

N° d'ordre : 4045

Université des Sciences et Technologies de Lille 1  
Ecole doctorale Sciences économiques, sociales, de l'aménagement et du management  
Faculté de sciences économiques et sociales

Médecins généralistes et usagers de drogues.  
Analyse des pratiques de part et d'autre d'une frontière  
(Belgique-France)

Caroline JEANMART

Thèse déposée en vue de l'obtention du grade de docteur en sociologie

Sous la direction de Dominique DUPREZ

Présentée et soutenue publiquement le 6 décembre 2007

Jury :

Isabelle ASTIER, Professeur de sociologie, Université de Lille 1 (France)

Philippe BATAILLE, Professeur de sociologie, Université de Poitiers (France)

Henri BERGERON, Chercheur CNRS, Centre de sociologie des organisations (France)

Dominique DUPREZ, Directeur de recherche CNRS, Clersé-Université de Lille1  
(France)

Vincent LORANT, Professeur de santé publique, Université Catholique de Louvain  
(Belgique) - Rapporteur

Janine PIERRET, Directeur de recherche CNRS, INSERM (France) - Rapporteur



*A mes parents*



« Petite recette pour réussir la prise en charge d'un toxicomane

Prenez une à deux cuillères à café de méthadone, ajoutez-y:  
une cuillère à soupe de fermeté,  
deux cuillères à soupe de patience,  
une pincée de tendresse.

Mélangez et laissez mijoter longuement à feu très doux.  
Pour éviter les grumeaux,  
ajoutez régulièrement une bonne dose d'humour... »

« Toxicomanie. Mode d'emploi à l'usage du médecin généraliste », ALTO-SSMG



## REMERCIEMENTS

Une thèse, c'est à la fois tout et son contraire : épanouissement et doutes, excitation et découragement, rires et larmes, moteur et fatigue. C'est une expérience unique qui pourrait aujourd'hui être envisagée comme une fin, mais qui, au contraire, nous entraîne vers des horizons inespérés... Bref, c'est une véritable aventure humaine marquée d'émotions fortes et de multiples rencontres. Au terme de ce travail, je voudrais remercier très sincèrement toutes les personnes qui y ont contribué, même discrètement, pour leur soutien précieux et bienveillant.

Tout d'abord, les familles, usagers de drogues, médecins, pharmaciens, magistrats et autres intervenants rencontrés durant ces années. Sans eux, rien n'aurait été possible. Je les remercie pour leur intérêt, leur disponibilité, leurs encouragements, mais surtout pour leur confiance. Merci à deux associations de médecins généralistes, Alto et « Généralistes et toxicomanie 59/62. Nouvelles pratiques en médecine générale » et plus particulièrement au Docteur Dominique Lamy et au Docteur Bertrand Riff, d'avoir accepté de se lancer dans l'aventure du « microprojet ».

Merci à Dominique Duprez, directeur de cette thèse, le premier à m'avoir donné ma chance. Par l'affirmation continue de sa confiance et son soutien, sa disponibilité et ses remarques toujours bienveillantes, il m'a permis d'avancer et de grandir.

Un trio féminin, fidèle et généreux, a éclairé ces années de recherche : Colette Lamarche, Marie-Sophie Devresse et Séverine Hermant. Sans elles, ce n'aurait pas été pareil. Elles m'ont mis le pied à l'étrier, appris à trotter puis à galoper dans un climat enthousiaste et stimulant. Le mot « soutien » a pris un véritable sens tout au long de ces années. Un merci spécial à Marie-Sophie Devresse, « coach », conseil et « chasseuse de doutes » hors pair.

J'adresse ma reconnaissance à la commission de spécialistes de l'Institut de sociologie de Lille 1 qui m'a fait confiance en m'accordant une allocation de recherche et un monitorat, me permettant d'évoluer dans des conditions idéales. Je remercie également l'IFRESI pour son soutien logistique, ainsi que le Clersé, Sophie Goyat et Dominique Mosbah. Merci aussi aux membres du séminaire « Villes, institutions, professions et parcours de vie », à Stéphanie Pryen, à Michel Castra, à Isabelle Feroni et à Vincent Lorant pour leurs commentaires critiques lors de séminaires ou d'autres rencontres.

Cette belle aventure a commencé par l'engagement dans un contrat européen... ou les aventures d'une jeune Belge au pays des Français. Chacun des membres de la « plateforme transfrontalière des toxicomanies et autres conduites à risques » m'a fait découvrir, à sa façon, l'univers des drogues. Je tiens à remercier tout particulièrement

Marie-Paule Giot et Dominique David de m'avoir démontré, à maintes reprises, que travail acharné, écoute et humilité ne sont pas incompatibles.

Mais au-delà de cette thèse et de ces contrats de recherche, il y a avant tout une famille et des amis. Merci à Christophe d'avoir supporté l'insupportable. Sa délicatesse et sa résistance aux moments de doute et de crise me surprendront toujours. J'aimerais tant être animée de la même force tranquille... J'adresse de vifs remerciements à mes parents, fidèles au poste sans condition, toujours de bons conseils, prêts à tout donner et surtout de l'affection. A ma sœur, Nathalie, nous sommes si différentes et pourtant pareilles. Merci simplement de me soutenir. A Hugo et Apolline, pour leurs rires et leur joie de vivre, pour m'avoir permis, tant de fois, de prendre du recul et de me rappeler ce qu'est l'essentiel.

Il est difficile d'expliquer aux amis ce qu'est une thèse et ce qu'elle implique. Toutefois, j'ai bénéficié du soutien d'amis de longue date ou plus récents. Merci simplement d'avoir été là. Un merci spécial à Majda pour son enthousiasme permanent et ses encouragements par téléphone ou par mail... à charge de revanche !

Enfin, un immense merci à Colette Lamarche, Sébastien Jakubowski, Marie-Sophie Devresse et à ma mère pour leurs relectures attentives ainsi qu'à mon père pour le sérieux et patient coup de main à la mise en page.



**Médecins généralistes et usagers de drogues.  
Analyse des pratiques de part et d'autre d'une frontière (Belgique-France)**

Partant du constat des réticences de nombre de médecins de ville à prescrire des traitements de substitution pour les dépendants aux opiacés, cette thèse propose de comprendre les (non) pratiques des médecins généralistes à l'égard des consommateurs de drogues illicites. A partir de récits de pratiques, d'observations et d'analyses en groupe, l'objectif est d'analyser l'émergence et l'évolution de leurs positionnements, leurs logiques d'action et leurs difficultés. Ces pratiques sont analysées comme la résultante de négociations entre facteurs professionnels, structurels et personnels, aboutissant à des oppositions au sein de la profession. L'intérêt est de concilier deux niveaux d'analyse intrinsèquement liés : celui de l'acteur et celui des contraintes structurelles qui pèsent sur ses actions. Différents facteurs configurent ces pratiques, notre analyse en révèle quatre : l'influence des patients, celle des confrères, l'intervention directe ou indirecte d'instances de contrôle, les orientations des politiques publiques. L'inscription territoriale dans la zone frontalière du Hainaut belge et du Nord de la France, permet de confronter nos hypothèses à des traditions et des univers différents mettant en exergue des ajustements, des résistances et des jeux d'acteurs naviguant entre deux « espaces du possible » ainsi que les effets pervers des politiques publiques sur les pratiques. C'est en nous situant à cette charnière que nous pouvons mieux comprendre les enjeux des pratiques au carrefour d'une sociologie des professions, de la santé et des politiques publiques.

Mots clés : médecin généraliste, usager de drogues, pratiques professionnelles, relation médecin-patient, événement, politiques de réduction des risques, frontière, France, Belgique.

**General practitioners and drug users.  
Analysis of GP's practices across a frontier zone (Belgium-France)**

This thesis proposes to understand the (non)practices of general practitioners towards the illicit drug users. Observations, group analyses and personal narratives are used in order to analyze the start and the evolution of their positions, their actions and difficulties. These practices are analyzed as being the result from negotiations between professional, structural and personal factors, leading to disagreements within the profession. One interest of this approach is to combine two levels of analysis that are related : the level of the actor, and the one of the structural constraints limiting his/her actions. Several factors shape those practices, and our analyses focuses on four of them : the influence of patients, the one of peers, the direct or indirect intervention of controlling instances and the orientations of public policies. The geographical setting in the frontier zone of Belgian Hainaut and North of France allows to test our hypotheses in different places and traditions, emphasizing adjustments and resistances, strategies when dealing with two « ranges of possibilities », as well as side effects of public policies on the practices. This offers a better understanding of what is at stake with these practices, approaching this subject from the angle of a sociology of professions, of health and of public policies.

Key-words : general practitioner, drug user, professional practices, GP-patient relationship, event, harm-reduction policies, frontier zone, France, Belgium.

Centre lillois d'études et de recherches sociologiques et économiques (UMR CNRS 8019)  
Université des sciences et technologies (USTL)  
Faculté des sciences économiques et sociales  
Bâtiment SH2  
F- 59655 Villeneuve d'Ascq Cedex (France)



# TABLE DES MATIERES

<b>Remerciements.....</b>	<b>7</b>
<b>Table des matières .....</b>	<b>11</b>
<b><i>INTRODUCTION GENERALE .....</i></b>	<b><i>15</i></b>
<b><i>PARTIE 1.</i></b>	
<b><i>La médicalisation de l'usage de drogues : retour sur des épisodes difficiles... ..</i></b>	<b><i>31</i></b>
<b>Introduction .....</b>	<b>33</b>
<b>Chapitre 1. Usages de drogues et santé : contextes et débats .....</b>	<b>35</b>
1. La médicalisation de l'usage de drogues : des recherches épidémiologiques aux commandes politiques .....	36
2. Drogues et littérature médicale.....	55
3. L'usage de drogues en sociologie.....	60
4. Un absent de marque : le médecin généraliste.....	70
Conclusion.....	72
<b>Chapitre 2. La médicalisation de l'usage de drogues : contextes et politiques.....</b>	<b>75</b>
1. Découverte de la toxicomanie et réponses répressives : les années 1960-1970.....	77
2. Premières prescriptions et controverses : les années 1980 .....	86
3. Reconnaissance légale ou tolérance ? Les années 1990 .....	98
4. D'une reconnaissance légale belge aux consensus français : la première moitié des années 2000 .....	124
5. Vers une diversification du dispositif : le milieu des années 2000 .....	138
Conclusion.....	155
<b>Chapitre 3. Le médecin généraliste : la figure émergente du dispositif ? .....</b>	<b>159</b>
1. Pour une analyse des pratiques des médecins généralistes .....	159
2. Le médecin généraliste exerçant en cabinet privé au cœur du dispositif .....	163
3. Les pratiques des médecins généralistes : du « bricolage » à l'intégration des réglementations .....	167
4. L'analyse de politiques et de contextes différents : une approche France - Belgique.....	172
Conclusion.....	174
<b>Conclusion de la première partie .....</b>	<b>177</b>

## ***PARTIE 2.***

### ***Entre règles du jeu et jeux avec les règles : la variabilité des pratiques ..... 183***

<b>Introduction.....</b>	<b>185</b>
<b>Chapitre 1. Méthodes de récolte des données .....</b>	<b>189</b>
1. Sélection des acteurs pertinents .....	189
2. Méthode de recueil des données .....	191
3. Méthode d'analyse des données .....	216
Conclusion .....	217
<b>Chapitre 2. Les pratiques : entre ressources et contraintes .....</b>	<b>219</b>
1. Les usagers de drogues : des recours bricolés .....	221
2. La médecine, métier de la relation .....	242
3. Contrôle, régulation et balises : définitions de normes et aménagements de pratiques.....	260
4. L'autorégulation à l'œuvre .....	285
5. Les autres acteurs en présence .....	295
6. Le travail en réseau, envisageable en médecine générale ? .....	299
Conclusion .....	305
<b>Chapitre 3. Les pratiques sous toutes leurs formes .....</b>	<b>309</b>
1. La typologie comme outil méso-sociologique .....	310
2. Oui, non, pourquoi pas... : variabilité des positionnements .....	320
Conclusion .....	380
<b>Chapitre 4. Définitions et redéfinitions.....</b>	<b>385</b>
1. Événements et remise en question des pratiques .....	388
2. Des pratiques statiques ? Evolution des positionnements .....	397
Conclusion .....	425
<b>Conclusion de la deuxième partie.....</b>	<b>429</b>

## ***PARTIE 3.***

### ***L'usage de drogues à l'épreuve des frontières ..... 437***

<b>Introduction.....</b>	<b>439</b>
<b>Chapitre 1. Médicalisation de l'usage de drogue : le niveau local .....</b>	<b>443</b>
1. L'inscription de la question au niveau local .....	443
2. Mise en place de coopérations transfrontalières .....	458
3. Arrangements et mobilités transfrontalières : une longue tradition.....	460
4. Mobilités transfrontalières : quels enjeux ? .....	481
Conclusion .....	482
<b>Chapitre 2. Les pratiques à l'épreuve du transfrontalier .....</b>	<b>487</b>
1. La rencontre du transfrontalier .....	488
2. Médecins belges et patients français : quelle rencontre possible ? .....	489
Conclusion .....	505
<b>Chapitre 3. Drogues et pouvoirs publics.....</b>	<b>507</b>
1. Les réponses sanitaires aux consommations de drogues.....	509
2. Les autres réponses à la 'question drogue' .....	514
3. Usage de drogues et secteurs associés : entre tension et coopération .....	532
4. De l'articulation des politiques publiques aux actions professionnelles .....	547
Conclusion : L'ère de la médicalisation contre l'ère sécuritaire ? .....	549
<b>Conclusion de la troisième partie .....</b>	<b>551</b>

<b>CONCLUSION GENERALE</b> .....	<b>555</b>
----------------------------------	------------

<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>571</b>
----------------------------	------------

<b>ANNEXES</b> .....	<b>603</b>
----------------------	------------

Annexe 1. Profil des médecins (récits de vie) .....	605
Annexe 2. Liste des abréviations et des sigles.....	607
Annexe 3. France-Belgique : chronologie des faits importants .....	611
Annexe 4. Modalités de prescription et de délivrance de méthadone et de Subutex® en France et en Belgique : tableau comparatif.....	625
Annexe 5. Loi du 22 août 2002 visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution et modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques (1 et erratum) .....	627
Annexe 6. Arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution .....	631
Annexe 7. Arrêté royal du 6 octobre 2006 modifiant l'arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution.....	637
Annexe 8. Circulaire DGS/DHOS n° 2002/57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés. ....	643

#### **TABLE DES GRAPHIQUES, CARTE, TABLEAU ET ENCADRES**

Graphique 1. Prescriptions de méthadone en Belgique de 1983-2000.....	106
Graphique 2. Prescriptions de méthadone en France de 1983 à 2000.....	116
Graphique 3. Estimation du nombre de patients sous traitement méthadone et Subutex® en France.....	130
Graphique 4. Nombre de boîtes de Subutex® remboursées par l'INAMI.....	140
Carte 1. Récits de pratiques : localisation des médecins rencontrés.....	192
Encadré 1. Avis du Conseil belge de l'Ordre des médecins du 16 juillet 2005 concernant l'arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution.....	265
Encadré 2. Article 37 du Code belge de déontologie.....	267
Tableau 1. Typologie des pratiques des médecins généralistes.....	321
Encadré 3. « Méthadone = danger !!! », document d'information remis aux nouveaux patients d'un médecin hennuyer.....	368





# **INTRODUCTION GENERALE**







*« Les drogués, c'est tous des emmerdeurs ! Ce sont des manipulateurs et des menteurs ! Méfiez-vous, une fois que vous avez mis la main dans l'engrenage, c'est foutu ! »*

Dr G., médecin généraliste, entretien du 12 février 2006

*« Quand on commence à bien les recevoir, on en voit de plus en plus. (...) C'était juste des parasites de la consultation. C'était des gens qui, au lieu de vouloir rencontrer un médecin et aborder leurs problèmes, se montraient menaçants et exigeants. Par moment, j'étais même obligé d'appeler la police pour avoir la paix »*

Dr V., médecin généraliste, entretien du 15 mars 2006

*« Un toxicomane qui vient demander de l'aide, c'est un pauvre nègre qui vient d'arriver sur les côtes d'Espagne épuisé, crevant de froid, crevant de faim et on ne dit pas : « Revenez dans huit jours, on verra ce qu'on peut faire pour vous ». Je suis désolé, ce sont des naufragés, ces gosses... »*

Dr H., médecin généraliste, entretien du 21 février 2006

Le « drogué » sous toutes ses formes est au cœur de nombreux débats. Il fait peur, il alimente les fantasmes et nourrit les stéréotypes les plus divers. Du « propos de bistrot » aux rapports ministériels, l'usage de drogues est l'objet de nombreuses discussions, chacun ayant son opinion sur la question.

