des associations qui accueillent des personnes ayant de graves troubles psychiatriques. Les activités de pair-aidance qui s'adressent aux usagers de drogues se sont inspirées de ces initiatives. Repper et Carter proposent une définition de *self-support* (pair-aidance) :

> « Definition of peer support as, 'a system of giving and receiving help founded on key principles of respect, shared responsibility and mutual agreement of what is helpful.[47] »

La spécificité de ces services est qu'ils sont prodigués et administrés par des pairs. A travers le récit de Vincent, 42 ans, rencontré au Québec, coordinateur d'une structure de pairs-aidants, nous analysons la place du récit de soi dans la pratique de pair-aidance. Le récit qu'il délivre au chercheur est également celui qu'il raconte aux résidents de la structure. Ce récit est idéal-typique d'un parcours de soin menant à l'engagement comme travailleur pair. Il sert d'exemple aux autres ; par ses failles et ses succès, Vincent transmet un espoir aux personnes qui l'écoutent et qui vivent la même expérience, mais il indique également les difficultés du travail thérapeutique, puis du travail de pair-aidant. La structure où travaille Vincent correspond au *Peer run or operated services,* soit un des types de pair-aidance identifiés par Salomon :

> « Peer run or operated services are services that are planned, operated, administered, and evaluated by people with psychiatric disorders.[48] »

Le pair aidant est un membre du personnel dévoilant qu'il vit ou qu'il a vécu un problème de santé mentale. Le partage de son vécu et de son histoire de rétablissement a pour but de redonner de l'espoir, de servir de modèle

[47] Julie REPPER et Tim CARTER, « A review of the literature on peer support in mental health services », *Journal of Mental Health*, août 2011, vol. 20, nº 4, p. 394.

[48] Phyllis SOLOMON, « Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. », *Psychiatric rehabilitation journal*, 2004, vol. 27, nº 4, p. 393.

d'identification, d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information à des personnes qui vivent des situations similaires.

Dans le récit de Vincent, une place particulière est donnée au traitement de substitution. Son récit est marqué par une rhétorique de la recomposition identitaire caractérisée par le changement de temporalité. D'abord, Vincent évoque une temporalité orientée principalement autour du produit, puis il raconte le passage à la substitution, comme une réinscription dans un « temps social », objectivé par un agenda, qui fixe les rendez-vous et scande le quotidien, en lien avec un temps institutionnel et avec le temps de travail, donnant à penser la dialectique entre temps et engagement. Le parcours de Vincent, par le récit qu'il en fait, illustre de manière exemplaire la recomposition identitaire, selon lui rendue possible par le traitement de substitution. Si le traitement a été pour lui un point tournant dans sa trajectoire, qui lui a permis de se reconstruire et de se redéfinir socialement, il n 'a pas pour autant signé un éloignement radical d'avec le monde de la drogue. Sa nouvelle situation professionnelle lui permet de renouer avec son passé, sans que l'héroïne devienne un tabou. Son travail l'amène à traduire son expérience de la dépendance en compétences professionnelles, notamment dans sa capacité à mettre en mots ses connaissances acquises par la pratique de la drogue , mais aussi à comprendre les maux partagés par les autres résidents de la structure. Cet engagement que nous appellerons un *engagement ancré* se distingue des *engagements distanciés* qui prennent forme en dehors du champ des addictions.

Cette forme d'engagement pose la question de la professionnalisation des usagers-pairs et la question de la distance, distance des expériences (Vincent est aujourd'hui sorti de la consommation) et distance professionnelle (Vincent occupe une place singulière dans la structure, celle de coordinateur), mais également la question de la distance émotionnelle entre pairs.

1. Le récit de Vincent : redéfinition de soi et du temps

Vincent a quarante deux ans, il vit au Québec et travaille depuis deux ans dans la structure choisie pour notre terrain d'enquête. Il a un look jeune et se montre très accueillant. Il n'hésitera pas à partager avec nous ses souvenirs, son

expérience, mais aussi son regard, parfois critique, sur la question des drogues. Musique punk et héroïne font partie d'une longue période de sa vie, jusqu'à ce qu'il initie un traitement méthadone, puis qu'il commence une thérapie en devenant résident de la structure dans laquelle il travaille aujourd'hui. La musique fait toujours partie de sa vie, mais son travail, dans lequel il s'investit, a pris une place plus centrale. Dans l'entretien, il nous raconte ces différentes périodes lorsque nous le sollicitons pour qu'il évoque son passé avec la drogue, et plus spécifiquement avec l'héroïne.

Vincent nous a accordé plusieurs heures, sur son temps de travail, dans son bureau, pour nous raconter en détail son histoire.

a) S'émanciper du temps : le temps à soi

Si aujourd'hui de nombreux usagers témoignent de leurs poly-consommations et de leurs recherches plurielles en matière d'effets psychoactifs, Vincent, déclare ne pas avoir eu d'appétence pour les autres produits :

> *« J'ai jamais aimé la coke. Puis, non, pas vraiment les autres sortes de drogues non plus ».*

Sa drogue de prédilection est l'héroïne qu'il consomme par injection depuis l'âge de 18 ans. La recherche du flash[49] peut symboliser une fuite du temps, l'extase introduisant l'être dans une atemporalité sans contrainte[50]. Mais, pour Vincent, chaque prise d'héroïne, rendue routinière, vient cadencer sa journée :

> *« Je me fixais comme quatre fois par jour. Mon fix[51] aux six heures. »*

[49] Flash = « Lors de l'injection intraveineuse ou de la « chasse du dragon » le flash est une sensation soudaine et irradiante de chaleur, un changement d'état très rapide et bref (5 à 10 secondes), qui se produit au moment où l'héroïne irrigue le cerveau. Le flash est une montée rapide des effets tant physiques que psychiques. » Louis FERNANDES, « Acteurs et territoires psychotropiques : ethnographie des drogues dans une périphérie urbaine », *Déviance et Société*, 1 décembre 2002, Vol. 26, nº 4, p. 437.

« Flash, en anglais, cela veut dire : éclair. Pour un drogué, cela veut dire : spasme. Le flash, c'est ce qui se passe dans le corps d'un drogué quand, poussée par le piston de la seringue, la drogue entre dans ses veines. Ça a la violence de l'éclair et l'intensité du spasme amoureux. » *Héroïne, effets, risques, témoignages*, http://www.psychoactif.org/psychowiki/index.php?title=H%C3%A9ro%C3%AFne,_effets,_risques,_t%C3%A9moignages, consulté le 12 décembre 2014.

[50] « Dans l'état de l'héroïne, la réalité qui pèse ne pèse pas – le lourd se fait léger et le temps, suspendu, ne torture pas. » (Louis FERNANDES, « Acteurs et territoires psychotropiques », op. cit., p. 437.)

[51] Fix = injection

L'éternelle répétition de la prise de produit, pour échapper au manque dû à l'addiction, peut aussi, d'une certaine manière, donner l'impression au sujet de prendre le contrôle sur le temps. Si le flash est une sensation de hors-temps, l'addiction, quant à elle, introduit l'usager dans un temps régulé autour du produit, de sa recherche et de sa prise :

« La dope prenait toute la place. »

Sa consommation quotidienne d'héroïne fait partie, pour Vincent, de son *« rythme de vie hyper décadent* ». Étudiant en art, musicien de punk, il décrit sa vie de consommateur, imbriquée dans un mode de vie qu'il définit comme :

« Une vie de musicien de débauche puis de sexe sans arrêt, avec de la drogue. »

Le mode de vie de musicien punk, associé à la consommation d'héroïne, décrit par Vincent comme une recherche d'émancipation et de résistance, face à un monde violent et complexe, concourt à donner un sens à cette séquence de sa trajectoire.

> *« Y a aussi le fait que je me suis mis à me sentir bien. Pas que je me sentais tellement mal dans ma peau, mais…ça a vraiment ch…ça a coupé tous mes sentiments d'un coup, donc, je veux dire, comme beaucoup d'autres toxicomanes, j'étais hypersensible, je pouvais même pas lire les journaux, écouter les nouvelles ça me rendait trop déprimé, avec ça, y a plus rien qui m'atteignait. Dans le sens que je voyais tout s'écrouler aux alentours de moi, et puis ça me faisait rien. D'un côté, j'ai perdu beaucoup d'années, dans un autre je pense que ça m'a maintenu en vie, parce que probablement que je me serais foutu en bas du pont, et puis devenir musicien pour moi, c'était…c'était une façon de réussir à vivre en dehors du système un peu, parce que je voulais absolument rien savoir de ça. Je m'étais dit : Si je réussis là-dedans, j'ai pas de compte à rendre à personne, puis j'étais en dehors de tout, je vais être capable de survivre. »*

Fuir le temps signifie aussi fuir les conséquences d'un passé douloureux et du présent sur un futur que l'on redoute. Les événements glissent sur soi, sans qu'on s'en soucie, sans qu'on soit atteint par eux. La drogue devient bulle protectrice contre des émotions parfois ingérables. Le retrait du monde du travail considéré alors comme aliénant et de ses contraintes, et la recherche de modification de sa perception du temps par l'usage d'héroïne, peuvent être

interprétés comme un moyen pour échapper aux formes de coercition inscrites dans la construction sociale du rapport au temps et comme rejet d'une emprise extérieure sur son temps, qui serait quadrillé[52]. La vie « *décadente* », ce sont ses termes, menée par Vincent semble être une tentative de résistance au « bio-pouvoir » tel que le définit Foucault. Il a arrêté son école d'art pour partir en tournée ; selon l'adage punk *No Future*, il vivait dans l'instant, sans faire de projection. Il a refusé des propositions de maisons de disques pour « *faire de la dope*[53] », et la drogue lui permettait de créer sa musique « *sans se mettre de barrière* », en considérant un album terminé sans y « *repenser à deux fois* ». Quand il raconte avoir arnaqué son dealeur, en lui piquant le carnet d'adresses de ses clients, nous lui demandons s'il y a eu des conséquences, il répond :

> *« Non, aucune. J'ai eu des menaces, mais regarde…je veux dire avec le mode de vie que je menais, rien à foutre ! Je veux dire : Menacez tant que vous voulez ! »*

Cette minimisation des conséquences s'inscrit dans une forme de re-contextualisation de ses actions, celles-ci prennent un sens différent car elles sont relatives à de nouvelles normes, celles du « milieu » de la drogue. Sans doute, la relativisation des actes fait-elle partie de ces « mécanismes de défense qui permettent aux gens de la rue de "normaliser" la violence et la souffrance individuelle[54] ». Le désir de fuir le temps, lorsque celui-ci s'inscrit de manière périodique, par exemple au cours des sorties du weekend, est une parenthèse qui s'ouvre et se ferme le temps de la fête, comme un temps de déprise[55]. Le port d'un masque, permettant la métamorphose est à la fois une fuite du quotidien, mais aussi un jeu, voire un défi au temps qui passe. Lorsque chercher à fuir le temps relève d'un désir d'évasion plus constant, cela peut s'apparenter à une tentative de

---

[52] Foucault définit la construction sociale du rapport au temps comme formes de coercition au sein d'un monde disciplinaire industriel. Premièrement, le quadrillage du temps permet un contrôle permanent sur les individus, les horaires à respecter pour manger, dormir, travailler, etc. régulent la vie des individus, selon trois procédés : « établir des scansions, contraindre à des occupations déterminés, régler les cycles de répétition ». Deuxièmement, « l'élaboration temporelle de l'acte » selon un « schéma anatomochronologique du comportement », qu'il illustre par la marche scandée d'une troupe, est un outil du bio-pouvoir, chaque mouvement étant mesuré à la seconde. Ainsi : « le temps pénètre le corps, et avec lui, tous les contrôles minutieux du pouvoir » Michel FOUCAULT, *Surveiller et punir: naissance de la prison*, Paris, France, Gallimard, 1975..

[53] Dope = drogue ; si le mot « dope » peut être employé pour toutes les drogues, utilisé par Vincent, il se réfère à l'héroïne : http://www.dictionnaire-quebecois.com/definitions-d.html

[54] Philippe BOURGOIS, *En quête de respect*, *op. cit*.

[55] Myriam KLINGER, « Extase : Utopie et métamorphose », *in La recherche d'extase chez les jeunes*, Québec, Canada, Presses de l'Université Laval, 2010, pp. 113-121.

fuite de soi-même, témoignage d'un lâcher prise de l' « individu insuffisant », victime des injonctions à l'autonomie devenues insupportables[56]. La personne, à la recherche d'une autre forme de réalité, trouvée dans la drogue, va alors consommer de manière plus régulière, voire quotidienne. Fuir le temps dans la consommation est une manière de fuir le social, la rugosité des relations humaines et leurs contraintes.

> « C'est précisément dans ce retour des individus à leur « vie nue », c'est-à-dire une vie encore non qualifiée par le social que l'être communautaire vient se ressourcer.[57] »

Mais l'effet de l'héroïne se dissipe rapidement et ne procure que quelques heures de répit, la recherche du produit réintroduit rapidement l'individu dans la dimension sociale et politique de sa consommation.

> *« c'était une façon de réussir à vivre en dehors du système un peu. »*

« *Un peu* », précise Vincent, car bien sûr la drogue n'est pas un substitut du social, elle ne le fait disparaître que temporairement, le flash ne dure que quelques secondes. Ces secondes d'ex-stase, de sortie de soi, s'intègrent dans un temps long durant lequel la personne se socialise au milieu au sein duquel elle se fournit, revends parfois, et consomme, selon des règles spécifiques. Les périodes de forte consommation [58], évoquées par Vincent, semblent déconnectées de toute temporalité sociale, tant les heures et les jours ne sont plus des marqueurs perceptibles du temps qui passe. Pourtant, elles s'inscrivent bien dans une temporalité collective, liée au groupe et à l'organisation temporelle propre au monde de la drogue et à ses différents aspects (économie du milieu, rapport de pouvoir et confrontation avec l'appareil répressif de l'Etat). Le prix de la drogue ne permet pas longtemps une vie hors du social. Il est possible de rester dans la clandestinité par des moyens illégaux et donc de vivre « *en dehors du système* », mais Vincent, qui se déclare « *ambitieux [...] depuis très jeune* » valorise justement le fait d'avoir réussi à rester « *fonctionnel* » lors de sa longue période de consommation.

---

[56] Alain EHRENBERG, *La fatigue d'être soi : dépression et société*, Paris, O. Jacob, 2008.

[57] Pascale PERETTI, « La ritualité héroïnomaniaque : retour à la « vie nue », épreuve de la Communitas et processus identitaire », *Psychotropes*, 2008, vol. 14, nº 2, p. 99.

[58] Autrement appelées des missions, in Philippe BOURGOIS, *En quête de respect*, *op. cit.*

« Je pense que j'étais assez prudent dans ce que je faisais, [...] Puis je m'arrangeais pour pas trop en faire, parce que c'était pas mieux, je passais mon temps à dormir, je veux dire j'aimais ça être capable d'être productif aussi. Je veux dire parce que j'ai été vraiment longtemps à fonctionner. Je veux dire c'est quand ça s'est mis à me coûter vraiment trop cher, que les choses se sont mises à s'écrouler, parce que je veux dire, si j'aurais eu ça par prescription, ou légal, peut-être que j'aurais jamais arrêté, je veux dire, je fonctionnais très bien. J'avais deux jobs, j'avais un appartement. Puis j'avais quand même des amis, puis d'autres buts. »

Dans cet extrait, l'occurrence de l'expression « *je veux dire* » peut être rattachée à son désir de transmettre, il use ainsi de cet élément de langage pour appuyer ses propos. Mais, cette expression souligne également son souci d'exactitude et son effort pour être au plus près de ce qu'il a vécu et par là-même il témoigne de l'ambivalence des expériences qu'il a vécues. En effet, s'il souligne sa prudence et sa capacité à être productif, il précise également qu'il dormait beaucoup durant cette période. Paradoxalement, il associe l'intensité de cette période de sa vie en terme d'expériences vécues à une certaine oisiveté.

Il explique qu'il aurait pu continuer à consommer, si l'héroïne médicalisée avait été autorisée. Il insiste plus loin :

« J'avais l'air pratiquement d'une personne normale. »

Il n'exprime donc pas un rejet de la drogue, qu'il diaboliserait aujourd'hui qu'il est abstinent, comme le font parfois certains anciens usagers. Au contraire, il valorise cette expérience de vie à travers son travail et il assure :

« Je l'assume absolument, parce que je suis ici, et que je peux le faire. »

Or « ê*tre ici » et* « *pouvoir le faire* », c'est avoir réussi à valoriser ses années de consommation en étant salarié d'une structure de soin. Pour cela, il a réalisé un certain « travail biographique », notamment grâce au traitement de substitution, ce qui l'a amené à s'inscrire dans une nouvelle temporalité.

b) Ré-apprivoiser le temps : le temps pour soi

Après quinze ans d'héroïne, Vincent raconte la transformation de sens qui s'est opérée autour de sa consommation, elle qui rimait hier avec musique punk, mode de vie alternatif et résistances, rime alors avec désillusion : la came a

remplacé la musique et le manque a modifié un quotidien orienté autour du produit. C'est à ce moment qu'il décide d'entamer un traitement de substitution, nous lui demandons de nous décrire la démarche qu'il a entreprise, à l'époque, pour avoir accès à la méthadone :

> *« Ça fait deux ans, trois ans que j'ai plus de méthadone…ça doit faire sept ans, environ. Ça a changé très vite, dans les cinq dernières années. Finalement, j'ai appelé partout, puis on m'a conseillé d'appeler à l'hôpital X, puis j'ai parlé à la coordo là-bas, qui m'a dit : « Benh regarde, nous autres, ici, c'est deux ans d'attente, mais j'aimerais ça, te rencontrer quand même », puis je l'ai trouvée tellement cool au téléphone que j'ai décidé d'y aller, c'était une des rares fois que je me sentais pas…je ressentais pas comme un rejet, t'sais quand tu parles de tes problèmes de dope, puis elle était super gentille, je suis allé la voir, puis elle a dit : « Mon dieu, t'es en train de mourir, je te passe en avant de tout le monde », ce qu'elle avait pas le droit de faire, mais elle l'a fait quand même ! Parce que ça allait vraiment pas bien, je veux dire, je pense que j'étais rendu peut-être à 115 livres à l'époque puis je mesure 6,1 pieds[59], fait que j'étais vraiment en train de crever là. »*

L'entrée en substitution est présentée par Vincent comme un véritable « tournant » dans son existence. Le sens qu'il donne à cet événement peut être lié au contexte de l'entretien sociologique, et à son désir d'expliciter à la chercheure l'importance qu'a pris la méthadone au cours de sa trajectoire, mais également au fait que son récit est empreint d'une rhétorique qui lui permet de partager son expérience avec les autres usagers de la structure. L'élaboration d'un temps biographique s'inscrit dans un « temps configuré » : le narrateur choisit parmi les événements, issus de son expérience biographique. Il procède alors à une mise en forme de son histoire, pour lui donner un sens, lors du temps de l'énonciation. Se raconter n'est pas une transposition parfaitement symétrique entre le vécu et le récit, il s'agit d'un véritable effort de mise en intrigue. Ainsi expérience de vie et récit de soi s'imbriquent dans ce « temps configuré » et s'inscrivent tous deux dans un temps vécu[60]. Le rôle de Vincent dans la structure est intrinsèquement lié à son expérience de l'héroïne puis de la substitution. Son savoir, basé sur son histoire personnelle, est mis en récit de manière à rendre compte du changement rendu

[59] 52kilos pour 1m85

[60] Michèle LECLERC-OLIVE, « Les figures du temps biographique », *op. cit.*, p. 106. « Un événement biographique est [construit comme] un événement intersubjectif et partagé. »

possible par la substitution. Le récit de l'entrée en substitution, comme « événement intersubjectif », prend les traits d'un témoignage dont la visée, par le partage de l'expérience, a aussi une valeur de transmission d'un savoir.

Tout au long de l'entretien, il insiste sur l'importance d'un suivi psychologique, même si, il dit : « *Ça te tente pas de déterrer tout ça.* », il reconnaît l'importance de se raconter pour dénouer les nœuds de l'existence. Son récit d'aidant se fonde en premier lieu sur un récit d'abord élaboré dans une situation d'aide. Dans sa narration, un élément déclencheur est évoqué pour signifier la rupture entre les différentes séquences de sa vie : la période de la drogue et la période de la substitution ; il s'agit de l'appel à l'hôpital et la réponse positive qu'il a reçue, suivi de sa rencontre avec une psychologue avec qui il a réussi à avancer dans sa thérapie. Le choix de cet événement, rendu significatif dans le récit, permet de rendre compte de l'importance accordée aux soignants et à la relation de confiance établie et travaillée durant le temps de l'accueil.

> « Pouvoir s'ouvrir à l'autre, faire part de ses incertitudes, raconter des bribes de son histoires, sans être ni évalué, ni contraint de choisir une voie, permet à l'accueilli de mieux se situer dans un processus réflexif qu'il est amené à initier dans les lieux d'accueil.[61] »

Pour certaines personnes interviewées, l'entrée dans une structure spécialisée est un événement marquant et quelques uns se souviennent parfois de la date précise. Loin d'être simplement anecdotique, le fait de garder en tête une date, venant clôturer des années de prise de drogues, pendant lesquelles les marqueurs temporels étaient comme effacés, nous semble révélateur d'un passage à une autre séquence de vie, elle-même liée à une nouvelle forme de temporalité. Pour d'autres, au contraire, l'entrée en institution n'est pas vécue comme une rupture biographique, mais plutôt comme nouvelle étape d'un long parcours d'errance où les rencontres avec les institutions sont précoces et fréquentes.

Le temps d'attente moyen de deux ans, pour l'initialisation du traitement, est en inadéquation avec le « tout, tout de suite[62] » demandé par les usagers de drogue. Durant ce temps long, la personne peut multiplier les prises de risques. La

[61] Myriam KLINGER, « Services publics et vulnérabilités : l'accueil des incertitudes », *Annales de la Recherche Urbaine*, octobre 2003, n° 94, p. 50.

[62] Slogan de mai 68 repris par Olievenstein en 1976

coordinatrice que Vincent rencontre va l'aider à rentrer dans le processus plus rapidement, diagnostiquant un risque vital. L'entrée dans le dispositif ne sera pas vécue comme un déclic, mais, pour lui ce sera la rencontre avec une psychologue qui sera déterminante dans sa thérapie :

> *« Ça marchait plus ou moins, puis je continuais à consommer quand même, parce que ça me tentait pas d'arrêter, je voulais juste enlever le manque, et puis c'est après avoir essayé peut-être cinq psychologues différents que je suis tombé sur une avec qui ça a cliqué, puis finalement ça a duré un an, puis les choses se sont replacées. »*

Au début, son objectif thérapeutique n'était pas de viser l'abstinence, mais de soulager le syndrome de manque, qu'il ressentait quand il n'avait pas d'argent pour s'acheter de l'héroïne :

> *« J'avais pas vraiment envie d'arrêter t'sais. J'étais juste écœuré d'être malade. Là, c'était rendu qu'à chaque matin, je me réveillais en manque, ça, ça veut dire prendre de l'argent, puis courir après ton revendeur, puis après ça, retourner t'injecter, ça fait que c'était comme trop, j'en pouvais plus, au moins avec la méthadone, j'étais plus en manque. Ça fait que quand j'avais de l'argent et que j'avais envie de consommer, j'allais pas chercher ma méthadone, puis je consommais. Puis quand j'avais plus d'argent, beh au moins j'avais accès à ma méthadone, puis j'étais pas en manque. »*

La course quotidienne de la recherche d'argent pour s'acheter de la drogue et lutter contre le manque s'est achevée lorsqu'il a commencé son traitement, la méthadone lui a permis de ne plus consommer que de manière intermittente et sans risquer de contracter de nouvelles dettes. Nous avons rencontré de nombreux usagers qui témoignent d'un usage similaire de la substitution, celle-ci leur permettant de reprendre le contrôle sur une consommation qu'ils n'arrivaient plus, sans cela, à réguler. Pourtant, aujourd'hui, Vincent explique les contraintes relatives aux obligations de visites médicales, qu'il décrit comme un des aspects négatifs de la substitution :

> *« T'sais y a aussi les rencontres incessantes avec le médecin, puis, les allées et venues à la pharmacie, sans arrêt. Puis pratiquement pas possible de voyager, c'est difficile de travailler. »*

Du fait des conditions d'accès difficile à la substitution au Québec, nombreux sont les acteurs du champ des addictions (professionnels et usagers),

qui comme Vincent, rejoignent les critiques d'Olievenstein, formulées dès 1997, sur « la domestication des toxicomanes » par la substitution[63]. Les personnes en traitement se plaignent souvent de tant de restrictions, vécues comme une véritable emprise sur leur vie, leur calendrier s'établissant autour de ces entrevues, dont elles perçoivent le contrôle de l'usage du traitement, comme seul objectif alors qu'il s'agit, selon les autorités sanitaires, de prévenir la revente, ou encore le surdosage. Des raisons thérapeutiques sont également avancées :

> « Tout se passe comme si la prévision d'un rendez-vous, par exemple, servait moins à repérer une nouvelle heure de retrouvailles qu'à présentifier l'horizon à venir – et donc à le constituer – en s'affirmant mutuellement la prévisibilité du monde et en s'engageant à soutenir le cadre institutionnel de l'interaction au-delà du présent de la situation.[64] »

Les visites renouvelées réinscrivent le sujet dans un temps social qui lui permet de se projeter, à travers la fixation d'une date de prochain rendez-vous. Vincent a cessé de consommer de l'héroïne au bout de trois ans sous méthadone, puis les deux dernières années, après avoir réduit les doses graduellement, il a finalement arrêté le traitement et il est totalement abstinent depuis deux ans.

> *« On a diminué vraiment tranquillement avec mon médecin. Et puis à moment donné, ce qui est arrivé, c'est que je me suis mis à l'oublier. »*

Le travail thérapeutique réalisé est vécu par Vincent comme une co-construction avec son médecin, mais aussi avec la coordinatrice qui lui a permis d'intégrer le programme et avec la psychologue. L'avancée dans le traitement, comme définition d'un arc de travail, est un travail collectif et le patient doit réaliser certaines tâches. Le travail thérapeutique axé, notamment, autour du respect des horaires de rendez-vous, peut conduire, petit à petit, comme ce fut le cas pour Vincent, à une sortie du « temps de la drogue ». La simple prise du médicament ne nous éclaire pas, à elle seule, sur la trajectoire de soin de Vincent. Dans son récit, il fait intervenir de nombreux personnages ayant un rôle clé dans

---

[63] Claude OLIEVENSTEIN, « Dans le piège du contrôle social : le toxicomane domestiqué », *op. cit.* Dans son article paru dans le *Monde*, le docteur Olievenstein reprenait l'analyse foucaldienne d'une organisation sectorisée comme dispositif du contrôle social dont le but est de « réduire l'état de sauvagerie ».

[64] Raymond Duval in Michèle LECLERC-OLIVE, « Les figures du temps biographique », *op. cit.*, p. 118.

son traitement. Il insiste d'ailleurs sur l'importance du soutien reçu, qui lui a permis de s'engager dans la substitution, engagement permis et réalisé avec l'apport d' « autruis significatifs », tels que les soignants ; mais aussi ses parents qui ont participé à cet arc de travail en l'aidant à payer ses dettes au moment où il cherchait à s'en sortir[65]. La sortie de la dépendance, pour Vincent, s'inscrit dans un « souci de soi », tel que le définit Foucault dans ses derniers ouvrages. Il s'agit d'une véritable recherche de maîtrise des plaisirs à travers un mode de subjectivation et un processus de travail fondé sur le rapport à l'autre[66]. L'entrée dans la consommation et le début de la substitution sont racontés par Vincent comme des moments de bifurcation dans sa trajectoire.

c) Investir le temps : le temps partagé

D'abord résident de la structure, Vincent va être repéré par le directeur qui va lui accorder sa confiance pour lui confier un premier emploi de pair-aidant. Durant sa première année, en tant que salarié, il diminue progressivement la méthadone, avant de l'arrêter complètement, ainsi que toute prise d'autres produits. Pendant encore un an, il reste au même poste, puis est promu coordinateur de la structure. Il s'occupe aujourd'hui de la partie administrative de l'association : *« Tout ce qui est horaire, puis salaire, puis employés, ça passe par moi aussi. »*

Le passage d'une séquence de la carrière à une autre induit une temporalité différente, ce qui implique une re-socialisation, vécue et racontée par Vincent comme un processus d'alternation. La sortie du temps de la drogue et la perte des activités qui lui sont relatives peuvent rapidement générer un certain ennui chez de nombreux usagers de traitements de substitution, qui n'ont plus les mêmes montées d'adrénaline, autrefois ressenties ou encore qui n'ont pas d'activités dans lesquelles s'investir. Pour combler cet ennui, les acteurs doivent trouver d'autres manières d'occuper leur temps.

[65] Vincent précise que ces parents sont « très riches » or pour de nombreux autres usagers rencontrés, qui n'ont pas un entourage pouvant assumer leurs problèmes financiers, les dettes sont souvent la cause de rechute. Pour se procurer l'argent qu'ils doivent rembourser au dealeur, à la justice, et à leurs autres créanciers, ils retombent souvent dans l'univers de la délinquance (vols, deal, prostitution) ce qui peut les inciter à re-consommer.

[66] Michel FOUCAULT, *Histoire de la sexualité. 3, Le souci de soi*, Paris, France, Gallimard, 1984.

L'arrêt de ses usages de drogues signifie pour Vincent une transformation de son statut, qui n'est pas simplement le passage d'usager à abstinent mais aussi de résident à salarié. L'entrée dans la structure de soin est une étape dans sa vie qui marque une nouvelle forme d'engagement dans le monde institutionnel dont il adopte petit à petit les codes, pour finalement devenir un représentant promu de l'association.

La première étape de ce changement, dans le récit de Vincent, en lien avec son entrée dans la structure de soin, est la sortie d'un réseau de connaissances lié à la drogue :

> *« Moi, je sais que ceux que j'ai vus qui ont réussi ici, puis ça, ça inclus moi, c'est des gens qui se sont débarrassés de tout ce qui était mauvais alentour d'eux. Ça veut dire, pas nécessairement que les consommateurs avec qui j'étais étaient des mauvaises personnes, c'est juste qu'eux continuaient à consommer, puis c'était pas possible pour moi. »*

Toutefois, nous pouvons ici relativiser l'idée d'alternation ; en effet, si Vincent a changé de pratique et d'environnement social, il ne dénigre pas pour autant les personnes qui consomment toujours, pas plus qu'il ne dénigre la consommation en elle-même. Certains anciens usagers en viennent parfois à complètement rejeter leur passé en le diabolisant, mais Vincent, au contraire, puise aujourd'hui dans son expérience pour donner du sens à son travail, au sein d'une structure qui valorise ses compétences. Il ne s'agit pas pour lui de renier son passé, mais de le remettre en cohérence avec son présent. La stratégie d'*empowerment,* chère à cette association, vise à valoriser l'expérience des salariés pour adapter les modes de prise en charge. L'enjeu défini par ce type d'initiative est de cumuler des connaissances et des savoirs afin d'élaborer une expertise des salariés à partir de leur expérience de l'héroïne, mais aussi du dispositif soignant. Vincent, ayant été lui-même bénéficiaire de la structure et résident, a fait l'expérience de ce mode de prise en charge, ce qui lui permet de saisir les enjeux de la thérapie et l'expérience des personnes à différents niveaux. Résident, salarié puis coordinateur, cette forme *d'engagement ancré* témoigne non pas d'un processus d'alternation comme rupture franche entre deux mondes séparés, ce que serait un *engagement distancié*, mais d'une reconversion dans un monde de la drogue dont la finalité des actions est redéfinie, et dont les valeurs (d'émancipation et de résistance) semblent

toujours intactes. A de nombreuses reprises dans l'entretien, il marque sa fierté de faire partie de cette structure dans laquelle « *même les patrons sont des drogués* » ; plus loin, il dit encore :

> *« Mais je pense qu'au monde on est les seuls comme entièrement gérés par des pairs, qui font du logement en plus. »*

Ce travail salarié est décrit par Vincent comme une source d'émancipation et de valorisation de sa trajectoire identitaire. Par le biais du travail, il s'inscrit dans une démarche de réinsertion au sein de la société et de repositionnement en tant qu'acteur citoyen, dans le sens où va s'affirmer son identité professionnelle[67].

> *« Au début, l'idée c'était de redonner un peu à la communauté, parce que j'avais vraiment reçu beaucoup. »*

Il redonne à la « communauté » en participant à cette initiative innovante, il rend ainsi l'aide qu'il a lui-même reçue. La notion de « communauté » en sociologie renvoie à l'idée de solidarité entre semblables et à la notion de dette envers autrui comme fondement du lien social[68]. L'exemple le plus connu de ce type d'action est le mouvement des Alcooliques Anonymes (AA), dont les membres sont perçus comme des semblables, partageant la même maladie. Leur programme de rétablissement est établi en douze étapes. L'affirmation de Vincent s'inspire de la douzième étape :

> « Ayant connu un réveil spirituel comme résultat de ces étapes, nous avons alors essayé de transmettre ce message à d'autres alcooliques et de mettre en pratique ces principes dans tous les domaines de notre vie.[69] »

« Transmettre le message », forme absolue du don/ contre-don, il s'agit surtout d'une volonté de redonner une place à l'action, comme l'enseigne le *Gros Livre*[70], ouvrage fondateur du mouvement AA :

---

[67] Claude DUBAR, *La crise des identités: l'interprétation d'une mutation*, Paris, France, Presses universitaires de France, 2000. Dubar définit l'identité professionnelle comme la « manière socialement reconnue, pour les individus, de s'identifier les uns les autres, dans le champ et de l'emploi ».

[68] Roberto ESPOSITO, *Communitas: origine et destin de la communauté*, Paris, France, Presses universitaires de France, 2000.

[69] *Les 12 Étapes des Alcooliques Anonymes - Vivre Sans Alcool*, http://www.vivresansalcool.net/pages/Les_12_Etapes_des_Alcooliques_Anonymes-560097.html, consulté le 16 décembre 2014.

[70] L'ouvrage fondateur du mouvement *Les Alcooliques anonymes: l'expérience de milliers d'hommes et de femmes qui se sont rétablis de l'alcoolisme* est souvent appelé par ses membres le *Gros Livre,* voire la *Bible*. Cette dernière nomination renvoie au caractère spirituel du mouvement.

« La joie de vivre est le thème de la Douzième Etape des AA et l'action en est le mot clé.[71] »

Cet engagement que nous appelons *ancré,* car il s'inscrit toujours dans le champ des addictions, est aussi, pour Vincent, un engagement militant. Il diffère en cela de l'engagement dans les mouvements des Anonymes dont l'approche est uniquement centrée sur la reconquête de l'abstinence, avec une forte imprégnation des discours médicaux.

Vincent revendique, par son travail notamment, le droit à la santé pour les usagers de drogue, l'ouverture de salles d'injection supervisées mais aussi la dépénalisation des drogues. Conscient du manque de considération de la société globale pour les activités de l'association, il perçoit aujourd'hui la nécessité, pour les acteurs de terrain, de se mobiliser afin de faire entendre leurs voix. Fortement incité dans cette direction par le directeur de la structure, lui-même fortement engagé, Vincent donne du sens à son emploi notamment à travers cette dimension militante, qui lui permet de faire le pont entre les différentes séquences de sa vie :

« Il faut que ça cesse, c'est la guerre à la drogue qui fait qu'il y a plein de dommages collatéraux, c'est pas la drogue en tant que telle. Je veux dire toute la violence qu'il y a alentour, puis les emprisonnements, puis merde, ça coûte cher à l'État, c'est complètement débile, ça marche pas. On a vu que ça a pas marché aux EU avec l'alcool, c'est là que toute la mafia a fait son argent. »

L'engagement *ancré* se caractérise par une continuité entre le monde de la drogue et le nouveau monde social dans lequel l'acteur s'engage. Au moment où le directeur lui a proposé ce poste de pair-aidant, il avait repris ses études de graphiste. Vincent affirme avoir accepté ce travail non pas pour le salaire « *pas énorme* » mais pour « *la cause* » qu'il revendique aujourd'hui :

« Puis…dans le fond j'aimais ça, puis je me voyais plus faire du graphisme, enfermé en avant d'un ordi toute la journée, puis y a la cause aussi. »

Les vertus émancipatrices du travail lui ont également permis de renforcer le travail thérapeutique déjà amorcé :

« Benh je m'en étais déjà sorti, je pourrais dire, quand j'ai commencé à travailler, je consommais plus, mais…est-ce que ça m'a aidé…ouais…dans le sens

[71] *Les Alcooliques anonymes*, *op. cit.*, p. 121.

que…quand je me suis souvenu de ce que j'étais avant…puis que finalement, j'étais capable de travailler…puis…que j'étais pratiquement une personne normale… »

Pour Vincent, « être une personne normale » passe par le travail, par la « nécessité éternelle du travail » dont parle Hannah Arendt et qu'elle explique ainsi :

> « Nous ne connaissons qu'un processus, celui de la vie dans nos corps, et la seule activité dans laquelle nous puissions la traduire, et qui lui corresponde, c'est le travail.[72] »

D'autres usagers considèrent la sortie définitive du monde de la drogue comme un préalable, voire un impératif, afin de prévenir les risques de rechute ; le travail dans une structure de soin spécialisée n'est donc pas envisageable pour elles, et leur réinscription dans la cité doit se faire par un engagement *distancié* du champ de la toxicomanie. Comme le précise M. Jauffret-Roustide dans son étude sur les groupes d'autosupport en France :

> « La mobilisation est toujours difficile au sein d'un groupe social dont l'identité sociale est stigmatisée.[73] »

Les situations de grande précarité et la dépendance ne permettent pas toujours un engagement politique des personnes dont les enjeux de survie se font prégnants. D'où la difficulté pour ces différents groupes de recruter des usagers de drogues prêts à s'impliquer dans ce type d'initiative. Pour Vincent, l'avancement dans la hiérarchie de la structure l'éloigne de plus en plus du monde de la drogue, son travail devenu un travail de bureau fait apparaitre la tension paradoxale propre à la dialectique du travail. Si Vincent affirme sa position d'acteur citoyen par le travail, il exprime aussi l'aspect presque aliénant d'un travail bureaucratique routinier. Il explique :

« Et puis je suis jamais sur la rue. C'est comme maintenant, la moitié de mon travail, c'est de l'administration. […] Je fais beaucoup de paperasse, et puis je fais comme tout le monde, je cours après beaucoup d'argent, finalement je fais la même chose que quand j'étais drogué, sauf que je le fais pour une cause. »

---

[72] Hannah ARENDT, *Condition de l'homme moderne*, Paris, France, Calmann-Lévy, 1961, p. 165.

[73] « Mobilisation is always difficult within social groups whose social identity is stigmatised » (notre traduction) Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, « Self-support for drug users in the context of harm reduction policy: a lay expertise defined by drug users' life skills and citizenship », *Health Sociology Review*, 2009, vol. 18, nº 2, pp. 159–172.

Avec ironie, Vincent souligne ici la perméabilité entre différents mondes sociaux, celui de la drogue et celui du travail, en affirmant que certaines des compétences acquises lors de son expérience dans le monde de la drogue peuvent être mobilisables dans un emploi légal, salarié. Ce parallèle entre ces différents mondes montre bien la porosité des mondes sociaux, et va à l'encontre des conceptions profanes sur les drogues, perçues comme totalement aliénantes. Comme le démontre Ehrenberg, il existe un véritable paradoxe au cœur des usages de psychotropes, qui font cohabiter une sur-adaptation à la norme, comme surinvestissement de soi et de son propre corps, dans un « culte de la performance » et qui sont à la fois des conduites désapprouvées et dénoncées par le regard public. Bien qu'inscrites dans la marginalité, ses pratiques en lien avec la drogue sont associées à une course après l'argent, par Vincent. L'argent tient une place déterminante, le lien entre consommation de drogues et argent est prégnant, de même que dans les deux mondes, le monde associatif et le monde des drogues.

Le concept de « carrière » de Becker, auquel nous nous référons, renvoyait déjà à ce croisement possible entre « carrière déviante » et « carrière professionnelle » dans ce qu'elle comporte d'apprentissage et de compétences qui lui sont propres.

Á l'épreuve du terrain, la valorisation de compétences acquises dans le milieu de la drogue vers le monde du travail légal est rarement assurée. En effet, la marginalisation consécutive à un usage prolongé de drogues, telle que l'héroïne, ne permet que rarement aux personnes de s'inscrire sur le marché de l'emploi, par ailleurs difficile d'accès. C'est d'autant plus vrai quand le parcours dans la marginalité est précoce et que le milieu familial est défavorisé. Pour Vincent, l'entrée dans une consommation quotidienne se fait alors qu'il a 18 ans. Jusque là, il a poursuivi sa scolarité et il explique qu'il envisageait de reprendre ses études de graphiste, avant de se diriger vers ses activités au sein du centre. Il valorise le fait d'être « fonctionnel », « actif », « entreprenant » et « performant ». De plus, ses parents, aisés, lui ont permis d'effacer ses dettes au moment où il a entamé sa thérapie. Les compétences acquises dans le milieu de la drogue, la recherche d'argent mais également la connaissance de la dépendance, sont conceptualisées par Vincent, au prisme de connaissances acquises dans son milieu familial et

consolidées lors de sa scolarité, notamment la capacité d'abstraction dont il fait preuve et qui lui permet de prendre de la distance par rapport à son propre vécu.

Si Vincent puise dans les compétences qu'il a acquise lors de sa socialisation primaire, la rencontre avec une association de pair-aidants, pour des personnes qui sont issus de milieux défavorisés peut leur permettre, lors de leur socialisation secondaire, d'acquérir de nouvelles compétences leur permettant de valoriser les savoirs acquis dans les mondes de la drogue. Simon, par exemple, en participant au groupe d'entraide des Anonymes, a appris à se mettre en récit, compétence narrative dans lesquelles il puise aujourd'hui dans sa mission de travailleur pair.

d) S'engager par le récit

L'analyse du récit de Vincent fait apparaître différents points tournants. Chacune de ses bifurcations est le marqueur d'une nouvelle étape dans sa vie et témoigne d'une transformation de son rapport au temps. Il est intéressant de reconstruire son récit à partir de ces différents temps car ceux-ci indiquent l'importance de la subjectivation du traitement à laquelle procède Vincent de manière à s'approprier sa thérapie et sa propre histoire. Le narrateur marque d'une manière franche les différentes séquences qui jalonnent son parcours, chacune étant une nouvelle étape l'ayant conduit à son poste de coordinateur d'une structure spécialisée. Toutes ces étapes, identifiées par le narrateur, visent à faire entendre à ses interlocuteurs la place qu'il a aujourd'hui au sein de la structure, mais elles témoignent surtout du chemin parcouru, des embuches mais aussi des réussites auxquelles il a dû faire face, pour pouvoir aujourd'hui se situer du côté des aidants et non plus des demandeurs d'aide.

Le premier temps raconté par Vincent est celui de la consommation, perçu comme un temps hors-du-temps, sensation rendue possible par le produit qui permet à l'usager d'accélérer le temps objectif, de l'arrêter et même d'y échapper pour conjurer le sentiment de sa propre finitude. Le deuxième temps est celui de la substitution, cette période, d'une durée de six ans, pour Vincent, s'inscrit comme nouveau cadre temporel. Ce temps social organisé autour de visites ordonnancées chez le médecin est aussi un temps liminaire, permettant une « démarche temporelle de transition » vers un futur possible. Le troisième temps est celui de son engagement dans une activité professionnelle, comme pair-aidant, depuis

quatre ans au sein de la structure. Cet engagement ancré nécessite de la part de Vincent une reconceptualisation de son rapport au monde de la drogue.

La substitution n'est pas toujours vécue comme point tournant entre un avant et un après mais s'inscrit pour de nombreuses personnes dans un continuum, sans qu'il y ait une réelle tentative de reconfiguration du rapport aux opiacés. Cette reconstruction idéale-typique vient éclairer un certain sens accordé à la substitution, lorsque celle-ci est vécue, non pas comme rupture biographique, mais comme reconfiguration du passé à travers l'activité de pair-aidance. A travers son expérience de pair, Vincent a fait l'apprentissage de l'exercice de mise en récit de soi. Il a appris les techniques de cette narration, codifiée par un objectif institutionnel, qui vise à accompagner les personnes dans leur travail thérapeutique et biographique. Vincent propose, de la place qu'il détient au sein de l'institution, soit une place de coordinateur, des outils cognitifs pour appréhender le parcours de la substitution. Les savoirs d'expérience qu'il transmet relèvent d'une certaine subjectivation de son traitement mais également d'une forme de relecture *a posteriori*. Son récit est donc bien singulier, il est le narrateur de sa propre histoire de vie, mais il est également vecteur d'une philosophie propre à l'institution pour laquelle il travaille. L'analyse que nous faisons de son récit se situe donc à ces deux niveaux de lecture : le récit singulier de Vincent et le récit collectif de l'institution qu'il représente et qu'il défend.

Halbwachs souligne l'importance d'autrui dans le processus de mémorisation et parle des « cadres sociaux de la mémoire » qui rendent possible une « mémoire collective » : fondement du lien social:

> « Le plus souvent, si je me souviens, c'est que les autres m'incitent à me souvenir, que leur mémoire vient au secours de la mienne, que la mienne s'appuie sur la leur.[74] »

Le fait de se raconter est déjà une inscription de soi dans une temporalité historique, définie comme « entrecroisement du biographique et du relationnel[75] ». Se livrer, donner un peu de soi à travers le récit de sa propre histoire, c'est s'inscrire dans une relation de proximité et de confiance, c'est aussi se replacer dans un cadre qui nous préexiste, qui nous définit tout autant que l'on

[74] Maurice HALBWACHS, *Les cadres sociaux de la mémoire*, *op. cit.*
[75] Claude DUBAR, « Temporalité, temporalités », *op. cit.*, p. 14.

contribue à le définir. Le récit de Vincent est l'histoire d'une succession d'étapes qui le caractérisent aujourd'hui dans sa complexité, quand nous lui demandons s'il souhaiterait changer quelque chose dans sa vie, il répond :

> *« Je changerais rien moi ! Vraiment, j'ai vécu comme quarante vies en vingt ans ! Le regret que j'ai par exemple, c'est que j'ai perdu beaucoup de temps ! »*

Cette réponse paradoxale témoigne d'une nostalgie par rapport à un hors-temps vécu intensément mais qui fut pourtant inconsistant, car vide de projet. Le temps de sa consommation, Vincent a cherché à « vivre caché et ne point se soucier du monde », ce qui, selon Arendt, est la « forme la plus radicale d'un mode de vie apolitique ». Dans son récit, c'est le traitement de substitution qui a rendu sa consistance au temps, notamment par le cadencement des prises de rendez-vous médicaux. Aujourd'hui, Vincent, par son engagement, dans un travail salarié, se replace dans un présent qui accorde une place au futur et à l'espoir, mais surtout qui le resitue dans son rapport à autrui. Il est un héros moderne, tel que le définit Arendt :

> « L'idée de courage, qualité qu'aujourd'hui nous jugeons indispensable au héros, se trouve déjà en fait dans le consentement à agir et à parler, à s'insérer dans le monde et à commencer une histoire à soi.[76] »

Se raconter, témoigner est une forme d'engagement, mais aussi « l'immortalisation d'une vie[77] », comme un nouveau défi au temps qui passe.

2. *Les enjeux de la professionnalisation des pairs comme exercice de distanciation*

a) Distance émotionnelle dans le travail social

La distinction souvent effectuée entre la manière dont les travailleurs sociaux interagissent avec les personnes accompagnées et les pairs-aidants réside dans la part d'émotivité entretenue dans la relation. Les pairs partageant une expérience similaire à celle des personnes accueillies seraient plus susceptibles

[76] Hannah ARENDT, *Condition de l'homme moderne*, *op. cit.*

[77] Attilio BRAGANTINI, « Contributi/5 Identité personnelle et narration chez Paul Ricœur et Hannah Arendt », *Lo Sguardo-revista di filosofia*, 2013, n° 12, pp. 135-149.

d'exprimer leurs sentiments et leurs émotions, il s'agirait même d'une de leur compétence spécifique. Néanmoins, de la même manière qu'un pair, un travailleur social, qui fait preuve d'empathie, peut ressentir différents types d'émotion face à une personne qui s'adresse à lui.

> « En convoquant trois formes de rapports spécifiques aux sentiments psychosociaux (la distanciation, le partage et l'expression) qui font le quotidien d'une activité professionnelle, le travail « d'aide à la relation » repose principalement sur ses capacités à utiliser ses expériences émotionnelles, ses sentiments psychosociaux, comme d'un matériau.[78] »

La question des savoirs se situent ici au niveau de la gestion des sentiments et de l'expression des émotions, selon le cadre d'interaction. Pairs, travailleurs sociaux et usagers de structures redéfinissent à leur manière un rapport aux affects qui leur est propre. Cette réception singulière des émotions est également en jeu lors de la rencontre entre le chercheur et la personne interrogée. Lors de nos observations de terrain, nous avons pu constater à quel point la réactivité émotionnelle des aidants dépendait de leur expérience, de la relation entretenue avec le demandeur d'aide, de la personnalité de l'aidant et de leur humeur au moment de l'interaction. La gestion des débordements et les rappels au cadre ainsi que la perte de sang-froid et de tempérance font l'objet de reprises et de discussions avec les équipes afin que ces situations conflictuelles ne soient pas gérées par la personne individuellement. Michel Joubert, retraçant le parcours de Marlène, analyse les compétences qu'elle a développées lors de son expérience de la rue et des drogues. Marlène, sortie de la rue, continue à entretenir des relations avec quelques personnes qui sont encore dans la « galère » et puise dans ses savoirs expérientiels pour leur apporter une aide :

> « Elle a le sentiment de comprendre plus que d'autres leurs difficultés et leurs qualités. Elle se sent compétente avec plein d'idées sur ce qu'il faudrait faire, sur ce qui pourrait les aider. Elle se verrait bien éducatrice de rue. Mais cette capacité à communiquer avec eux, à les mobiliser pour leur donner envie de s'en

[78] Nicolas AMADIO et Vanessa BRINGOUT, « L'intervention sociale ou l'économie des sentiments: Regards croisés d'un sociologue et d'une ES », *Le sociographe*, 2011, vol. 36, n° 3, p. 93.

sortir, de faire attention à leur santé, de réduire les risques pris, n'est reconnue par personne.[79] »

En effet, Marlène ne trouve pas au sein de la structure où elle a été accueillie de moyen de valoriser ses propres savoirs qu'elle pourrait mettre à profit pour aider les autres. Mais Joubert explique que son investissement auprès des personnes encore à la rue est aussi vécue par elle comme un enfermement, tant son engagement l'empêche de prendre une distance émotionnelle vis-à-vis de sa propre histoire.

> « Cette logique d'enfermement mutuel ne relève pas seulement des logiques sociales et publiques ordinaires, mais aussi des interdépendances intimes qui se sont instaurées entre les personnes.[80] »

Ces interdépendances intimes questionnent la relation aidant-aidé et la distance émotionnelle entre les deux. Pour Vincent, la question de la distance émotionnelle doit être prise en compte, mais surtout travaillée avec le pair-aidant :

> *« Ça complique la distance. C'est…une des choses que les soi-disant professionnels, qui ont jamais consommé, reprochent des fois aux pairs, c'est que justement ils ont pas assez de distance face à ça, puis qu'il mêle leur personnel, je veux dire leur expérience personnelle. J'ai souvent entendu ça. »*

En parlant des « soi-disant professionnels », Vincent témoigne bien d'une certaine conflictualité vis-à-vis d'une logique professionnelle qui tendrait à imposer une certaine conception du travail social dont l'acquisition des compétences se ferait par le diplôme. Néanmoins, le statut de l'aidant, non pas son statut en terme d'expérience de vie, mais en fonction de sa position dans la hiérarchie de l'association peut interférer dans sa gestion des situations. Les bénévoles par exemple peuvent entretenir des relations moins distantes avec les personnes accompagnées que les intervenants salariés ; de même, les travailleurs de rue, ou « messagers », pourront engager des relations plus proches avec les personnes que ne le feront les pairs-aidants. Cette question de la distance et de la professionnalité de l'aidant apparaît dépendre avant tout de la clarté de la définition de sa mission et de son rôle.

---

[79] Michel JOUBERT, « La vie de Marlène », *op. cit.*, p. 105.
[80] *Ibid.*, p. 106.

b) Distance hiérarchique et attribution de rôles différenciés

> « Les pairs aidants ont fait leur apparition dans le plan d'action en santé mentale du Québec de 2005 intitulé La force des liens qui recommande aux CSSS d'intégrer des pairs aidants dans 30% des équipes de suivi intensif (SI) et de suivi d'intensité variable (SIV) sur la période 2005-2010 (MSSS, 2005 : 52), ce qui témoigne de la volonté politique de développer cette approche.[81] »

Depuis 2005, de nombreux projets dans le sens d'une plus grande intégration de travailleurs pairs dans les organismes socio-sanitaires voient le jour au Québec. L'organisme d'entraide pour personnes en traitement de substitution visité fonctionne comme toute autre organisation, avec les mêmes contraintes et directives. La différence essentielle réside dans le fait que toute la hiérarchie de l'association partage une expérience avec les drogues opiacées, comme nous le Vincent :

> *Vincent : « On s'est basé sur comment les vraies corporations font, puis ont fait pareil. C'était ça l'idée. Á part du fait qu'on soit des pairs, on est pas différents de n'importe qui, je veux dire, on fonctionne de la même façon, avec les mêmes règles. Puis autant que possible la même éthique. C'est souvent le problème que j'ai eu avec les pairs, c'est la conso qui se passe, quand c'est supposé être une relation d'aide, puis on essaie de s'arranger pour pas que ça se produise. »*

La volonté du directeur était de créer une association qui soit entièrement conçue, réalisée et animée par des usagers de drogues, afin de montrer et de valoriser les compétences propres à cette population. C'est donc dans une logique dite d' *empowerment* définie comme l'appropriation du pouvoir d'action par les personnes concernées ou d' « autohabilitation » que s'inscrit cette association mais aussi dans une volonté affichée de « déstigmatisation » des usagers de drogues, souvent considérés comme non fiables et ne pouvant pas aller au bout d'un projet. Le savoir et les compétences des salariés portent sur une expertise empirique et pragmatique, dite « expertise d'expérience », basée sur un passé assumé. En effet, les pairs connaissent les effets des produits et de la substitution, ils savent la douleur du manque et peuvent ainsi écouter mais parfois aussi comprendre sans l'aide des mots ce que peut ressentir la personne face à eux :

[81] Baptiste GODRIE, *Savoirs d'expérience et savoirs professionnels : un projet expérimental dans le champ de la santé mentale*, thèse soutenue à l'Université de Montréal, 2015, p. 122.

Simon : *« La personne va me parler de la boule dans l'estomac, je sais de qu'est-ce qu'elle parle. Y a des choses, je sais exactement qu'est-ce que ce monde-là, ils disent, et vivent. » (Simon, 34 ans, Québec, entretien réalisé le 27.06.13)*

L'expérience physique des drogues et de la dépendance est du domaine du sensible que la seule mise en mots ne permet pas de partager. Cette connaissance sensorielle du produit permet au pair d'apprécier le degré de souffrance ou de mal-être qu'éprouve la personne en face de lui. Rendre, donner en retour est une manière de rétablir la réciprocité dans l'échange, et ainsi cette pratique du don, contre-don, permet à la personne de retrouver une certaine estime d'elle-même, comme en témoigne Simon qui raconte comment, par le biais de son intervention, il a permis à une jeune fille de trouver des solutions pour sortir de la rue :

Simon : *« Non, parce que pour moi, c'est ma plus grande réussite. Je dis pas que je l'ai sauvée, je l'ai aidée à se sauver, c'est tout. »*

L'aide des pairs bénéficie aux deux parties, les aidants et les aidés se confondent ainsi dans une relation qui s'établit autour de l'échange d'expériences communes. Néanmoins, il est important ici de nuancer la notion de réciprocité, l'aide apportée se constitue au travers d'un vécu commun, toutefois la position salariale des pairs-aidants, la possibilité de valider par un diplôme au niveau universitaire des « acquis de l'expérience », mais aussi le fait qu'ils soient sortis de la dépendance et qu'ils ne se situent donc pas dans la même phase de convalescence créent une asymétrie dans la relation entre un « donneur », le pair-aidant et un « receveur » : le patient, autrement appelé client par un des pairs-aidants interviewés :

Simon : *« C'était de toujours aller voir mes clients, j'appelais client, c'est façon de parler, c'est les personnes que je rencontre, donc, j'aime pas le mot, mais en tout cas… »*

Finalement, si l'accueil et l'accompagnement par un pair permettent de faciliter la confiance nécessaire à la relation d'aide, cette mission peut aussi permettre à l'aidant de consolider sa propre démarche de soin, en étant au contact d'usagers ayant encore des problèmes de dépendance, explique Vincent :

Vincent : *« Je veux dire, j'en vois qui sont tellement dans la marde par dessus la tête que je me dis, il est pas question que je retourne là, mais pas jamais ! Je veux dire*

pas juste les voir avec leurs problèmes de santé, mais je veux dire : pauvres, endettés, déprimés et en tout cas tout ce qui vient avec. Puis ça me donne vraiment pas le goût d'y retourner. » (Vincent, 42 ans, Québec, entretien réalisé le 01.07.13)

Néanmoins, les risques de rechutes sont envisagés : la sortie de la dépendance, qui apparaît comme fragile, processuelle plus que définitive, est parfois souhaitée loin du produit, loin des personnes qui consomment encore, et donc loin du monde de la drogue. Le risque qu'un discours peu compréhensif soit tenu par des anciens usagers qui rejetteraient complètement leurs pratiques passées, comme cet exemple commun des anciens fumeurs qui ne tolèrent plus l'odeur de la fumée, est présent au sein d'un certain nombre de groupes d' « Anonymes » qui prônent parfois un idéal d'abstinence en ne laissant aucune marge possible pour d'autres formes de rétablissement. Si un discours anti-drogues et pro-abstinence est recherché par certains, il peut en culpabiliser d'autres, voire les éloigner encore davantage d'un processus de soin. Vincent raconte en effet avoir travaillé avec un pair, dont le discours était très radical, il insiste sur l'importance pour un pair de ne pas être dans une forme de rejet total de son vécu avec la drogue pour que ce mal-être ne soit pas transféré vers la personne en demande d'aide :

Vincent : *« On demandait au départ quelques années de recul, face à la conso. Parce que j'ai remarqué que souvent une personne qui arrête de consommer [...] les gens partent complètement en guerre contre ce qu'ils étaient. Puis c'est leur seule façon de se retenir, puis de plus reconsommer. "J'étais un trou du cul, c'est de la merde, je retourne pas là, je redeviendrai pas ça, je redeviendrai pas un 'stie de trou de cul." Y a beaucoup de colère là-dedans aussi, puis tu veux pas projeter ça sur un usager. D'où mon insistance sur un suivi psychosocial, c'est super important d'arrêter de façon saine. »*

Vincent insiste ici sur la nécessité d'un suivi psychosocial pour les travailleurs pairs. Opale, 29 ans, pense s'engager dans la pair-aidance, selon elle, le statut d'un pair est plus souple que celui d'intervenant :

Opale : *« Travailler sur moi-même, oui, mais...déjà que je me prenne en charge par moi- même[...] Je vais pouvoir me le permettre, d'aider quelqu'un d'autre quand ça va être moins prenant que de m'aider moi ! Puis...comme pair-aidant, oui, ça je le ferai, c'est correct, parce que j'ai pas...j'ai le droit à l'erreur ! C'est con mais c'est ça ! Tandis*

que comme intervenant, benh, t'as des normes à rencontrer puis tout, puis, on attend un minimum de toi. Comme pair, benh c'est ça, je suis à égal avec toi, si je fais une erreur c'est correct [...] Fait que oui, je ferai une bonne intervenante, mais je veux pas le faire à mes dépends. Je veux pas comme couler. »

Pour Opale, un travail sur soi est nécessaire pour qu'elle puisse aider les autres. Selon elle, l'engagement en tant que paire-aidante est permis par un « *droit à l'erreur* » qui rend le travail plus accessible. Cela rejoint les résultats de la thèse de Godrie, qui explique l'importance d'un accompagnement, notamment pour que ce ne soit pas les autres salariés qui prennent en charge les difficultés que peuvent rencontrer les travailleurs pairs.