Pour ne prendre qu'un exemple, le cannabis occupe aujourd'hui le devant de la scène publique. Il est au centre de préoccupations les plus diverses : questionnements sur sa toxicité, influences sur le comportement des automobilistes, conséquences sur la santé mentale, etc. Les autres drogues illicites sont également l'objet d'attentions particulières, que ce soit pour leur usage festif ou pour leurs consommations croissantes (ecstasy, cocaïne, crack). La consommation d'héroïne, quant à elle, s'est stabilisée, faisant moins parler d'elle sauf lorsqu'il s'agit de la prescrire sous forme médicale dans le cadre de projets de réduction des risques. Les formes d'usages ont évolué au fil du temps et les approches du « phénomène » ont, elles aussi, varié en fonction des orientations politiques, médicales, sociales, éthiques, etc.

Chaque société a répondu et répond à ces usages de manières variées, allant de l'optique la plus sécuritaire à la plus libérale. Un même pays peut ainsi être traversé par de multiples tendances allant parfois jusqu'à faire cohabiter des logiques opposées.

Les mesures répressives des premières heures ont souvent laissé la place à des actions sanitaires dessinant peu à peu un paysage fait de répression, de réduction des risques et de mesures médicales. Les réponses à cette « question drogue », restées multiples et variées, continuent à déchaîner les passions et à créer des polémiques. Notre thèse porte sur une de ces réponses, à savoir la réponse médicale à un usage souvent présenté comme toxique. Elle doit permettre d'analyser et de comprendre les expériences des médecins qui rencontrent les usagers de drogues, mais aussi, dans une moindre mesure, celles des usagers de drogues qui rencontrent la médecine.

### **De l'usager au médecin généraliste : un renversement de perspective**

Le choix d'un objet de thèse ne s'opère pas au hasard. Il est le reflet d'intérêts personnels, de situations vécues ou de préoccupations de recherches antérieures. La « question drogue » ne nous est pas totalement inconnue. L'objet de cette thèse relève d'une interrogation laissée en suspens à la suite d'un contrat de recherche européen portant sur les usagers de drogues et les aides qu'ils recherchent en rapport avec cet usage.

De 2002 à 2004, le Clersé s'est investi dans différentes recherches sur les usages de drogues en territoire frontalier franco-belge, s'intéressant aux consommations en milieux festifs techno et à la recherche d'aide (ce que nous avons appelé « les recours ») des usagers et de leur famille. Ce dernier volet, dont nous avons la responsabilité, nous a amenée à rencontrer des usagers de différentes drogues illicites, à comprendre leur carrière de consommation et à s'interroger, avec eux, sur les difficultés associées et les moyens mis (ou non) en œuvre pour y remédier. Amenée à rencontrer tout type d'usagers, nous avons été confrontée à des récits de vie marqués par la précarité, la souffrance, la violence, le désespoir et parfois la déchéance. Les familles, souvent démunies et culpabilisées, se trouvaient dans un désarroi innommable, comprenant la situation avec peine. Certains épisodes relataient les démarches pour « s'en sortir » et l'entrée dans le fameux « parcours du combattant ». Le médecin généraliste apparaissait dès lors comme une ressource « naturelle ». Les récits recueillis nous ont alors fait découvrir un univers complexe : difficultés de dialogue avec le corps médical,

réticences et appréhensions de certains médecins, stigmatisation des familles, effets de réputation, passages de frontière réguliers pour aller voir « le médecin dealer », « combines » pour se procurer des traitements dans la rue, arrangements et complicité entre certains intervenants et les usagers, etc. A travers ces récits, nous avons découvert un monde médical en difficulté avec ces « patients » atypiques, mais aussi et surtout des usagers et des familles souvent rejetés, bloqués devant un mur d'incompréhension, de préjugés et de peur.

N'ayant pu investiguer la dimension strictement médicale de leurs trajectoires, nous nous étions limitée aux intervenants et professionnels spécialisés en toxicomanie. Mais qu'en était-il de ce médecin de quartier, de ce médecin de famille pouvant constituer une ressource, un apaisement, une porte de sortie ?

Le choix que nous avons alors opéré est celui d'un renversement de perspective. Après avoir recueilli le discours des usagers et des familles sur un monde médical hermétique, nous souhaitions « aller voir de l'autre côté du miroir ». Ce renversement ne s'est pas fait facilement. Passer d'entretiens avec des usagers et des familles en désarroi à des entretiens avec le monde médical est un exercice intéressant mais en même temps périlleux. Cela exige un changement d'approche, de présentation mais aussi de vocabulaire. Avoir rencontré et analysé le « monde des usagers » s'est toutefois révélé un atout précieux pour comprendre ce que vivent les médecins et les difficultés auxquelles ils sont, eux aussi, confrontés.

De ces premières recherches sur les « mondes de la drogue », nous avons conservé l'intérêt pour une approche transfrontalière. Le territoire frontalier est en effet riche pour le chercheur qui s'intéresse aux effets d'une frontière sur les actions des individus, mettant en lumière des stratégies, des jeux d'acteurs et les effets pervers des dispositifs locaux. Notre recherche s'est donc logiquement inscrite dans la zone géographique dans laquelle nous avons réalisé nos entretiens avec les usagers et les familles, nous permettant ainsi de croiser les données récoltées auprès des différents acteurs (usagers, familles et médecins).

### **Usages de drogues et conséquences sanitaires**

L'usage de drogues recouvre différentes réalités allant de l'expérimentation, à l'usage occasionnel ou encore à ce que certains nomment la dépendance. Loin de vouloir décrire

ces différents moments, nous souhaitons comprendre ce qui pousse les uns et les autres à se tourner vers le monde médical et l'accueil qu'ils reçoivent. Les sociologues qui se sont penchés sur ces usages se heurtent souvent à l'impossibilité de les quantifier. Ces réalités sont en effet difficilement saisissables, au-delà de leur caractère illicite, mais aussi de leurs conséquences sociales, familiales, professionnelles ou encore sanitaires.

Revenons brièvement sur ces usages de drogues. Ce qui apparaît clairement, c'est que la tendance au mono-usage se fait de plus en plus rare, les usages sont multiples. On parle alors de polyconsommation. Concernant les produits illicites, dans l'ensemble des pays européens, la consommation de cannabis ne cesse de croître depuis plus de dix ans. En France, du côté des expérimentations déclarées de drogues illicites, trois adultes sur dix de 15-64 ans ont, en 2005, expérimenté le cannabis, moins d'un sur dix en fait un usage occasionnel ou régulier (Beck et Cytrynowicz, 2006). Les expérimentations d'autres drogues illicites restent marginales en France : « On dénombre par exemple 12,4 millions d'expérimentateurs de cannabis, 1,1 million de cocaïne, 900.000 d'ecstasy ou encore 360.000 d'héroïne. Cependant, la légère augmentation des niveaux d'expérimentation chez les 18-44 ans de la cocaïne (3,3% vs 3,8%), des hallucinogènes (3% vs 3,6%) et de l'ecstasy en 2002 et 2005 témoignent d'une diffusion croissante de ces produits » (Reitox, 2006). Les niveaux d'expérimentation de l'héroïne restent stables (Beck, *et al.*, 2006). En Belgique, la situation est similaire. La prévalence de l'usage de cannabis dans la population générale ne cesse de croître allant de 11% en 2001 à 13% en 2004, selon la National Health Interview Survey.

Ces usagers, qu'ils soient réguliers ou occasionnels, sont parfois confrontés à des problèmes de santé réels ou imaginaires, aigus ou chroniques, en fonction de la drogue utilisée et du mode de consommation. Peu de données sont disponibles quant aux répercussions sanitaires de ces différents usages. La Belgique, par exemple, ne dispose d'aucune donnée fiable permettant d'évaluer la mortalité des usagers de drogues. Elle ne dispose pas non plus de données nationales spécifiques concernant le nombre d'usagers présentant un double diagnostic. Jusqu'à présent, il n'y a pas non plus de récolte systématique de données concernant les femmes enceintes usagères de drogues ou les mères (même en traitement) consommatrices avec des enfants.

Les maladies infectieuses représentent la majeure partie de la morbidité somatique observée chez les usagers de drogues (Reitox, 2006). Les estimations de prévalence du

VIH, du VHC et du VHB varient selon les études. Toutefois, l'ensemble de ces recherches souligne des prévalences différentes selon les modes de consommation adoptés par les usagers (injection ou sniff), celles-ci étant plus importantes chez les usagers de drogues par voie intraveineuse comparativement aux usagers non injecteurs et à la population générale<sup>1</sup>.

Une des questions toujours débattue à l'heure actuelle concerne les répercussions des consommations sur la santé mentale des usagers. La question est la suivante : l'usage est-il à l'origine de troubles psychiatriques ou ces troubles sont-ils révélés par l'usage ? En 2004, 3,5% des patients belges admis pour un trouble psychiatrique présentaient également un problème de drogues<sup>2</sup>. D'après certaines recherches, 0,5% de ces troubles psychiatriques étaient induits par l'usage de drogues (Sleiman et Roelands, 2006). Toutefois, 54% des patients admis pour problème de drogues ne présentaient aucun trouble psychiatrique. Concernant les comorbidités psychiatriques, les quelques travaux menés en France ne permettent pas de tirer de conclusions consistantes sur les prévalences de diverses pathologies psychiatriques chez les usagers de drogues (Wieviorka, 2003).

Il n'existe pas de recueil d'informations systématisé concernant les autres pathologies pouvant accompagner ou découler de l'usage de drogues (complications infectieuses, cardio-vasculaires, traumatismes,...). Toutefois, les manifestations pathologiques les plus fréquentes sont constatées – sans surprise – chez les personnes en plus grande précarité.

On ne peut donc l'ignorer, l'usage de drogues illicites présente des risques sanitaires immédiats importants en termes infectieux : hépatites (prévalence 59,8% d'après l'Institut de veille sanitaire<sup>3</sup>), HIV (prévalence de 10,8% d'après l'InVS),

---

<sup>1</sup> « La positivité au VIH déclarée par les personnes fréquentant les 'structures de première ligne' s'étant injectées au cours de leur vie est d'environ 14% contre 4% chez les personnes ne s'étant jamais injectées. Pour le VHC, la prévalence déclarée chez le même public s'étant injecté au cours de la vie est de 55% » (Reitox, 2006). La prévalence de l'hépatite C est plus importante chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et les non-intraveineux que dans la population générale (Matheï, *et al.*, 2005).

<sup>2</sup> Défini comme « abus et dépendance aux opiacés, cocaïne, cannabis, amphétamines, hallucinogènes, produits inhalés ou poly-consommations ».

<sup>3</sup> Institut de veille sanitaire, Communiqué de presse du 5 septembre 2006 : « Usagers de drogues : une séroprévalence du VHC préoccupante et des pratiques à risques qui persistent ».

psychiatriques, neurologiques, sociaux, de surdosage (une centaine de décès par overdose chaque année en France<sup>4</sup>).

Pour répondre à cette situation sanitaire, chaque pays s'est doté de dispositifs destinés aux usagers de drogues. Ainsi, l'offre de soins est relativement variée en Europe, allant de centres spécialisés en toxicomanie, à l'accueil dans les structures de soins généralistes ou encore aux dispositifs de réduction des risques. Dès les années 1980, des centres de soins spécialisés dans l'usage de drogues (il)légal(e)s ont été créés dans un contexte marqué par le sida. L'offre de services comprend également des hôpitaux psychiatriques et des unités de psychiatrie au sein d'hôpitaux généralistes ainsi que des centres de santé mentale. Ces différents services (spécialisés et psychiatriques) sont souvent considérés comme constituant une part importante du dispositif de soins aux usagers de drogues. Pourtant, d'autres possibilités sont offertes : les consultations des médecins généralistes, les psychologues et psychiatres libéraux, les services d'urgence, les travailleurs de proximité, les groupes d'auto-support, et toute autre initiative dans le secteur de la santé ou du social, ...

### **Usage de drogues et médecine générale : quelle rencontre possible ?**

En l'espace de quelques décennies, le rapport de la médecine à l'usage de drogues a été le théâtre de changements significatifs, traduisant l'émergence de préoccupations et d'enjeux nouveaux. Depuis l'introduction du paradigme de la réduction des risques, d'autres modèles de prise en charge de l'utilisateur de drogues se dessinent, ne faisant toutefois pas l'unanimité. Certaines évolutions sont en effet perceptibles dans la prescription de traitements de substitution, la recherche d'alternatives thérapeutiques et de nouveaux traitements, la création de nouveaux dispositifs, la constitution de groupes de travail ou encore la mise en place de conférences de consensus par des organismes professionnels ou différents ministères. De nouveaux acteurs sont apparus sur la scène publique et ce champ spécifique est le lieu de revendications particulières : des associations d'auto-support mais également de professionnels de santé militent notamment en faveur de modèles alternatifs, d'assouplissements des cadres réglementaires et de « bonnes pratiques » en vigueur. En Belgique, les pouvoirs publics

---

<sup>4</sup> Annexe 1 de la circulaire n° DGS/6B/DHOS/02/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge des soins en addictologie.

se sont d'ailleurs récemment prononcés dans ce domaine avec une législation spécifique aux traitements pour opiacés-dépendants.

L'émergence de ce champ particulier est révélatrice de transformations dans l'approche de la prise en charge médicale des usagers de drogues, le champ se médicalisant peu à peu. L'apparition de nouveaux professionnels et d'acteurs de la réduction des risques a permis de développer une « nouvelle manière » d'appréhender l'usager de drogues et son usage, non plus comme un délinquant, mais également comme un malade. Ce changement de perspective n'est toutefois pas perceptible dans l'ensemble de la profession médicale ou, de manière globale, dans la population générale. Bien que certains considèrent l'usager de drogues comme un citoyen responsable de sa santé, d'autres continuent à lui attribuer l'étiquette unique de délinquant.

Dans cette thèse, il ne s'agit pas d'étudier les différentes formes de travail médical à l'égard des usagers de drogues, mais plutôt de nous centrer sur certains professionnels de santé, les médecins généralistes. Notre objectif est d'analyser l'émergence et l'évolution des positionnements et des pratiques de ces médecins à l'égard des consommateurs de drogues illicites. L'observation et l'analyse sociologiques de ces pratiques rendent compte, chez certains, d'une inflexion notable des attitudes et des représentations associées à l'usage de drogues. Il s'agit d'une transformation qualitative du regard médical dont nous traiterons notamment. De ce point de vue, l'introduction des traitements de substitution pour opiacés-dépendants représente un tournant emblématique de cette évolution, emblème qui souvent fait de l'ombre aux autres alternatives mises en place par certains médecins. D'autres restent ancrés dans le paradigme prévalant dans les années 1970-1980, à savoir l'abstinence à tout prix, l'usager de drogues ne relevant d'ailleurs pas de la médecine générale, mais bien d'une spécialité. Nous tenterons de retracer ce mouvement, empruntant notamment à la sociologie de Strauss, une approche en termes de segments professionnels (Strauss, 1992a) qui éclairera, entre autres, le mécanisme de prise en charge à l'œuvre (ou non).

### **La diversité des pratiques, une multiplicité de données**

Pour comprendre les significations et les interprétations que les médecins généralistes donnent aux pratiques à l'égard des usagers de drogues, il fallait mettre en œuvre une méthode qui privilégie le point de vue des acteurs situés dans leur contexte.

Un recueil de données qualitatives par observations, entretiens et analyses en groupe fut donc privilégié. Le dispositif de recherche a été pensé pour ne pas privilégier un angle d'approche, mais pour multiplier et diversifier les données récoltées.

Bien que nous n'ayons pas eu la possibilité de constituer un échantillon représentatif de la population des médecins généralistes, nous avons opté pour un échantillon diversifié avançant au gré des rencontres et des opportunités. Ont été intégrés dans le dispositif à la fois des professionnels confrontés à cette problématique et d'autres qui affichent un refus strict de ces patients. Notre objectif était d'élaborer un échantillon aussi diversifié que possible en termes d'âge, de sexe, de lieu d'exercice et de contexte de travail.

Le socle de la thèse est ainsi constitué de 26 récits de pratiques de médecins belges et de 25 de médecins français. Il faut y ajouter treize entretiens de contextualisation menés avec des acteurs impliqués dans le champ (représentants du Conseil de l'Ordre des médecins, de la Commission médicale provinciale, de la DDASS, de l'Inspection des pharmacies, de certains parquets, de réseaux spécialisés en toxicomanie). Le dispositif s'est également élargi pour pouvoir permettre la rencontre de médecins aux profils différents. L'analyse en groupe (Van Campenhoudt, *et al.*, 2005) a donc été mobilisée en complément des récits de pratiques. Enfin, l'observation et la participation à différentes réunions de réseaux ou collectifs centrés sur la thématique des drogues et l'observation de quelques consultations ont permis d'enrichir les données.

Les informations récoltées auprès des médecins généralistes seront notamment mises en parallèle avec les données recueillies par le biais d'entretiens menés auprès d'usagers de drogues (patients de ces médecins ou non) et leurs familles<sup>5</sup>. Les différentes méthodes de recueil de données seront détaillées dans la deuxième partie de cette thèse.

### **La négociation au cœur des pratiques ?**

Peu de données chiffrées fiables sont disponibles sur les médecins généralistes intéressés ou impliqués dans la problématique des drogues. Pour constituer ces statistiques, faut-il prendre en compte les médecins qui se limitent à prescrire un

---

<sup>5</sup> Dans le cadre du programme Interreg III et de la plateforme transfrontalière des toxicomanies et autres conduites à risques, nous avons réalisé 42 entretiens avec des intervenants en toxicomanie, 21 entretiens avec des usagers de drogues et 15 avec des parents d'usagers.



traitement spécifique une seule fois ou à de rares occasions, ou ceux qui le font de manière régulière (et avec quelle définition de cette régularité ?) ? De plus, l'implication dans la problématique est-elle uniquement révélée par la prescription de traitements spécifiques ? Comment prendre en compte ceux qui offrent une écoute sans autre thérapie ? Le problème de l'évaluation de l'implication et de la comptabilisation des médecins concernés est donc vaste. Loin de vouloir les « compter », notre optique est de comprendre ce qui anime les uns et les autres, ce qu'ils proposent ou non aux usagers de drogues, quelles sont leurs logiques et leurs difficultés.

Ces pratiques seront analysées comme la résultante d'une négociation entre facteurs individuels et contraignants, aboutissant à une configuration d'offres de soins particulières et des oppositions au sein de la profession. Notre thèse présente l'intérêt de concilier deux niveaux d'analyse intrinsèquement liés : celui de l'acteur et celui des contraintes structurelles qui pèsent sur ses actions. S'attachant à analyser les transformations à l'œuvre dans la médecine, Bucher et Strauss, opposés au principe de l'homogénéité au sein d'une profession, ont montré que celle-ci est constituée de segments différenciés. La profession est envisagée en termes de processus, considérée comme sans cesse en mouvement : « les luttes d'influence internes évoluent au gré des transformations et des restructurations des pratiques visant à préserver un territoire menacé ou en conquérir de nouveaux. La profession médicale est ainsi traversée par des conflits d'intérêts, divisée par la diversité et les clivages qui font d'elle un agrégat de segments » (Castra, 2003, 8). On voit apparaître au travers de ce processus de segmentation une communauté informelle qui partage la même identité professionnelle et les mêmes croyances sur le « sens subjectif de l'activité » déployée au regard des usagers de drogues illicites. L'étude de ces pratiques doit permettre de comprendre en quoi les médecins envisagent et accomplissent leurs pratiques d'une manière spécifique qui les distingue des autres membres de la profession. Il importe ainsi d'analyser les définitions « des types de travail, de l'organisation du travail et des tâches prioritaires » (Strauss, 1992a, 72).

« L'ouverture de la médecine générale au traitement des toxicomanies constitue un cas tout à fait original de réorientation d'ampleur du dispositif de prise en charge d'une pathologie et de rupture dans les modalités thérapeutiques antérieures de prise en charge des patients. La diffusion de la pratique substitutive, bien loin de se traduire par

l'émergence d'une médecine généraliste des addictions, suggère plutôt un processus de banalisation de la prescription, côtoyant des pratiques plus professionnelles mises en œuvre par une petite minorité de médecins engagés et expérimentés » (Feroni, 2004, 207). Nous défendons dès lors la pertinence d'une approche par pathologie. En cela, il est possible d'identifier et de circonscrire les catégories de médecins qui sont en situation d'interdépendance dans le cadre de la prise en charge de ces patients, de mettre en évidence leurs stratégies et de comprendre la nature de leurs relations.

Le processus de construction des pratiques constitue un objet de recherche qui permet d'explorer non seulement l'évolution de la médecine générale, mais aussi les aspects cruciaux du métier de médecin, la nature et la force des incertitudes auxquelles ils sont confrontés lors des prises de décisions thérapeutiques, les relations entre les différents acteurs de santé dans la prise en charge d'un patient, les différentes sources d'autorité à l'intérieur même de la profession, les caractéristiques contemporaines de la relation thérapeutique. Plus généralement, l'étude des pratiques des médecins à l'égard des usagers de drogues est un moyen d'aborder un objet classique de la sociologie de la médecine, à savoir la relation thérapeutique, structurant et étant structurée par les dimensions de l'activité médicale. « La consultation de médecine générale reste un lieu où s'exerce non seulement des plaintes physiques mais aussi toutes sortes de difficultés personnelles, professionnelles, familiales ou sociales. Face à elles, les médecins généralistes ont alors à définir ce qu'ils décident d'écouter ou pas, et d'intégrer comme données à traiter médicalement, ou pas, et jusqu'à quel point. Ils ont en définitive à déterminer ce qu'ils vont prendre en charge » (Bungener et Baszanger, 2002, 29).

L'inscription territoriale de cette thèse est singulière. Le choix du territoire franco-belge, la frontière entre le Hainaut<sup>6</sup> belge et le Nord de la France, fait suite, comme nous l'avons évoqué, à d'autres travaux menés sur la problématique des drogues de 2002 à 2004. L'analyse d'un territoire situé à la charnière de deux « mondes » (culturels, législatifs, avec des traditions spécifiques,...) introduit une dimension supplémentaire à nos conclusions et permet de confronter nos hypothèses à des univers et des traditions différents. Cette région frontalière représente un lieu particulièrement intéressant pour tous ceux qui veulent observer les effets d'une frontière sur les conduites des individus

---

<sup>6</sup> Egalement dénommé, dans ces pages, « territoire hennuyer ».

et sur la mise en place de politiques publiques qui sont sensées les encadrer. Cette situation géographique, dont l'histoire industrielle marque de manière sensible les zones étudiées en France et en Belgique permet, en effet, de se rendre compte de la manière dont les individus intègrent la mobilité transfrontalière dans leurs pratiques quotidiennes et de voir comment c'est parfois toute une vie sociale qui finit par s'organiser autour de cette dimension particulière. Il faut se souvenir que depuis des décennies, les mobilités France-Belgique ont été importantes que ce soit pour l'achat de tabac et de denrées ou pour les loisirs, en particulier les sorties festives. Les bibliothèques locales sont remplies d'histoires de fraudeurs avant l'ouverture des frontières (Schengen) et d'« histoires franco-belges ». Les dimensions culturelles constituent donc un socle des mobilités frontalières qui ne peuvent se réduire à l'achat et à la consommation de produits illicites. Dans cette zone particulière, les distorsions législatives ont notamment des effets tout à fait tangibles sur la mobilité et les pratiques des consommateurs de stupéfiants, des jeunes en quête de divertissement festif, mais également des professionnels de la justice ou encore des professions médicales. Ces effets particuliers de frontière feront d'ailleurs l'objet de la dernière partie de cette thèse et enrichiront notre analyse, lui permettant de rendre compte de facteurs spécifiques qu'une analyse « nationale » n'aurait pu révéler.

Dans cette thèse, le terme « usager de drogues » reviendra sans cesse. Seront utilisés de manière indifférenciée « usagers de drogues » et « usagers » pour éviter, à certains endroits, d'alourdir le texte. Il semble d'emblée indispensable de définir ces termes. Par usagers de drogues, nous entendons toutes personnes consommant quelque produit illicite que ce soit (héroïne, cocaïne, cannabis, LSD,...) qu'elles en fassent un usage festif ou journalier, ou encore, pour reprendre la distinction des addictologues, qu'elles en fassent usage, un usage nocif ou qu'elles soient dépendantes. Nous n'englobons donc pas sous ce terme les personnes consommant (exclusivement) de l'alcool ou du tabac.

### **Une approche en trois temps : du contexte à la frontière**

Cette thèse propose une analyse en trois temps des pratiques des médecins généralistes à l'égard des usagers de drogues illicites. La première partie est principalement consacrée à la construction de notre objet ainsi qu'à sa contextualisation. La deuxième partie propose d'entrer dans l'univers des pratiques, rendant compte de la multiplicité des positionnements et de leur évolution. Enfin, la troisième partie analyse l'influence de la frontière géographique sur les pratiques des médecins généralistes,

mais aussi des difficultés de collaborations entre les différents secteurs concernés par les politiques en matière de drogues. Revenons brièvement sur chacune de ces parties.

Le souci d'analyser la mise en place et l'évolution des pratiques médicales à l'égard des usagers de drogues implique de prendre en compte le contexte historique et culturel ayant une incidence particulière sur celles-ci. Dans une première partie, nous montrerons que le champ des addictions qui s'édifie au début des années 1990 ne prend pas place dans un vide social, juridique et politique, mais qu'il s'inscrit dans le cadre d'une transformation des représentations sociales et médicales. Nous nous efforcerons de retracer la genèse et la dynamique d'émergence des soins aux usagers de drogues illicites, en analysant le processus de construction et de légitimation de ces pratiques médicales, nous penchant sur les dispositifs, leurs « ambitions », les enjeux sous-jacents. Les travaux sociologiques rendant compte des transformations contemporaines de ces dispositifs seront présentés. Nous exposerons donc en détail les pistes convergentes qui ont permis de faire émerger progressivement notre préoccupation de recherche. L'ensemble de ces pistes permettra de planter le décor au sein duquel nous évoluerons. Ce décor est à la fois politique et théorique.

Si notre travail s'attache, dans une première partie, à analyser la dynamique d'émergence de cette médicalisation de l'usage de drogues, il nous faut prendre la mesure de ces changements en cherchant à appréhender comment ils se traduisent dans la pratique quotidienne des médecins généralistes. Par conséquent, la deuxième partie de cette recherche consiste à se déplacer vers le microsocial pour explorer la réalité concrète de ces pratiques, d'analyser leur (non) mise en œuvre. Nous nous attacherons ainsi à comprendre la (non) construction de ces pratiques. Comme le souligne Strauss, « on ne peut ni faire de bonnes études au niveau microscopique dans une identification soigneuse et précise des conditions structurelles y afférant, ni comprendre correctement les « structures » et les actions macroscopiques, sans prendre en compte les conditions de « l'identité » qui empiètent sur le macroscopique » (Strauss, 1992b, 13). Cette deuxième partie opère une analyse aussi fine que possible des pratiques, des logiques d'action et rend compte des expériences individuelles et collectives propres aux soins aux usagers de drogues. Nous pourrions ainsi apprécier dans quelle mesure le passage du paradigme de l'abstinence à celui de la réduction des risques, opéré dans le courant des années 1980-1990, a eu une incidence sur les conditions de travail et les pratiques des

uns et des autres. L'existence, le contenu et l'évolution de ces pratiques feront d'ailleurs l'objet d'une analyse rendant compte de leur diversité et variabilité, prenant la forme d'une typologie allant des médecins qui refusent l'accompagnement à ceux qui se spécialisent dans la problématique. Il importe de ne pas réduire ces pratiques à une relation patient-médecin, mais de les resituer dans un ensemble plus vaste, un champ et un cadre constitué de ressources et de contraintes dans lequel le médecin se positionne et évolue. Nous nous intéresserons notamment aux logiques et stratégies suivies par les professionnels de santé, en articulation avec le cadre normatif et règlementaire. Le détail de ces logiques et de ces stratégies constitue le cœur de cette deuxième partie.