En France, des programmes visant l'intégration de « médiateurs-santé pairs » sont expérimentés[82], comme en Suisse, où des formations de pair-aidant existent telles que celles proposées par l'association romande Pro Mente Sana[83]. Il semblerait qu'en France et en Suisse, ces programmes se développent majoritairement dans le champ de la santé mentale, bien qu'on puisse entrevoir aujourd'hui le développement de ce type de démarche, notamment, dans le champ du handicap. Si les ex-usagers de drogues ont tenu une place importante dans la création de l'addictologie en France, rapidement, dès les années 1980, la professionnalisation croissante du secteur va redéfinir leur place au sein des institutions, comme l'explique Bergeron :

> « Á l'heure des savoirs maîtrisés, il n'est plus suffisamment prestigieux d'asseoir sa légitimité thérapeutique sur la seule connaissance individuelle de l'expérience.[84] »

Citant Del Vogo, il parle même d'une phase « d'écrémage des personnels », s'inscrivant dans un contexte où règne « l'idéologie de l'évaluation[85] ». Comme l'analyse Godrie[86], le croisement des savoirs et des pratiques est en contradiction avec l'héritage positiviste qui postule qu'experts et chercheurs sont les mieux à

---

[82] « En France, le programme de formation des médiateurs de santé pairs (MSP) lancé en 2012 est un diplôme universitaire d'un an accessible à des personnes ayant deux ans de scolarité universitaire à moins qu'elles puissent témoigner de trois années d'expérience professionnelle pertinente. » *Ibid*.

[83] *Pro Mente Sana: Formation pair aidant*, http://www.promentesana.org/wq_pages/fr/formation-pair-aidant/, consulté le 29 janvier 2016.

[84] Henri BERGERON, *L'État et la toxicomanie*, *op. cit*, p133.

[85] Roland GORI et Marie-José DEL VOLGO, « L'idéologie de l'évaluation : un nouveau dispositif de servitude volontaire ? », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2009, vol. 8, nº 2, p. 11.

[86] Baptiste GODRIE, *Savoirs d'expérience et savoirs professionnels*, *op. cit*.

même d'étudier et de réguler les activités humaines. L'acquisition de diplômes et la validation de savoirs, définis comme légitimes, mettent à distance les démarches qui ne s'inscrivent pas dans ce registre institutionnel. Il semblerait, en effet, que la concurrence entre travailleurs laisse peu de marge à l'implication réelle des personnes ayant comme compétences l'expérience des drogues. La posture de « sachant » de la part des professionnels laissent bien souvent peu de place aux savoirs des personnes, comme l'exprime Didier au sujet de la « *compétition* » entre intervenant employé sur diplôme et ceux employé par rapport à leur expérience de vie :

> *« T'sais des gens qui sont intervenants, qui ont fait des études, qui ont fait ci, qui ont fait ça, ils ont tu vraiment envie de se faire supplanter par des gens qui consomment, qui ont pas nécessairement pris les mêmes études, les même ci, les mêmes ça, et qui viennent jouer dans leurs prérogatives. Les programmes de pairs, ça a fait tellement peur aux organismes et les intervenants, qui disaient : "C'est nous les spécialistes, j'ai pas étudié comme un con, au CEGEP, à l'université pour que ma parole soit relativisée dans le truc, parce que vu que je viens pas du milieu en fait, on fait juste que me dire, en fait, à quel point ce que moi je dis ça a pas rapport avec le truc, t'sais parce que je l'ai pas vécu. Fuck pourquoi j'ai fait toutes ces études là, puis j'ai fait tout ça pour me faire dire après ça que j'ai aucune expertise !". C'est un espèce de combat débile un peu là-dessus ! Et là, c'est qui le meilleur intervenant, c'est-tu une personne qui vient du milieu, qui l'a vécu mais qui a pas nécessairement les bases d'intervention puis qui parle de lui tout le temps, puis qui a pas ce recul là, ou cette capacité là de comprendre que ouais mais globalement c'est plus difficile. Ou c'est la personne qui a jamais vécu le truc mais qui l'a étudié, qui a appris les techniques d'intervention, ça c'est un débat à plus finir, moi, je pense que les deux sont valables. Y a aucune compétition là-dedans, parce que seulement des pairs, des fois on perdrait cette espèce de recul là, de dire ouais mais en dehors de mon expérience, fuck, y a des techniques d'intervention, de ci, de ça, moi, j'ai vécu de tous les côtés j'ai l'impression, de la direction, à l'intervention, au pair, au consommateur, mais y a pas un truc qui est plus valable que l'autre. Mais aujourd'hui, on...avant on reconnaissait seulement l'expertise des gens qui l'avaient jamais vécu et c'est ça le problème, on est pas égal présentement, même au Québec on est, et de loin, dans un mode de gens qui ont fait des écoles pour le faire. »*

Ainsi, Didier propose non pas une compétition entre deux types d'intervention pour identifier celle qui serait la plus valable, mais plutôt une coopération entre les différents salariés qu'ils soient pairs ou non. Selon lui, il est également nécessaire que cette coopération se fasse à partir d'un certain équilibre basé sur une égalité des salaires et une sécurité de l'emploi qui, pour le moment, ne sont pas acquis.

> *Didier : « Des fois, c'est un programme, quand on sent que t'es assez bien intégré, il faut que tu laisses la chance à quelqu'un d'autre, puis y a d'autres programmes où tu peux rester pour toujours. Ça dépend. Et ça je pense qu'il faut le baliser, parce qu'un pair-aidant c'est quelqu'un qui a une expertise particulière, dont les associations bénéficient ? Ou c'est pour te donner une chance de donner un peu plus de sous que l'aide sociale ? Est-ce que c'est ramasser des seringues et rien dire ? C'est de faire de l'intervention ? Est-ce que c'est juste du cheap labour, donc tu vas juste travailler moins cher qu'un intervenant parce que t'as pas de diplôme et tu vas faire le même travail donc on va pouvoir, oui, payer un intervenant, puis oui te payer son équivalence en diplôme, on va prendre quelqu'un du milieu parce qu'il nous coute moins cher ! C'est tout ça. »*

La confusion autour de la mission du pair-aidant entre véritable travail d'intervention basé sur une expertise spécifique, ou au contraire travail de réinsertion, pose, comme le souligne Didier, un certain nombre de questions en terme de droit du travail. Néanmoins, cette confusion est également propice à une certaine malléabilité dans la définition des statuts des pairs salariés, dont l'expertise basée sur l'expérience évolue à travers la pratique de l'intervention, qui est une nouvelle expérience de vie pour la personne embauchée. Pour Didier, il est important qu'une perspective évolutive, notamment à travers le retour aux études, soit envisagée pour les pairs-aidants, afin qu'ils ne soient pas cantonnés au *dirty work*[87]. Toutefois, l'évolution dans la carrière de pair-aidant peut également être pensée à travers le risque de rechute et de fragilisation, dû à la confrontation de personnes en souffrance et dont les problématiques peuvent replonger le pair dans ses propres difficultés, au cours du travail d'intervention

[87] Everett C. HUGHES, « Good People and Dirty Work », *Social Problems*, 1962, vol. 10, nº 1, pp. 3-11.

c) Distance expérientielle et alliance narrative

> « La vie ressemble davantage à *Ulysse* qu'aux *Trois Mousquetaires* mais chacun d'entre nous est porté à la penser sur le modèle des *Trois Mousquetaires* plutôt que sur celui d'*Ulysse*, ou plus exactement, nous ne réussissons à nous remémorer la vie et à porter sur elle un jugement qu'en la repensant sur le modèle d'un roman bien fait.[88] »

Au cours de notre recherche, lors de notre terrain en France, nous avons souvent entendu parler de ces personnes « qui s'en sortent », telles des personnages mythiques, nous en entendons parler sans jamais les rencontrer. Les personnes qui arrêtent le traitement de substitution, ou terminent leur cure, sortent du dispositif de soin et n'y retournent qu'en cas de rechute, il est donc délicat de les rencontrer. La réalisation d'entretiens avec des personnes en soin depuis des dizaines d'années peut également faire douter le chercheur d'une possibilité de sortie de la dépendance.

La rencontre au Québec d'anciens usagers a permis une véritable avancée heuristique dans notre problématisation, au delà de la découverte de « manières de s'en sortir », nous pensons que la présence de personnes sorties de la dépendance et leur visibilité permettent de donner de l'espoir aux personnes qui se sentent encore aux prises avec une dépendance et qui, au gré des rechutes, commencent à douter de leurs chances de réussite de sortie de la dépendance, d'autant plus lorsqu'aucun exemple ne leur en est donné. Ainsi le message que renvoient les pairs-aidants à leur pairs-aidés semble être « Je m'en suis sorti, toi aussi tu peux le faire », ce que certains auteurs, telles que Eve Gardien et Stéphanie Roucou désignent comme une « pair-émulation », c'est-à-dire, de faire prendre conscience aux personnes, à travers le partage d'expériences, de « leurs possibilités, leurs droits et leurs devoirs[89] ». Selon les dispositifs de pair-aidance, peut être demandée, ou non, une distance par rapport aux consommations de drogues, comme l'explique Didier, directeur du groupe d'autosupport pour usagers de drogues :

---

[88] Umberto ECO, *L'oeuvre ouverte*, Paris, France, Seuil, 1965, p. 168.

[89] Stéphanie ROUCOU, « Au-delà de la loi du 11 février 2005… Les « pairs-aidants »… Comment faire d'une « fragilité » un atout pour mieux rebondir », *L'information psychiatrique*, 2008, vol. 84, p. 918.

Didier : « Avoir un certain recul, cependant ça dépend des endroits, y a des endroits où tu peux consommer activement, parce que derrière, on se sert du fait que tu consommes activement puis on sait que t'es complètement dans le milieu pour rejoindre les gens qu'on est incapable de rejoindre. Selon d'autres programmes de pair-aidant, on veut que t'aies pris un certain recul, parce que c'est un truc d'employabilité on veut que tu te réinsères dans la société entre parenthèses. »

Pour Didier, la pair-aidance est avant tout un dispositif de réinsertion par le travail. Il s'agit également selon lui de la valorisation d'une « *expertise* […] *développ*[ée] *avec le temps* ». Lorsqu'un des critères d'embauche des pairs est l'arrêt de la consommation et/ou la sortie de la dépendance, l'éloignement des expériences introduit une distance entre les aidants et les aidés. Selon Didier, un des critères essentiels à l'embauche d'un pair aidant est sa capacité à produire un discours sur son expérience, cette compétence étant majoritairement apprise lors des thérapies :

Didier : « Surtout dans le contexte dans lequel on est, dans le contexte de drogues, où il faut que t'apprennes à parler de toi-même, t'apprends à savoir d'où tu viens, pourquoi je fais ci, pourquoi je fais ça, nous on le voit t'sais les gens qui parlent de leur expérience sans arrêt, c'est tous des gens qui ont fait des thérapies, des ci, des ça, c'est important. […] Souvent les gens qui sont pair-aidants, c'est des gens qui ont pris un certain recul. Qui ont fait des désintox, qui ont fait ci, qui ont fait ça, qui ont appris à parler d'eux, qui ont appris à comprendre que leur situation c'était eux le principal acteur, le principal responsable, ou la principale personne là-dedans que ça venait pas de l'extérieur. »

Lorsque la thérapie constitue un mode de subjectivation de son propre parcours, une responsabilisation de l'acteur/ narrateur apparaît comme nécessaire à la production d'un récit sur soi. Pour Vincent, l'éloignement de la période de sa vie où il était usager d'héroïne, puis l'arrêt de la substitution jusqu'à son affectation au titre de coordinateur de la structure tendent à l'éloigner du statut de pair. C'est à travers le récit qu'il fait de son histoire, et par ce principe d'identité narrative et de mêmeté que Vincent, par le « je » du narrateur qui évoque son passé, renoue avec son expérience de pair et se réapproprie ce qui le lie aux autres résidents.

Lorsque l'expérience est encore au présent, l'imbrication entre le travail du pair et son propre vécu, sa propre histoire apparaît très forte. Elle peut permettre l'établissement d'une connexion, du fait de la proximité entre les personnes mais peut également mettre au défi les contours du travail social, comme expérience humaine, à partir d'une interaction singulière entre deux personnes, qui font face aux mêmes difficultés. Le récit du pair qui consomme toujours, ou qui est en traitement n'est pas un récit clos sur lui-même. Les récits proposés par les groupes d'entraide, quant à eux, apparaissent de manière structurée en étapes : un début (la consommation), un milieu (la dépendance qui commence dès lors que la consommation pose problème et qui finit lorsque la personne « touche le fond » pour prendre conscience de son problème), et une fin (le TSO / l'abstinence / la reprise de contrôle du produit et la consommation par intermittence). Un récit, qui n'a pas de dénouement, laisse place à l'imprévu. Ce type de récit permet de donner une place aux ambivalences et aux retours en arrière, il n'est pas un récit linéaire. Le récit ainsi produit est un récit en cours, un récit interactionnel qui se construit lors de la rencontre. Il n'est pas clos sur lui-même et peut donc être perçu comme vertigineux lorsque la personne qui l'écoute attend un aboutissement et une fin possible, mais il peut aussi être entendu comme offrant une marge de manœuvre importante, dans laquelle l'expression de la subjectivité est rendue possible.

Au Québec, nous avons rencontré des travailleurs pairs intervenant auprès d'usagers de traitements de substitution. En France, nous n'avons pas eu cette opportunité, cependant nous avons effectué des observations participantes lors d'intervention en milieu festif, lors desquelles la question de la participation de pairs s'est posée : pairs étant entendu ici comme usagers de drogues en milieu festif.

Joey, Pair-aidant en milieu festif : expérience des limites / limites de l'expérience (extrait du carnet de terrain)

> L'implication des pairs pose un certain nombre de problèmes, qu'il s'agit ici d'évoquer très brièvement, à partir de l'exemple de Joey, bénévole dans une association de réduction des risques en milieu festif. Les difficultés d'adaptation et de collaboration avec le reste de l'équipe sont souvent dues à des conceptions différentes de la mission d'une intervention, ainsi qu'à une

remise en question des règles institutionnelles. En parallèle de notre propre travail de recherche, nous avons effectué des interventions en milieux festifs. Autour d'un stand, sur lequel sont disposés flyers, bouchons d'oreille et préservatifs, les intervenants, bénévoles et salariés, rencontrent les personnes venus faire la fête. Les festivaliers, clubbers ou teuffeurs, peuvent y parler de leurs consommations, du rapport qu'ils entretiennent avec le milieu festif, avec les produits, ou de n'importe quel sujet dont ils ont envie d'évoquer, face à l'intervenant qui les accueille et leur prête une oreille attentive.

Joey, 20 ans, est bénévole de l'association. Il est particulièrement investi et présent lors d'un grand nombre de soirées et sa présence au sein de l'équipe va, au bout d'un certain temps, être remise en question, jusqu'à son renvoi. Lui-même consommateur, Joey peut être qualifié de pair : en effet, il connaît les produits qui circulent lors des soirées, souvent il sait qui sont les fournisseurs et conséquemment peut prévoir la qualité des produits qui seront majoritairement consommés. Ses connaissances sont d'une grande aide car il les transmet aux autres intervenants présents qui sans lui ignoreraient ces informations. Familier des contextes festifs, il fait le lien entre les teuffeurs qu'il connaît et l'association, permettant d'établir plus facilement une relation de confiance. Ces interventions sont pour lui l'occasion de mettre à profit son savoir sur les drogues. Durant les soirées, il est très sollicité et prodigue de nombreux conseils avisés de réduction des risques. Les personnes qui s'adressent à lui se rendent vite compte qu'il sait de quoi il parle et l'écoutent avec attention.

Souvent, il débute les interventions derrière le stand, puis passe le relais aux autres intervenants, lorsqu'en milieu de soirée, il part rejoindre ses amis, faire la fête et consommer. Si la question des consommations derrière le stand est souvent débattue, la position institutionnelle est de ne pas laisser apparaître d'usages de psychotropes face aux publics. Ainsi, dès l'apparition des effets psychotropes, l'intervention est interrompue. Joey, qui connait cette règle, cède sa place quand il part consommer. Les personnes avec qui il a l'habitude de consommer sont présentes lors des interventions. Au fil du temps, sollicité par ses amis, attiré par la musique et par l'envie de

consommer, Joey quitte de plus en plus tôt le stand, parfois même sans en informer les autres intervenants. Les interventions ont parfois lieu en free parties, mais aussi dans des clubs ou lors de grandes manifestations de musiques électroniques. Durant ces événements, les consignes sont plus strictes et l'image du stand se doit de viser à améliorer le regard des personnes sur la logique de réduction des risques. Lors d'une de ces soirées, Joey va apparaître en état d'ébriété et sous l'effet de substances derrière le stand, ce qui conduira à son renvoi.

Si l'intérêt de sa participation était indéniable, son intégration posait un certain nombre de problèmes et a été l'objet de discussions en équipe, notamment en terme d'image véhiculée par l'association. En effet, la logique de réduction des risques apparaît encore aujourd'hui controversée, elle est parfois rejetée de certaines soirées qui ne désirent pas être associées aux pratiques dont s'occupent l'association ou encore qui considèrent que l'action proposée conduit à une banalisation de l'usage des drogues. Cet exemple montre la difficulté à intégrer les compétences et savoirs expérientiels aux manières de faire institutionnelles ayant cours. Si le fait de consommer témoigne d'une proximité avec les personnes à qui sont destinés les services de l'association, cela pose la question de la légitimité de ces consommations, pratiques de toute façon illégales. On voit bien ici comment être pair-aidant, c'est en quelque sorte une négociation identitaire avec un statut de pair, qui doit être connu (récit d'expérience, proximité) mais non visible (pas derrière le stand et on enlève le badge après avoir consommé).

3. Expériences du TSO : l'enjeu d'une réappropriation

Dans sa thèse sur la pair-aidance en santé mentale, Baptiste Godrie explique que la reconquête d'une autonomie par rapport à la médication fait partie des revendications des mouvements de lutte pour les droits des personnes atteintes de maladie mentale :

> « La gestion autonome de la médication est enseignée dans la formation des pairs aidants, pour "ouvrir un dialogue relié à la médication" et informer la personne sur les médicaments qu'elle prend et les effets secondaires. Dans le cas

où la médication “handicape” la personne et que leurs effets secondaires sont tels qu’ils prennent le pas sur le trouble de santé mentale, ils peuvent fournir un accompagnement et un soutien pour que la personne aborde cette question avec son médecin traitant.[90] »

L’approche GAM (Gestion Autonome de la Médication) émane d’un collectif de personnes ayant des troubles de santé mentale et éprouvant des difficultés avec leur traitement. Toutefois, ce projet ne consiste pas à promouvoir le sevrage ou la diminution de la médication, mais bien de leur « fournir un accompagnement » pour leur permettre de discuter et de mettre en commun leurs expériences des traitements[91].

Pour les usagers de drogues, cette reconquête de la médication est au cœur de leur problématique. La question de l’autonomie face aux produits psychotropes (drogues illicites et/ou TSO) apparaît plurielle. Avec l’abandon du paradigme de l’abstinence et l’introduction des TSO, la lutte pour l’autonomie vise plutôt une reconquête de la maitrise et du contrôle des produits et de la dépendance qu’ils génèrent. Cette autonomie, valorisée dans le cadre de la nouvelle santé publique, se trouve en porte-à-faux avec un savoir médical prescriptif. Les autorisations de mise sur le marché des médicaments établissent des règles, des protocoles qui visent à régenter les usages. Le traitement prescrit par un médecin peut être perçu comme la délégation de l’autonomie face au produit, d’un usager à un tiers qui régule son usage. Ainsi hétéro-contrôle et autonomie peuvent aller de pair quand la personne se réapproprie les contraintes institutionnelles et les fait siennes. Lorsque celles-ci sont vécues comme aliénantes, les hétéro-contrôles institutionnels sont considérés comme un frein à toutes formes d’engagement. Le TSO peut ainsi être vécu tour à tour comme mobilisateur ou incapacitant selon qu’il permet à la personne de se positionner pour défendre ses propres intérêts.

---

[90] Baptiste GODRIE, *Savoirs d’expérience et savoirs professionnels*, *op. cit.*, p. 305.

[91] Rodriguez et Poirel ont dirigé une recherche action sur la GAM et mené une observation participante lors des rencontres des ressources alternatives impliquées dans le projet pilote de gestion autonome de la médication. La GAM a ainsi permis l’émergence d’espaces de parole permettant aux personnes de s’exprimer sur leur médication, ce droit étant souvent bafoué par leur entourage mais également par leur prescripteur : « Elles [les ressources alternatives] soulignent aussi la capacité souvent limitée des personnes suivies en psychiatrie d’introduire une dimension de négociation dans leurs rapports avec le prescripteur, mais aussi plus largement la complexité de ces relations, en particulier avec le médecin psychiatre, relations dans lesquelles interviennent fréquemment des éléments de dépendance symbolique. » Lourdes RODRIGUEZ DEL BARRIO et Marie-Laurence POIREL, « Émergence d’espaces de parole et d’action autour de l’utilisation de psychotropes: La Gestion autonome des médicaments de l’âme », *Nouvelles pratiques sociales*, 2007, vol. 19, nº 2, p. 125.

Pour certains usagers, la revendication première est celle du « droit au plaisir », cette revendication est portée par les représentants des groupes d'auto-support, dont Olivet. Mais cette revendication ne doit pas cacher une autre revendication qui est celle du droit à l'assistance et à l'accompagnement.

a) TSO et « droit au plaisir »

Défenseur de l'introduction des médicaments en France, Olivet perçoit dans leur introduction un élément « révolutionnaire » :

> « La sécurisation de l'accès au ressenti opiacé constitue le véritable progrès amené par les TSO et l'un des seuls vrais succès du système de soin dévolu aux addictions.[92] »

La substitution permet de retrouver une quotidienneté dégagée des affres du manque, elle inscrit le sujet dans un nouveau rapport au corps, qui ne serait plus appréhendé uniquement en terme de besoins (le besoin physique de drogues relatif à la dépendance) mais pourrait alors l'être en terme de désir. Le déplacement de la problématique non plus autour de la souffrance mais autour du plaisir est particulièrement fécond pour mieux comprendre les usages que font les personnes de leurs traitements. La dépendance, telle qu'elle est définie par le DSM, compte parmi ses critères la diminution des effets, voire la perte de plaisir. Cette pré-conception de la dépendance a largement biaisé l'analyse de nos premiers entretiens, au cours desquels la question du plaisir était lue comme une nostalgie d'un passé mais non comme une expérience toujours vivace pour ces personnes aux vies pourtant si tragiques. Pourtant à y observer de plus près, le plaisir est au cœur des motivations des usagers de drogues. Claude est la première personne rencontrée dans le cadre de notre recherche. Durant l'entretien, il utilise douze fois le mot « plaisir » ; mais ce plaisir reste peu explicité :

> *« Claude : D'abord, ça donne envie de vomir et après, on s'endort.*
>
> *C : Mais le plaisir, il est où ?*
>
> *Claude : Le plaisir, il est après, quand on dort. Ben c'est quand les endorphines ils agissent, les hormones du plaisir… » (Claude, 43 ans)*

[92] Mireille TREMBLAY et Fabrice OLIVET, « De la participation citoyenne à la reconnaissance du droit au plaisir », *op. cit.*

Le recours au vocabulaire de la biologie : « endorphine » est souvent utilisé par les personnes pour expliquer le plaisir comme fonctionnement neurochimique, comme en témoigne le nombre de références à la neurochimie dans les forums d'auto-supports. Le plaisir procuré par les drogues est également parfois comparé au plaisir sexuel. Certaines drogues, comme la cocaïne, semblent attiser le désir sexuel :

> *«C : Vous sauriez me décrire ce plaisir ?*
>
> *Ahmed : Oui, je peux vous le raconter, mais ne le prenez pas mal ! Benh si j'en prendrais, benh... (silence) Ce que j'ai remarqué, je sais pas, peut-être que je me trompe, mais quand je prends de la coke, benh...benh, après, on a envie de sexe, tout simplement. Voilà. Avec l'héro, c'est pas pareil... Ça répond à votre question ? (rire) » (Ahmed, 36 ans)*

La prise d'héroïne, quant à elle, vient parfois suppléer le désir sexuel :

> *« Moi, j'adorais ça, je vous dis, vous me donniez le choix entre faire l'amour à une femme et avoir 10 grammes d'héroïne, et bien y avait pas à louper, je prenais les 10 grammes d'héroïne. » (Albert, 42 ans)*

Albert explique également avoir redécouvert le plaisir sexuel avec la méthadone :

> *« Après quand j'ai commencé mon traitement de méthadone, j'ai redécouvert ce que c'était qu'une femme. »*

Albert évoque ici un tabou autour de la consommation d'opiacés. Selon un médecin rencontré au Québec, tous les opiacés (héroïne mais également méthadone) provoqueraient potentiellement une « *castration chimique* », selon ses propres mots. Albert, quant à lui, n'évoque pas des troubles érectiles mais plutôt une question d'orientation du désir.

Didier, directeur d'une association d'auto-support au Québec, nous raconte son rapport aux drogues et notamment aux opiacés, sa drogue de prédilection ; il explique l'importance qu'il accorde au plaisir dans sa vie et la manière dont il hiérarchise ces plaisirs :

> *« Puis la zone du plaisir, écoute, elle est énorme, écoute, c'est... Moi, je suis très hédoniste, je crois, moi, je suis athée, je crois que quand on va mourir, on va mourir pour toujours, la seule raison dans la vie c'est de pas se faire chier, c'est d'avoir du*

plaisir, c'est d'être bien, et ça [prendre des drogues] pour moi, c'est une manière d'avoir du plaisir, je considère que ce plaisir-là, moi, aujourd'hui dans ma vie, c'est un plaisir qui m'apporte beaucoup moins que le plaisir d'être parent, que le plaisir d'avoir des amis, que le plaisir d'avoir une amoureuse, tout ça c'est des plaisirs que je trouve beaucoup plus intéressants que ce plaisir-là, mais c'est pas parce que ces plaisirs-là sont plus intéressants que je vais nécessairement m'enlever le plaisir de consommer non plus. Mais c'est le 8°, 9° dans mes priorités de plaisir, ce qui fait que je considère que... Mais moi, en fait, c'est une question d'intensité, je suis addict à l'intensité, c'est que tous les plaisirs quels qu'ils soient, tu les as à un certain niveau, le plaisir de la consommation pour moi, c'est de l'intensité qui est très haute, et moi, je souhaiterais que toute personne puisse profiter de cette intensité-là, y a des gens qui l'ont dans d'autres façons, moi c'est la façon de l'avoir. Fait que moi, je me dis que je vais me garder cette possibilité-là, puis j'ai l'impression surtout, comment, que je suis parti maintenant, si je l'aurais une fois par année, cette intensité-là, beh moi, ça me va ! Je me sens complètement bien là-dedans, rassasié. »

Hors de la dépendance, Didier explique consommer de manière très occasionnelle, sa « *consommation à l'agenda* » lui procure un plaisir auquel il tient et qu'il revendique, même si ce plaisir n'arrive qu'en huitième position de sa liste des plaisirs.

L'émergence d'une revendication du « droit au plaisir » date de la fin des années 1960 et porte en creux un message d'émancipation. L'introduction de l'intime dans le débat public va permettre de lever un certain nombre de tabous pesant sur la sexualité. Cette revendication du « droit au plaisir » donnera notamment lieu à l'autorisation de la pilule contraceptive qui a permis une certaine libéralisation sexuelle, notamment des femmes ; même si l'arrivée du Sida va considérablement refreiner cet élan libertaire.

Paradoxalement, c'est à l'époque de l'arrivée de la pilule que les usages de drogues sont criminalisés : la recherche de plaisir à travers les psychotropes devient un crime. A cette époque, seule une minorité de personnes (en France, en Suisse et au Québec) est concernée par cette interdiction des produits classés stupéfiants. Pour beaucoup des usagers des années 1970, l'usage de drogues revêt une signification forte pour une remise en question de la tradition et de l'autorité (étatique, patriarcal, religieux). Les usages de drogues participent d'un mouvement

utopiste en recherche d'initiatives nouvelles. L'invocation du droit au plaisir des usagers de drogues s'inscrit alors dans une panoplie plus large de revendications.