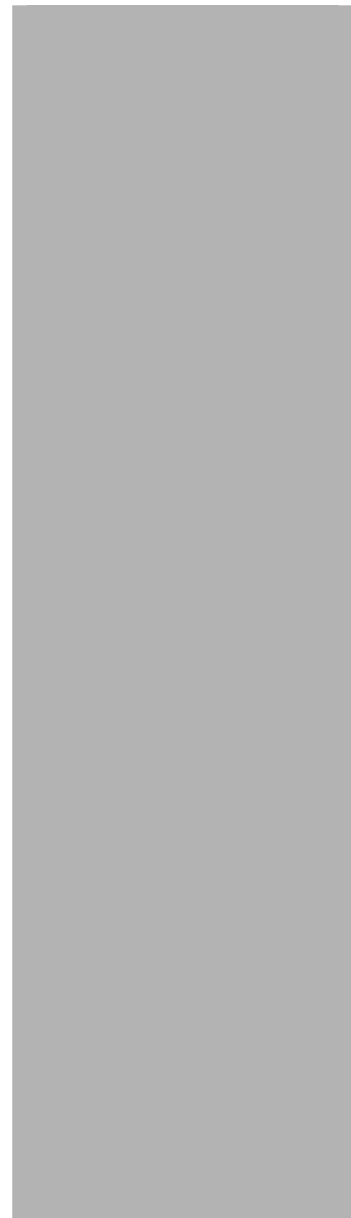
Enfin, la troisième et dernière partie de cette thèse se focalise sur la spécificité du territoire frontalier, caractérisé par la proximité de mondes législatifs distincts, de représentations sur l'altérité, de définitions de territoires, mais aussi et surtout par des ajustements et résistances, des jeux d'acteurs naviguant entre deux « espaces du possible ». Nous montrerons que la notion de frontière n'a pas perdu son sens malgré la mise en place d'un processus d'ouverture territoriale. C'est à cette charnière que se sont joués des épisodes importants en terme de soins aux usagers de drogues. La frontière est ici envisagée comme une aire de contact, une aire de négociation entre deux mondes distincts. C'est en nous situant à cette « charnière » que nous pourrions mieux comprendre les enjeux des pratiques et l'influence qu'a pu jouer un pays sur l'autre. Moins qu'une comparaison entre les deux pays, nous proposons davantage de comprendre les arrangements qui se jouent à cette frontière, ainsi que les effets de celle-ci sur les pratiques des médecins généralistes et des usagers de drogues, mais aussi des autres secteurs en toxicomanie. Les différentiels législatifs, et donc le territoire frontalier, sont ainsi envisagés, dans cette partie, comme des analyseurs des stratégies d'acteurs et des effets pervers des politiques publiques sur les pratiques des médecins, des usagers ou encore des « instances de contrôle ». Le dernier chapitre de cette troisième partie ouvrira notre questionnement. Nous resituerons cette médicalisation dans l'ensemble plus vaste des politiques en matière de drogues prenant en compte les volets répressif, préventif et psychosocial. En effet, les réponses aux usages de drogues ne sont pas uniquement sanitaires et impliquent des professionnels de secteurs différents parfois amenés à se côtoyer (secteur judiciaire, sanitaire, de la prévention ou de la réduction des risques). La notion de frontière prendra donc une autre acceptation

ouvrant le questionnement non plus sur une aire géographique, mais sur les limites de compétences et les légitimités des interventions des uns et des autres.

L'ensemble de cette thèse est marquée par une double volonté : d'une part, décrire le système de contraintes dans lequel évolue le médecin généraliste et, d'autre part, ne pas réduire l'acteur exclusivement au statut d'« être réactif » à ces contraintes. Cette volonté doit donner une dynamique de rédaction et de lecture spécifique et permettra, en conclusion, d'interroger la place de la médecine générale dans le champ des addictions. Notre perspective est clairement orientée vers une analyse de l'articulation entre le microsociologique et le macrosociologique, vers une analyse des contraintes et des marges de manœuvre des acteurs.



**PARTIE 1**  
**La médicalisation de l'usage de drogues :  
retour sur des épisodes difficiles...**







## INTRODUCTION

La première partie d'une thèse est classiquement consacrée à l'exposé de son objet et de sa construction progressive. Nous ne dérogerons pas à la règle, se défendant par sa cohérence, prenant ainsi le temps de cadrer notre objet, phase indispensable à sa compréhension. Nous exposerons tout d'abord en détail les pistes convergentes qui ont permis de faire émerger progressivement notre préoccupation de recherche. L'ensemble de ces pistes permettra de planter le décor au sein duquel nous allons évoluer. Ce décor est à la fois politique et théorique. Nous allons donc évoquer ici les questionnements (et leur émergence) qui ont guidé notre démarche de terrain empirique. Chacune des pistes retenues (correspondant aux chapitres de cette première partie) précise chaque fois davantage notre question de recherche.

La première de ces pistes est relative au traitement de la question des soins aux usagers de drogues dans la littérature scientifique et professionnelle des années 1980 à nos jours. Notre examen en la matière ne prétend pas à l'exhaustivité, mais se donne comme objectif de faire émerger les zones d'ombre, les aspects ayant été peu traités, ceci afin de mettre au jour des questions de recherche pertinentes et de les discuter au regard de nos propres questionnements. Ce point aura notamment pour objet principal de clarifier les savoirs relatifs à l'objet que nous souhaitons étudier.

La deuxième piste retenue est relative au contexte de médicalisation de l'usage de drogues en France et en Belgique depuis la fin des années 1960. Nous tenterons de répondre aux questions suivantes : comment « la société » s'est-elle saisie de cette question de la médicalisation de l'usage de drogues, voire comment ne s'en est-elle pas saisie ? Quelles politiques ont été pensées en la matière ? Quels dispositifs ont été mis en œuvre ou ont été recalés ? Quels acteurs ont joué un rôle central dans cette réflexion ou en ont été écartés ?

Sans prétendre produire une analyse socio-historique exhaustive, cette mise en contexte permet de rendre compte des priorités énoncées par les instances politiques et

le monde professionnel en matière de soins aux usagers de drogues et dont la traduction a abouti à la configuration sanitaire actuelle en la matière. Cette configuration s'est constituée dans un contexte d'incertitude et de mainmise d'une minorité de praticiens. L'examen du contexte politique et scientifique dans lequel se situe notre démarche permettra non seulement de dégager des priorités de recherche, mais également de nous amener à identifier des modèles d'analyse pertinents pour notre objet.

La troisième et dernière piste explorée renvoie non plus à une contextualisation, mais à l'analyse de l'émergence d'un nouvel acteur professionnel au centre des dispositifs de soins et de réduction des risques, le médecin généraliste. L'introduction massive de traitements destinés aux soins des usagers de drogues a placé le médecin généraliste au cœur du dispositif, fort de son pouvoir de prescription et de son rôle d'acteur de première ligne. Cette nouvelle figure émergente, mise au banc auparavant, renvoie à une modification du champ et à une configuration nouvelle. Nous nous intéresserons donc à la littérature scientifique et professionnelle afin de faire émerger les zones d'ombre que cette recherche vise à éclairer. Ce chapitre permettra ainsi de présenter notre question de recherche, ainsi que l'hypothèse centrale de cette thèse.

Ces trois pistes explorées et précisées nous permettront de proposer une perspective épistémologique et de créer une synthèse du questionnement de la recherche, les enjeux et les acteurs qu'elle implique de même que le niveau d'analyse choisi pour le traitement empirique.

# CHAPITRE 1. USAGES DE DROGUES ET SANTE : CONTEXTES ET DEBATS

Comment la littérature rend-t-elle compte du processus de médicalisation de l'usage de drogues ? Comment cet objet a-t-il été appréhendé au niveau scientifique ? Dans ce premier chapitre, nous rendrons compte de l'état de la littérature concernant le sujet. Premièrement, nous nous interrogerons sur les recherches épidémiologiques visant à connaître les populations usagères de drogues et sur les commandes politiques voulant évaluer les dispositifs et traitements. Deuxièmement, la littérature professionnelle médicale fera l'objet d'une analyse non détaillée, mais ayant pour objet de repérer les orientations des articles en la matière, les intérêts marqués pour la thématique ainsi que les contextes dans lesquels les informations ont été diffusées. Troisièmement, nous analyserons la littérature sociologique ayant traité de la question : en quels termes est-elle évoquée ? Quels sont les angles d'approche privilégiés ?

Cette analyse de la littérature ne prétend pas à l'exhaustivité. Nous remontons aux années 1980, période de découverte du sida et de prise de conscience de l'urgence sanitaire liée à la contamination des usagers de drogues par voie intraveineuse. Avant cette période, peu d'auteurs s'intéressaient à la thématique, nous en dirons quelques mots. Notre analyse se centre principalement sur les écrits francophones. L'objectif, déjà précisé en introduction, est de faire émerger les zones d'ombre, les aspects ayant été peu traités en matière de soins aux usagers de drogues, ceci afin de faire émerger des questions de recherche pertinentes et de les discuter au regard de nos propres questionnements. Nous clarifierons ainsi les savoirs relatifs à l'objet que nous souhaitons étudier.

## **1. La médicalisation de l'usage de drogues : des recherches épidémiologiques aux commandes politiques**

Depuis les années 1980, de nombreux travaux ont été réalisés sur le traitement sanitaire de l'usage de drogues. L'appréhension de cette question n'a pas été la même en France et en Belgique. Ainsi, nous proposons de broser rapidement les caractéristiques des recherches menées dans ces deux pays et de rendre compte de leurs évolutions et de leurs orientations. Il s'agit donc de s'interroger sur l'état des connaissances en matière de soins aux usagers de drogues, de dispositifs, etc. Ces connaissances sont à la fois le fruit de recherches épidémiologiques et de commandes politiques.

Du fait des modifications dans les prises en charge entraînées par l'épidémie du sida, puis par l'introduction des traitements de substitution, l'examen de cette littérature sera limité aux deux dernières décennies, bien qu'un bref détour historique ait été nécessaire pour resituer l'ensemble de la problématique. Notre approche est centrée sur la France et la Belgique francophone.

### **1.1. De l'épidémiologie aux pratiques médicales françaises**

Les recherches concernant les soins et les usages de drogues ont d'abord été épidémiologiques, bien qu'en France, elles aient mis du temps à se mettre en place. Elles ont ensuite peu à peu porté sur le dispositif sanitaire à l'égard des usagers de drogues. Ce n'est que plus tard, lorsque les traitements de substitution<sup>7</sup> furent légalement reconnus, que des recherches officielles sur ceux-ci virent le jour. Auparavant, lors des débats sur l'introduction de la substitution, les professionnels français défendaient principalement leur point de vue à partir de recherches internationales. Des services isolés prescrivant marginalement de la méthadone<sup>8</sup> apportaient quelques résultats non représentatifs.

---

<sup>7</sup> La méthadone et le Subutex® (buprénorphine haut dosage) sont deux traitements avec une indication pour la dépendance aux opiacés.

<sup>8</sup> Sans revenir en détail sur le traitement méthadone en lui-même, ceci n'étant pas notre objet, rappelons brièvement quelle est cette molécule. Tout d'abord, rappelons que la méthadone est un opiacé de synthèse mis au point en Allemagne à la fin des années 1930, dans le cadre de recherches militaires visant la production d'analgésiques plus puissants et surtout moins coûteux que la morphine, en préparation de la Seconde Guerre Mondiale. Elle n'est cependant pas utilisée dans ce contexte, le produit ne passant pas le cap des essais cliniques. A la fin de la guerre, tous les brevets de recherche allemands tombent aux mains des alliés, et celui de la méthadone devient possession américaine. Elle reste peu utilisée jusqu'au moment où des recherches sont menées aux Etats-Unis dans les années 1960, liées au problème majeur de santé

Au cours des années 1970, «à l'exception de quelques rares enquêtes épidémiologiques, la recherche en toxicomanie est principalement clinique» (Boullenger, *et al.*, 1992, 87). Au moment du développement du champ spécialisé, dans les années 1970, l'épidémiologie n'est donc pas une préoccupation centrale. La connaissance statistique de la population toxicomane n'a pas bonne presse auprès des intervenants notamment en raison de son éventuelle utilisation politique. Son utilité n'est en rien démontrée, notamment car l'usage de drogues est considéré comme « un problème solvable » en ces années 1970. De plus, le dispositif étant en construction, il n'y a pas de temps, ni d'intérêt à consacrer au développement d'une telle connaissance (Bergeron, 1999a, 199-200). Toutefois, « confrontés à l'extension des toxicomanies et au changement de profil des toxicomanes de la fin des années 1970, quelques cliniciens se spécialisent dans la recherche épidémiologique et amorcent une première description épidémiologique de leur clientèle » (Boullenger, *et al.*, 1992, 87).

Alors qu'au milieu des années 1970, le Ministère de la Santé tente de mettre en place un système généralisé de récolte de données sur base volontaire, auprès des structures spécialisées, non spécialisées et des hôpitaux, les intervenants prônent la dédramatisation pour éviter notamment certaines aspirations répressives. Au tournant des années 1980, c'est la connaissance générale des caractéristiques socio-économico-sanitaires des usagers de drogues qui focalise l'attention. L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) a besoin des intervenants pour atteindre son objectif et doit pénétrer lentement le dispositif en négociant et démontrant son indépendance vis-à-vis des tutelles. Ce n'est qu'au milieu des années 1980 que les premières récoltes de données en collaboration avec les intervenants voient le jour<sup>9</sup>. Des enquêtes épidémiologiques se mettent en place à cette époque et se font peu à peu reconnaître. Elles portent sur deux populations : celles qui consultent les structures

---

publique engendré par la toxicomanie à l'héroïne à New-York (Pelc, *et al.*, 2005). Ainsi, les Dr Dole et Nyswander ont traité six patients à la méthadone. Les résultats étant encourageants tant au niveau médical que social, ils ont poursuivi ces recherches dans une optique de réduction de la criminalité sous Nixon (De Ruyver, *et al.*, 1993). Pour une histoire plus complète, voir (Rosenzweig, 1998).

<sup>9</sup> Les collaborations entre chercheurs et praticiens se développent au milieu des années 1980. « Cette collaboration devient systématique en 1986 pour la base de données proposée aux centres de soins spécialisés, enquête ponctuelle qui a débouché sur une enquête quinquennale, l'enquête 'toxicomanies' (Facy, 1988) » (Boullenger, *et al.*, 1992, 96).

sanitaires, spécialisées et sociales (SESI<sup>10</sup>) d'une part, et, d'autre part, celles qui consultent les seules institutions spécialisées (Inserm). Ainsi, « sous l'égide de la Direction générale de la santé (DGS) et de l'Inserm (Unité 302), un groupe de travail se met en place en 1984 associant cliniciens, chercheurs et responsables administratifs. Une base de données nationale permet désormais de connaître le profil des toxicomanes soignés dans les centres spécialisés et plus largement dans le système de soins » (Boullenger, *et al.*, 1992, 88).

L'activité des centres spécialisés ne sera quant à elle pas évaluée avant la décentralisation. « Leur existence est par elle-même source de légitimité » (Bergeron, 1999a, 207). De plus, le travail thérapeutique est plus que réticent face aux tentatives d'évaluation. La discontinuité des trajectoires des usagers de drogues les rend difficiles ; la garantie d'anonymat et le respect de la déontologie sont également des freins à l'évaluation. La lente montée de la psychanalyse consolide un parti pris éthique : la connaissance statistique est non seulement l'objet d'une méfiance, mais elle est déclarée illégitime au regard des pratiques des intervenants au nom du « chaque cas est particulier ». Les pouvoirs publics développent donc par défaut des instruments de mesure plus comptables. Au début de la décentralisation, le mot d'ordre est : « Il faut faire du chiffre ». L'évaluation de l'activité des centres devient progressivement le seul type d'évaluation disponible.

En France, alors que l'épidémie du sida commence à inquiéter les pouvoirs publics et les professionnels de santé, des recherches épidémiologiques sont d'abord menées en raison de l'ignorance des caractéristiques de la population à risques de contagion. Ainsi, comme le rappelle Bergeron, « le maintien tardif d'un certain type d'objectifs et d'un certain type de technique tient beaucoup en l'absence d'éléments de connaissance fiables tant sur l'épidémiologie des usagers de drogues que concernant l'efficacité du dispositif et des techniques thérapeutiques déployés en France » (Bergeron, 1999a, 198). Bergeron entame notamment une lecture historique de la formation des outils de connaissances épidémiologiques et des procédures d'évaluation (Bergeron, 1999a, 198-216) en concluant que « la perspective épidémiologique a certainement été le parent pauvre de la recherche en toxicomanie » (Bergeron, 1999a, 207). Elle a pris position

---

<sup>10</sup> Enquête du service des statistiques, des études et des systèmes d'information du Ministère des Affaires sociales et de l'Emploi.

tardivement et ses résultats resteront longtemps parcellaires et peu consultés par les professionnels. Les objectifs de ces recherches sont triples : connaître l'état de santé de la population héroïnomane, connaître l'étiologie de la toxicomanie et évaluer les interventions spécialisées et les modèles thérapeutiques.

Ces recherches épidémiologiques sont d'emblée orientées vers les usagers de drogues injecteurs, principaux consommateurs de drogues victimes de l'épidémie du sida. A cette époque, en matière de santé, il est peu question de s'attacher aux autres modes de consommation et aux autres produits consommés. Toutefois, le virus du sida fait émerger de nouvelles populations qui, peu à peu, attirent l'attention et induisent des recherches, particulièrement les populations prostituées (Coppel, *et al.*, 1990, Toussirt, 1991), et les femmes enceintes ou avec enfant. Ces études portent sur l'infection VIH chez les femmes enceintes (Bouilly, 1988, Couturier, *et al.*, 1991, Henrion, *et al.*, 1989, Parquet et Bailly, 1988) et sur les relations mère-enfant (Ebert, 1988, Touzeau, *et al.*, 1991, Weil-Halpern, 1988). Par la suite, lors de la mise sur le marché des traitements de substitution, un suivi des patients à la méthadone est mis en place par l'Inserm. Les 5.000 premiers patients « substitués » à la méthadone sont ainsi inclus dans une enquête prospective comprenant un bilan initial et des suivis tous les six mois.

Alors que les recherches se développent concernant les traitements et le profil des patients, peu d'entre elles s'intéressent aux prescripteurs. Ce n'est que lorsque les traitements de substitution sont officiellement reconnus en France et donc prescrits légalement que des évaluations sont commanditées, présentant bien souvent des résultats partiels.

La question des traitements de substitution et leur évaluation est évoquée dans les rapports internationaux, en particulier européens, sur les questions des drogues dans leurs dernières versions. Outre l'évaluation des conséquences de la consommation sur l'usager, l'aspect le plus souvent abordé est la nécessité de prévoir des offres de soins spécifiques pour cette population-cible.

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies<sup>11</sup> (OFDT), créé en 1993, produit également des informations variées sur les substances licites comme illicites. Il renseigne et documente de multiples questions dans le domaine des substances

---

<sup>11</sup> L'ensemble des publications de l'OFDT est disponible sur le site [www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr).

psychoactives et des dépendances : les populations usagères de drogues, les modes de consommation, leurs conséquences, les représentations sur les drogues, etc. Le recueil de données est organisé autour de quatre pôles : les enquêtes en population générale, l'analyse des « indicateurs », les enquêtes TREND<sup>12</sup> et l'évaluation des politiques publiques. A l'heure actuelle, l'OFDT est un des plus grands producteurs de données sur les drogues en France (tant au niveau local que national). Il participe notamment à la constitution des rapports nationaux français sur les drogues dans le cadre de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanes (OEDT).

## 1.2. Des molécules aux patients belges sous méthadone

En Belgique, avant les années 1980, l'usage de drogues intéresse peu, que ce soit le monde politique, médical ou celui de la recherche. Bien que beaucoup parlent de consommations croissantes, de « toxicomanie juvénile », il est intéressant de souligner que, jusque dans les années 1980, « en communauté française, le nombre de toxicomanes est inconnu, même en ordre de grandeur ; le coût social de la toxicomanie n'a pas été évalué ; il n'y a pas d'inventaire officiel ni des services de traitements offerts aux toxicomanes, ni des besoins existants » (Binot, *et al.*, 1989).

Les premières recherches isolées portant sur les traitements voient le jour au début des années 1980, à l'initiative d'un psychiatre bruxellois, le Dr Marc Reisinger. A cette époque, il découvre des recherches américaines sur la buprénorphine et décide d'expérimenter le Temgésic<sup>®13</sup> aux marges de la loi (nous y reviendrons).

Plus tard, les médecins, acteurs de santé et autres intervenants sensibilisés à la problématique mettent en place différentes recherches et évaluations des traitements. Ainsi, principalement à Bruxelles, le projet Lama<sup>14</sup>, précurseur en la matière, produit des données en faveur de l'introduction de la méthadone et de sa prescription large. Les

---

<sup>12</sup> Enquête portant sur des sites locaux en France visant à produire des rapports locaux annuels (différents sites : banlieue parisienne, Bordeaux, Dijon, Guyane, Lille, Lyon, Marseille, Martinique, Metz, Toulouse, Paris, Rennes).

<sup>13</sup> Nom commercial de la buprénorphine à bas dosage, utilisée en anesthésiologie et dans le traitement de la douleur.

<sup>14</sup> Le projet Lama, centre spécialisé basé à Bruxelles, a ouvert ses premières consultations en 1983. Il propose, dans différentes antennes, un accompagnement psycho-médico-social ambulatoire aux usagers de drogues.



recherches, locales et partielles, sont donc clairement réalisées dans le but d'orienter les débats sur la pertinence d'une prescription de traitement ou non aux usagers de drogues.

Depuis 1995, la politique fédérale belge en matière de drogues a connu un certain nombre de bouleversements. Un travail d'adaptation et d'harmonisation des politiques en matière de drogues a été entrepris. Le gouvernement fédéral fut soucieux, dans ce contexte, de commanditer plusieurs recherches scientifiques. C'est notamment à la suite de la *Note de Politique Fédérale en matière de drogues* –dite "Note Aelvoet" (Bruxelles, 2001)– que le Service public fédéral de programmation politique scientifique a mis en place un « programme de recherches d'appui à la note politique fédérale relative à la problématique de la drogue » (Pelc, *et al.*, 2005, 24). Ce programme comprend 22 projets de recherche<sup>15</sup>, certains étant toujours en cours. Il développe deux volets : d'une part, une évaluation de différents types d'assistance aux usagers de drogues ; d'autre part, une analyse des nuisances liées aux drogues au niveau local et des recommandations quant à la politique à mener en la matière.

La majorité des publications portant sur la question de la médicalisation des usages de drogues, et plus généralement sur « le phénomène drogue », sont actuellement le fruit de ce programme de recherche. Parallèlement, l'établissement de l'observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) comme organe central de référence pour les informations relatives aux drogues pour l'Union européenne et ses états membres en 1993 et la désignation de l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP) comme point focal pour la Belgique, donnent lieu à une récolte de données annuelle sur la problématique des drogues. Ainsi, depuis 1997 est publié chaque année un rapport national belge sur les drogues<sup>16</sup> brossant de manière générale les différentes évolutions en matière d'usages de drogues, mais aussi de réponses à ces usages, qu'elles soient sociales, sanitaires, pénales ou encore préventives. Notons que ces données sont majoritairement épidémiologiques.

---

<sup>15</sup> Les résumés et les rapports de ces différentes recherches sont disponibles sur le site <http://www.belspo.be>.

<sup>16</sup> L'ensemble des rapports nationaux belges sur les drogues, ainsi que l'ensemble des publications du « programme drogues » de l'ISP sont consultables à l'adresse suivante : <http://www.iph.fgov.be/reitox/FR/progdrogues.htm>

### 1.3. Différents types d'approches

Cette littérature française et belge traitant de la médicalisation des usages de drogues se distingue par différents modes d'approche. Les recherches les plus nombreuses sont sans conteste quantitatives, les données qualitatives servant de complément aux données chiffrées en permettant bien souvent d'éclairer un phénomène particulier. Trois types d'approches se distinguent : les recherches centrées (1) sur le traitement en tant que tel (comparaison entre produits, efficacité, évaluation,...), (2) sur le patient sous traitement, (3) sur le professionnel (médecin, pharmacien, psychiatre,...) et ses pratiques, s'intéressant notamment à la relation patient-médecin.

La littérature concernant les drogues illicites et le soin est essentiellement médicale et descriptive. Les résultats restent souvent controversés. On note notamment des ouvrages de médecins généralistes présentant des cas cliniques, faisant part de leurs expériences diverses avec les usagers de drogues, des ouvrages d'introduction décrivant les « bonnes pratiques ». Les articles des sciences sociales ou juridiques sont plus rares, hormis quelques enquêtes tentant d'évaluer les pratiques en œuvre en France et en Belgique, le nombre d'usagers concernés par les soins ainsi que leurs consommations, notamment dans une logique d'évaluation des coûts de la prise en charge.

#### **1.3.1. Les recherches sur les traitements**

Les traitements de substitution se sont donc largement développés en France à partir de la seconde moitié des années 1990, notamment à partir de 1996 avec l'autorisation de mise sur le marché (AMM<sup>17</sup>) du Subutex® pouvant être prescrit par tout médecin. Bien que les données disponibles restent partielles, des évaluations des traitements ont rapidement été mises en place, soulignant leur impact globalement positif et rendant compte de conséquences indésirables (OFDT, 2004). En Belgique, la diffusion des traitements à la méthadone s'est également intensifiée dans le courant des années 1990. Le programme de politique scientifique s'est alors préoccupé d'évaluer le dispositif et de réfléchir aux alternatives possibles.

Sur le plan sanitaire, l'impact le plus marquant de l'introduction de la substitution se situe dans la chute importante des décès par surdose attestée par plusieurs sources

---

<sup>17</sup> Dans la suite de la thèse, nous utiliserons l'abréviation AMM pour désigner l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament.

(OCRTIS<sup>18</sup>, OFDT, Inserm) allant d'une diminution par deux ou par cinq du nombre de décès, selon les sources, durant la deuxième moitié des années 1990. Les résultats positifs se marquent également pendant la grossesse sur l'état de la mère et de l'enfant, nous y reviendrons.

Au niveau social, les recherches attestent de l'impact des traitements dans le processus de réinsertion sociale : les conditions de logement ont tendance à s'améliorer, comme les situations de travail ou l'accès à la couverture sociale. De plus, le ressenti des patients quant à leur qualité de vie s'améliore. Enfin, la prise d'un traitement de substitution durant l'incarcération limiterait le nombre de réincarcérations, nous y reviendrons également.

Parallèlement aux effets positifs des traitements, le développement massif de la substitution à partir du milieu des années 1990 s'est accompagné d'effets négatifs principalement relatés au niveau du Subutex® tels que l'injection, le trafic, la primo-dépendance, etc. Les recherches se sont rapidement centrées sur les associations entre la substitution et d'autres substances licites ou illicites, tels que l'alcool, les benzodiazépines ou encore le cannabis. Toutefois, « en terme d'usage, on constate une diminution globale des pratiques problématiques chez les personnes prises en charge et traitées par BHD [Subutex®] » (OFDT, 2004). Les consommations d'héroïne et les injections diminuent. Le partage du matériel et des seringues deviendrait moins courant.

Les études évaluatives de l'apport du Subutex® sont assez nombreuses, mais plutôt hétérogènes dans leurs objectifs et leurs méthodologies. Soulignons que « les quelques études menées au niveau national ont toutes été lancées par le laboratoire qui commercialise le Subutex®<sup>19</sup>. Il est d'ailleurs difficile d'avoir accès à la méthodologie et aux résultats en dehors des présentations faites par la société Schering Plough dans ses actions de marketing » (Morel, 2000b, 23). Toutefois, cette tendance semble se résorber au profit de recherches initiées par les autorités locales ou par des laboratoires indépendants. Parallèlement, quelques études ont été réalisées à l'initiative de praticiens et de réseaux, bien souvent sans faire l'objet de publications.

---

<sup>18</sup> Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants.

<sup>19</sup> Enquête IMR auprès de 2500 pharmaciens, Panel MG auprès de 200 médecins, enquête d'opinion patients, étude SPESUB, étude SUBTARES, étude APPROPOS.