Lors de leur introduction, les TSO ne visent pas le « droit au plaisir » mais plutôt le « droit à la non-souffrance », à cette époque la question du plaisir des usagers de drogues est difficilement audible ou en tout cas, celle-ci relève du domaine privé et non du soin. Aujourd'hui, les détournements de l'usage prescrit de TSO et le sens que les personnes leur accordent témoignent d'une ambiguïté fondamentale dans la prise de TSO qui est celle d'une recherche de plaisir. Cette question du plaisir, perçue en négatif comme atténuation d'un manque, est prise en considération par la psychanalyse[93].

La médecine générale, symptomatologique, de la substitution ne prend que peu en compte cette question du plaisir, et laisse finalement peu de place à l'émergence d'une parole qui exprimerait ce rapport au plaisir comme quête. Les détournements d'usage sont vus à travers les stigmates laissés sur le corps et à travers les rechutes, mais peu d'outils sont proposés pour qu'ils soient mis en sens. Les tentatives de gestion des conduites et de prescription de bonnes manières de consommer, à travers la surveillance accrue des usages de TSO et qui visent le respect des protocoles de prescription, échouent à prendre en compte la dimension affective et ludique de toute prise de drogues. La recherche de plaisir se saisit dans ce rapport aux drogues comme un jeu, soit comme une activité menée sans recherche de rentabilité et dont le seul objet est d'être une distraction, par la jouissance du présent, sans anticipation de l'avenir. Les détournements d'usage au prisme du jeu prennent un sens nouveau, la réintroduction du ludique dans le soin, par une réappropriation des traitements, peut ainsi être entendue comme une quête de plaisir et non plus comme symptôme. Or si le jeu est avant tout une « action libre », « tout jeu a ses règles » énonce l'historien Huizinga dans son ouvrage *Homo Ludens*. Duvignaud, dans son ouvrage sur le jeu conteste la vision agonale du jeu, développée par Huizinga ; citant Caillois, il révèle que « le but du jeu est le jeu lui-même ». Il va plus loin en mobilisant les travaux du psychanalyste Winnicott qui « place le jeu à l'intersection du monde extérieur et du monde

[93] « Le plaisir est en rapport avec la diminution, l'atténuation ou l'extinction de masses d'excitation accumulées dans l'appareil psychique, tandis que la peine va de pair avec l'augmentation, l'exaspération de ces excitations. » (Sigmund FREUD, *Introduction à la psychanalyse*, Paris, France, Payot, 1971, p. 335.)

intérieur ». Pour Duvignaud, cette « aire intermédiaire » permet de soulager la tension entre « la réalité du dedans et la réalité du dehors ». Le jeu est également dominé par le hasard :

> « L'imprévisibilité attire et bouleverse celui qui lui demande de lui rappeler qu'à chaque seconde, tout peut changer et que la configuration stable du monde dans lequel il vit peut être ébranlée, voire brisée [...][94] »

La part de jeu dans la prise de drogues relève de ce hasard qui ne permet jamais véritablement d'anticiper l'effet que le produit aura sur le corps. Le rituel de préparation avant la prise définit la mise en scène du jeu, il est cette phase de stabilité avant le chamboulement. Le traitement, dès lors qu'il est pris en dehors du protocole médical, devient ludique. Il procède d'une même mise en scène quand le rituel de l'injection est reproduit, le but est alors le jeu lui-même et le plaisir qu'il procure. Le moment de la prise devenu un jeu, ce n'est plus l'effet à long terme qui est poursuivi, mais plutôt la satisfaction sur du court terme.

b) TSO : droit à l'assistance ou droit à l'autonomie ?

Le TSO est d'une certaine manière un moyen de susciter du lien avec des publics marginalisés[95], de créer un point de contact ciblé entre ces publics et les institutions sociales. A partir de la question des drogues et de la dépendance et derrière la consultation pour une prescription de TSO, peut émerger une demande d'aide plus globale. Le centre accueillant devient un filet de sécurité qui procure aux personnes un lieu au sein duquel elles peuvent parler de leur rapport aux produits, sans craindre un jugement moral. Lorsque l'accompagnement est vécu comme paternaliste et autoritaire, la négociation des tâches propres au travail thérapeutique entre le médecin et son patient est mise à mal. Les compromis entre le médecin, l'équipe soignante et l'usager de TSO vont permettre aux différents acteurs de conceptualiser le TSO, soit comme outil, qui aide à sortir de la dépendance et de la situation sociale dans laquelle la personne est plongée, soit comme ressource d'aide à la survie, pour poursuivre dans le monde de la drogue.

[94] Jean DUVIGNAUD, *Le Jeu du jeu*, Paris, France, Balland, 1980, p. 65.

[95] Notamment pour les plus jeunes qui ont moins de 25 ans, qui se situent dans le « hors champ » des politiques sociales : Emmanuel LANGLOIS, « De l'inconvénient de n'être le problème de personne : cécité institutionnelle et vulnérabilité sociale des jeunes en errance », *Pensée plurielle*, 2014, n° 35, nº 1, pp. 83-99.

L'entrée dans une institution socio-sanitaire marque une demande d'aide, d'assistance. Cette revendication du droit à l'assistance, à travers le TSO, résonne comme une tentative pour créer du lien et lutter contre le sentiment d'exclusion que peuvent ressentir certaines personnes éloignées du monde du travail, ayant un soutien familial et relationnel faible ou fragile et en proie à une dépendance.

> « [Toute forme d'assistance sociale] est avant tout une relation interpersonnelle de reconnaissance d'un alter ego, tant du côté du donateur que du côté du bénéficiaire.[96] »

Cette relation d'assistance a un impact significatif sur la construction identitaire des personnes en traitement de substitution et sur leur manière de se mettre en récit. L'acquisition d'une identité d' « ayant droit » permet aux personnes de dépasser une vision dégradée d'elles-mêmes, fondée sur le manque : d'argent, de logement, de soutien, ou encore le manque lié au sevrage. L'expression « des droits aux allocations » est mobilisée par les enquêtés de nos trois terrains. En Suisse : « J'ai droit au social », nous dit Seb, expliquant plus loin : « droit aux aides sociales » ; au Québec, Opale parle de « droit au BS [Bien-Etre Social] » qu'elle associe aux papiers administratifs et à ses compétences pour s'en charger elle-même ; en France, Ahmed évoque ses premiers vols : « comme j'étais mineur, j'avais pas le droit au RSA ». Le droit aux allocations est en effet conditionné : en sont exclus les mineurs et les sans-papiers. Les rapports avec l'administration nécessitent de développer des compétences pour gérer les documents, de plus une certaine culture de la méfiance au sein des institutions peut fragiliser les personnes dans leur recours aux aides. La méconnaissance des allocations est également un facteur explicatif du non-recours au soin[97], comme en témoignait Mike, 34 ans, qui ignorait l'existence de la CMU qui lui aurait permis de se faire prescrire du Subutex plus tôt dans sa carrière.

Depuis la mise sur le marché des TSO, la possibilité de se faire prescrire un traitement de substitution est un droit[98]. Néanmoins, au Québec, la notion de « privilèges », utilisée pour signifier l'assouplissement des règles de prescriptions,

---

[96] Michel MESSU, « Apprendre à être soi lorsqu'on est un assisté social », *Education et sociétés*, 2008, vol. 22, n° 2, p. 97.

[97] Philippe WARIN, « Le non-recours aux droits », *SociologieS*, 15 novembre 2012.

[98] La thèse de Lise Dassieu démontre que les pratiques de tri exercées par les médecins généralistes peuvent mettre à mal ce droit.

notamment la possibilité d'emporter le traitement pour plusieurs jours, entre en confrontation avec la perception de la substitution comme droit. En France, la directrice de l'association montre bien les limites de ce « droit » :

> Directrice : « *Ils sont obligés de développer des stratégies pour bénéficier de droits qui normalement devraient leur être ouvert comme à tout un chacun.* »

Les droits à la substitution sont donc très relatifs. A ces droits sont corrélés certains devoirs qui peuvent être vécus et sont souvent dénoncés, par les personnes elles-mêmes mais également par les groupes d'auto-support, ainsi que par un certain nombre de chercheurs[99], comme les marques d'un contrôle social sur une population considérée comme délinquante, du fait de leurs pratiques illégales perçues comme dangereuses. Ces contraintes sont des facteurs explicatifs du non-recours au droit de prescription et du retard d'entrée dans certaines institutions, les personnes préférant se fournir des opioïdes sur le marché des drogues au Québec, de la méthadone de rue en Suisse, ou du Subutex en France.

A partir d'une recherche des occurrences du mot « droit » dans les entretiens, nous avons constaté qu'il apparaissait majoritairement dans les entretiens réalisés en Suisse. En effet, la notion de « droit » y est très mobilisée dans le discours des personnes. Elle y fait majoritairement référence aux règles de l'institution, les personnes parlent du « droit de sortie » auquel elles peuvent accéder ou dont elles sont privées, par exemple Edouard, 22ans, explique :

> Edouard : *« j'ai déjà eu deux week-ends, deux dimanches en fait. Et là, j'ai samedi et dimanche en ayant pas le droit de dormir à l'extérieur. »*

De la même manière Seb explique :

> Seb : *« J'ai droit maximum à 3 sorties dans la semaine »*

Pour les personnes placées après une injonction thérapeutique, la question du droit de sortie est également prégnante, Max raconte :

> Max : *Moi, j'ai encore...par rapport à ça, j'ai encore un statut spécial, c'est-à-dire...même si ça fait un an que je suis là maintenant, j'ai même pas encore tous mes weekends de libre, là, si je suis là, c'est parce que j'ai pas le droit de sortir... J'ai vraiment des heures...*

[99] Michel JOUBERT, « Politiques locales et nouveaux dispositifs d'action dans le domaine des toxicomanies », *op. cit.*

Pour d'autres, la question du droit est relative à ce qu'ils sont autorisés à consommer :

> Cyril : *« On a pas droit au red bull et au coca, parce que...je sais même pas pourquoi ! Alors que...y a de la taurine ok, si on en buvait des litres et des litres, je comprendrais, du coca cola pas le soir, pas de caféine le soir, j'arrive pas à comprendre, je sais pas, c'est un ordre de…psychiatre, docteur psychiatre. »*

Une réelle opposition, entre leurs droits à l'intérieur du résidentiel et l'extérieur, est effectuée par les personnes. Bertrand, 37 ans, révèle comment il a joué avec les règles de l'institution pour en tester leur validité :

> *Bertrand : « Quand vous sortez, vous avez le droit de consommer, après... il faut pas s'étonner, la 1ère fois, je me suis dit « ouh lala, j'aurai une sanction », ils m'ont laissé sortir le weekend d'après. Le weekend d'après je me suis : j'ai pas eu de sanction, tant mieux, une ou deux semaines se sont passées, j'ai de nouveau eu une rechute, mais par contre là j'ai été sanctionné du weekend. »*

La thérapie en résidentiel apparaît fortement corrélée à une diminution des droits et leur évocation est prégnante dans les propos des personnes qui évoquent un enfermement. En France, Claude, 43 ans, compare l'accueil dans la structure en ambulatoire avec son expérience de l'hôpital :

> Claude : « *C'est que quand vous êtes à l'hôpital, c'est comme la prison, vous avez pas le droit de sortir... »*

La prise en compte des règles et du risque de sanctions (renvoi de la structure, arrêt des prescriptions) au sein des structures socio-sanitaires, et la manière d'en jouer et de prendre de la distance vis à vis des différentes injonctions, diffèrent selon que l'accueil se fait en résidentiel ou en ambulatoire. Cette marge de manœuvre vis à vis des règles institutionnelles influe sur la négociation identitaire opérée par la personne au sein de l'institution. L'entrée dans les structures de soin dites à bas seuil, comme demande d'assistance, ne désengagent aucunement les personnes d'un processus de négociation de la thérapie. Les personnes peuvent revendiquer un droit à l'assistance, quand bien même elles n'émettraient pas le souhait de sortir de la drogue, du milieu, de la consommation. Les nombreux usages de TSO marquent une certaine tension entre besoin d'être aidés, demande d'assistance comme lien de dépendance à autrui (le

prescripteur mais également l'aidant en général) et refus du contrôle social dans une tentative de préservation d'une relative autonomie.

L'arc de travail est dessiné à partir du vécu des personnes et non des seules prescriptions et recommandations médicales. Cette responsabilisation des personnes dans une « société du travail sur soi », qui marque « l'avènement d'une gouvernementabilité néolibérale de nos conduite », est également vectrice de vulnérabilité[100].

> « Le travail ne s'arrête plus à la sphère de la production des biens et des services. Il s'agit aujourd'hui, plus largement, de produire sa vie, de faire un travail sur soi-même.[101] »

Le refus du travail (sur soi ou sur les choses)[102] apparait peu dicibles et peu susceptibles d'être entendues, car il contrevient aux missions du travail social. L'intervention sociale est aujourd'hui orientée autour de l'« accompagnement », soit la mise en mouvement, la projection, la réactivation, plutôt que l'assistance qui véhicule une idée de passivité, antagoniste des valeurs promues dans nos sociétés libérales. La revendication de l'assistance contient, en creux, une demande de lien social. Revendiquer l'assistance est un oxymore, car il ne s'agit pas réellement d'une revendication active mais plutôt d'une requête implicite. Se prendre en charge et faire un « travail sur soi » passe par une mise en récit de soi institutionnelle. Jouer le jeu de l'injonction biographique propre à la relation d'assistance créée lors de la rencontre entre une personne et une institution socio-sanitaire peut être source d'émancipation. Le fait de se raconter est également susceptible de faire naitre une parole collective et politique, dès lors qu'un espace permet la mise en commun de ces différentes voix.

---

[100] Didier VRANCKEN, « Assister n'est pas assurer. Les enjeux d'une mutation anthropologique au cø eur des politiques sociales », *SociologieS*, 2010.

[101] Didier VRANCKEN, « La société du travail sur soi », *Revue Nouvelle*, 2007, vol. 10.

[102] Le moment de la prise de drogues, tout particulièrement la prise d'héroïne, puis la prise d'un traitement de substitution peut être évoqué comme étant une manière de « déconflictualiser » le social, c'est-à-dire de se mettre hors des pressions liés aux injonctions normatives de performance. Les effets plaisirs liés aux opiacés sont associés au repos, « être comme dans du coton » disent certains. L'absence de « souci de Soi » n'est pas nécessairement un oubli du Moi, il peut être une forme de résistance aux « injonctions à l'implication subjective ». Résister dans un hors jeu social pourrait alors être envisagé, non pas comme un retrait de la participation citoyenne, mais comme une manière de repenser le hors-travail comme manière d'être au monde. Les personnes rencontrées au sein des institutions ne sont pas dans un hors social, au contraire leur parcours institutionnel est bien souvent précoce et constitue ce que Castel nomme une « ligne biographique dominante ».

La rhétorique du « droit » est fortement mobilisée par Didier qui explique les activités du groupe d'autosupport, les revendication du groupe d'autosupport qu'il défend sont le : « *droit à la santé* », « *droit d'être considérée comme une personne à part entière dans le réseau de la santé* » et les « *droits contre la répression des policier*s ».

Le directeur de l'association québécoise se pose comme opposant à la prohibition, selon lui consommer devrait être un droit accordé aux individus :

> Jean-Paul : *« Y a rien de mal, pour une personne, à dire, ce soir je vais me mettre pompette, je pense que tout être humain à droit de faire ça ! »*

La revendication de droit par les usagers de drogues émerge difficilement comme l'indique Geneviève :

> Geneviève : *« De leur dire qu'on venait défendre les droits, ils comprenaient pas non plus, ils étaient pas motivés, ils disaient : Oui, mais c'est illégal la drogue, oui, t'as personne qui peut dire : j'ai consommé de la drogue ! »*

L'apprentissage de la mise en récit de l'expérience des drogues peut avoir de nombreuses implications qui ne sont pas uniquement tournées vers une demande d'aide mais contiennent également une visée politique, d'inscription du sujet dans la cité, comme citoyen contribuant au collectif à travers l'élaboration d'un savoir singulier basé sur son expérience.

III. Conclusion du chapitre IX : Enjeux et limites de l'intégration de pairs usagers de drogues au sein de structures socio-sanitaires

La professionnalisation d'usagers-pairs au sein de structures socio-sanitaires apparaît comme un défi permettant d'embrasser une pluralité de conceptions relatives à l'expérience de la dépendance. Si une telle entreprise déstabilise les grilles d'analyse mobilisées par les professionnels (médecins ou éducateurs), un véritable travail de coordination est nécessaire pour que ces savoirs ne se trouvent plus en situation frontale mais qu'une coopération se mette en place. De nombreux interlocuteurs ont soulevé la nécessité d'offrir des formations soutenues et adaptées pour permettre aux pairs de participer aux décisions institutionnelles. Néanmoins, cette question des formations peut se lire, dans une posture critique, comme une tentative de formatage du discours des personnes, dont la spécificité de l'expérience risque se trouver bridée et reconstruite à partir d'un modèle préétabli. Afin d'éviter cet écueil, il est possible d'imaginer des formations qui ne seraient pas uniquement adressées aux seuls usagers pairs mais à l'ensemble des salariés de la structure, autour de la production d'un savoir d'expérience mais également de sa réception.

La question de la prise en compte des savoirs des pairs au sein des structures n'est pas suffisante pour penser leur intégration. La proximité avec le public accueilli, qui est la spécificité de la pair-aidance, est parfois perçue comme un risque pour les pairs eux-mêmes. Un engagement ancré, non distancié, des mondes de la drogue, peut faire courir le risque d'une rechute, tant abondent les témoignages de la difficulté pour une personne qui a longtemps consommé de refuser un produit lorsque celui-ci est proposé ; ainsi, être confronté, au quotidien, à la drogue peut rouvrir des failles, réenclencher un désir que nombre de personnes décrivent comme « irrépressible ». Dans sa thèse, Godrie montre bien la difficulté qu'éprouvent certains professionnels, face aux pairs ayant des troubles de santé mentale, lorsqu'en plus du travail qu'ils effectuent auprès du public accueilli, ils doivent également s'occuper de leur collègue travailleur pair et des

difficultés que ce dernier est amené à éprouver du fait de sa proximité entre sa pratique professionnelle et sa propre histoire. Ainsi « la reconnaissance d'une vulnérabilité sans pour autant que celle-ci se traduise par une infériorisation[1] » est un des défis posés par la pair-aidance. En plus, du risque de rechute, certains pairs témoignent d'autres problèmes de santé qui peuvent les fragiliser et rendre délicate leur implication au travail, comme en témoigne Geneviève, 46 ans. Malade du Sida, elle explique que ses traitements la fatiguent beaucoup :

> *Geneviève : « Je suis assez limitée, je te dirais, c'est pour ça que je travaille juste 25h par semaine, je travaille lundi, mardi, congé mercredi, jeudi après-midi, vendredi après-midi. C'est tout, je peux pas faire plus. Je peux vraiment, vraiment pas. »*

L'aménagement du temps de travail permet à Geneviève de poursuivre sa pratique de pair-aidante, malgré sa condition physique. Toutefois, elle travaille au sein d'une structure où seules des personnes ayant vécu une expérience de dépendance à l'héroïne sont embauchées. Ainsi, si une hiérarchie existe au sein de la structure, avec un directeur et un coordinateur, il n'y a pas de dévalorisation du savoir expérientiel qui est la base commune à tous les salariés.

Enfin, une des questions que semble soulever l'engagement ancré dans des activités de pair-aidance est celle du risque d'étanchéification du monde de la drogue. On peut ainsi se demander dans quelle mesure les compétences de pairs sont transposables vers un engagement distancié des drogues et valorisable dans d'autres domaines professionnels. Pour Didier, la pair-aidance peut constituer un véritable tremplin vers d'autres professions car il met en valeur des compétences nouvellement acquises, non plus uniquement autour des pratiques de consommation, mais également autour de la pratique professionnelle de pair :

> *Didier : « Je te dirai que le stigmate du CV vierge...t'es-tu allé en taule ? Ou t'es un criminel ou t'es un drogué. Tu l'as déjà ce stigmate-là. Donc le truc du pair-aidant, ce que ça te fait c'est que oui, ce que vous aviez déjà imaginé, je l'ai fait, mais la différence fondamentale, c'est que vous voyez que je suis inscrit dans un processus, qui est un processus de devenir, [...] Face à une personne qui a un CV et qui dit : "j'ai été pair-aidant", la personne qui était pair-aidant a un acquis complet à l'employabilité, parce qu'il peut dire, minimalement : "Mais vous voyez, j'ai fait quelque chose, j'ai eu un cadre, j'l'ai bien géré, ou j'l'ai géré en tout cas", déjà, c'est la première marche. »*

[1] Baptiste GODRIE, *Savoirs d'expérience et savoirs professionnels*, *op. cit.*, p. 308.

L'engagement ancré pose de nombreux défis au travail social et remet en cause une vision homogène des savoirs. Face à une hyperspécialisation de la connaissance, le récit de soi redonne accès à une perception plus globale, quoique toujours singulière, de l'expérience de la dépendance, de la vulnérabilité, mais également de manière plus diffuse du plaisir, quoique souvent contrarié, et de la sociabilité, bien que non lisse et souvent sujette aux conflits, entre personnes qui partagent une même expérience.

CONCLUSION GENERALE

S'intéresser aux usages de TSO, dans une approche interactionniste, revient à analyser les interrelations des politiques publiques qui définissent des objectifs et établissent des protocoles, avec la manière dont les personnes s'adaptent à ces différentes recommandations pour produire leurs propres logiques substitutives. Ces dernières sont marquées par une ambivalence et s'inscrivent dans le parcours de vie des personnes. A travers le récit qu'elles en font, nous avons, au cours de cette recherche, relevé les différentes définitions de ce que représente la substitution et les pratiques qui en découlent.

La sociologie de la drogue, notamment à travers les travaux de Lindesmith et de Becker, a analysé les usages de produits stupéfiants comme étant issus de nombreux apprentissages réalisés auprès de pairs. Les usages de TSO font également l'objet d'apprentissages. Ils sont appréhendés à travers des grilles de lecture qui s'entrecroisent, mêlant savoirs médicaux et savoirs expérientiels. Les situations de grande précarité dans lesquelles se trouvent les personnes que nous avons rencontrées fragilisent leur prise de position individuelle et collective. Néanmoins, les résultats de notre analyse comparative nous ont permis d'observer des modalités de participation variées. L'importance accordée à leurs témoignages donne aux personnes une place plus ou moins grande, dans les prises de décision institutionnelles. Au delà des mises en récit, comme complainte pour requérir une aide, les récits de soi, comme manière d'exprimer une singularité, dévoilent une appartenance à un groupe singulier. Ce groupe de socialisation constitue un monde social, hétérogène et aux frontières floues, mais dont la similarité des expériences vécues des drogues, de la dépendance et de la précarité, permet d'en affirmer l'existence sociologique. Le sentiment d'appartenance à un monde social singulier s'exprime moins dans la revendication d'une souffrance, comme le laissent à penser les « suppliques[1] » produites par les personnes lors de leur rencontre avec les institutions, que d'une valorisation de l'expérience des drogues qui s'affirme dans la promotion d'une culture des drogues[2]. Penser la substitution en terme de

[1] Didier FASSIN, « La supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 2000, vol. 55, n° 5, pp. 955-981.

[2] Culture est d'abord entendue au sens sociologique, telle que définie par Guy Rocher : « un ensemble lié de manières de penser, de sentir et d'agir plus ou moins formalisées qui, étant apprises et

mondes sociaux permet de resituer l'expérience du médicament à l'intersection de différents mondes : les mondes de la drogue et les mondes du soin. En effet, la carrière des usagers de TSO se caractérise également par une socialisation au sein d'institutions socio-sanitaires. Pour l'ensemble des personnes rencontrées, cette socialisation est très précoce, voire souvent avant même l'usage de drogues. Leur situation de précarité accentue leur proximité avec les services sociaux. La constitution de groupes dits à risque par les recherches épidémiologiques et le développement de politiques publiques à destination de ces populations a également pour effet de renforcer l'existence sociologique d'un groupe social d'usagers de TSO aux caractéristiques communes. Il s'agit donc bien là d'une identification au groupe et d'un étiquetage par les politiques publiques.

Les lignes de fracture dans les zones d'intersection entre le monde du soin et le monde de la drogue peuvent donner lieu à des tensions ou des frictions. dLors de la rencontre avec les professionnels soignants s'expriment la pluralité des valeurs et parfois les antagonismes entre les savoirs de ces différents mondes. Les centres de soin que nous avons étudiés proposent un accompagnement des personnes selon la situation dans laquelle elles se trouvent, autorisant la verbalisation des aller-retour entre abstinence et consommation. Nous avons vu que dans ces zones d'intersections apparaissent également des processus créatifs de recomposition biographique à partir de l'hybridation des différents référentiels.

Aujourd'hui, la grande diffusion de ces traitements auprès de nombreux usagers de drogues dans les trois pays de notre étude, a modifié et diversifié les conceptions relatives au TSO, mais également les carrières et la succession des étapes des usages de drogues. L'entrée dans la substitution n'est que rarement réalisée auprès d'un médecin prescripteur, bien souvent les personnes se procurent le médicament dans la rue, selon les codes du marché illicite des drogues, ou bien auprès de proches (famille ou amis). Ainsi, la substitution apparaît moins comme un point tournant dans la trajectoire biographique des

---

partagées par une pluralité de personnes, servent, d'une manière à la fois objective et symbolique, à constituer ces personnes en une collectivité particulière et distincte. » Guy ROCHER, *Introduction à la sociologie générale : l'action sociale*, Les Éditions Hurtubise, Montréal, Canada, 1995, p. 88. La culture des drogues renvoie également à un ensemble de phénomènes culturels et artistiques divers : en peinture, en littérature, en cinéma et en musique, qui propose un univers de référence dans lequel viennent puiser les personnes. Comme en témoignent, par exemple, les nombreuses références au film *Trainspoting* par les personnes qui cherchent à décrire les symptômes de manque, ou encore la référence à des univers musicaux propices aux expériences psychotropiques.

personnes que comme un événement venant s'inscrire dans un processus non linéaire de découvertes des différents produits disponibles sur le marché.

L'expérience de la consommation d'opiacés est corrélée à un apprentissage des effets du manque et des moyens de palier les symptômes de sevrage. Avant l'autorisation de mise sur le marché des TSO, les personnes avaient déjà leur propre moyen d'auto-substitution. Aujourd'hui, ces médicaments prescrits ou non, viennent compléter le panel de produits jusqu'alors disponibles. Les logiques substitutives comme volonté de rompre avec l'ingestion de produits psychotropes varie selon les personnes et selon les périodes qu'elles traversent au cours de leur trajectoire biographique : l'expérience de la substitution apparaît en terme de recomposition biographique plutôt qu'en terme d'alternation. Les nombreux usages des traitements sont un indice des tentatives de réappropriation de la médication par les usagers au prisme de leurs propres conceptions et expériences des drogues. Les récits d'usages de TSO expriment à ce sujet une ambivalence entre prises de risques et quêtes de sécurité ; mais également entre une volonté de projection soutenue par une rhétorique institutionnelle de l'autonomie et du projet, mise en tension avec une recherche de stabilisation, elle-même associée à une crainte de stagnation.

Pour conclure, nous allons revenir sur les idées fortes qui jalonnent cette recherche en tâchant de les resituer dans un débat sociologique plus vaste.

Premièrement, nous développerons les résultats de notre approche comparative. Celle-ci nous permet de saisir les similitudes et les différences du sens accordé à la substitution dans un contexte de grande précarité, selon les trois terrains de notre enquête.

Deuxièmement, le cœur de notre travail s'intéresse aux diverses formes de mise en récit et à la constitution des savoirs, ainsi cette thèse participe à une réflexion sur la sociologie des savoirs, à partir de la méthode biographique. Elle interroge l'hybridation des savoirs institutionnels et médicaux par des effets de traductions en savoirs biographiques et savoirs expérientiels.

Enfin, nous reviendrons sur ce que la sociologie de la substitution, apporte comme compréhension des mondes sociaux, du soin et de la drogue.

EXPERIENCES DE LA SUBSTITUTION

L'approche comparative permet de mettre en relief l'orientation des politiques publiques autour de la logique de réduction des risques. Nous avons vu au cours de notre recherche, que ce modèle d'intervention s'inscrit dans une logique plus large d'intervention sociale qui vise à la responsabilisation des acteurs. L'abandon d'une démarche de soin uniquement orientée vers l'abstinence a permis de revaloriser les processus d'autocontrôle que mettent en place les usagers de drogues. Les expériences de substitution étudiées dans le cadre de cette thèse ne sont pas représentatives de l'ensemble des usagers de TSO. En effet, des usages de TSO par des personnes intégrés socialement, notamment intégrés par le travail existent également, comme l'a étudié Langlois[3]. Notre enquête de terrain a été guidée par notre volonté d'étudier les expériences de substitution chez des personnes fréquentant des centres spécialisés qui ont en commun d'accueillir un public en situation de grande précarité. La spécificité des associations visitées, dites structures à bas seuils d'exigence, est de s'inscrire dans une logique de réduction des risques. Nous avons choisi des associations très différentes : en France, une structure en ambulatoire, et en Suisse et au Québec, des structures en résidentiel. L'étude comparative ne vise donc pas à une comparaison systématique des différentes institutions. Nous avons plutôt choisi d'interroger les différentes manières qu'ont les personnes de s'ajuster au dispositif qui les accueille. L'intérêt de ces différentes associations réside, pour notre recherche, dans le fait que les personnes usagères de TSO que nous y avons rencontrées, avaient la possibilité de parler de leurs consommations de drogues illégales ainsi que des usages des médicaments hors cadre de prescription, avec les différents intervenants et professionnels. Il était ainsi plus facile pour nous de leur demander d'en parler librement sachant que cela ne mettrait pas en péril la poursuite de leur thérapie au sein des centres.

Autocontrôle et autosubstitution participent de l'expérience d'opiacés, dès lors que des signes de sevrage apparaissent et que la consommation continue.

[3] Emmanuel LANGLOIS, « Les traitements de substitution vus par les patients: quels sont les enseignements de leur expérience? », *OFDT*, 2013.

Nous l'avons vu, l'introduction des TSO a largement modifié l'offre d'opiacés sur le marché des drogues en France, ainsi qu'en Suisse. On observe une situation différente au Québec, comme dans le reste de l'Amérique du Nord, où une recrudescence des consommations d'opioïdes, notamment du Fentanyl, est observée, ainsi qu'une augmentation des surdoses[4]. Au Québec, l'accessibilité à la substitution est plus réduite qu'en France et en Suisse[5]. Les nombreuses mesures de contrôle conditionnent le rapport que les personnes entretiennent avec la substitution. De plus, l'entrée tardive dans la substitution a des conséquences sur le regard que portent les personnes sur leurs usages du médicament, le temps d'attente pouvant exercer une pression sur la personne lorsqu'elle réussit finalement à se procurer l'ordonnance, pression renouvelée à chaque inspection réalisée par le personnel de la pharmacie chargée de lui délivrer le médicament.

Peu de personnes, au Québec, évoquent des modes d'usages alternatifs (par voie nasale ou intraveineuse) de la substitution : la méthadone et le Suboxone® étant plus difficilement détournables du mode d'usage prescrit. Toutefois, dans les trois pays de notre enquête, un usage alternatif apparaît très présent : il s'agit de la prise d'autres produits psychotropes. Beaucoup d'usagers consomment du cannabis quotidiennement[6], les personnes parlent également de consommation d'alcool ou encore d'autres types de psychotropes. Nombreux sont ceux qui évoquent des consommations de cocaïne injectée ou fumée sous forme de crack. Plus rares à Strasbourg, où le marché de la cocaïne est peu développé, à Lausanne et à Montréal, les usagers sont nombreux à évoquer des consommations qu'ils jugent problématiques de cocaïne et/ou crack du fait de leur difficulté à arrêter et à refuser une prise dès lors qu'on leur propose.

Ces usages alternatifs et ces prises de produits psychotropes en parallèle de la substitution sont un indice d'une recherche de plaisir à laquelle procèdent les personnes. La reconquête du plaisir par la substitution apparait, au regard de

[4] « Six nouveaux décès par surdose à Montréal », *La Presse*, 05/06/2014.

[5] Pour rappel : en France et en Suisse, un usager d'opiacés peut se faire prescrire un TSO dans un délai qui n'excèdera que rarement quelques semaines, tandis qu'au Québec, le temps d'attente pour une primo-prescription est en moyenne de deux ans. De plus, les mesures de contrôle sont beaucoup plus importantes au Québec, la délivrance s'effectue quotidiennement en pharmacie, parfois pendant plusieurs années, avant l'obtention de « privilèges », c'est-à-dire la possibilité d'emporter son traitement pour plusieurs jours. Enfin, le renouvellement d'ordonnance est conditionné par des prélèvements d'urine.

[6] Il n'y a qu'au Québec que le cannabis thérapeutique est autorisé, nous avons rencontré John, 32 ans, à Montréal, usager de cannabis médical prescrit suite à un accident de voiture. Il est également usager de méthadone.

notre recherche, comme un des objectifs, souvent non pris en compte par les soignants, des usagers de TSO. L'expression de ce droit au plaisir n'est pas superficielle mais bel et bien légitime, tant le plaisir pose la question du rapport au corps sensible mais également la place du jeu comme « action libre » dans le soin. La revendication d'un droit au plaisir par les usagers, souvent mal comprise ou peu prise en compte dans le soin, participe d'une mise à distance des injonctions et d'une quête d'autonomie, source de malentendus.

Les détournements des modes et voies d'administration des médicaments, définis par les protocoles d'autorisation de mise sur le marché, tels que la prise par injection ou par voie nasale, témoignent de l'ambivalence de ces traitements. Ces usages alternatifs constituent les marges de manœuvre des usagers face aux prescriptions médicales, néanmoins ils ne peuvent être perçus uniquement comme marque d'une totale autonomie ; ils traduisent bien plus des tentatives pour reprendre le contrôle sur une pratique qui leur échappe du fait que le dosage, la posologie et la durée de prescription, quoique négociés avec le médecin, reste néanmoins la décision de ce dernier.

RECITS DE LA SUBSTITUTION

L'expression d'une volonté de prendre de la distance avec les opiacés dépend du cadre d'interaction (que ce soit le cadre institutionnel ou un cadre informel : entre pairs, ou avec la famille). Différentes trames narratives sont mobilisées pour mettre en récit l'expérience de la substitution et la carrière d'usagers de drogues. Les interactions au sein des centres d'accueil et les logiques de débrouille qui ont cours dans la rue donnent à voir des formes originales d'hybridation des savoirs en perpétuelle reconstruction et expriment de nouveaux contours de sociabilité. Différents types de connaissances et de compétences émergent selon les différents lieux de socialisation, comme transmutation de l'expertise professionnelle dans le discours des acteurs ou prise en compte de la parole du patient dans la prise en charge. Dans le cabinet médical, le travail thérapeutique engagé s'inscrit dans un ordre négocié autour de la gestion de trajectoire du patient. Celui-ci est initié au vocabulaire médical pour mettre en mot

ses symptômes (ceux du manque ou d'autres maux dont il peut être atteint). Des activités en marge du médical naissent au sein de groupes d'usagers : comités d'usagers de structure socio-sanitaire, groupes d'entraide ou groupes d'autosupport. En dehors ou au sein-même des institutions, les savoirs échangés dans ces groupes apparaissent fortement liées au savoir médical. Les récits de vie s'y trouvent revalorisés, non seulement pour leur valeur thérapeutique mais également pour leurs apports heuristiques. L'implication de ces dispositifs varie selon les terrains de notre enquête et l'articulation entre les savoirs oscille entre *imbrication*, *assimilation* et *juxtaposition*.

En Suisse, au sein des trois structures en résidentiel visitées, les groupes de parole tiennent une place centrale dans la thérapie. Le vécu des personnes est mobilisé par la mise en récit pour donner des outils aux autres résidents afin qu'ils puissent eux-mêmes appréhender leur vécu au sein de la structure, leur rapport au produit et les difficultés qu'ils peuvent rencontrer. Sont ainsi associées des rencontres individualisées avec un psychologue ou un psychiatre et des rencontres collectives entre résidents. On peut voir dans ce type d'articulation entre les savoirs, une *juxtaposition* des savoirs expérientiels et des savoirs médicaux que se réapproprient les usagers. Ces deux types de savoirs vont de pair, mais sont néanmoins distingués.

Au Québec, les groupes de parole sont également très développés, s'inspirant du modèle des douze étapes, dont la tradition est prégnante, en Amérique du Nord, dans la prise en charge des dépendances. Au sein du centre en résidentiel de notre étude, l'expérience de la drogue et celle des services d'aide façonnent les savoirs mobilisés pour intervenir. Il s'agit ici d'une véritable *imbrication* des savoirs d'expérience et des savoirs médico-sociaux, ceux-ci ne sont pas dissociés mais viennent plutôt s'alimenter les uns les autres.

En France, dans le centre visité, une faible place est accordée à la mise en commun des expériences de vie des personnes ; une volonté est présente de faire remonter les avis des usagers quant au fonctionnement de la structure et ainsi de mettre en avant leur expérience du dispositif, mais sans qu'il y ait une réelle remise en cause du dispositif dans son ensemble, en lien avec le vécu hors structure des personnes et la manière dont celui-ci pourrait faire évoluer le dispositif. On assiste à une volonté d'*assimilation* des savoirs expérientiels par

l'institution en vue de modifier les manières de faire et de penser le produit selon les schèmes de pensée biomédicaux.

Ces différents types de rapport aux savoirs s'inscrivent dans un modèle délibératif de la relation médecin-patient. Le traitement et le travail biographique sont issus de négociations. Dans le contexte de la prise en charge des usagers de drogues, les savoirs de ces derniers, bien que relativement pris en compte, peuvent difficilement être totalement mésestimés par les praticiens qui acceptent de s'occuper de ce type de patientèle.

L'objet de notre travail a été de discuter la légitimité des savoirs expérientiels des usagers de drogues, dont les pratiques sont illégales, mais dont certaines connaissances et compétences apparaissent transposables dans le milieu ordinaire, et plus particulièrement dans le monde du soin. Les savoirs expérientiels permettent une amélioration des connaissances sur les usages de drogues, sur la dépendance, sur la thérapie mais plus globalement sur les rapports au risque. Pour que la production et la diffusion des différents savoirs soient possibles, il est nécessaire que ceux-ci soient mis en mots et qu'ils soient échangés. La confrontation ou la circulation des savoirs, prend place au sein de différents espaces, formels ou informels, où s'acquiert un vocabulaire particulier selon les lieux.

La confrontation ou la circulation des savoirs ont également lieu sur des espaces en marge du cabinet ou des institutions, notamment dans la rue et dans les lieux de consommations et de revente. En effet, la transmission d'un ensemble de représentations sur les drogues s'effectue entre usagers. Ces connaissances et compétences peuvent apparaître parfois teintées de recommandations sanitaires de minimisation des risques et témoignent de la porosité des savoirs. Internet, grâce aux possibilités de communication qu'il offre, a également permis une plus large diffusion de ces savoirs par la mise en commun de récits d'expériences et de pratiques sur des forums dédiés aux questions de drogues mais a également favorisé l'émergence d'un militantisme sur la scène internationale. Un déplacement des enjeux locaux vers des enjeux internationaux s'est opéré autour de la reconnaissance de luttes communes, nous pensons notamment au mouvement *Support dont punish* : pour la décriminalisation des drogues. Toutefois, les usagers les plus précaires et les plus marginalisés restent majoritairement

éloignés des différents débats et portent rarement leurs revendications sur la scène publique, d'où selon nous l'importance d'identifier ce qui constitue la spécificité de leurs savoirs pour en permettre la reconnaissance et la valorisation. Ces savoirs sont liés à la pratique de la consommation proprement dite, à la fois savoirs corporels et savoirs techniques, les personnes apprennent différentes manières de consommer, les effets attendus d'un produit mais également les risques encourus. Mais le monde de la drogue n'est pas imperméable, au contraire, pour les usagers de traitement de substitution, l'entremêlement entre différents mondes, notamment le monde du soin et le monde social qui assure la répression (police/justice), propose une pluralité de rôles sociaux dont l'intensité varie selon leur trajectoire biographique et leur carrière d'usager. Par exemple, les usagers de drogues apprendront quels sont les lieux où la consommation est la moins réprimée ou encore quel avocat est recommandé selon la situation. De plus, des savoirs institutionnels sont propres aux usagers des structures, ceux-ci assimilent les règles de l'institution et les retraduisent selon une connaissance acquise individuellement ou entre pairs des interstices institutionnels et des marges de manœuvre que cela leur laisse. Nous avons ici considéré l'entrecroisement entre différents récits et fils narratifs (institutionnel et intime) dans les discours des personnes rencontrées pour identifier les savoirs spécifiques à ces différents mondes. Leur récit façonné par leur expérience des mondes de la drogue, mais également leur compétence dans la mise en récit de soi institutionnelle témoigne de savoirs narratifs, ceux-ci étant mobilisés lors de la rencontre avec les professionnels mais également avec le chercheur.

A travers cette question des savoirs, il s'agit d'interroger les nouvelles modalités d'intervention sociale qui visent à reconstituer des espaces de socialisation et par là-même, à réintroduire du politique dans les discours produits sur, mais avant tout, dans les marges de la société. La pluralité des usages de récits biographiques, notamment les récits d'aidés et les récits d'aidants, comme activité dialogique, pose la question spécifique de l'articulation entre sphère privée et sphère publique ou plus globalement du lien entre individu et société. Les récits dévoilent un certain nombre de savoirs comme somme d'apprentissages selon l'étape de la carrière d'usagers de drogues et usagers de structure de soin. Les récits dévoilent également également des savoirs biographiques, comme

connaissance intime des produits selon les événements biographiques des personnes, en lien avec leur histoire de vie, leur singularité et leur personnalité.

MONDES DE LA SUBSTITUTION

> « Mais alors que le défoncé de la médecine se pense toujours comme un malade, le défoncé illégal se pense comme un type ou une fille du milieu. C'est étrange. Ce qu'ils font en fait c'est la même chose, au fond.[7] »

Dans son autobiographie menée auprès de Becker, Janet Clark raconte sa première thérapie et sa rencontre avec des patientes dépendantes des traitements prescrits par leur médecin. L'auteure distingue « défoncé de la médecine » et « défoncé illégal ». Cette distinction est peu opérante pour comprendre les parcours des usagers de TSO, qui témoignent de pratiques de polyconsommation et d'aller-retour entre prises de drogues licites et illicites. L'identification des personnes apparaît osciller entre les deux pôles identifiés par Janet Clark : « un malade » et « un type ou une fille du milieu ».

Lorsque les personnes initient un traitement de substitution, c'est souvent sur du long terme. Elles entament alors un processus de renégociation identitaire au sein même de l'institution, lors de la rencontre avec les professionnels (du monde médical, infirmier, ou du travail social), mais également avec les pairs au sein de l'institution. Le traitement de substitution fait le lien avec l'institution qui est en charge du respect des protocoles, tout en assurant des lieux de socialisation où s'exerce un travail de rétablissement de la confiance. La recherche d'une reconstitution d'un monde social comme cercle d'affiliation, lieu de reconnaissance et espace de socialisation, s'exprime différemment selon les personnes. Pour certaines, la création de nouveaux liens s'établit au sein des institutions, tandis que pour d'autres, ce sont les liens en dehors qui sont privilégiés. La demande d'aide apparaît dans sa dualité : aide sociale et aide des pairs viennent s'imbriquer, re-questionnant la dialectique entre communauté (entre semblables) et société (entre individus interdépendants malgré leurs différences). La porosité des frontières

[7] Janet CLARK, *La confrérie fantastique*, Paris, France, Denoël : Gonthier, 1972, p. 216.

entre les mondes sociaux (de la drogue, du soin), la pluralité des formes d'aide et la singularisation des parcours influent sur la manière dont les personnes créent des liens au sein des institutions avec les professionnels ainsi qu'avec le reste des usagers.

Les liens au sein de l'institution sont d'abord les relations tissées avec les professionnels. La situation de précarité vécue et la précocité des parcours institutionnels ont un impact sur le rapport qu'entretiennent les personnes avec la substitution, mais également avec le monde socio-sanitaire. Le travail de la confiance entre les professionnels et les usagers est parfois mis à mal lorsque les contraintes institutionnelles sont trop lourdes. Les charges administratives ou encore les contrôles dictés par les autorisations de mise sur le marché des médicaments tels que les prélèvements d'urine nuisent à l'établissement d'une véritable confiance, celle-ci apparaissant relative. Néanmoins, les espaces d'accueil conviviaux où professionnels et usagers peuvent se retrouver semblent propices au rétablissement de la confiance. De plus, la qualité d'écoute et les sollicitations de mise en récit de soi réalisées par les accueillants auprès des accueillis vont également permettre à ce lien de s'établir, voire de se pérenniser. Lorsque la personne est entendue, lors de la rencontre avec les professionnels, la relation dialogique qui s'instaure lui permet de retraduire son propre parcours avec de nouveaux concepts et de coproduire avec son interlocuteur de nouvelles normes. La personne fait alors l'apprentissage des conceptions médicales sur la dépendance, qu'elle réactualise ensuite en fonction de ses propres connaissances et expériences.

Les espaces d'accueil et les centres en résidentiel sont également des lieux de socialisation entre pairs. Pour beaucoup de personnes rencontrées, le « nous » est moins souvent mobilisé que le « eux », en référence aux autres usagers, ce qui témoigne d'une limite, d'une frontière, d'une altérité radicale et d'une solitude ontologique. La proximité des expériences vécues ne présuppose pas pour autant une véritable solidarité mécanique, telle que définie par Durkheim. Les affinités électives qui se développent entre usagers de mêmes produits sont redéfinies dès lors que le cadre d'interaction change, passant du monde de la rue au monde du soin. La possibilité de se raconter face aux autres et de partager une expérience singulière permet, dans une certaine mesure, de rapprocher les personnes. Dans

les groupes d'entraide, une trame narrative est proposée au narrateur pour faciliter l'identification de chacun au groupe. Ces mises en récit, typiques des groupes des Anonymes, sont orientées vers l'abstinence et définissent la dépendance comme une maladie, or de nombreux usagers ne se retrouvent pas dans ces définitions de la dépendance. Leur affiliation auprès des pairs n'apparaît alors pas dans ces mises en récit biographique mais à travers une mise en récit des pratiques. La différence est marquée par un échange non plus axé sur l'histoire de vie en tant que telle, mais sur les savoirs acquis lors des consommations. Ces savoirs expérientiels sont liés à un ensemble de normes auxquelles les usagers marquent une certaine fidélité ou adhésion. Partageant ces expériences et les valeurs qui leur sont rattachées, les personnes y trouvent une reconnaissance nécessaire à la construction d'une identité sociale dans l'affiliation auprès d'autrui significatifs. Les usages alternatifs des traitements de substitution sont l'empreinte de cette adhésion à des normes acquises dans les mondes de la drogue et de leur perpétuation dans les mondes du soin.

✳

Aujourd'hui, en sociologie de la drogue, un intérêt est porté aux savoirs expérientiels des usagers. Ceux-ci sont entendus et retraduits, dans une logique de réduction des risques, comme compétences et stratégies qui émergent des pratiques des usagers eux-mêmes, de leur connaissance des produits, des contextes de prises, et des modalités de consommation. L'expérience singulière de psychotropes comme apprentissage d'un certain nombre de techniques est insuffisant pour appréhender l'expérience subjective vécue et le degré d'adhésion d'une personne aux mondes des drogues. Nous pensons que ces savoirs expérientiels sont également des savoirs biographiques : l'expérience des drogues et de leurs usages s'inscrivent dans une temporalité et prennent du sens selon la trajectoire biographique et les évènements qui jalonnent la vie des personnes. Nous l'avons vu, l'initialisation d'un traitement de substitution au sein d'un centre

n'est que rarement vécu comme un point tournant. Dès lors que le traitement est entendu comme palliatif, les personnes doivent apprendre « à vivre avec ». La maladie ou la dépendance font alors l'objet d'une gestion quotidienne et les personnes puisent dans leur vécu pour affronter les symptômes qui lui sont liés.

Les récits de vie et de pratiques apportent une connaissance approfondie de l'expérience vécue des symptômes de la dépendance aux drogues et de leurs effets sur la quotidienneté mais également sur les ajustements biographiques auxquels les patients procèdent. Les récits sur la dépendance, oraux ou écrits, produits dans le cadre de groupe d'entraide notamment, ont pour objectifs de transmettre et de partager une expérience. La douleur ou la souffrance sont vécues singulièrement et peuvent avoir pour conséquence d'éloigner et de créer une distance avec l'entourage. Raconter sa dépendance ou sa maladie est une manière de faire du lien : du lien entre les évènements de sa propre histoire mais également du lien entre le narrateur et ses auditeurs ou lecteurs ; liens qui rattachent le récit singulier au collectif.

L'intérêt manifesté par les personnes rencontrées tout au long de notre enquête pour la mise en récit de leur histoire est un indice de l'importance qu'elles trouvent dans le fait de se dire. Il peut s'agir pour les narrateurs de retrouver du je/du jeu dans leur propre histoire. En se racontant, elles délivrent une expérience intime et personnelle, mais également tentent de retrouver une marge de manœuvre permise par le récit. Face aux diverses injonctions normatives propres au travail thérapeutique et au sentiment de dépossession de soi dès lors qu'une catégorie préconçue vient essentialiser une expérience, se raconter permet de réaffirmer sa singularité et d'échapper aux conceptions totalisantes. Si le récit, par la transmission, permet un engagement dans un collectif, il est avant tout une mise en sens d'une expérience singulière et une tentative de réappropriation d'une forme d'altérité.

BIBLIOGRAPHIE

AEBI Marcelo F., « La relation entre cures de substitution à la méthadone et prévention de la délinquance : une réponse critique à Niveau et Laureau », *Déviance et Société*, 2001, vol. 25, nº 2, pp. 187-203.

ALLY Marc-André, BROCHU Serge et BLAIS Étienne, « Effet de l'implantation d'une clinique de prescription médicale d'héroïne sur l'environnement communautaire », *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique*, 2011, pp. 183–187.

AMADIO Nicolas et BRINGOUT Vanessa, « L'intervention sociale ou l'économie des sentiments: Regards croisés d'un sociologue et d'une ES », *Le sociographe*, 2011, vol. 36, nº 3, pp. 87-97.

AMEY Laura et BRUNNER Nathalie, *Traitement de substitution à la dépendance aux opioïdes Etude de la réglementation de quelques pays francophones*, Neuchâtel, troisième colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes, 2013.

ANDERSON Nels et SCHWARTZ Olivier, *Le hobo: sociologie du sans-abri*, Paris, France, Nathan, 1995.

ARENDT Hannah, *Condition de l'homme moderne*, Paris, France, Calmann-Lévy, 1961.

ASTIER Isabelle, « Du récit privé au récit civil : la construction d'une nouvelle dignité ? », *Lien social et Politiques*, 1995, nº 34, pp. 121-130.

BACHMANN Christian et COPPEL Anne, *La drogue dans le monde: hier et aujourd'hui*, Paris, France, Éd. du Seuil, 1991.

BACONNIER Christophe, *Réformer la loi de 1970, swaps N°13*, http://www.pistes.fr/swaps/13_105.htm, consulté le 14 août 2014.

BARBOT Janine et DODIER Nicolas, « L'émergence d'un tiers public dans la relation malade-médecin. L'exemple de l'épidémie à VIH », *Sciences sociales et santé*, 2000, vol. 18, nº 1, pp. 75-119.

BARRE Marie Danièle, RICHARD Denis et SENON Jean-Louis, « Délinquance et toxicomanie », *Revue documentaire - Toxibase (Lyon)*, 1997, vol. 2, pp. 1-16.

BASZANGER Isabelle, « Entre traitement de la dernière chance et palliatif pur : les frontières invisibles des innovations thérapeutiques », *Sciences sociales et santé*,

2000, vol. 18, nº 2, pp. 67–94.

BASZANGER Isabelle, « Introduction : les chantiers d'un interactionniste américain », *in* Anselm Leonard STRAUSS (dir.), *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, France, Éd. l'Harmattan, 1992.

BASZANGER Isabelle, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue Française de Sociologie*, janvier 1986, vol. 27, nº 1, pp. 3–27.

BECK François, « Dénombrer les usagers de drogues: tensions et tentations », *Genèses*, 2005, vol. 1, nº 58, pp. 72–97.

BECK Ulrich, *La société du risque: sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Aubier, 2001.

BECKER Howard, *Outsiders : études de sociologie de la déviance*, Paris, A.-M. Métailié, 1966.

BECKER Howard, « Comment devient-on fumeur de marijuana ? », *in Outsiders : études de sociologie de la déviance*, Paris, A.-M. Métailié, 1966, pp. 64–81.

BEGAUD Bernard, FUHRER Rebecca, HENRION Roger, LALANDE Martine, LEDIT Danielle, LERT France, LOVELL Anne, OBADIA Yolande, PARQUET Philippe et PUECH Alain, « Evaluer la mise à disposition du Subutex pour la prise en charge des usagers de drogue: synthèse rapide de la littérature et des données disponibles et propositions pour un programme de recherche », *rapport INSERM*, 1998.

BELLO Pierre-Yves, TOUFIK Abdalla, GRANDILHON Michel, GIRAUDON Isabelle et BONNET Nicolas, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002*, Saint-Denis, OFDT, 2013.

BENNINGHOFF Fabienne, SOLAI Sandra, HUISSOUD Thérèse et DUBOIS-ARBER Françoise, « Evaluation de Quai 9 « Espace d'accueil et d'injection » à Genève, Période 12-2001 -12-2002 », *Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive*, 2003.

BENSO Vincent, « Le paysage médiatique des drogues à la fin des années 60 », *SWAPS*, 2010, nº 60, pp. 8–10.

BERGER Peter Ludwig et LUCKMANN Thomas, *La construction sociale de la réalité*, Paris, France, A. Colin, 2012.

BERGERON Henri, « La force d'une institution faible. », *Politique européenne*, 2011, vol. 32, nº 3, pp. 39–76.

BERGERON Henri, *Sociologie de la drogue*, Paris, France, La Découverte, 2009,

vol.1/.

BERGERON Henri, « Politiques européennes, trajectoires historiques », *Projet*, 2004, vol. 282, nº 5, pp. 67-72.

BERGERON Henri, *L'État et la toxicomanie: histoire d'une singularité française*, Paris, France, Presses universitaires de France, 1999.

BERNAND Carmen, « La spiritualité de l'imperfection des alcooliques repentis. Étapes d'un voyage », *Communications*, 1996, vol. 62, nº 1, pp. 257-276.

BERTAUX Daniel, *Récit de vie*, Paris, France, A. Colin, 2005.

BESSIN Marc, « Le trouble de l'événement: la place des émotions dans les bifurcations », *Recherches*, 2009, pp. 306–328.

BIBOULET Marc, LAPEYRE-MESTRE Maryse et GARDETTE Virginie, « Comparaison de la consommation de benzodiazépines selon le type d'usage de la buprénorphine dans une cohorte de nouveaux usagers », *Pratiques et Organisation des Soins*, 2010, vol. 41, nº 3, pp. 205-213.

BILLOTE Gilles, « L'histoire de vie, un travail de recomposition de soi », *in Analyse d'un récit de vie: l'histoire d'Annabelle*, Paris, France, Presses universitaires de France, 2005.

BLANCHARD Christophe, *Les jeunes errants brestois et leurs chiens*, Rapport au CCAS de la ville de Brest, 2007.

BLOCH Marc, *Apologie pour l'histoire,: ou métier d'historien*, Paris, France, A. Colin, 1991.

BOEKHOUT VAN SOLINGE Tim, *Heroïne, cocaïne en crack en France. Trafic, usage et politique*, Amsterdam, CEDRO, Centrum voor Drugsonderzoek Universiteit van Amsterdam, 1996.

BOGGIO Yann, CATTACIN Sandro, CESONI Maria Luisa et LUCAS Barbara, *Apprendre à gérer: la politique suisse en matière de drogue*, Genève, Suisse, Georg éditeur, 1997.

BORKMAN Thomasina, « Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups », *Social Service Review*, 1976, vol. 50, nº 3, pp. 445-456.

BOUHNIK Patricia, « Système de vie et trajectoires des consommateurs d'héroïne en milieu urbain défavorisé », *Communications*, 1996, vol. 62, nº 1, pp. 241-256.

BOUILLON Florence, *Les mondes du squat: anthropologie d'un habitat précaire*, Paris, France, Presses universitaires de France, 2009.

BOUILLON Florence, *8 : Les compétences précaires en question : réflexions à partir des squats marseillais*, La Découverte, 2007.

BOURDIEU Pierre, *La distinction : critique sociale du jugement*, Paris, France, Éd. de Minuit, 1979.

BOURGOIS Philippe, *En quête de respect: le crack à New York*, Paris, Seuil, 2013.

BOURGOIS Philippe, « Une nuit dans une « shooting gallery »: Enquête sur le commerce de la drogue à East Harlem », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1992, vol. 94, nº 1, pp. 59–78.

BOZON Michel et GIAMI Alain, « Présentation de l'article de John Gagnon », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1999, vol. 128, nº 1, pp. 68–72.

BRAGANTINI Attilio, « Contributi/5 Identité personnelle et narration chez Paul Ricœur et Hannah Arendt », *Lo Sguardo-revista di filosofia*, 2013, nº 12, pp. 135–149.

BRANCH Legislative Services, *Consolidated federal laws of canada, Controlled Drugs and Substances Act*, http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-38.8/, consulté le 1 septembre 2014.

BRISACIER Anne-Claire et COLLIN Cédric, *Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés*, OFDT / ANSM, 2013.

BRISSON Pierre, *Prévention des toxicomanies: aspects théoriques et méthodologiques*, Montréal, Université de Montréal, Faculté de l'éducation permanente, Formation à distance, 2010.

BRISSON Pierre, *L'approche de réduction des méfaits: sources, situation, pratiques*, Montréal, Comité permanent de la lutte à la toxicomanie, 1997.

BROCHU Serge et ORSI Mylène, « Les substances psychoactives au Canada: Historique de leur criminalisation et développements récents », *Déviance et Société*, 2008, vol. 32, nº 3, pp. 363–376.

BURROUGHS William, *Junky*, Paris, Pierre Belfond éditeur, 1979.

BURY Michael, « Chronic illness as biographical disruption », *Sociology of health & illness*, 1982, vol. 4, nº 2, pp. 167–182.

BYRNE Jude, « Nothing about us without us ? Je demande à voir ! », *in*

Médecins du Monde (dir.), *Histoire & principes de la réduction des risques: entre santé publique & changement social*, 2013.