Concernant les traitements proposés aux usagers de drogues, un ouvrage récent fait notamment le point sur les différences entre les molécules présentant leurs avantages, les risques liés à la prescription, etc. Il fait également état des recherches portant sur les switch méthadone Subutex® et Subutex® méthadone (Jacques et Figiel, 2006). Plus récemment ont été publiées des données sur des alternatives aux traitements de substitution, notamment en terme de délivrance d'héroïne sous contrôle médical (Anseau, *et al.*, 2005, Touati, *et al.*, 1999) ou encore la délivrance de méthadone injectable. En effet, la Belgique a accepté en 2006 de mener un projet-pilote à Liège que nous évoquerons plus loin. De nouveaux traitements, de nouvelles molécules, de nouvelles technologies sont également expérimentés dans le but d'élargir l'offre de soins (UROD<sup>20</sup>, Suboxone®, etc.).

### **1.3.2. Les recherches sur les patients**

Les enquêtes sur les usagers de drogues sous traitement sont menées auprès des patients qui sont, soit suivis en centre spécialisé, soit en médecine de ville. Certaines offrent un point de vue descriptif général, d'autres introduisent la dimension temporelle comme indicateur d'évolution des comportements.

Les recherches sur les patients sont nombreuses et principalement quantitatives, elles s'intéressent aux caractéristiques sociodémographiques des patients, à leurs consommations, à l'évolution de leur traitement, à leur insertion socioprofessionnelle, aux sérologies, aux profils psychiatriques, aux morbidités ou encore aux consommations associées. Au départ, ces recherches étaient menées dans un but d'évaluation des traitements à un instant T. Puis, peu à peu se sont mises en place des enquêtes de suivi de cohortes de patients, enquêtes difficiles à mettre en place en raison de l'instabilité d'une partie de la population usagère de drogues. La question du devenir des patients en traitement est sensible pour la plupart des praticiens et la difficulté du suivi des cohortes est réelle, notamment en raison des risques de rechutes. La réalisation de ces recherches est dès lors une entreprise lourde. Les résultats, même s'ils sont peu nombreux ou portent sur des populations restreintes, fournissent quelques éléments d'interprétation.

---

<sup>20</sup> Ultra Rapid Opioid Detoxification : technique de sevrage ultra rapide sous anesthésie.

Trois types de « patients » ont peu à peu attiré l'attention pour des raisons variées : les patients incarcérés, les femmes enceintes sous traitement de substitution, ainsi que les « inobservants ».

#### **a) Les incarcérés**

Le débat sur les usagers de drogues et les prisons est souvent ravivé. Il interroge la place des médicaments dans ces institutions et le pouvoir de prescription des médecins y exerçant.

Dans les prisons françaises se trouve un nombre important de détenus usagers de drogues, « ce pourcentage varie selon les sources et les régions entre 20% et 40%. Les représentations des usagers de drogues dans le milieu carcéral, la précarité de leur état de santé ainsi que leurs comportements à risques qui les ont exposés et continuent de les exposer à la contamination par le VIH et par les virus de l'hépatite B et C, ont conduit les pouvoirs publics à prendre des dispositions afin de mener une politique de réduction des risques » (OFDT, 2003). Avec la loi de janvier 1994<sup>21</sup>, la santé en milieu pénitentiaire devient un enjeu fort de santé publique. En 1996, une circulaire de la Direction Générale de la Santé<sup>22</sup> a ouvert la possibilité de prescription de traitements de substitution dans les prisons françaises. Avec celle-ci, la poursuite et l'initialisation du traitement Subutex®, ainsi que la poursuite du traitement méthadone sont rendues possibles. L'initialisation du traitement méthadone en prison n'a quant à elle été autorisée que plus tard<sup>23</sup> et uniquement pour les établissements disposant d'un centre de soins spécialisés en toxicomanie.

Dans les établissements pénitentiaires, les équipes médicales ont donc la possibilité d'initier ou de poursuivre un traitement de substitution, bien que des craintes et des réticences se manifestent –plus ou moins fortement selon les endroits-, certains allant jusqu'à « invoquer l'article 47 du Code de déontologie médicale pour s'opposer à un traitement du fait de ses convictions personnelles » (Morel, 2000b, 20-21). La première enquête française sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire remonte à 1998 (Morfini et Tortay, 1999).

---

<sup>21</sup> Loi n°94-43 du 18 janvier 1994.

<sup>22</sup> Circulaire DH n° 96239 du 3 avril 1996.

<sup>23</sup> Circulaire DGS/DH/Direction de l'administration pénitentiaire n°739 du 5 décembre 1996.

En Belgique également, les traitements de substitution sont accessibles en prison. Bien que les possibilités soient limitées<sup>24</sup>, il y a de plus en plus de traitements mis en œuvre, y compris des traitements de maintenance. En 2002, tous les pharmaciens et psychiatres des prisons recevaient de nouvelles recommandations concernant l'utilisation des traitements de substitution. La maintenance est maintenant recommandée pour tous les nouveaux prisonniers s'ils étaient déjà sous traitement avant incarcération et s'ils ne sont pas condamnés à une peine de plus d'un an. Dans le cas de longues peines, il est recommandé de mettre rapidement en place des dégressions de traitement. Des précautions sont prises à l'égard des patientes enceintes, des patients HIV positifs ou souffrant d'hépatite (Sleiman, 2004, 102-103). L'initialisation du traitement est également possible.

Les autorités sont conscientes que l'usage de drogues et le trafic existent en prison. Les centres de détention coopèrent avec des centres extérieurs spécialisés en toxicomanie. En septembre 2001, le VAD (Vereniging voor Alcohol en Andere Drug problemen) a mené une recherche sur l'aide des centres spécialisés aux usagers de drogues en prison. Les prisons organisent différentes activités. Certains centres organisent des sessions d'information et d'éducation pour les détenus, leur présentant notamment les possibilités de traitement après la détention. L'aide varie d'un traitement individuel à une prise en charge en groupe.

La politique principale en terme de traitements aux usagers de drogues est la désintoxication, avec la possibilité d'une assistance médicamenteuse. La poursuite de la maintenance au traitement est recommandée dans les cas de grossesses, de détention courte (moins d'une année), d'hépatite ou de HIV. En 2002, un rapport européen mentionnait qu'habituellement, en Belgique, aucun traitement de substitution n'était initié en prison (Sleiman et Sartor, 2002, 91). En 2002, le rapport de l'EMCDDA<sup>25</sup> mentionnait qu'aucune évaluation des traitements pour usagers de drogues incarcérés n'avait été publiée (Sleiman et Sartor, 2002, 93).

N'oublions pas que les détenus font l'objet d'une médication lourde (benzodiazépines, tranquillisants, antidépresseurs, etc.) ayant une fonction de « garant d'un certain équilibre » au sein des murs de la prison. Nous évoquons ici les traitements

---

<sup>24</sup> Voir la circulaire du Ministre de la Justice concernant l'organisation des services toxicomanie en prison.

<sup>25</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

de substitution, mais certains usagers s'automédiquent en se procurant différentes substances au marché noir (cocaïne, héroïne, Subutex®, cannabis, alcool, etc.) ou en se les faisant prescrire par le personnel médical.

Les recherches portant sur la délivrance de traitement de substitution aux personnes incarcérées se sont ainsi développées ces dernières années. Deux questions sont principalement étudiées : l'initiation d'un traitement en prison et le relais de traitement pour un patient étant déjà suivi avant son incarcération. Dans certains établissements, le personnel médical accepte l'initiation ; dans d'autres, il refuse vigoureusement ; dans d'autres enfin, il accepte du bout des lèvres, c'est-à-dire qu'il prescrit les traitements mais en les sous-dosant ou qu'il les prescrit en diminuant très rapidement le dosage. Une troisième question, directement liée aux précédentes, est celle du détournement de traitement au sein des prisons.

De manière générale, les recherches pointent des difficultés de mise en place ainsi qu'une absence de coordination entre les différents services de santé des différents établissements pénitentiaires. Sont également soulevés le manque de formation des personnels soignants, les contraintes de délivrance des traitements, le manque de prises en charge globales, des problèmes de sous-effectifs des personnels soignants, ainsi que la quasi impossibilité d'assurer un suivi postpénal.

Dans les différents rapports publiés sur la question et les conférences européennes ou internationales, les deux principaux éléments soulignés sont, d'une part, ce que le personnel soignant appelle le mésusage de traitement et principalement de Subutex® ; et d'autre part, les représentations des traitements des personnels pénitentiaires et des détenus non consommateurs.

#### **b) Les femmes enceintes**

Les consommations de drogues durant la grossesse sont considérées comme un problème majeur de santé publique, les risques pour l'enfant à naître amenant une morbidité et une mortalité supérieures à ceux d'enfants de mères non usagères. Ainsi, la question de la maternité chez les usagers de drogues soulève de nombreux débats. « Les idées fausses sur les risques tératogènes associés aux consommations de certaines drogues ne manquent pas, tandis que la pression de l'entourage, y compris médical, à décréter un sevrage en pleine grossesse expose au risque de fausse couche ou

d'accouchement prématuré (...) Les drogues encore absorbées, à commencer par l'alcool, le tabac et les sédatifs, peuvent compromettre l'allaitement ou faire planer le risque de mort subite » (Jacques et Figiel, 2006, 229).

Avant l'introduction des traitements de substitution, la plupart des grossesses des mères usagères de drogues étaient peu suivies, voire pas du tout. La naissance se déroulait de manière difficile et l'enfant présentait rapidement un syndrome de sevrage. Il était en général enlevé à la mère et placé par le tribunal de la jeunesse. L'introduction de la substitution en médecine de ville a été vue comme une solution pour la mère et pour l'enfant. Elle a été un moyen de sensibiliser les médecins à l'impact des usages de drogues durant la grossesse. Ces traitements permettraient, selon certains auteurs, un meilleur suivi des grossesses : « orientation vers un gynécologue, bilan sanguin, meilleure alimentation et hygiène de vie, diminution des maladies dues aux injections intraveineuses. Ils protègent le fœtus d'épisodes de sevrage répétés » (Jacques et Figiel, 2006, 232).

Ainsi, « la prise en charge des femmes enceintes usant de produits illicites pose des problèmes spécifiques liés à l'interdit de la consommation, la clandestinité ou le refus du suivi des grossesses par les femmes, la dissimulation des prises de produits avant l'accouchement par peur des réactions des équipes médicales, du risque de placement de l'enfant ou de déchéance parentale » (Simmat-Durant, 2002, 105).

L'introduction des traitements de substitution comme modalité essentielle de prise en charge des femmes enceintes usagères de drogues a en effet suscité un nouveau champ de réflexion. La substitution est considérée comme solution principale, le sevrage étant inenvisageable pour la plupart des auteurs et l'intoxication du nouveau-né avérée. Les recherches portent principalement sur les effets du traitement sur la femme et son fœtus/enfant ainsi que sur les pratiques des différents services et professionnels, le point de vue des femmes enceintes reste quant à lui moins abordé.

### **c) Les « inobservants »**

Les injections au cours du traitement ont fait l'objet de recherches ciblées. En effet, nombre de praticiens constatent des injections tant chez les patients sous Subutex® que sous méthadone bien que ces dernières soient moins fréquentes. La différence se marque non pas tant dans le traitement (Fontaa et Bronner indiquent des pourcentages



similaires d'injections pour la méthadone et le Subutex®) que dans la substance injectée<sup>26</sup>. Toutefois, les détournements d'usages étaient déjà relatés avant l'introduction de la buprénorphine sous sa forme hautement dosée (Hautefeuille, 1991), la tendance s'amplifiant avec le temps. Néanmoins, comme le note Morel, « la plupart des experts qui dénoncent les effets pervers du Subutex® ne condamnent ni la molécule en elle-même ni la substitution en général mais critiquent plutôt les conditions dans lesquelles la politique de substitution s'est développée (Gibier, 1996, Verboud, 1998) » (Morel, 2000b, 14).

Si l'injection de méthadone est une pratique rare, celle de buprénorphine est d'une importance non négligeable<sup>27</sup>. Outre le risque de contamination virale, l'injection de buprénorphine amplifie le risque de dépression respiratoire et de surdose notamment quand elle est associée aux benzodiazépines ou à l'alcool.

En France, rapidement après son AMM, le Subutex® a été l'objet de recherches sur ce que certains ont appelé les détournements ou les mésusages. Ces termes auxquels d'autres s'ajoutent - notamment celui d'inobservance de traitement ou de consommateurs hors prescription - ne font pas l'unanimité et recouvrent différentes réalités. « Le débat autour des mésusages est souvent pollué par un manque de clarification des concepts et l'imprécision des populations observées » (OFDT, 2004). Nous n'entrerons pas ici dans ce débat conceptuel, mais nous évoquerons rapidement ces recherches. Elles sont documentées sur l'utilisateur et non sur le prescripteur ou le délivreur. Ainsi, elles parlent peu, voire pas du tout des médecins délivrant ces prescriptions.

Comme nous l'avons mentionné, le développement massif de la substitution à la buprénorphine haut dosage (BHD) à partir du milieu des années 1990 (en France) s'est accompagné d'effets négatifs principalement relatés au niveau du Subutex®. « Bien que théoriquement non injectable, la buprénorphine est injectée par 11% des personnes sous

---

<sup>26</sup> Les patients sous méthadone s'injecteraient de l'héroïne et de la cocaïne ; les patients sous Subutex® s'injecteraient leur « traitement » (Fontaa et Bronner, 2001).

<sup>27</sup> « La prévalence de l'injection de BHD chez les patients bénéficiant d'un traitement de substitution varie selon les enquêtes entre 7,5% (dans une enquête par auto questionnaire du laboratoire Schering Plough) et 55% des sujets enquêtés par Aides. Cette prévalence dépend de la population considérée, elle serait plus importante parmi les usagers les plus désocialisés rencontrés dans les structures de premières lignes ou en milieu carcéral que parmi les patients mieux insérés rencontrés plus souvent dans les cabinets de généralistes, et diminuerait avec la durée de la prise en charge » (OFDT, 2004, 59).

protocole médical (OPPIDUM, CEIP, 2002) et par 54% des personnes l'utilisant comme produit de défoncé (OFDT, 2003) » (OFDT, 2004). L'injection entraîne principalement des conséquences sanitaires préoccupantes (abcès, nécroses, contaminations virales,...). La BHD fait également l'objet d'un « trafic pouvant prendre localement des proportions importantes : il est estimé qu'entre 20 et 25% des quantités vendues en France sont détournées (OFDT-CNAM) » (OFDT, 2004, 3).