CABALLERO Francis et BISIOU Yann, *Droit de la drogue*, Paris, France, Dalloz, 2000.

CADET-TAÏROU Agnès et GANDILHON Michel, « L'usage de sulfate de morphine par les usagers de drogues en France : tendances récentes (2012-2013) », *OFDT*, juillet 2014.

CALAME Claude, « Interprétation et traduction des cultures », *L'Homme*, 2002, vol. 163, pp. 51–78.

CALLON Michel, « Ni intellectuel engagé, ni intellectuel dégagé: la double stratégie de l'attachement et du détachement », *Sociologie du Travail*, 3 janvier 1999, vol. 41, nº 1, pp. 65–78.

CALVEZ Marcel, « La négociation du soin et la situation de maladie.Questions pour la sociologie médicale », *in* Simone PENNEC, Françoise LE BORGNE-UGUEN et Florence DOUGUET (dirs.), *Les négociations du soin: les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, France, Presses universitaires de Rennes, 2014, pp. 41–51.

CAMUS Albert, *L'étranger*, Paris, France, Gallimard, 2005.

CANARELLI Thiphaine et COQUELIN Anaëlle, *Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés*, Saint-Denis, OFDT, 2010.

CANETTI Elias, *Masse et puissance*, Paris, France, Gallimard, 1966.

CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, Quadrige : Presses universitaires de France, 1966.

CARADEC Vincent, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris, France, A. Colin, 2008.

CASTEL Robert, *L'insécurité sociale: qu'est-ce qu'être protégé ?*, Paris, France, Seuil, 2003.

CASTEL Robert, « La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation », *Cahiers de recherche sociologique*, 1994, nº 22, pp. 11–27.

CASTEL Robert, *Les sorties de la toxicomanie: types, trajectoires, tonalités*, Paris, France, IRESCO, 1992.

CASTEL Robert, *La gestion des risques: de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, France, les Éditions de Minuit, 1981.

CASTEL Robert et COPPEL Anne, « Les contrôles de la toxicomanie », *in* Alain EHRENBERG (dir.), *Individus sous influence: drogues, alcools, médicaments psychotropes*, Paris, France, Éd. Esprit, 1991, pp. 237-256.

CHAMAK Brigitte, « Autisme et militantisme : de la maladie à la différence », *Quaderni. Communication, technologies, pouvoir*, 5 janvier 2009, nº 68, pp. 61-70.

CHARAUDEAU Patrick, « Le chercheur et l'engagement. Une affaire de contrat », *Argumentation et Analyse du Discours*, 2013, nº 11.

CHARLES Cathy, GAFNI Amiram et WHELAN Tim, « Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model », *Social Science & Medicine (1982)*, septembre 1999, vol. 49, nº 5, pp. 651-661.

CHAST François, *Histoire contemporaine des médicaments*, Paris, France, Éd. la Découverte, 1995.

CLARK Janet, *La confrérie fantastique*, Paris, France, Denoël : Gonthier, 1972.

COLBEAUX Christian, *Sexe, genre et addiction*, Paris, France, L'Harmattan, 2012.

COLLIN Johanne, « Relations de sens et relations de fonction: risque et médicament », *Sociologie et sociétés*, 2007, vol. 39, nº 1, pp. 99–122.

CONRAD Peter et SCHNEIDER Joseph W., *Deviance and medicalization: from badness to sickness*, St. Louis, Etats-Unis, 1980.

COPPEL Anne, *Peut-on civiliser les drogues ?: de la guerre à la drogue à la réduction des risques*, Paris, France, La Découverte, 2002.

COPPEL Anne, « Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France », *Communications*, 1996, vol. 62, nº 1, pp. 75-108.

COPPEL Anne, CHARLES-NICOLAS Aimé, BEAUPIN Alain, BOISSEAU Clarisse, CARPENTIER Jean et TOUZEAU Didier, « Le repère du toxicomane », *Le Monde*, 09/09/1992 p.

COSTES Jean-Michel, *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND*, http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000086/, consulté le 28 avril 2015.

COTE Philippe-Benoit, BLAIS Martin, BELLOT Céline et MANSEAU Hélène, « Des expériences affectives et sexuelles en situation de rue », *Criminologie*, 2013, vol. 46, nº 2, pp. 243–261.

COUTERON Jean-Pierre, « Société et addiction », *Le sociographe*, 2012, vol. 39, nº 3, pp. 10–16.

COUTERON Jean-Pierre, « Grandir parmi les addictions, quelle place pour l'éducation ? », *Psychotropes*, 2009, vol. 15, nº 4, pp. 9–25.

CQLD Centre québécois de lutte aux dépendances, *Drogues savoir plus, Risquer moins*, http://www.cqld.ca/livre/fr/qc/index2.htm, consulté le 31 juillet 2014.

DASSIEU Lise, *Les traitements de substitution aux opiacés en médecine générale : les appropriations d'une politique publique*,thèse soutenue à l'Université Toulouse 2, 2015.

DASSIEU Lise, « Les seuils de la substitution : regard sociologique sur l'accès aux traitements de substitution aux opiacés », *Psychotropes*, 2013, vol. 19, nº 3, pp. 149–172.

DELCROIX Catherine, *Ombres et lumières de la famille Nour: comment certains résistent face à la précarité*, Paris, France, Éd. Payot & Rivages, 2005.

DELCROIX Catherine et PAPE Elise, *Conducting field research abroad : a socioanthropological approach*, http://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/35508, consulté le 18 avril 2014.

DELION Pierre, « La psychothérapie institutionnelle : d'où vient-elle et où va-t-elle ? », *Empan*, 2014, vol. 96, nº 4, pp. 104–112.

DENIS Cécile, LANGLOIS Emmanuel, FATSEAS Mélina et AURIACOMBE Marc, « Un modèle français de Communauté Thérapeutique ? Les communautés thérapeutiques expérimentales : Consensus des professionnels », *Psychotropes*, 2011, vol. 17, nº 3, pp. 85–101.

DENIS Véronique, « Pour comprendre la pratique du « squeegee » à Montréal », *Criminologie*, 2003, vol. 36, nº 2, p. 89.

DETIENNE Marcel, *Comparer l'incomparable: oser expérimenter et construire*, Paris, France, Éd. du Seuil, 2009.

DODIER Nicolas, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, France, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 2003.

DODIER Nicolas, *L' expertise médicale: essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, France, Métailié, 1993.

DORMOY Odile, *Soigner et/ou punir: questionnement sur l'évolution, le sens et*

les perspectives de la psychiatrie en prison, Paris, L'Harmattan, 1995.

DOUGLAS Mary, *De la souillure: essai sur les notions de pollution et de tabou*, Paris, Éd. la Découverte & Syros, 2005.

DUBAR Claude, *La socialisation: construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, France, A. Colin, 2010.

DUBAR Claude, « Temporalité, temporalités : philosophie et sciences sociales », *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*, 2 juin 2008, nº 8.

DUBAR Claude, *La crise des identités: l'interprétation d'une mutation*, Paris, France, Presses universitaires de France, 2000.

DUBET François, *La Galère : jeunes en survie*, Paris, France, A. Fayard, 1987.

DUBOIS-ARBER Françoise, JEANNIN André, MEYSTRE-AGUSTONI Giovanna, GRUET Florence et PACCAUD Fred, « Evaluation de la stratégie de prévention du SIDA en Suisse sur mandat de l'office fédéral de la santé publique », *Quatrième rapport de synthèse 1991*, 1993.

DUCHAUSSOIS Charles, *Flash ou le Grand voyage*, Paris, Fayard, 1971.

DUCOURNAU Nicolas, « Usage de drogues en milieu festif », *Agora débats/jeunesses*, 2010, nº 1, pp. 113–124.

DUCOURNAU Nicolas, LACHANCE Jocelyn, MATHIOT Louis et SELLAMI Meryem, *La recherche d'extase chez les jeunes*, Québec, Canada, Presses de l'Université Laval, 2010.

DUDOUET François-Xavier, « De la régulation à la répression des drogues. Une politique publique internationale », *Cahiers de la sécurité intérieure*, 2003, nº 52, pp. 89-112.

DUGARIN Jean, DUPUY Gaël et NOMINE Patrice, « Arrêter la méthadone, pour quoi faire ? », *Psychotropes*, 2013, vol. 19, nº 2, pp. 9-22.

DUPREZ Dominique et KOKOREFF Michel, *Les mondes de la drogue: usages et trafics dans les quartiers*, Paris, France, O. Jacob, 2000.

DURAND Bernard, « Les Groupes d'entraide mutuelle: un acquis des usagers », *L'information psychiatrique*, 2009, vol. 85, nº 9, pp. 803–812.

DURKHEIM Émile, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, France, Presses universitaires de France, 1894.

DUVIGNAUD Jean, *Le Jeu du jeu*, Paris, France, Balland, 1980.

DUVOUX Nicolas, « L'injonction biographique dans les politiques sociales »,

Informations sociales, 2009, vol. 156, nº 6, pp. 114-122.

ECO Umberto, *L'oeuvre ouverte*, Paris, France, Seuil, 1965.

EHRENBERG Alain, « La santé mentale ou l'union du mal individuel et du mal commun », *SociologieS*, 19 novembre 2013.

EHRENBERG Alain, *La fatigue d'être soi : dépression et société*, Paris, O. Jacob, 2008.

EHRENBERG Alain, *Le culte de la performance*, Paris, France, Hachette littératures, 1999.

EHRENBERG Alain, « Drogues : qu'interdit-on ? Qui soigne-t-on ? Que punit-on ? », *Le Monde*, 30/09/1997 p.

EHRENBERG Alain, « Comment vivre avec les drogues ? Questions de recherche et enjeux politiques », *Communications*, 1996, vol. 62, nº 1, pp. 5-26.

EHRENBERG Alain (dir.), *Penser la drogue: penser les drogues*, Paris, France, Éd. Descartes, 1992, vol.1/.

EHRENBERG Alain (dir.), *Individus sous influence: drogues, alcools, médicaments psychotropes*, Paris, France, Éd. Esprit : diff. Éd. du Seuil, 1991.

ESCOTS Serge et FAHET Georges, *Usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage*, Saint-Denis, OFDT, 2004.

ESPOSITO Roberto, *Communitas: origine et destin de la communauté*, Paris, France, Presses universitaires de France, 2000.

FACY François, BROCHU Serge et SIMON Françoise, « L'injonction thérapeutique à l'égard des toxicomanes : comparaison des systèmes français et québécois », *Criminologie*, 1996, vol. 29, nº 2, pp. 115-140.

FAHRENKRUG Hermann, « Mythes et réalité de l'héroïne en Suisse », *Communications*, 1996, vol. 62, nº 1, pp. 109-121.

FAINZANG Sylvie, « L'automédication: Une pratique qui peut en cacher une autre », *Anthropologie et Sociétés*, 2010, vol. 34, nº 1, pp. 115-133.

FAINZANG Sylvie, « Les réticences vis-à-vis des médicaments », *Revue française des affaires sociales*, 2007, nº 3, pp. 193–209.

FAINZANG Sylvie, *La relation médecins-malades: information et mensonge*, Paris, France, Presses universitaires de France, 2006.

FAINZANG Sylvie, « La voix silencieuse des victimes dans le champ de la santé », *Archives de politique criminelle*, 2006, nº 1, pp. 21–28.

FAINZANG Sylvie, « Secret et mensonge dans le discours médical », *Cités*, 2006, vol. 26, nº 2, pp. 27-36.

FAINZANG Sylvie, « Les normes en santé. Entre médecins et patients, une construction dialogique », *Séminaire du SIRS (Santé, inégalités, ruptures sociales) : « Représentations de santé et construction des normes médicales »*, 2004.

FAINZANG Sylvie, *Médicaments et société: le patient, le médecin et l'ordonnance*, Paris, France, Presses universitaires de France, 2001.

FAINZANG Sylvie, « Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites des malades », *Sciences sociales et santé*, 1997, vol. 15, nº 3, pp. 5-23.

FARGES Eric, *Les Etats face aux Drogues*, http://www.memoireonline.com/12/05/11/m_les-etats-face-aux-drogues54.html, consulté le 21 avril 2015.

FARGES Florent et PASTEL Pierre, *Les communautés thérapeutiques pour toxicomanes*, www.cirddalsace.fr/docs/revue_toxibase/pdf/dossier_commun.pdf, consulté le 6 août 2014.

FASSIN Didier, *L'ombre du monde: une anthropologie de la condition carcérale*, Paris, France, Éditions du Seuil, 2015.

FASSIN Didier, *Faire de la santé publique*, Rennes, France, Ed. de l'Ecole nationale de la santé publique, 2005.

FASSIN Didier, « La supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 2000, vol. 55, nº 5, pp. 955-981.

FASSIN Didier, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie : Pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, 2000, vol. 24, nº 1, pp. 95-116.

FAUGERON Claude et KOKOREFF Michel (dirs.), *Société avec drogues: enjeux et limites*, Ramonville-Saint-Agne, France, Erès, 2002.

FERNANDES Louis, « Acteurs et territoires psychotropiques : ethnographie des drogues dans une périphérie urbaine », *Déviance et Société*, 1 décembre 2002, Vol. 26, nº 4, pp. 427-441.

FERNANDEZ Fabrice, *Emprises: drogues, errance, prison*, Bruxelles, Belgique, Larcier, 2010.

FERNANDEZ Fabrice, « L'engagement émotionnel durant l'enquête sociologique : retour sur une observation « anonyme » auprès d'ex-usagers de drogues. », *Carnets de bord de la recherche en sciences humaines*, septembre 2005, nº 9, pp. 78-87.

FERONI Isabelle et LOVELL Anne M., « Les dispositifs de régulation publique d'un médicament sensible: le cas du Subutex®, traitement de substitution aux opiacés », *Revue française des affaires sociales*, 2007, nº 3, pp. 153–170.

FERRAROTTI Franco, *Histoire et histoires de vie: la méthode biographique dans les sciences sociales*, Paris, France, Téraèdre, 1983.

FIRST Michael, *Towards Harmonization: An Annotated Guide to Differences in the DSM-IV and ICD-10 Definitions of Mental Disorders*, Department of Mental Health and Substance Abuse, 2007.

FONTAINE Astrid, *Usages de drogues et vie professionnelle: recherche exploratoire*, Paris, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2002.

FORTANE Nicolas, « La carrière des «addictions» », *Genèses*, 2010, nº 1, pp. 5–24.

FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique*, Paris, France, Presses universitaires de France, 2015.

FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité. 3, Le souci de soi*, Paris, France, Gallimard, 1984.

FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir: naissance de la prison*, Paris, France, Gallimard, 1975.

FREUD Sigmund, *Introduction à la psychanalyse*, Paris, France, Payot, 1971.

FROMENT Philippe, *Consentement éclairé : de l'esprit à la lettre de la Loi ou de la lettre à l'esprit*, Master of Advanced Studies in Health Economics and Management., 2010.

GEERTZ Clifford, *Savoir local, savoir global: les lieux du savoir*, Paris, France, Presses Universitaires de France, 2012.

GENARD Jean-Louis et ROCA ESCODA Marta, « La «rupture épistémologique» du chercheur au prix de la trahison des acteurs? », *Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 2010, vol. 12, nº 1.

GIDDENS Anthony, *Les conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmattan, 1994.

GIDDENS Anthony, *New rules of sociological method: a positive critique of interpretative sociologies*, Stanford, Calif., Etats-Unis d'Amérique, Stanford University Press, 1993.

GIDDENS Anthony, *Modernity and self-identity: self and society in the late Modern Age*, Stanford (Calif.), Etats-Unis, University Press, 1991.

GLASER Barney G. et STRAUSS Anselm Leonard, *La découverte de la théorie ancrée: stratégies pour la recherche qualitative*, Paris, France, A. Colin, 2010.

GODRIE Baptiste, *Savoirs d'expérience et savoirs professionnels : un projet expérimental dans le champ de la santé mentale*,thèse soutenue à l'Université de Montréal, 2015.

GOFFMAN Erving, *Stigmate: les usages sociaux des handicaps*, Paris, France, Éd. de Minuit, 1975.

GOFFMAN Erving, *Les rites d'interaction*, Paris, France, Les Éd. de Minuit, 1974.

GOFFMAN Erving, *Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, France, Éd. de Minuit, 1968.

GOLDSTEIN Paul J., « The drugs/violence nexus : a tripartite conceptual framework », *in* James A. INCIARDI et Karen MCELRATH (dirs.), *The American drug scene: an anthology*, Los Angeles, Calif., Etats-Unis, Roxbury., 1995, pp. 143-174.

GOMART Emilie, « Surprised by Methadone: in Praise of Drug Substitution Treatment in a French Clinic », *Body & Society*, 1 juin 2004, vol. 10, nº 2-3, pp. 85-110.

GOMART Emilie, « Methadone: six effects in search of a substance », *Social Studies of Science*, février 2002, vol. 32, nº 1, pp. 93-135.

GORI Roland et DEL VOLGO Marie-José, « L'idéologie de l'évaluation : un nouveau dispositif de servitude volontaire ? », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2009, vol. 8, nº 2, p. 11.

GOTHONI René, « Emic, Etic and Ethics. Some remarks on studying a « foreign » religion », *Studia Orientalia Electronica*, 1981, vol. 50, pp. 29-42.

GRANGE Aline, *L'Europe des drogues: l'apprentissage de la réduction des risques aux Pays-Bas, en France et en Italie*, Paris, France, L'Harmattan, 2005.

GUERRIERI Riccardo et PINELL Patrice, « Expériences des drogués et positions institutionnelles : le cas de l'hôpital Marmottan », *Sciences sociales et santé*, 1984,

vol. 2, nº 3, pp. 39-65.

GUICHARD Anne, GUIGNARD Romain, MICHELS David, BECK François, ARWIDSON Pierre, LERT France et ROY Elise, « Changing patterns of first injection across key periods of the French Harm Reduction Policy: PrimInject, a cross sectional analysis », *Drug and Alcohol Dependence*, novembre 2013, vol. 133, nº 1, pp. 254-261.

GUICHARD Anne, LERT France, BRODEUR Jean-Marc et RICHARD Lucie, « Rapports des usagers au Subutex® : de la reconquête de l'autonomie à la spirale de l'échec », *Sciences sociales et santé*, 2006, vol. 24, nº 4, pp. 5-43.

GUIGNER Sébastien, « L'Union européenne, acteur de la biopolitique contemporaine : les mécanismes d'européanisation normative et cognitive de la lutte contre le tabagisme », *Revue internationale de politique comparée*, 2011, vol. 18, nº 4, pp. 77-90.

GUILLAUME Jean-François, « Les parcours de vie, entre aspirations individuelles et contraintes structurelles », *Informations sociales*, 2010, nº 6, pp. 22–30.

GUILLOU LANDREAT Morgane, ROZAIRE Charles, VIGNEAU VICTORRI Caroline et GRALL-BRONNEC Marie, « Représentation des traitements de substitution aux opiacés et de leur arrêt. Regards croisés patients/médecins », *Psychotropes*, 2013, vol. 19, nº 2, pp. 23-44.

HALBWACHS Maurice, *Les cadres sociaux de la mémoire*, Paris, Albin Michel, 1994.

HASSENTEUFEL Patrick, « De la comparaison internationale à la comparaison transnationale: Les déplacements de la construction d'objets comparatifs en matière de politiques publiques », *Revue française de science politique*, 2005, vol. 55, nº 1, pp. 113-132.

HASSENTEUFEL Patrick, « De la comparaison internationale à la comparaison transnationale: Les déplacements de la construction d'objets comparatifs en matière de politiques publiques », *Revue française de science politique*, 2005, vol. 55, nº 1, p. 113.

HAUTEFEUILLE Michel, « Arrêter la substitution », *Psychotropes*, 2013, vol. 19, nº 2, pp. 5-8.

HEDRICH Dagmar, *European report on drug consumption rooms*, Lisbonne,

EMCDDA Lisbon, 2004.

HEFEZ Serge, « Toxicomanie : la fin des libertaires », *Libération*, 25/07/1994 p.

HEIDEGGER Martin et HAAR Michel, *Martin Heidegger*, Paris, L'Herne, 1983.

HEINICH Nathalie et POLLAK Michael, « Le témoignage », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1986, vol. 62, nº 1, pp. 3-29.

HENRION Roger, France et MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES DE LA SANTÉ ET DE LA VILLE, *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, Paris, La Documentation française, 1995.

HOUSSET Emmanuel, *La mémoire et la constitution du soi dans la phénoménologie de Husserl*, http://www.unicaen.fr/puc/revues/thl/questionsdestyle/print.php?dossier=seminaires/memoire&file=03housset.xml, consulté le 21 mai 2014.

HUGHES Everett C., « Good People and Dirty Work », *Social Problems*, 1962, vol. 10, nº 1, pp. 3-11.

HUGHES Everett Cherrington, *Le regard sociologique: essais choisis*, Paris, France, Éd. de l'École des hautes études en sciences sociales, 1996.

HUMPHREYS Keith, « Community narratives and personal stories in Alcoholics Anonymous », *Journal of community psychology*, 2000, vol. 28, nº 5, pp. 495–506.

HUNT Neil, « Public health or human rights: what comes first? », *International Journal of Drug Policy*, septembre 2004, vol. 15, nº 4, pp. 231-237.

HUXLEY Aldous, *Les portes de la perception*, Monaco, Ed. du Rocher, 1954.

JACQUES Jean-Pierre, FIGIEL Christian et MOREL Alain, *Drogues et substitution: traitements et prise en charge du sujet*, Bruxelles, Belgique, De Boeck, coll. « Oxalis », 2006, vol.1/.

JAMOULLE Pascale, « Enquête de terrain auprès d'usagers de drogues », *Psychotropes*, 2001, vol. 7, nº 3, pp. 31-48.

JANKELEVITCH Vladimir, *Le je-ne-sais-quoi et le presque-rien*, Paris, France, Presses universitaires de France, 1957.

JANKELEVITCH Vladimir, *Le Je-ne-sais-quoi et le presque-rien. 2, La méconnaissance, le malentendu*, Paris, France, Ed. du Seuil, 1957.

JASEK Denis, *Nik la stup: entre dealers et ripoux, 30 ans de brigade des stups*, Strasbourg, France, La Nuée bleue, DL 2014, 2014, 220 p.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, *Les salles de consommation de drogues : entre santé et sécurité publiques - Métropolitiques*, http://www.metropolitiques.eu/Les-salles-de-consommation-de.html, consulté le 22 janvier 2015.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, « Réduction des risques : Succès et limites du modèle à la française », *Alcoologie et addictologie*, 2011, vol. 33, nº 2, pp. 101–110.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, « Narcotiques Anonymes, une expertise profane dans le champ des conduites addictives centrée sur le rétablissement, la gestion des émotions et l'entre-soi communautaire », *Pensée plurielle*, 2010, vol. 23, nº 1, pp. 93–108.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, « Self-support for drug users in the context of harm reduction policy: a lay expertise defined by drug users' life skills and citizenship », *Health Sociology Review*, 2009, vol. 18, nº 2, pp. 159–172.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie (dir.), *Les drogues: approche sociologique, économique et politique*, Paris, France, la Documentation française, 2004, 156 p.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, *L'auto-support des usagers de drogues en France. Groupes d'entraide et groupes d'intérêt*, Césames, CNRS, 2000.

JEANMART Caroline, « Substitution sans frontière.: Prescription de méthadone et de Subutex® de part et d'autre de la frontière franco-belge », *Psychotropes*, 2008, vol. 14, nº 1, pp. 21–40.

JOBERT Bruno et MULLER Pierre, *L'État en action: politiques publiques et corporatismes*, Paris, France, Presses universitaires de France, 1987.

JOUBERT Michel, « La vie de Marlène : entre dépendance et autonomie », *Ethnologie française*, 2002, vol. 32, nº 1, pp. 103–114.

JOUBERT Michel, « Politiques locales et nouveaux dispositifs d'action dans le domaine des toxicomanies », *Déviance et société*, 1999, vol. 23, nº 2, pp. 165–187.

KENNEL Sabine et MACH Philippe, *Drogue, la fin de la prohibition*, http://www.rts.ch/emissions/temps-present/international/5681514-drogue-la-fin-de-la-prohibition.html, consulté le 6 décembre 2014.

KLINGER Myriam, « Extase : Utopie et métamorphose », *in La recherche d'extase chez les jeunes*, Québec, Canada, Presses de l'Université Laval, 2010, pp. 113–121.

KLINGER Myriam, « Services publics et vulnérabilités : l'accueil des incertitudes », *Annales de la Recherche Urbaine*, octobre 2003, nº 94, pp. 49–52.

KLINGER Myriam, « Fidélité et infidélité dans les histoires de vie sociale », *Revue des Sciences Sociales de la France de l'Est*, , nº 22, pp. 136-144.

KOKOREFF Michel, « Drogues, trafics, imaginaire de la guerre: Des quartiers aux cartels », *Multitudes*, 2011, vol. 44, nº 1, pp. 119-128.

KOKOREFF Michel, *La drogue est-elle un problème ?: usages, trafics et politiques publiques*, Paris, Ed. Payot & Rivages, 2010.

KOKOREFF Michel, « Du stigmate au ghetto », *Informations sociales*, 2007, nº 5, pp. 86–95.

KOKOREFF Michel, « Faire du business dans les quartiers. Eléments sur les transformations socio-historiques de l'économie des stupéfiants en milieux populaires. Le cas du département des Hauts-De-Seine. », *Déviance et société*, 2000, vol. 24, nº 4, pp. 403-423.

KÜBLER Daniel, *Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé: analyse des conflits de mise en oeuvre*, Paris, L'Harmattan, 2000.

KUHN Thomas Samuel, *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, France, Flammarion, 1983.

KUPERTY-TSUR Nadine, *Écriture de soi et argumentation: rhétorique et modèles de l'autoreprésentation*, Caen, France, Presses universitaires de Caen, 2000.

LA CECLA Franco, *Le malentendu*, Paris, France, Ed. Balland, 2002.

LAHAIE Emmanuel, *Héroïne : décalage entre pureté réelle et pureté estimée par les usagers*, http://www.pistes.fr/swaps/59_240.htm, consulté le 23 octobre 2015.

LAHIRE Bernard (dir.), *À quoi sert la sociologie ?*, Paris, France, La Découverte, 2004.

LALANDE Aude, « Défoncés ou perchés ? », *Vacarme*, 1 avril 2009, vol. 47, nº 2, pp. 86-89.

LANGLOIS Emmanuel, « De l'inconvénient de n'être le problème de personne : cécité institutionnelle et vulnérabilité sociale des jeunes en errance », *Pensée plurielle*, 2014, n° 35, nº 1, pp. 83-99.

LANGLOIS Emmanuel, « Les traitements de substitution vus par les patients: quels sont les enseignements de leur expérience? », *OFDT*, 2013.

LANGLOIS Emmanuel, *L'épreuve du sida: pour une sociologie du sujet fragile*,

Rennes, France, Presses universitaires de Rennes, 2006.

LAPEYRONNIE Didier, *Ghetto urbain*, Robert Laffont, 2012.

LAPLANTINE François, *Anthropologie de la maladie: étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris, Payot, 1986.

LASCOUMES Pierre, « VIH, exclusions et luttes contre les discriminations. Une épidémie révélatrice d'orientations nouvelles dans la construction et la gestion des risques », *Cahiers de recherche sociologique*, 1994, nº 22, pp. 61-75.

LAUREAU Marcelle et NIVEAU Gérard, « Substitution et prévention de la délinquance: l'échec d'une idée simple », *Déviance et société*, 1999, vol. 23, nº 4, pp. 437-445.

LE BOSSE Yann, « De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment », *Nouvelles pratiques sociales*, 2003, vol. 16, nº 2, pp. 30-51.

LE BRETON David, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, Presses universitaires de France, 2010.

LE BRETON David, *La sociologie du risque*, Paris, France, Presses universitaires de france, 1995.

LE BRETON David, *Passions du risque*, Paris, France, Métailié, 1991.

LE COURTOIS Patrick, *L'AMM et les mises à disposition précoces des médicaments*, http://www.arcat-sante.org/essais/annexes/amm.html, consulté le 4 août 2014.

LE NAOUR Gwenola, « Lutte contre le sida : reconfiguration d'une politique de « réduction des risques liés à l'usage de drogues » à Marseille », *Sciences sociales et santé*, 2005, vol. 23, nº 1, pp. 43-68.

LEBIGOT Serge, *Salles de shoot, ce que l'on ne vous dit pas et pourquoi il faut dire « non »*, http://www.huffingtonpost.fr/serge-lebigot/salle-de-shoot-paris_b_9388878.html, consulté le 4 mai 2016.

LECLERC-OLIVE Michèle, « Les figures du temps biographique », *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 1 janvier 1998, vol. 104, pp. 97-120.

LEJEUNE Claude et SIMMAT-DURAND Laurence, *Grossesse et substitution*, OFDT, 2003.

LEJEUNE Philippe, *Le pacte autobiographique*, Paris, France, Éd. du Seuil,

1996.

LEVESQUE Carole, *Itinérance chez les personnes autochtones : Mieux comprendre pour mieux agir ! | Urbanisation Culture Société*, http://www.ucs.inrs.ca/evenements/itinerance-chez-les-personnes-autochtones-mieux-comprendre-pour-mieux-agir, consulté le 15 juin 2015.

LEWIN Louis, *Phantastica : drogues psychédéliques, stupéfiants, narcotiques, excitants, hallucinogènes*, Paris, Payot, 1927.

LINDESMITH Alfred R., *Addiction and opiates*, Chicago, Etats-Unis, Aldine, 1968.