La recherche de Vidal-Trecan est une des premières à se donner comme objectif de connaître la prévalence de l'injection de BHD dans une population d'usagers d'opiacés vus dans le cadre de la prise en charge médicale ou sociale, de décrire cette population et d'évaluer le niveau de connaissances des usagers sur la BHD (Vidal Trecan et Boissonnas, 2001). A partir d'une enquête par questionnaires réalisée auprès d'une population de 779 usagers de drogues des régions Alsace, Ile de France et PACA, il apparaît une forte prévalence de l'injection chez les usagers : la pratique de l'injection, au moins une fois, a concerné un usager sur deux et est devenue une pratique courante pour la majorité des sujets. L'injection a très souvent causé des complications médicales et conduit à une hospitalisation. 3,5% des personnes interrogées ont relaté une perte de connaissance. La décision d'injecter le produit ne semble pas le fait d'un effet d'entraînement mais plutôt l'expression d'une volonté personnelle basée sur la recherche de sensations différentes. Pour la première fois, une recherche fait état d'une prévalence élevée d'une première injection de BHD qui, dans la majorité des cas, va se poursuivre. Ainsi, le détournement du Subutex® pose également question lorsque l'on sait que pour un cinquième des patients sous BHD fréquentant les structures d'accueil de première ligne, la BHD a constitué une voie d'entrée ou de ré-entrée dans la toxicomanie (OFDT, 2004). Ainsi, « la consommation de buprénorphine hors protocole précéderait l'entrée en traitement dans environ un tiers des cas. Par ailleurs, il est constaté que des personnes fortement précarisées accèdent par ce biais à la substitution » (OFDT, 2004, 4). Cette primo-utilisation semble être le fait de jeunes poly-consommateurs « rencontrés par les intervenants de rue ou dans les technivals (Bégaud, *et al.*, 1998, OFDT, 2000). Elle est rarement le fait d'erreurs d'indications qui semblent toucher moins de 1% des prescriptions (Seyer, *et al.*, 1998) » (Morel, 2000b, 14).

En Belgique, nous n'avons pas recensé de recherches sur le mésusage du Subutex®, ceci est sans aucun doute dû au fait que le traitement est très peu prescrit (Sleiman,

2004). Les recherches belges traitent d'ailleurs peu de ces questions de détournement ou de mésusage de manière générale. Elles s'orientent alors davantage vers la question de la maintenance ou des dépannages.

### **1.3.3. Les recherches sur les praticiens**

Les recherches portant sur les praticiens semblent nombreuses dans la littérature. A leur lecture, on remarque rapidement qu'elles ne traitent pas ou très rarement des pratiques professionnelles en tant que telles, mais bien souvent des patients. Alors que les patients peuvent être l'objet de recherches à part entière, les professionnels de santé travaillant « en ville » sont rarement l'objet central d'enquête. Le médecin et le pharmacien sont bien souvent utilisés comme « intermédiaires » pour accéder aux patients. Ainsi, nous n'avons recensé que peu de recherches s'intéressant aux praticiens « seuls ». Ils sont notamment l'objet de recherche lorsqu'il s'agit d'établir les « bonnes pratiques » ou de proposer des recommandations de délivrance et de prescription des traitements (Auriacombe, *et al.*, 2004, Denis, *et al.*, 2001). Peu de recherches se sont intéressées aux pratiques des professionnels à l'hôpital ou dans les cabinets des praticiens libéraux.

L'OFDT a notamment publié de nombreux résultats de recherches traitant de l'accompagnement des usagers de drogues en médecine de ville. Ils nous éclairent sur les pratiques sans toutefois proposer une analyse détaillée et nuancée de celles-ci et se centrent principalement, comme nous le notions, sur une évaluation des traitements (Barbot, *et al.*, 1993, Bloch, *et al.*, 1998, Bloch, *et al.*, 1996, Cadet-Taïrou et Cholley, 2004, Charpak, *et al.*, 1994, Colomb, *et al.*, 2001, Moatti, *et al.*, 1998).

L'une des plus récentes<sup>28</sup> (Colomb, *et al.*, 2001) opère une comparaison entre les résultats d'enquêtes menées auprès de médecins généralistes en 1992-1995-1998 et 2001. Ses objectifs sont de « suivre l'évolution de la prise en charge des toxicomanes par les médecins généralistes », de « dresser un bilan de la substitution quelques années après sa mise en place et d'étudier l'usage d'autres produits illicites que l'héroïne chez les personnes venant consulter en médecine générale (cannabis, amphétamines, etc.) et

---

<sup>28</sup> Enquête réalisée par téléphone auprès de 306 médecins généralistes, dont 276 ont une activité exclusivement libérale et 30 ont une activité en centre médico-social. L'échantillon est principalement composé d'hommes (74%) exerçant dans des villes de taille moyenne (2000 à 20.000 habitants) et ayant leur thèse depuis plus de 10 ans. Ces caractéristiques, ainsi que la répartition géographique par région, sont proches de celles observées pour l'ensemble des médecins généralistes français.

la consommation d'alcool ». D'une manière générale, la sensibilisation des médecins généralistes à la question de l'usage de drogues n'a cessé de croître depuis 1995. Toutefois, « après la forte progression observée sur la période de 1995-1998, il semble que l'on assiste à un certain ralentissement, voire à une stabilisation de la situation sur la période 1998-2001 ». En 2001, presque la moitié des médecins généralistes interrogés (45% contre 22% en 1995) déclare avoir suivi une formation en toxicomanie et près de 60% des médecins ont reçu au moins un patient usager d'opiacés au cours des douze derniers mois. Le nombre moyen de ces usagers reçus dans l'année a progressé passant de 4 patients par médecins en 1995 à 7 en 1998 et à 9 en 2001. Concernant le Subutex®, les pratiques de prescription ont peu évolué depuis 1998 et restent proches des recommandations officielles. Enfin, « un médecin sur deux est (...) convaincu que la prise en charge des toxicomanes en ville est possible. Cette proportion n'a pas bougé depuis 1995 (...), mais les médecins convaincus du contraire sont nettement moins nombreux en 2001 que 6 ans auparavant ». Dans l'ensemble, en 2001, les médecins jugent le bilan de la substitution après 5 ans d'AMM « positif » ou « plutôt positif » (55%) bien qu'un tiers (36%) émettent un avis mitigé sur la question. Ces derniers évoquent principalement la crainte d'une dépendance au traitement, l'impossibilité de suivre ces patients en ville ou encore des problèmes de trafic ou de nomadisme.

Une des dernières recherches de l'OFDT portant sur une approche régionale de la substitution aux opiacés sur 13 sites français<sup>29</sup> remonte à 2002 (Cadet-Taïrou et Cholley, 2004). Sur l'ensemble des sites, les auteurs notent une « diffusion importante de la pratique de prescription des traitements de substitution. (...) 35% des médecins généralistes des zones concernées ont prescrit un traitement de substitution au cours de la deuxième moitié de l'année 2002. (...) Le nombre de médecins prescripteurs s'est accru de 11% entre le premier semestre 2001 et le deuxième semestre 2002. » (Cadet-Taïrou et Cholley, 2004, 72). Toutefois, la pratique reste fortement concentrée sur un nombre restreint de médecins. « Les 20% des médecins les plus prescripteurs de traitements substitutifs réalisent 73% des prises en charge » (Cadet-Taïrou et Cholley,

---

<sup>29</sup> Cette recherche porte sur les personnes bénéficiaires du régime général d'assurance maladie hors sections locales mutualistes, affiliées à l'une des treize Caisses primaires d'assurance maladie suivantes : Bobigny, Bordeaux, Dijon, Grenoble, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Montpellier, Nice, Paris, Rennes, Toulouse. Elle s'est intéressée aux personnes acquérant uniquement leur traitement de substitution en ville, durant les quatre semestres 2001 et 2002.

2004, 73). La proportion de médecins n'ayant prescrit qu'à un ou deux patient(s) est donc non négligeable. La prescription tant de Subutex® que de méthadone (dans une plus grande mesure) reste très concentrée en médecine de ville sur quelques praticiens.

Les recherches sur les praticiens sont également réalisées par des réseaux de soins spécialisés en toxicomanie. En Belgique, le réseau Alto, Alternatives aux toxicomanies, émanation de la Société scientifique de médecine générale belge, a réalisé deux recherches tentant de décrire les pratiques des médecins généralistes à l'égard des usagers de drogues, mais également de décrire leur profil. Bien que ces recherches se basent sur les médecins du réseau et ne sont donc pas représentatives de l'ensemble des médecins généralistes belges, elles apportent des éléments d'éclairage intéressants.

La première recherche menée par Alto avait pour objectif de réaliser un état des lieux de la pratique des traitements de substitution à la méthadone chez les médecins généralistes, « tant pour alimenter la formation des médecins généralistes (...) que pour préciser l'impact de ces pratiques en termes de Santé Publique » (Denis, *et al.*, 2001, 2). Les objectifs étaient de décrire les modalités de pratiques des médecins généralistes<sup>30</sup>, le profil des patients, leur niveau de stabilisation et de réinsertion, d'évaluer l'impact des traitements et de comparer les pratiques en fonction de l'investissement du médecin (participants aux formations ou non, praticiens libéraux ou exerçant en centre) et du nombre de patients suivis. Les principaux résultats sont les suivants : 79% des patients sont suivis en pratique privée et 21% en centre spécialisé. La file active d'usagers de drogues est en moyenne de 6 patients par médecin. 69% des médecins suivent moins de 15 patients simultanément ; 24% en suivent entre 15 et 50 ; et 7% en suivent plus de 50 (avec un maximum de 83 patients). L'âge moyen des médecins est de 46 ans. Le sex-ratio des médecins se superpose à celui des usagers : trois-quarts d'hommes et un quart de femmes. 75% des médecins ont suivi une formation ou participent à des interventions. « Chez les médecins suivant un plus grand nombre de patients, on assiste à l'effritement d'un certain nombre de critères de qualité du traitement, à une augmentation des doses prescrites et à un moindre respect des recommandations habituelles, mais sans qu'on puisse pour autant mettre en évidence un impact négatif sur les résultats obtenus, du moins en termes de réduction de consommations de drogues » (ALTO-SSMG, 2005).

---

<sup>30</sup> Cette recherche a porté sur 42 médecins généralistes des régions bruxelloise et wallonne, et 559 de leurs patients.

La recherche la plus récente menée par Alto (ALTO-SSMG, 2005) comportait deux volets : le premier ayant comme objectif de récolter des données sur les médecins prescripteurs membres du réseau et leurs patients, le second évaluant le travail de sensibilisation et d'information du réseau sur l'ensemble de la région wallonne. Les mêmes réserves sont à émettre quant à la constitution de l'échantillon. Les principaux résultats sont les suivants : 2.640 patients sont suivis par 164 médecins. En moyenne, chaque médecin suit 8 patients (minimum 0 et maximum 54). Il est à noter que 8 médecins sont considérés par l'enquête comme des « extrêmes » et sont de fait éliminés de la moyenne précédente, ceux-ci reçoivent respectivement 90, 110, 139, 150, 182, 250, 300 et 300 patients.

Récemment, Alto et Citadelle<sup>31</sup> ont publié un ouvrage à destination des professionnels de santé désireux d'en savoir davantage sur l'accompagnement des usagers de drogues (Citadelle et ALTO-SSMG, 2007). Cet ouvrage rend compte des rencontres, appelées « pratiques partagées autour des assuétudes », organisées depuis 2001, réunissant divers professionnels intéressés par la question.

Tant en France qu'en Belgique, les recherches sociologiques portant notamment sur les pratiques des médecins et des pharmaciens de ville ont vu le jour dans le courant des années 2000 (Feroni, 2004, Feroni, *et al.*, 2005, Pelc, *et al.*, 2005). En Belgique, la première recherche épidémiologique intégrant des pharmaciens d'officine a été menée très récemment (Ledoux, 2005). Le niveau d'implication des médecins est variable, allant du niveau minimum d'investissement (recevoir un patient, faire le point et l'orienter) au niveau d'implication plus important (prise en charge dans la durée avec formation adaptée). La question de la formation des médecins est parfois posée mais rarement étudiée en tant que telle. Souvent, les médecins doivent s'adapter à une clientèle spécifique pour laquelle la plupart n'ont pas reçu de formation spécifique durant leur cursus universitaire, ce qui se traduit par des attitudes de rejet ou des prescriptions inappropriées<sup>32</sup>.

\*

---

<sup>31</sup> Réseau d'aide et de soins en toxicomanie situé à Tournai.

<sup>32</sup> Actuellement, on relate notamment des substitutions de haschich par du Subutex®. La recherche de traitements substitutifs adaptés à d'autres produits illicites pousse certains praticiens inexpérimentés à tester ces traitements.

Ce premier point avait pour objectif de présenter de manière non exhaustive l'état des connaissances en matière de soins aux usagers de drogues. Nous avons noté que la littérature portant sur le traitement sanitaire des usagers de drogues s'est peu à peu densifiée au fil des années, avec un net développement à partir du milieu des années 1990. Auparavant, on savait peu de choses sur les usages de drogues, et encore moins sur les possibilités de soins à ces populations, la France et la Belgique étant ancrées dans le paradigme de l'abstinence. Cet intérêt accru va de pair avec la diffusion des traitements de substitution. A partir de cette période, les pouvoirs publics ont notamment été soucieux d'évaluer les dispositifs et de réfléchir à la mise en place de nouveaux programmes de santé. Notons toutefois que cette attention reste majoritairement orientée sur les patients et les traitements, et très peu sur les professionnels en charge de ces dispositifs.

## 2. Drogues et littérature médicale

Après cette analyse de la littérature spécialisée, nous proposons de nous intéresser aux informations diffusées aux médecins généralistes sur la question de la médicalisation de l'usage de drogues. Pour savoir de quelles informations le médecin généraliste dispose, nous avons réalisé une analyse de la littérature professionnelle. Elle s'est orientée vers certaines revues médicales destinées aux médecins généralistes, les plus lues. La sélection s'est portée sur les revues suivantes : *La revue du praticien Médecine générale*<sup>33</sup>, *La revue du praticien*<sup>34</sup>, *Le quotidien du médecin*<sup>35</sup>, *Prescrire*<sup>36</sup>, *La presse médicale*<sup>37</sup>, *Le généraliste*<sup>38</sup>, *Le concours médical*<sup>39</sup>, *Le Panorama du*

---

<sup>33</sup> *La revue du praticien Médecine générale* (1987) est une revue bimensuelle destinée aux médecins généralistes et aux internes en médecine générale. Cette revue française est l'organe de réflexion, d'expression et de formation de tous ceux qui participent de près ou de loin au développement et à l'exercice de la médecine générale.

<sup>34</sup> *La revue du praticien* est une revue médicale française de référence, destinée aux médecins, généralistes ou spécialistes, libéraux ou hospitaliers, médecins en formation ou étudiants.