LOVELL Anne M. et AUBISSON Sandrine, « « Fuitage pharmaceutique », usages détournés et reconfigurations d'un médicament de substitution aux opiacés », *Drogues, santé et société*, 2008, vol. 7, nº 1, pp. 297-355.

LUCAS Barbara et CATTACIN Sandro, « Politique en matière de drogue: une analyse relationnelle », *Déviance et société*, 1999, vol. 23, nº 2, pp. 149-164.

LUHMANN Niklas, *Risk: a sociological theory*, Berlin, Allemagne, 1993.

LUPTON Deborah, *Medicine as culture: illness, disease and the body in western societies*, London, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, 1994.

MAESTRACCI Nicole et MILDT, *Drogues, savoir plus risquer moins: livret de connaissances*, Vanves, France, Comité français d'éducation pour la santé, 1999.

MAGUET Olivier, « Il faut séronégativer la réduction des risques! », *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats*, 2013, nº 36, pp. 72–87.

MAITRE LE PRADO Didier Maître Le, « Le patient face à ses droits à l'autonomie », *in* RENCONTRES SANTE SOCIETE DE STRASBOURG (dir.), *Autonomie, enjeux de société, enjeux pour la santé:*, Paris, France, Éditions de Santé, 2015.

MARCHAL Hervé et STEBE Jean-Marc, *La ville au risque du ghetto*, Paris, France, Lavoisier : Tec & Doc, 2010.

MARTUCCELLI Danilo, *Forgé par l'épreuve : l'individu dans la France contemporaine*, Paris, France, A. Colin, coll. « Collection Individu et société, ISSN 1637-7923 », 2006, vol.1/, 478 p.

MARTUCCELLI Danilo et LITS Grégoire, « Sociologie, Individus, Épreuves. Entretien avec Danilo Martuccelli », *Émulations*, 2009, vol. 3, nº 5.

MATTICK Rp, KIMBER J, BREEN C et DAVOLI M, « Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence », *in* THE

COCHRANE COLLABORATION (dir.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Chichester, UK, John Wiley & Sons, Ltd, 2003.

MC ALL Christopher, « La recherche pour l'action sur les inégalités », *Séminaire « Inégalités, discriminations, intervention »*, 2009.

MCINTOSH James et MCKEGANEY Neil, « Addicts' narratives of recovery from drug use: constructing a non-addict identity », *Social Science & Medicine*, 2000, vol. 50, nº 10, pp. 1501–1510.

MEAD George Herbert, *L'esprit, le soi et la société*, Paris, France, Presses universitaires de France, 1963.

MEGHERBI Saïd, « Les stratégies de soins des toxicomanes », *Psychotropes*, 2006, vol. 12, nº 3, pp. 141-162.

MEMMI Dominique et ARDUIN Pascal, « L'affichage du corporel comme ruse du faible : les SDF parisiens », *Cahiers internationaux de sociologie*, 2002, vol. 113, nº 2, pp. 213-232.

MERTON Robert King, *Eléments de théorie et de méthode sociologique*, Paris, France, A. Colin, 1997.

MESSU Michel, *Les assistés sociaux*, Fribourg, Suisse, Academic press Fribourg, 2009.

MESSU Michel, « Apprendre à être soi lorsqu'on est un assisté social », *Education et sociétés*, 2008, vol. 22, nº 2, pp. 97-111.

MESSU Michel, *Des racines et des ailes : la construction du mythe identitaire*, Paris, France, Hermann éditeurs, 2006.

MILHET Maitena, *L'expérience des traitements de substitution : une sortie de la toxicomanie ?*,Thèse de sociologie soutenue à l'Université Bordeaux 2 – Victor Segalen, 2003.

MILLS Charles Wright, *L'imagination sociologique*, Paris, France, la Découverte, 1967.

MILNER Max, *L'imaginaire des drogues : de Thomas de Quincey à Henri Michaux*, Paris, France, Gallimard, 2000.

MINO Annie, *La politique genevoise dans le cadre federal*, http://jorgesampaio.arquivo.presidencia.pt/pt/biblioteca/outros/drogas/i2.html, consulté le 1 juin 2014.

MINO Annie et ARSEVER Sylvie, *J'accuse les mensonges qui tuent les drogués*,

Paris, France, Calmann-Lévy, 1996.

MOHAMMED Marwan, « Prévenir les délinquants ou se taire face aux policiers », *Cultures & Conflits*, 2014, vol. 93, nº 1, pp. 35–64.

MOREL Alain, HAUTEFEUILLE Michel, BINDER Philippe et AFCHAIN Jacques, « Toxicomanie : les médecins, docteurs ou fournisseurs ? », *Le Monde*, 23/09/1992 p.

MOREL Géraldine, « Marginalité urbaine, espace public et usage de drogues : Lausanne, automne 2012 », *Dépendances*, décembre 2012, nº 48, pp. 6-8.

MORIN Edgar, « Pour une crisologie », *Communications*, 1976, vol. 25, nº 1, pp. 149-163.

MSSS Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *Cadre de référence et guide de bonnes pratiques – Pour orienter le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution*, Gouvernement du Québec, 2006.

NEFF Maïa, « Natasha Du Rose, The governance of female drug users. Women's experiences of drug policy », *Lectures*, 19 mai 2016.

OBRADOVIC Ivana, « Programmes d'échange de seringues en milieu pénitentiaire. Revue internationale des expériences », *Psychotropes*, 2013, vol. 19, nº 3, p. 173.

Office fédéral de la santé Publique, *Dépendance aux opioïdes. Traitements basés sur la substitution*, Suisse, 2013.

OGIEN Albert, « La morale du drogué », *Revue française des affaires sociales*, 1994, nº 2, pp. 59-67.

OGIEN Albert, *Le raisonnement psychiatrique: essai de sociologie analytique*, Paris, France, Méridiens Klincksieck, 1989.

OLIEVENSTEIN Claude, « Dans le piège du contrôle social : le toxicomane domestiqué », *Le Monde diplomatique*, 11/1997 p.

OLIEVENSTEIN Claude, *Il n'y a pas de drogués heureux*, Paris, R. Laffont : Opera mundi, 1976.

OLIVET Fabrice, « Le flacon sans l'ivresse », Paris, 1er Forum professionnel de la FFA, 2013.

OLIVET Fabrice, « L'autosupport des usagers de drogues, une histoire de tox », *in Histoire & principes de la réduction des risques: entre santé publique &*

changement social, 2013, pp. 65-73.

OLIVET Fabrice, *Notre projet : Guerre aux drogues, Guerre raciale*, http://gdgr.fr/notre-projet/, consulté le 6 mai 2016.

OMS, *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.*

OTERO Marcelo, « Grand résumé de L'Ombre portée : l'individualité à l'épreuve de la dépression, Montréal, les Éditions du Boréal, 2012 », *SociologieS*, 19 novembre 2013.

OTERO Marcelo, « Repenser les problèmes sociaux », *SociologieS*, 15 novembre 2012.

OTERO Marcelo, « Le fou social et le fou mental : amalgames théoriques, synthèses empiriques et rencontres institutionnelles », *SociologieS*, 29 septembre 2010.

PAILLE Pierre, « Une « enquête de théorisation ancrée » : les racines et les innovations de l'approche méthodologique de Glaser et Strauss », *in La découverte de la théorie ancrée: stratégies pour la recherche qualitative*, Paris, France, A. Colin, 2010, pp. 23-77.

PAQUIN Isabelle, « Le traitement de substitution avec méthadone au Québec : Une mesure de santé publique en réadaptation », *Drogues, santé et société*, 2003, vol. 2, nº 1.

PARAZELLI Michel, « Le renouvellement démocratique des pratiques d'intervention sociale », *Nouvelles pratiques sociales*, 2004, vol. 17, nº 1.

PARAZELLI Michel, « Les pratiques de socialisation marginalisée des jeunes de la rue dans l'espace urbain montréalais », *Cahiers de recherche sociologique*, 1996, nº 27, pp. 47-62.

PAUGAM Serge (dir.), *L'enquête sociologique*, Paris, France, Presses universitaires de France, 2012.

PAUGAM Serge, *La disqualification sociale : essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF, 2009.

PEDERSEN Line, *Expertises et addictions. Trajectoires de déprise à l'épreuve des groupes d'entraide et des centres de soin en addictologie*,Thèse soutenue à

l'Université de Franche-Comté, 2015.

PENEFF Jean, *La méthode biographique: de l'École de Chicago à l'histoire orale*, Paris, France, A. Colin, 1990.

PERETTI Pascale, « La ritualité héroïnomaniaque : retour à la « vie nue », épreuve de la Communitas et processus identitaire », *Psychotropes*, 2008, vol. 14, nº 2, pp. 93–111.

PERETTI-WATEL Patrick, « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque », *Revue française de sociologie*, 2004, vol. 45, nº 1, pp. 103–132.

PERETTI-WATEL Patrick, *Prévention, homo médicus et homo addictus | GREA - Groupement Romand d'Etudes des Addictions*, http://www.grea.ch/publications/prevention-homo-medicus-et-homo-addictus, consulté le 13 mai 2016.

PHARO Patrick, *Plaisirs et dépendances dans les sociétés marchandes*, Bruxelles, Belgique, Éd. de l'Université de Bruxelles, 2012.

PINELL Patrice et ZAFIROPOULOS Markos, « Drogues, déclassement et stratégies de disqualification », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1982, vol. 42, nº 1, pp. 61–75.

PLATON, *La République*, Paris, France, Garnier Flammarion, 1966.

PREBLE Edward et CASEY John J., « Taking care of business-the heroin user's life on the street », *International Journal of the Addictions*, 1969, nº 4, pp. 1–24.

QUIRION Bastien, « Réduction des méfaits et gestion des risques: les frontières normatives entre les différents registres de régulation de la pratique psychotrope », *Déviance et société*, 2002, vol. 26, nº 4, pp. 479–495.

RAHMANI Farid, *A travers l'argent des jeunes hommes se racontent: ethnographie d'un quartier populaire de type grand ensemble situé à la périphérie du centre urbain strasbourgeois*, Thèse de doctorat, Université des sciences humaines (Strasbourg). Faculté des sciences sociales, France, 2005.

REMAUD Olivier, SCHAUB Jean-Frédéric et THIREAU Isabelle, *Faire des sciences sociales : comparer*, Paris, France, Éd. de l'École des hautes études en sciences sociales, 2012, vol.1/.

REPPER Julie et CARTER Tim, « A review of the literature on peer support in mental health services », *Journal of Mental Health*, août 2011, vol. 20, nº 4, pp.

392-411.

REUTER Yves, « Biographie et théories du récit », *in* Christine DELORY-MOMBERGER et Christophe NIEWIADOMSKI (dirs.), *La mise en récit de soi: place de la recherche biographique dans les sciences humaines et sociales*, Villeneuve-d'Ascq, France, Presses universitaires du Septentrion, 2013, 2013, pp. 65-79.

RHEAUME Jacques, « Raconter sa vie : quels savoirs et pour quoi faire ? », *in* Christine DELORY-MOMBERGER et Christophe NIEWIADOMSKI (dirs.), *La mise en récit de soi: place de la recherche biographique dans les sciences humaines et sociales*, Villeneuve-d'Ascq, France, Presses universitaires du Septentrion, 2013, pp. 103-115.

RICHARD Denis, SENON Jean-Louis et KOUCHNER Bernard, *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*, Paris, France, Larousse, 1999, vol.1/.

RICŒUR Paul, *Soi-même comme un autre*, Paris, France, Éd. du Seuil, 1996.

RICŒUR Paul, « L'identité narrative », *Esprit*, juillet 1988.

RICŒUR Paul, *Temps et récit Tome III, [Le temps raconté]*, Paris, France, Éd. du Seuil, 1985.

ROCHE Pierre, « Normativité, grande santé et persévérance en son être », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 1 janvier 2014, nº 16-1.

ROCHE Pierre, *Dans la débrouille, les jeunes ne s'économisent pas*, http://www.sante-et-travail.fr/dans-la-debrouille--les-jeunes-ne-s-economisent-pas_fr_art_1066_52400.html, consulté le 7 mai 2016.

RODRIGUEZ DEL BARRIO Lourdes et POIREL Marie-Laurence, « Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation de psychotropes: La Gestion autonome des médicaments de l'âme », *Nouvelles pratiques sociales*, 2007, vol. 19, nº 2, pp. 111-127.

ROQUES Bernard et KOUCHNER Bernard, *La dangerosité des drogues: rapport au Secrétaire d'Etat à la santé*, Paris, France, O. Jacob : La documentation française, 1998.

ROSE Natasha du, *The governance of female drug users: women's experiences of drug policy*, Bristol, Policy Press, 2015.

ROSENBAUM Marsha, « The Demedicalization of Methadone Maintenance », *Journal of Psychoactive Drugs*, 1995, nº 27, pp. 145-149.

ROUCOU Stéphanie, « Au-delà de la loi du 11 février 2005... Les « pairs-

aidants »... Comment faire d'une « fragilité » un atout pour mieux rebondir », *L'information psychiatrique*, 2008, vol. 84, pp. 913-921.

ROY Élise, ARRUDA Nelson et BOURGOIS Phillipe, « The Growing Popularity of Prescription Opioid Injection in Downtown Montréal: New Challenges for Harm Reduction », *Substance Use & Misuse*, 7 juin 2011, vol. 46, nº 9, pp. 1142-1150.

ROY Elise, HALEY Nancy, LECLERC Pascale, GODIN Gaston, BOUDREAU Jean-François, COTE Philippe-Benoit, DENIS Véronique et BOIVIN Jean-François, « Prevalence of HIV infection and risk behaviours among Montreal street youth », *International journal of STD & AIDS*, avril 2000, vol. 11, nº 4, pp. 241-247.

ROZAIRE Charles, « Qu'est-ce que l'addiction? », *Archives de politique criminelle*, 2010, nº 1, pp. 9–23.

RUSCH Pierre, « Qu'est-ce que le politique? », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 2014.

SAUVADET Thomas, « L'entre-soi des jeunes de rue dans trois cités HLM: avant la loi du plus fort, la loi du silence », *in* Jacques HAMEL (dir.), *La jeunesse n'est plus ce qu'elle était*, Rennes, France, Presses universitaires de Rennes, 2010.

SAUVADET Thomas, « Causes et conséquences de la recherche de « capital guerrier » chez les jeunes de la cité », *Déviance et Société*, 1 juin 2005, vol. 29, nº 2, pp. 113-126.

SCHNAPPER Dominique, *La compréhension sociologique: démarche de l'analyse typologique*, Paris, France, Presses universitaires de France, 2012.

SCHNEGG Céline, « À la santé de qui ? », *Revue électronique des sciences humaines et sociales.*, 12 novembre 2013.

SIMMAT-DURAND Laurence, « La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions », *Déviance et Société*, 2007, vol. 31, nº 3, pp. 305-330.

SIMMAT-DURAND Laurence, « Grossesse et drogues illicites », *Déviance et Société*, 2002, vol. 26, nº 1, pp. 105-126.

SIMMAT-DURAND Laurence, « Grossesse et drogues illicites », *Déviance et Société*, 2002, vol. 26, nº 1, pp. 105-126.

SIMMEL Georg, *Les pauvres*, Paris, France, Presses Universitaires de France, 2011.

SIMMEL Georg, *Sociologie*, Paris, Presses universitaires de France, 2010.

SIMMEL Georg, *Secret et sociétés secrètes*, France, Circé, 1996.

SOLOMON Phyllis, « Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. », *Psychiatric rehabilitation journal*, 2004, vol. 27, nº 4, pp. 392-401.

SOULET Marc-Henry (dir.), *Changer de vie: un problème social*, Fribourg, Suisse, Academic Press Fribourg, 2011, 147 p.

SOULET Marc-Henry, « Drogues et conventionnalité : un ménage commun ? », *Psychotropes*, 2009, vol. 15, nº 4, pp. 63-69.

SOULET Marc-Henry, « De l'habilitation au maintien: Les deux figures contemporaines du travail social », *Savoirs*, 2008, vol. 18, nº 3, pp. 33-44.

SOULET Marc-Henry, « Reconsidérer la vulnérabilité », *Empan*, 2005, vol. 60, nº 4, pp. 24-29.

SOULET Marc-Henry, « La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique », *Pensée plurielle*, 2005, vol. 10, nº 2, pp. 49-59.

SOULET Marc-Henry, « Enjeux de conventionnalité et consommation gérée de drogues dures », *Déviance et Société*, 2003, vol. 27, nº 3, pp. 331-351.

STEFFEN Monika, « Les modèles nationaux d'adaptation aux défis d'une épidémie : France, Grande-Bretagne, Allemagne, Italie », *Revue française de sociologie*, 2000, vol. 41, nº 1, pp. 5-36.

STRAUSS Anselm Leonard, *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, France, Éd. l'Harmattan, 1992.

STRAUSS Anselm Leonard, *Miroirs et masques: une introduction à l'interactionnisme*, Paris, France, Métailié, 1992.

STRAUSS Anselm Leonard et CORBIN Juliet, « L'analyse des données selon la grounded theory. Procédures de codage et critères d'évaluation », *in* Daniel CEFAÏ (dir.), *L'enquête de terrain*, Paris, France, Éditions la Découverte : MAUSS, 2003.

STUPKA Christelle et TREPOS Jean-Yves, « Améliorer la qualité de la prise en charge des usagers de drogues en prison ?: Le difficile équipement d'une innovation », *Psychotropes*, 2002, vol. 8, nº 2, pp. 119-138.

SUISSA Amnon Jacob, « Addictions et pathologisation de l'existence : aspects psychosociaux », *Psychotropes*, 2008, vol. 14, nº 2, pp. 61-80.

TECHNO+, *Historique*, http://www.technoplus.org/t,1/1069/historique?PHPSESSID=9d2ee07f0a3cb99a

794eca20ea87453e, consulté le 17 août 2014.

TECHNO+, *La Météo des Prods - Bulletin RC Juillet 2013*, http://www.technoplus.org/t%2c1/2689/-la-meteo-des-prods---bulletin-rc-juillet-2013, consulté le 17 août 2014.

TIMBART Odile, « 20 ans de condamnations pour crimes et délits », *Infostat justice*, avril 2011, nº 114, pp. 1-8.

TREICHLER Paula, « Le sida, l'homophobie et le discours biomédical : une épidémie de signification [1987] », *Genre, sexualité & société*, 1 juin 2013, nº 9.

TREMBLAY Mireille et OLIVET Fabrice, « De la participation citoyenne à la reconnaissance du droit au plaisir : insertion sociale et droits des usagers des opioïdes », *Drogues, santé et société*, 2011, vol. 10, nº 1, pp. 169-196.

TREPOS Jean-Yves, « L'assistance aux toxicomanes comme expertise de réseau », *Laboratoire Lorrain de Sciences Sociales / ERASE*, 2007.

TREPOS Jean-Yves, « Seuils d'aide et politiques d'activation: Un aperçu de deux centres de réduction des dommages à Maastricht », *Psychotropes*, 2007, vol. 13, nº 2, pp. 9-26.

TREPOS Jean-Yves, « Autocontrôle et proto-professionnalisation chez des usagers de drogues », *Psychotropes*, 2003, vol. 9, nº 1.

TREPOS Jean-Yves, « La force des dispositifs faibles : la politique de réduction des risques en matière de drogues », *Cahiers internationaux de sociologie*, 2003, vol. 114, nº 1, pp. 93-108.

TRONTO Joan C., « Du care », *Revue du MAUSS*, 2008, vol. 32, nº 2, pp. 243-265.

UCHTENHAGEN Ambros A., « Heroin maintenance treatment: From idea to research to practice: Heroin maintenance treatment », *Drug and Alcohol Review*, mars 2011, vol. 30, nº 2, pp. 130-137.

VAN EERSEL Patrice, *La source noire: révélations aux portes de la mort*, Paris, France, B. Grasset, 1986.

VASSY Carine, « De l'innovation biomédicale à la pratique de masse : le dépistage prénatal de la trisomie 21 en Angleterre et en France », *Sciences sociales et santé*, 2011, vol. 29, nº 3, pp. 5-32.

VASSY Carine et KELLER Richard, « Faut-il contrôler les aspects éthiques de la recherche en sciences sociales, et comment ? », *Mouvements*, 2008, vol. 55-56, nº 3,

pp. 128-141.

VIGOUR Cécile, *La comparaison dans les sciences sociales: pratiques et méthodes*, Paris, France, La Découverte, 2005.

VITELLONE Nicole, « The syringe as a prosthetic », *Body & Society*, 2003, vol. 9, nº 3, pp. 37–52.

VRANCKEN Didier, « Assister n'est pas assurer. Les enjeux d'une mutation anthropologique au cø eur des politiques sociales », *SociologieS*, 2010.

VRANCKEN Didier, « La société du travail sur soi », *Revue Nouvelle*, 2007, vol. 10.

VRANCKEN Didier et MACQUET Claude, « Focus–Du travail sur soi au gouvernement de soi », *Informations sociales*, 2012, nº 1, pp. 76–79.

WACQUANT Loïc, « Repenser le ghetto », *Idées économiques et sociales*, 1 mars 2012, N° 167, nº 1, pp. 14-25.

WARIN Philippe, « Le non-recours aux droits », *SociologieS*, 15 novembre 2012.

WARIN Philippe, « Ciblage de la protection sociale et production d'une société de frontières », *SociologieS*, 27 décembre 2010.

WEB Boîte à outils de l'expérience, *Le Premier ministre Harper présente des excuses complètes au nom des Canadiens relativement aux pensionnats indiens*, http://www.pm.gc.ca/fra/nouvelles/2008/06/11/premier-ministre-harper-presente-des-excuses-completes-au-nom-des-canadiens, consulté le 15 juin 2015.

WEBER Max, *Économie et société*, Paris, France, Plon, 1971.

WEBER Max, *Le savant et le politique*, Paris, France, 10-18, 1963, vol.1/.

WINICK Charles, « Maturing Out of Narcotic Addiction », *Bulletin on Narcotics*, 1962, vol. 14, nº 1, pp. 1-7.

WOOLF Virginia, *Entre les actes*, Paris, France, Stock, 1947.

YVOREL Jean-Jacques, « La loi du 12 juillet 1916: Première incrimination de la consommation de drogue », *Les Cahiers Dynamiques*, 2012, vol. 56, nº 3, pp. 128-133.

ZAFIROPOULOS Markos, *Le toxicomane n'existe pas*, Paris, France, Navarin, 1988.

ZENEIDI-HENRY Djemila et FLEURET Sébastien, « Fixes sans domicile, réflexion autour de la mobilité des SDF », *L'Espace géographique*, 2007, vol. 36, nº 1, pp. 1–

14.

ZINBERG Norman E., « Drug, set and setting », *Yale University Press*, 1984.

« L'Assemblée nationale vote l'expérimentation des « salles de shoot » », *Le Monde.fr*, 07/04/2015 p.

Justin Trudeau tells UBC students he wants supervised injection sites across Canada, http://www.straight.com/blogra/404631/justin-trudeau-tells-ubc-students-he-wants-supervised-injection-sites-across-canada, consulté le 28 octobre 2015.

Le vin reconnu « patrimoine » de la France, http://www.lefigaro.fr/flash-eco/2014/04/12/97002-20140412FILWWW00144-le-vin-reconnu-patrimoine-de-la-france.php, consulté le 12 janvier 2016.

Injecter - Precisions sur le rewash de sophidone, https://www.psychoactif.org/forum/t10139-p1-Precisions-sur-rewash-sophidone.html.

Drogues: le succès du modèle portugais, http://fr.myeurop.info/2011/06/14/drogues-le-succes-du-modele-portugais-2719, consulté le 6 janvier 2016.

La buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opioïdes, Collège des médecins du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec, 2009.

La politique suisse en matière de drogue, Office fédéral de la santé publique, 2000.

Les Alcooliques anonymes: l'expérience de milliers d'hommes et de femmes qui se sont rétablis de l'alcoolisme, New York, Etats-Unis, 1989.

Agoniste, http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/agoniste/traitement, consulté le 30 mai 2016.

Antagoniste, http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/antagoniste, consulté le 30 mai 2016.

Demi-vie, http://pharmacomedicale.org/pharmacologie/devenir-normal-du-medicament-dans-l-organisme/38-quantification-du-devenir-des-concentrations-plasmatiques/80-demi-vie, consulté le 16 mars 2016.

Reste-il une place pour l'auto-support des usagers de drogues ? / PsychoACTIF, https://www.psychoactif.org/forum/t7903-p1-Reste-il-une-place-pour-auto-support-des-usagers-drogues.html, consulté le 25 février 2016.

VD: la place de la Riponne à Lausanne, autrefois lieu de rassemblement convivial, est aujourd'hui le lieu de rendez-vous des dealers, toxicomanes et autres marginaux, http://www.rts.ch/play/tv/couleurs-locales/video/vd-la-place-de-la-riponne-a-lausanne-autrefois-lieu-de-rassemblement-convivial-est-aujourdhui-le-lieu-de-rendez-vous-des-dealers-toxicomanes-et-autres-marginaux?id=3661310, consulté le 9 janvier 2016.

Première ligne | Association de réduction des risques liés à la consommation de drogues à Genève, http://www.premiereligne.ch/, consulté le 14 août 2014.

Filtres toupies à usage unique, http://www.safe.asso.fr/EspaceUsagers/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=26.

Les différentes enquêtes et dispositifs dans le champ des drogues et des addictions - OFDT, http://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/, consulté le 5 mai 2016.

Le Subutex ne devrait pas être classé comme stupéfiant, http://www.lemonde.fr/societe/article/2006/07/14/le-subutex-ne-devrait-pas-etre-classe-comme-stupefiant_795541_3224.html, consulté le 4 août 2014.

Subutex : proscrit sur ordonnances, http://www.liberation.fr/france/2015/11/29/subutex-proscrit-sur-ordonnances_1417044, consulté le 30 novembre 2015.

Substitution aux opiacés : vingt ans d'hypocrisie, http://www.liberation.fr/france/2015/12/27/substitution-aux-opiaces-vingt-ans-d-hypocrisie_1423123, consulté le 15 janvier 2016.

Règlement sur les stupéfiants : site Web de la législation :Canada, http://lois-laws.justice.gc.ca/fra/reglements/C.R.C.,_ch._1041/index.html, consulté le 17 août 2014.

L'exemple suisse, http://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-43414.html, consulté le 17 août 2014.

NL4- DSM-5 et addictologie | Congrès Français de Psychiatrie, http://www.congresfrancaispsychiatrie.org/congres/nl4-7/, consulté le 5 août 2014.

Ketamine : il y a des chemins, et des lutins., http://www.psychonaut.com/ketamine/40842-ketamine-il-y-des-chemins-et-des-

lutins.html, consulté le 20 janvier 2016.

Qui sont les AA ?, http://www.alcooliques-anonymes.fr/qui-sont-les-aa, consulté le 30 novembre 2015.

« Pratiques alternatives et Mésusage : Sniff, Injection, etc. | ASUD ».

Importation de Subutex : Vingt ans de prison à Mathieu Blondeau | Le Mauricien, http://www.lemauricien.com/article/importation-subutex%C2%A0%C2%A0vingt-ans-prison-mathieu-blondeau, consulté le 30 novembre 2015.

Importation illégale de Subutex : Farah Nachi, 21 ans, devra passer 15 ans en taule | Le Mauricien, http://www.lemauricien.com/article/importation-illegale-subutex-farah-nachi-21-ans-devra-passer-15-ans-en-taule, consulté le 30 novembre 2015.

Maurice : une Française arrêtée avec du Subutex est reconnue coupable de trafic de drogue, http://www.francetvinfo.fr/societe/justice/maurice-la-francaise-aurore-gros-coissy-reconnue-coupable-de-trafic-de-drogue_755852.html, consulté le 30 novembre 2015.

ALDO - Qu'est-ce que le consentement libre et éclairé?, http://aldo.cmq.org/fr-CA/GrandsThemes/Consentement/DefConsentement.aspx, consulté le 23 janvier 2016.

« Les TSO, qu'est-ce que c'est ? | ASUD ».

L'INJECTEUR - Journal « par et pour » les personnes UDII du Québec, http://www.linjecteur.ca/info-drogues_linjecteur.html, consulté le 20 janvier 2016.

Héroïne, effets, risques, témoignages, http://www.psychoactif.org/psychowiki/index.php?title=H%C3%A9ro%C3%AFne,_effets,_risques,_t%C3%A9moignages, consulté le 12 décembre 2014.

Les 12 Étapes des Alcooliques Anonymes - Vivre Sans Alcool, http://www.vivresansalcool.net/pages/Les_12_Etapes_des_Alcooliques_Anonymes-560097.html, consulté le 16 décembre 2014.

Pro Mente Sana: Formation pair aidant, http://www.promentesana.org/wq_pages/fr/formation-pair-aidant/, consulté le 29 janvier 2016.

ANNEXES

I. Liste des acronymes

AA : alcooliques anonymes

AQPSUD : Association Québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues

ASUD : association Auto-Support usagers de drogues

BHD : Buprénorphine Haut Dosage (Subutex®)

BS : bien être social (Québec)

CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (France)

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (France)

NA : narcotiques anonymes

MILDT => MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies => Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

RDR & RDM & RDD : réduction des risques & réduction des méfaits & réduction des dommages

RSA : revenu de solidarité active (France)

TBS : Traitement basé sur la substitution (Suisse)

TSO : traitement de substitution aux opiacés

SIS : salle d'injection supervisée (Qc)

SCMR : salle de consommation à moindre risque (France)

UD : usagers de drogues

UDI : usagers de drogues par injection (surtout utilisé au Québec)

UDII : usagers de drogues par injection et inhalation

II. Liste des usagers de traitements de substitution interviewés

1. *Entretiens exploratoires*

Rémi : 1er entretien exploratoire réalisé en CHRS avec un jeune homme en traitement Subutex® depuis quelques mois.

Antoine et Magalie : entretien réalisé dans le sud de la France avec un couple fréquentant deux centres en addictologie, un CAARUD (Aides) et un CSAPA. Antoine consomme de temps en temps de la méthadone, que son amie lui procure. Les deux consomment et vendent de l'héroïne.

David : à Strasbourg, ce jeune homme vient de Bretagne et explique ses difficultés à voyager en France avec un programme méthadone.

2. *Entretiens réalisés à Strasbourg*

Prénom fictif	**sexe**	**Age**	**TSO**
Claude	homme	43	Injection de subutex
Abdul	homme	42	skenan
Vlad	homme	23	Roumain (en France pour initier TSO non autorisé en Roumanie
Marc	homme	39	Alcoolisme 0#
Albert	homme	42	Méthadone / délégué de la structure
François	homme	50	Méthadone / délégué de la structure
Jane	femme	25	Méthadone / / maternité
Fred	homme	32	Primo-consommation de subutex-> passage à la méthadone
Mike	homme	34	Subutex
Farid	homme	36	Amputation du bras gauche // injection subutex
Omar	homme	39	Stabilisation à la méthadone
Bruno	homme	38	Reprise méthadone
Michael	homme	35	Méthadone depuis plus de 2 ans (sentiment d'usure)
Ahmed	homme	36	Revente de subutex
Jean	homme	50	Stabilisation méthadone

3. *Entretiens réalisés en Suisse (Résidentiel)*

a) Structure X : établissement fermé, double pathologie : troubles psychiatriques et addiction

N°	sexe	Age	TSO
Michel	homme	47	Méthadone depuis 11ans
Bertrand	homme	37	Subutex depuis 4ans
Jérémy	homme	?	Méthadone
Sabine	femme	23	Méthadone + Benzodiazépines
Aïssa	femme	29	Sevrage + Benzodiazépines
Walter	homme	32	méthadone
Josiane	femme	36	Méthadone
Gérard	homme	40	Echoue à rester abstinent avec traitement méthadone pendant un an pour opération de la hanche
Cyril	homme	43	Abstinent après méthadone (problème de violence)

b) Structure Y1 : Centre de traitement et de réinsertion

N°	sexe	Age	TSO
Yann	homme	33	Méthadone
Christine	femme	32	Méthadone depuis 12ans
Max	homme	39	Abstinent après sevrage méthadone
Seb	homme	24	Méthadone
Elie	homme	25	Dépendance psychologique à la cocaïne : 0#
Nicolas	homme	21	Addiction cannabis et cocaïne : 0#
Edouard	homme	22	Méthadone pdt 2mois en prison
Alex	homme	26	Méthadone
Xavier	Homme	41	Méthadone

c) Structure Y2 : Centre de traitement et de réinsertion

N°	sexe	Age	TSO
Sabrina	femme	21	Méthadone pdt 3mois + benzo
Martin	homme	28	Addiction au cannabis : benzo
Lucas	homme	22	Injonction thérapeutique / Temgésic
Pascal	homme	39	Addiction à la cocaïne : benzo

4. Entretiens réalisés au Québec (Résidentiel)

N°	**sexe**	**Age**	**TSO**
Guilhem	homme	34	Pair-aidant : Sevrage avec sirop codéiné
Vincent	homme	42	Pair-aidant coordinateur : sevrage avec méthadone
Violette	Femme	29	messagère (pair-aidante dans la rue) subutex
Julien	homme	34	Bénévole (cuisine+manutention) méthadone depuis 2ans ½
JeanPaul	homme	58	Directeur: méthadone + usage occasionnel d'héroïne
John	homme	32	Méthadone et cannabis thérapeutique
Amar	homme	42	Méthadone
Geneviève	femme	46	Agente de liaison / méthadone + traitements anti-VIH
Arthur	homme	27	Méthadone
Franck	homme	50	Méthadone
Hannah	femme	46	Méthadone
Didier	homme	33	Directeur association de « par et pour usagers de drogues » méthadone + usage occasionnel d'héroïne

III. Liste des professionnels interviewés

1. Lisbonne

- directeur d'une structure de réduction des risques et travail de rue : échange de seringue

2. FRANCE

Sud-Ouest (64) :

- éducateur spécialisé, formation en psychologie, travaille dans une structure dite de « haut-seuil » : accompagnement vers l'abstinence, notamment par la substitution
- éducateur spécialisé, expérience en addictologie à Mayenne, travaille au sein de l'association Aides : réduction des risques

Castres (81) :

- Infirmière dans un Caarud

Colmar (68) :

- médecin habilité à prescrire de la méthadone, au sein d'un csapa/caarud
- assistante sociale, au sein d'un csapa/caarud

Strasbourg (67) :

- psychologue travaillant sur une ligne téléphonique d'écoute/info/jeune
-directrice d'un CSAPA/ CAARUD

=> 1er entretien au début de la recherche

=> 2° entretien après un an de recherche

3. SUISSE

Fondation du Levant à Lausanne :

- Responsable pédagogique
- Psychiatre, responsable médical
- adjoint de direction de la fondation
-responsable de la structure d'accueil à bas seuil (double diagnostic)

Centre en ambulatoire St Martin à Lausanne :

http://www.rts.ch/emissions/temps-present/sante/4883038-sos-toxicomanes.html

- directeur de la structure : Jacques Besson

https://www.youtube.com/watch?v=ngGW7i3hGf0

- Psychiatre

-pharmacienne délivrant la méthadone

-psychologue n°1

-psychologue n°2

Entretien avec Vivianne Prats : Professeure à l'EESP, doyenne responsable de l'Unité de formation continue, présidente du GREA groupement romand d'études sur les addictions http://www.grea.ch/

4. QUEBEC

Voir tableau usagers / pairs-aidants

-infirmière à Cactus, centre de réduction des méfaits/échange de seringues

-« Mme AITQ », directrice de l'association des intervenants en toxicomanie du Québec

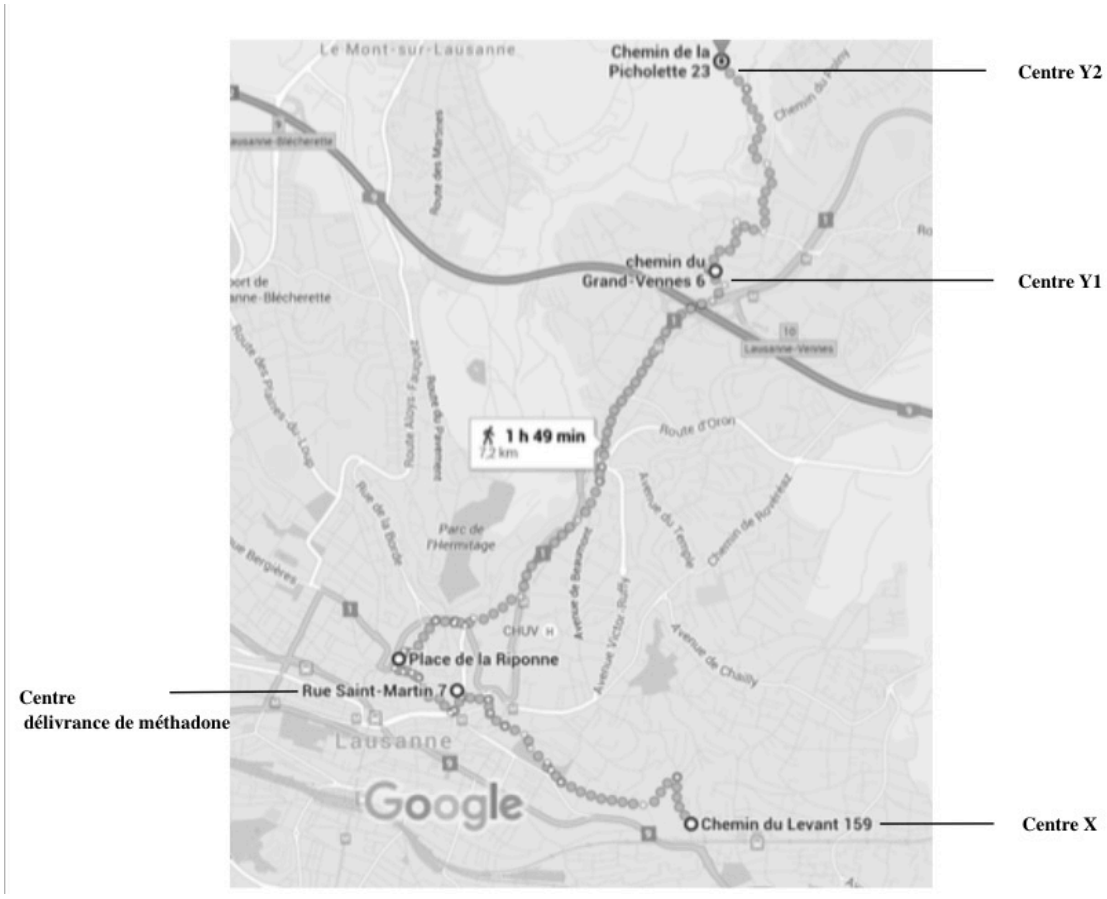
IV. Cartographie des différents terrains

1. Strasbourg

Quartier de la Gare

Emplacement de la future salle de consommation à moindre risque

2. Lausanne


Le Mont-sur-Lausanne
Chemin de la Picholette 23
Centre Y2
chemin du Grand-Vennes 6
Centre Y1
1 h 49 min
7,2 km
Parc de l'Hermitage
CHUV
Place de la Riponne
Rue Saint-Martin 7
Centre délivrance de méthadone
Lausanne
Google
Chemin du Levant 159
Centre X

3. Montréal

Zone de
collecte
de seringues
Rencontre AA
Eglise
Notre-Dame
Méta d'Âme Toxicom
52 min
4,1 km
Cactus Montréal
Parc La
Fontaine
La Banquise
Schwartz's Deli
Parc Jeanne-Mance
Stade Mémorial
Place des Arts
L'Olympia
LE VILLAGE
PLATEAU-MONT-ROYAL
SAINTE-MARIE
VILLE-MARIE
Avenue Papineau
Avenue de Lorimier
Rue Saint-André
Rue Saint-Denis
Rue Berri
Rue Clark
Rue Droler
Rue Boyer
Rue Molson
Rue Chabot
Rue Cartier
Av du Parc
Google

V. Les AA (extrait du carnet de terrain)

Meeting du 28.06.13 :

Après avoir rencontré Simon, je me rends sur le lieu qu'il m'a indiqué. Je trouve alors une église, la contourne, continue, mais me rend compte que c'est bien là, l'adresse qu'il m'a donné. Je pose mon vélo et regarde aux alentours. Un petit panneau indique : « réunion ». En effet, je vois un groupe de personne qui entre par une porte sur le côté de l'église.

Avant la rencontre (le meeting), je cherche du regard une personne a qui me présenter pour lui expliquer ma démarche, mais la rencontre commence et les gens s'installe rapidement. Je suis le groupe, nous nous dirigeons dans une grande salle au sous-sol d'un bâtiment, l'endroit est assez sombre, à l'entrée des boissons et des cafés sont proposés aux participants. Une cinquantaine de personnes sont présentes. Je remarque rapidement que la moyenne d'âge des personnes présentes se situe autour des 40, voire 50 ans, surtout des hommes. En introduction, une personne prend la parole pour inviter les personnes à venir récupérer les jetons marquant leur temps d'abstinence. Ensuite, les nouveaux venus sont invités à se présenter, et à récupérer une enveloppe dans laquelle se trouvent notamment les 12 commandements des AA. A ce moment là, il ne me semble pas opportun de me présenter et je reste sur ma chaise, je croise un regard interrogateur mais non insistant.

Fabrice Fernandez, qui a vécu une expérience similaire lors d'une rencontre des Narcotiques Anonymes, explique avoir connu le mouvement grâce à un homme qui lui a déconseillé de se présenter en tant que sociologue afin de ne pas induire de biais dans le déroulement de la séance, mais surtout afin de ne pas faire perdre la confiance aux nouveaux entrants qui lors des premières séances sont toujours sur leur garde[1]. Malgré ses réserves sur le plan moral et déontologique, Fernandez explique que, selon lui et d'après les conseils de son informateur, rester « anonyme » est une condition nécessaire pour entrer sur le terrain.

De mon côté, je garde, tout au long de la réunion, l'impression d'être une espionne. Cette démarche est contraire à l'éthique générale de ma recherche et ne

[1] « L'engagement émotionnel durant l'enquête sociologique », *op. cit.*, p. 79.

peux donc être intégrée comme telle dans ma thèse, malgré l'intérêt heuristique qu'elle peut représenter, notamment dans la compréhension des récits de ceux qui participent régulièrement à ces réunions.

La rencontre continue.

A alors lieu la présentation des nouveaux, selon le fameux : « Bonjour je m'appelle *X* et je suis dépendant-e» auquel répondent en chœur les membres du groupe :« Bonjour *X* ». Peut-être est-ce parce qu'il y a beaucoup de monde ce soir là, mais nous ne faisons pas de tour de table et j'échappe à la nécessité de me présenter.

Les 12 étapes ainsi que les 12 traditions qui édictent le règlement suivi dans chacune des réunions AA sont lues, puis la prière de la sérénité des AA est récitée en chœur par une majeure partie des personnes présentes :

Mon Dieu, donnez-moi la sérénité d'accepter les choses que je ne puis changer, le courage de changer les choses que je peux et la sagesse d'en connaître la différence.

N'ayant pas une grande habitude des messes, j'ai un peu de mal à fixer mon regard mais je me rends compte que regarder les gens est maladroit car je mets en avant le fait que je ne récite pas la prière avec eux. Pendant cette prière, je ressens une espèce d'effervescence, une sorte d'énergie, qui s'empare du groupe.

Ensuite, une personne s'avance pour ce qu'ils appellent la « conférence », il s'agit cette fois d'un homme âgé de 50ans. Il nous raconte son histoire avec de l'humour et de l'émotion. Il raconte ainsi son passé de joueur de hockey professionnel, il se trouve en effet être assez costaud. Il raconte aussi l'alcool, la drogue, la violence et la prison, les femmes et ses enfants. Il parle beaucoup de sa mère, de la relation qu'elle entretenait avec des hommes qui abusaient d'elle, car, selon lui, les hommes profitaient du fait qu'elle aussi buvait et prenait des médicaments. Il dit haïr les femmes et raconte le mal qu'elles lui ont fait, mais dit toujours de telles phrases sur un ton humoristique, montrant qu'il n'est pas totalement dupe de ses propres mots, qu'il peut en rire avec les autres personnes présentes. Cette tonalité de son récit crée une ambiance détendue, les gens sourient et s'exclament pour confirmer leur adhésion à ses propos. Il parle avec un fort accent québécois et je ne saisis pas toutes ses blagues, mais son audience est souvent hilare lors de sa conférence. Quand son récit s'achève les gens applaudissent et le félicitent.

Pour terminer le meeting, tout le monde se lève, en cercle les gens se prennent par la main et récite en cœur le « je vous salue Marie », cette fois je baisse les yeux pour ne pas montrer que je ne récite pas avec eux. En sortant, un homme vient me voir pour me féliciter, selon lui j'ai l'air de m'être bien remise et j'ai l'air « en forme ». Le problème de ma démarche a été de ne pas m'être présentée, les réunions des AA ne sont pas hiérarchisées, une personne prend la parole lors des conférences, mais toutes les personnes au sein des AA sont considérées à égalité. Ainsi, en cherchant une personne qui fasse autorité, pour qu'elle me présente aux autres, j'ai pris les choses dans le mauvais sens. Toutefois, cette expérience a été très riche, voir cette réunion et une telle effervescence m'aura permis de me rendre compte de l'importance que ces rencontres peuvent représenter pour certaines personnes. Mais ça nous aura également ouvert les yeux sur le caractère très religieux de ces rencontres, avec les deux prières récitées en début et en fin de meeting.

VI. Une journée dans les ruelles de Montréal

Photo 1 : créer du lien cf. http://www.pleinmilieu.qc.ca/accueil

Photo 2 : Poubelle à seringues

Photo 3 : Projet « ruelles vertes »

Photo 4 : Seringues 1cc et 3cc

Photo 5 : Seringues en croix

Photo 6 : Seringue avec aiguille et stéricup

TABLE DES MATIERES

Remerciements I
Sommaire V

Introduction - Penser la substitution : penser les substitutions 1

Les mondes de la substitution 4

Substitution : ajustements d'usage au prisme du biographique 8

Méthodologie 10

Annonce du plan : des logiques substitutives aux expériences de la substitution 12

Première partie Méthode comparative et approche biographique 2

Chapitre I. **L'approche biographique 17**

I. Récits biographiques : enjeux heuristiques et éthiques 18

1. Récits et temporalités 18
2. Posture de recherche et confiance ? 23
3. Fragmentation de l'expérience et ellipses dans le récit 29
4. Rhétoriques de présentation de soi et situation d'interaction 36

II. Biographie et arc de travail : au croisement des mondes sociaux de la drogue et du soin 38

1. Du récit institutionnel aux récits informels 38
2. Univers sémantiques, rapport aux savoirs et aux mondes sociaux 42

a) Le récit du Phoenix 43

La « conférence » de Simon, des alcooliques anonymes à la pair-aidance 45

b) Le récit de l'expert 48

c) Le récit du militant 49

Didier, expert militant et « consommateur à l'agenda » 52

III. Conclusion du premier chapitre 56

Chapitre II. **La démarche comparative 59**

I. La comparaison : de la demande sociale aux apports heuristiques 60

Le passage de Vlad 66

II. La comparaison dans un contexte d'uniformisation : Politiques en matière de drogue à l'échelle transnationale 69

III. L'approche biographique et la comparaison 79

IV. Conclusion du deuxième chapitre 84

Chapitre III. **Ethnographie des terrains de notre enquête 87**

I. Eléments sociographiques 91

1. Différents types de traitement 91
2. Sexe des personnes rencontrées 93
3. Âge des personnes rencontrées 94
4. Parcours social 96
II. Eléments d'écologie urbaine 98
1. Première phase de recherche exploratoire 99
Le 30juillet 2012, à Lisbonne (extrait du journal de terrain) 99
2. Observations et induction : comprendre les institutions en passant par la rue 101
a) Contextes institutionnels 101
b) Mondes de la drogue 103
3. Comparaison des mondes de la drogue à Strasbourg, Lausanne et Montréal 104
a) Strasbourg et ses quartiers péri-urbains 104
b) Lausanne : la Riponne au cœur de la ville 108
c) Montréal : les quartiers et leurs ruelles 114
III. Conclusion du troisième chapitre 125
Conclusion de la partie I 127
Deuxième partie Eléments sociologiques pour une compréhension de l'introduction des traitements de substitution, en France, en Suisse et au Québec 129
Chapitre IV. **La substitution au cœur de la « sanitarisation » des drogues et du développement d'approches dites pragmatiques 131**
I. Sociologie de la substitution 132
1. Quelle normalisation des usages de drogues ? 132
2. L'épidémiologie et le repérage de groupes à risque 136
3. Risques ou méfaits ? 139
4. Usages de TSO et subjectivation 142
5. Analyses de la figure du « substitué » 145
II. L'arrivée du Sida 148
Se raconter pour agir, le récit de Geneviève « Ce qui est dommage, c'est que moi la méthadone, ça a marché » 153
III. Contextes nationaux de l'introduction des TSO 156
1. En Suisse, la politique en matière de drogues : entre pragmatisme et expérimentations 157
a) Politique en matière de drogues et question d'échelle : le choix de l'expérimentation 157
b) La politique des quatre piliers 160

2. Au Québec : la substitution entre logique de réduction des méfaits et mesures de contrôle 163
a) La prohibition et l'exemple américain 163
b) La logique substitutive, médecins et pharmaciens : acteurs clés de la réduction des méfaits 165
c) La délivrance du traitement en pharmacie (extrait du journal de terrain) 168
d) Le projet NAOMI (North American Opiate Medecine Initiative) 169
3. En France, l'entrée tardive dans la substitution : des enjeux conflictuels 171
a) Loi de 1970 : entre répression et soin 171
b) Marmottan et le courant psychanalytique français 173
c) L'appel du 9 septembre 1992 et la constitution du collectif « Limiter la Casse » 176
d) Le Subutex® comme spécificité française 178
e) TSO : au croisement entre savoirs médicaux et savoirs expérientiels 181
IV. Conclusion du quatrième chapitre : Les TSO, entre enjeux sociaux et sanitaires 183
Chapitre V. **Les usages de drogues comme expériences de l'illégalité ... 187**
I. La criminalisation des drogues comme enjeu politique 187
II. Précarisation des usagers de drogues et entrée dans la délinquance 191
1. La consommation comme pratique relative à un mode de vie délinquant : .. 195
Le récit de François, braqueur de banques 195
2. La délinquance pour s'approvisionner en drogues 199
Le récit d'Edouard, la délinquance comme conséquence d'un engrenage 199
3. Les TSO : substitution à la drogue ou à la délinquance ? 202
III. La pénalisation de l'usage : incarcération ou injonction thérapeutique ? 203
Max, Le rappeur à la larme tatouée 208
IV. Vers une fin possible de la guerre à la drogue : des positionnements contrastée 212
V. Conclusion du cinquième chapitre : Drogues, délinquances et TSO imbriqués dans les mondes de la drogue 218
Chapitre VI. **Catégorisations de la dépendance à l'héroïne 221**
I. Définitions institutionnelles : de la manie du toxique au trouble du comportement 222
II. De l'apprentissage du plaisir à l'apprentissage du manque 230
1. Le pouvoir chimique des drogues 230

a) La drogue comme bulle protectrice et repli sur soi 234
b) La drogue, régulatrice des humeurs et produit dopant 236
c) La drogue, vectrice d'une recherche mystique 237
2. Comment devient-on dépendant aux opiacés ? 240
III. Conclusion du sixième chapitre : définition de la dépendance et identification sociale 249
Chapitre VII. **Mise en pratique du modèle de la réduction des risques .. 253**
I. Le traitement en ambulatoire : un difficile partage des tâches entre réduire les risques et soigner 255
1. Des conceptions du soin plurielles 255
2. Concilier deux approches : vers une éthique du care 260
II. Le traitement en résidentiel 263
1. En Suisse : le centre cocon 265
2. Au Québec : le centre refuge 270
III. Conclusion du septième chapitre : Le TSO en ambulatoire et en résidentiel, une polysémie du care 273
Conclusion de la partie II : du tout abstinence à la réduction des risque, un changement de paradigme ? 275
Troisième partie Réappropriation du traitement entre réajustements biographiques et co-construction des savoirs 254
Chapitre VIII. **Les frontières floues des TSO - entre médicaments et drogues 283**
I. TSO : entre construction identitaire et négociation de trajectoire 283
1. La polysémie de la notion de maladie dans le discours des professionnels : support de malentendus 286
2. La notion de maladie dans le discours des usagers de drogues rencontrés .. 288
a) La dépendance comme maladie 289
b) L'expérience de la dépendance et des troubles de la santé mentale 292
c) Les maladies virales 297
3. Malentendus comme « occasion de traduction » 300
II. Usages de TSO hors protocole 307
1. L'achat dans la rue 310
a) La primo-consommation ou usages non-substitutifs 311
b) Rapport à l'institution : une méfiance réciproque 313
2. La prise en snif/inhalation ou par injection 315
3. Revendre 319
a) Le TSO sur le marché des drogues 319
b) La valeur d'échange du TSO en prison 322

4. Les TSO et l'imbrication de différents modèles normatifs 323
III. Typologie des usages de TSO : entre médicalisation et subjectivation 325
1. Trajectoire de soin et observance 326
2. Substitution et intentions de soin après des années de traitement : une relation plurielle 328
a) La substitution comme frein à la sortie du monde de la drogue 330
b) La substitution comme reprise de contrôle de la consommation..... 333
c) La substitution comme « leurre » 335
d) La substitution comme traitement de maintenance..... 338
3. Substitution au cœur du soin ? 340
IV. Grossesse et substitution, un nouveau regard sur les femmes usagères de drogues 341
1. Le regard médical sur les grossesses dites à risque 343
2. L'expérience de la grossesse racontée par des femmes en traitement 345
a) La grossesse comme étape dans la carrière d'usagère de drogues :..... 346
b) La grossesse comme moment de déprise et ajustement de rôle..... 351
c) La grossesse et l'ancrage dans le monde de la drogue 354
d) La grossesse associée au désir d'alternation 356
3. Grossesse et substitution, de nouvelles prescriptions de normes 359
V. Conclusion du chapitre IV : Sortie de la substitution et logique palliative 361
Chapitre IX. **Savoirs et engagements d'usagers de drogues 365**
I. De l'expérience aux savoirs des usagers de drogues 366
1. Les différents types de savoirs expérientiels 371
a) Les savoirs corporels et savoirs techniques : le rapport aux limites..... 371
b) Les savoirs culturels 374
c) Les savoirs institutionnels et connaissance des interstices..... 377
d) Les savoirs identitaires et savoirs sociaux..... 377
2. La valorisation des savoirs expérientiels comme enjeux démocratiques..... 379
a) Le savoir du délégué d'un conseil de vie sociale en France 382
b) Les groupes d'autosupport pour usagers de drogues et de TSO : un processus d'autonomisation et de définition de soi 386
3. Revues d'autosupport et internet..... 389
a) Les revues..... 389
b) Les sites internet 393
II. Engagement ancré, politisation et professionnalisation des pairs, quand le récit de vie devient une expertise 395
1. Le récit de Vincent : redéfinition de soi et du temps..... 396
a) S'émanciper du temps : le temps à soi 397

b) Ré-apprivoiser le temps : le temps pour soi 401
c) Investir le temps : le temps partagé 406
d) S'engager par le récit 412
2. Les enjeux de la professionnalisation des pairs comme exercice de distanciation 414
a) Distance émotionnelle dans le travail social 414
b) Distance hiérarchique et attribution de rôles différenciés 417
c) Distance expérientielle et alliance narrative 423
Joey, Pair-aidant en milieu festif : expérience des limites / limites de l'expérience (extrait du carnet de terrain) 425
3. Expériences du TSO : l'enjeu d'une réappropriation 427
a) TSO et « droit au plaisir » 429
b) TSO : droit à l'assistance ou droit à l'autonomie ? 433
III. Conclusion du chapitre IX : Enjeux et limites de l'intégration de pairs usagers de drogues au sein de structures socio-sanitaires 439

Conclusion Générale 443
Expériences de la substitution 446
Récits de la substitution 448
Mondes de la substitution 452

Bibliographie 457

Annexes 487
I. Liste des acronymes 488
II. Liste des usagers de traitements de substitution interviewés 489
1. Entretiens exploratoires 489
2. Entretiens réalisés à Strasbourg 489
3. Entretiens réalisés en Suisse (Résidentiel) 490
a) Structure X : établissement fermé, double pathologie : troubles psychiatriques et addiction 490
b) Structure Y1 : Centre de traitement et de réinsertion 490
c) Structure Y2 : Centre de traitement et de réinsertion 490
4. Entretiens réalisés au Québec (Résidentiel) 491
III. Liste des professionnels interviewés 492
1. Lisbonne 492
2. FRANCE 492
3. SUISSE 492
4. QUEBEC 493
IV. Cartographie des différents terrains 494

1. Strasbourg 494
2. Lausanne 495
3. Montréal 496
V. Les AA (extrait du carnet de terrain) 497
VI. Une journée dans les ruelles de Montréal 500

Table des matières 503

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Marie DOS SANTOS

Usages de traitements de substitution aux opiacés

Etude comparative – France, Suisse et Québec

Résumé

Durant les années 1990, en France, en Suisse et au Québec, de nouveaux médicaments ont reçu une autorisation de mise sur le marché, dans le cadre de la prise en charge de la dépendance aux opiacés. Vingt cinq ans plus tard, notre thèse interroge les usages qu'en font les personnes en traitement. A partir de la méthode biographique, nous étudions la substitution en terme d'« ajustements ». Les détournements de l'usage prescrit des TSO, étiquetés comme « mésusages » par les pouvoirs publics et un certain nombre de praticiens, apparaissent dès lors comme une modalité d'adaptation et de réappropriation du traitement. En évaluant les convergences et les divergences dans les pratiques et leurs effets, la comparaison de nos trois terrains d'enquête nous permet d'analyser les différents sens associés à la substitution, selon les contextes et les structures de soin au sein desquels l'usager est accueilli.

Mots clés : Santé, précarité, traitements de substitution aux opiacés, savoirs expérientiels, drogues, médicaments, comparaison, politiques publiques

Résumé en anglais

For a long time, ending drug addiction meant completely stopping any consumption. In the context of harm reduction policies, the introduction of substitution treatments has drastically changed the abstinence paradigm. Ending an addiction has taken a plural meaning, adding complexity to the delimitation already porous between "normal and pathological". Nowadays stabilizing Methadone maintenance treatment or taking drugs on an irregular basis are perceived as an alternative to abstinence or other forms of recovery. In this thesis, wiitch deals with polysemic uses of substitution treatment, we analyze the attempts and strategies of the adjustment process in entering an addiction centre. The aim of this study is to show the different competencies that people can display in situations of vulnerability. Our interest is to find out how valuable expertise can emerge from the layperson point of view.

Keywords : Sociology of health, precarity, opiate substitution treatment, experiential knowledges, drugs, medicine, comparison, public policies