<sup>35</sup> Revue médicale française éditée par la Société des éditions scientifiques et cultures.

<sup>36</sup> L'idée du projet *Prescrire* est née à la fin des années 1970, au sein d'un groupe de médecins et de pharmaciens voulant réaliser le projet d'une revue de formation professionnelle médico-pharmaceutique "fiable, indépendante, adaptée aux besoins des soins de première ligne". Destinée aux professionnels de santé, *Prescrire* est une revue mensuelle française.

<sup>37</sup> Revue pluridisciplinaire de littérature médicale générale française, *La presse médicale* couvre l'ensemble des spécialités médicales.

<sup>38</sup> Magazine médical spécialisé belge, *Le généraliste* est destiné aux professionnels médicaux proposant des nouvelles médicales et scientifiques, ainsi que des sujets d'actualité politique et sociale.

<sup>39</sup> *Le Concours médical* (1879) est une revue française hebdomadaire, destinée aux praticiens et aux étudiants en médecine. Il rassemble les nouvelles professionnelles et l'actualité médicale qui ont marqué la

*médecin*<sup>40</sup>, *Le Journal du médecin*<sup>41</sup>, *La revue de la médecine générale*<sup>42</sup>, *Médecine / Sciences*<sup>43</sup>. Notre objectif est de repérer les articles ou numéros spéciaux de ces revues traitant de l'usage de drogues, d'analyser leur objet, leurs orientations ainsi que les contextes dans lesquels ils ont été diffusés. Il s'agit donc bien de rendre compte des grandes tendances et non de réaliser une analyse exhaustive de cette littérature, constituant un travail de thèse en soi.

Pour atteindre cet objectif, nous avons consulté les sommaires de ces différentes revues. Nous sommes remontée au début des années 1970 pour celles qui étaient publiées alors ; les autres, plus récentes, ont fait l'objet d'une analyse de l'ensemble de leurs sommaires. Nous avons recensé les articles dont le titre faisait référence à la question des drogues. A partir de ce recensement, nous avons opéré une lecture de leur résumé. Les bases de données Toxibase et BDSP ont constitué des ressources précieuses. Par la suite, les articles ont été classés par décennie. Nous y avons repéré les tendances générales et les thèmes récurrents. L'analyse qui suit a été réalisée en tenant compte de ces tendances. Ne pouvant citer l'ensemble des articles ainsi référencés, nous avons fait le choix d'indiquer entre parenthèses ceux qui nous semblaient les plus pertinents au regard de nos commentaires.

Le constat de départ est clair : avant les années 1980, les professionnels médicaux montrent peu d'intérêt à l'usage de drogues. Nous n'avons relevé aucun article véritablement consacré à cette question avant cette décennie, l'héroïne se diffusant à l'époque dans des franges résiduelles des classes supérieures. Le médecin généraliste n'était donc ni encouragé, ni orienté dans une pratique de soins à cette population. Le paradigme de l'abstinence était bien ancré dans les mentalités.

Il faut attendre le début des années 1980, période de la diffusion de l'usage d'héroïne, pour voir publiés quelques rares articles présentant les attitudes que le médecin « doit » adopter face à un patient usager de drogues. Ces articles présentent notamment les

---

semaine. *Le Concours médical* compte parmi les principales revues françaises de formation médicale continue et d'information des professionnels. Il est une revue de référence concernant ce qui touche à la vie professionnelle du médecin (gestion du cabinet ; juridique ; organisation des soins).

<sup>40</sup> *Le Panorama du Médecin* est un hebdomadaire français destiné aux médecins généralistes.

<sup>41</sup> *Le Journal du médecin* (1980) est un bihebdomadaire médical belge destiné aux médecins généralistes et spécialistes ainsi qu'aux laboratoires pharmaceutiques et aux instances politiques.

<sup>42</sup> Revue publiée par la Société scientifique de médecine générale belge.

<sup>43</sup> *Médecine / Sciences* est une revue mensuelle française destinée aux praticiens et aux étudiants en médecine.



services spécialisés et leur rôle ainsi que les orientations en hôpitaux psychiatriques (Curtet, 1980). Un seul article a été repéré présentant les consommations de solvants chez les jeunes (Sentilhes et Garnier, 1982). Au milieu des années 1980, le *Concours médical* publie notamment quelques conseils au médecin généraliste dans son attitude vis-à-vis des « toxicomanes ». En substance, il s'agit de s'abstenir de délivrer des prescriptions concernant des stupéfiants sous peine de sanction de la part du Conseil national de l'ordre des médecins et des tribunaux (Husson, 1985).

Dans ces mêmes années, les revues médicales rendent compte brièvement de quelques enquêtes épidémiologiques de l'Inserm concernant les consommations de drogues illicites et d'alcool chez les jeunes (1985, 1989b). D'autres soulignent la pauvreté de données épidémiologiques fiables (Baudier, 1988). Ces articles traitent indirectement des usagers de drogues et rendent compte de résultats d'enquêtes épidémiologiques (*Le quotidien du médecin*, 1989a). Certains évoquent toutefois les substances présentées comme de « nouvelles drogues » et leurs effets (Danjou, 1989). Se pose également la question de la prise en charge médicale, sociale et psychologique des usagers de drogues infectés par le sida. Quelques revues en effet, à la fin des années 1980, mettent la focale sur les personnes infectées par le VIH, notamment les infections en milieu carcéral (Beylot, *et al.*, 1988, Kernbaum, 1988). Certains précurseurs émettent des réflexions dans ces revues et tentent, par ce biais, de susciter l'intérêt de confrères pour la thématique (Touzeau, 1989).

Au début des années 1990, la littérature médicale traite en priorité de l'épidémie du sida et aborde, de ce fait, la question des consommateurs de drogues qui ne sont pas l'objet même – ou minoritairement - des articles. Certains rendent toutefois compte des différentes législations en Europe, des politiques sanitaires et sociales (Solignac, 1993), et mettent l'accent sur l'importance des soins à apporter aux usagers de drogues (Leroy, 1992).

Le milieu des années 1990 et la diffusion des traitements de substitution marquent un tournant notamment en termes de nombre d'articles produits sur le sujet des toxicomanies, mais également en termes de variété des sujets traités. Alors qu'auparavant, il était principalement question de décrire les consommations de drogues des jeunes et la propagation du sida, dès le milieu des années 1990, la littérature s'oriente vers la description de la prise en charge des usagers de drogues par les

psychiatres et les médecins généralistes. Ils rendent compte des expériences des uns et des autres, ils relatent notamment les expériences des précurseurs dans le domaine (Broclain, 1995, Carpentier, 1994a). Cette littérature se donne notamment l'objectif de guider le praticien et de l'orienter à l'aide de conseils (Binder, 1994, Prescrire, 1996a, Prescrire, 1996b). La revue *Prescrire* publie notamment un dossier spécial consacré « à la prise en charge des toxicomanes, notamment au niveau médical ». Emergent également des questionnements quant à la place du médecin généraliste dans le dispositif, place qu'il prend ou devrait prendre. Ces articles sont notamment le fait de chercheurs en sciences humaines et sociales (Barbot, *et al.*, 1994). Il s'agit également de publier les résultats d'études cliniques évaluant la prescription de ces traitements (Weber et Kopperschmitt, 1998). Les conclusions des conférences de consensus sur le sujet ne manquent d'ailleurs pas d'être diffusées (ANAES et FFA, 2005, Kipman, 1998). Certaines revues médicales n'abordent pas directement la thématique et l'ébauchent brièvement dans le cadre d'articles rendant compte de l'état de santé général de la population (Lehalle, *et al.*, 1998).

Au fil des années, les articles rendent compte des pratiques des médecins à l'égard de cette population (Aubert, 1998) et des caractéristiques des patients en traitement (Bry, 1998, Depunoy, *et al.*, 2003). Ils présentent également les données épidémiologiques qui se font plus nombreuses (Facy, *et al.*, 1995). Enfin, l'objectif est de proposer des « règles de prescription » (Dervaux et Laqueille, 1999) et des balises aux médecins concernant « les intoxications aux produits illicites pour lesquels il n'existe pas de traitement de substitution » (Clemessy et Baud, 1998).

Petit à petit sont également publiés des articles mettant en garde contre les détournements de traitements et les risques associés à ces prescriptions (Cazorla, *et al.*, 2005, Clement, *et al.*, 1999, Lapostolle, *et al.*, 1999). De plus, certains psychiatres rendent compte des « conduites à tenir » à l'égard des sevrages et d'initialisation de traitement en milieu hospitalier (Piquet, *et al.*, 1997, Pons, *et al.*, 2004). De même, les médecins spécialistes s'interrogent sur les associations médicamenteuses avec les traitements de substitution (Cholley et Weill, 1999). Quelques articles rendent d'ailleurs compte des associations avec les benzodiazépines et de la nécessité de sevrage (Fatseas, *et al.*, 2006).

Enfin, différents articles rendent compte des nouvelles tendances, des modes de consommation émergents ainsi que des nouveaux produits consommés (Bismuth et Galliot-Guilley, 2001, Blinder et Borbe, 2000, Cornish, *et al.*, 1998, Linke, *et al.*, 1999, Schlatter, *et al.*, 1997). Au milieu des années 1990, quelques articles s'intéressent aux consommations de drogues au volant (Siavellis, 1996). Des états des lieux sur la santé de la population générale, ainsi que des consommations de produits psychotropes sont également publiés (Costes, *et al.*, 2003).

A la fin des années 1990 et au début des années 2000, les préoccupations se tournent vers certaines catégories d'usagers de drogues faisant l'objet d'articles à part entière. Il s'agit de « patients particuliers » présentés comme introduisant des difficultés supplémentaires dans les pratiques médicales. C'est notamment le cas des femmes enceintes consommatrices ou en traitement (Amar, 1998, Aubert et Lejeune, 2000), des patients présentant des troubles psychiatriques, un double diagnostic, des usagers de drogues incarcérés nécessitant une prise en charge médicale (Rynaud-Maurupt, *et al.*, 2005) ou encore des patients détournant le traitement (Fumeau, *et al.*, 2001).

L'accent est également mis, dans les années 2000, sur l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire (Fabre-Jaury et Jaury, 2004) et l'intégration des professionnels à des réseaux spécialisés (Batel et Balester-Mouret, 2003, Gagnon, *et al.*, 2000). Les sociologues se penchent d'ailleurs sur ces questions de collaboration entre professionnels dans le cadre des traitements de substitution (Feroni, *et al.*, 2005).

Ces dernières préoccupations orientées vers des « patients particuliers » ou vers une rationalisation des pratiques suivent le mouvement général insufflé par les pouvoirs publics, mettant en œuvre des moyens spécifiques dans la mise en place des réseaux et la « chasse » aux patients inobservants.

Actuellement et depuis le milieu des années 2000, les articles sont clairement orientés vers le cannabis. Dans la seule *Revue du praticien*, sur l'année 2005, on dénombre plus de huit articles abordant cette thématique, un numéro spécial y est d'ailleurs consacré. Les angles d'approche sont toutefois divers allant de « l'épidémiologie des usages de cannabis » (Costes, *et al.*, 2005) à leurs effets somatiques (Mallaret, *et al.*, 2005) ainsi qu'aux troubles psychiatriques associés (Laqueille, 2005) ou encore à la présentation d'outils pour la prise en charge de ces consommateurs en médecine de ville (Phan, *et al.*, 2005), voire aux difficultés liées à cet

accompagnement (Sanfourche et Roux, 2003). Que ce soit en ces termes ou pour dénoncer « une banalisation inquiétante » des consommations de cannabis, cette thématique semble centrale pour les revues de médecine générale (Girault, 2002). De même, la polémique née autour du classement du Subutex® comme stupéfiant (nous y reviendrons) a été l'occasion de remettre les choses au point quant aux mésusages (Poindron, 2006). Les opposants à cette mesure s'en expliquent dans les pages de revues d'actualité médicale (Couteron, 2006). De rares articles traitent récemment des politiques de réduction des risques et de leur impact sur les comportements de consommateurs (Ramirez-Jonville, 2006). Certaines recherches continuent d'évaluer les traitements (Fanello, *et al.*, 2006), mais ces données semblent de moins en moins publiées dans ces revues.

La littérature destinée aux médecins généralistes suit donc la tendance que nous présentions dans le point précédent. Il faut attendre que les traitements de substitution se diffusent plus largement pour que les débats s'invitent dans leurs pages et que diverses données soient diffusées. Il s'agit notamment d'orienter et de conseiller le médecin dans sa pratique, mais également de le mettre en garde contre les dérives et les risques liés à cette pratique spécifique. Les produits illicites pour lesquels aucun traitement « reconnu » ou « légitimé » n'est disponible ont peu d'échos dans cette littérature spécialisée, si ce n'est un regain d'intérêt pour le cannabis et les essais de prises en charge ambulatoires.

### **3. L'usage de drogues en sociologie**

Les recherches sociologiques participent à ce recueil de données, tentant de répondre au souci de connaître les caractéristiques des populations, des usages et des dispositifs. Elles proposent une analyse des évolutions récentes.

Dans les années 1970-1980, les sociologues se sont principalement intéressés aux modes de consommation des usagers de drogues d'une part, et ils ont, d'autre part, montré un intérêt pour la pénalisation de l'usage de drogues. Peu d'intérêt est marqué pour l'analyse des conséquences sanitaires de ces consommations, les recherches étant davantage orientées vers l'épidémie du sida. L'analyse sociologique porte également sur l'étude d'un mouvement contre culturel, l'étude de l'émergence de nouveaux comportements déviants.

Dans un rapport datant de la fin des années 1980, Virginia Berridge souligne qu'aucun pays européen n'a développé jusqu'alors de véritable politique de recherche sur la question des drogues, à l'exception des Pays-Bas et de l'Espagne (Berridge, 1988). Le recueil de données est limité, à l'époque, à « une triple direction qui intéresse les pouvoirs publics : épidémiologie ; évaluation du système de soins et éventuellement de l'efficacité des traitements ; nature de la dépendance d'un point de vue médical (avec, en général, une association drogue-alcool-tabac) » (Ogien, 1992, 49). La Belgique et la France ne font pas exception. Les politiques publiques, et donc les orientations de recherche, sont notamment déterminées par l'existence d'un registre ou d'un recensement des « toxicomanes ». Ce recensement ouvrirait des pistes de recherches spécifiques. Or, à cette époque, aucun des deux pays ne met en place de telles initiatives. La France notamment, attachée à la défense de l'anonymat associée à la prédominance des théories psychanalytiques, ne met pas en place de tels projets. La Belgique, nous l'avons souligné, n'est pas équipée pour de tels recensements et n'y voit pas d'intérêt direct.

Comme le soulignent Ogien et Weinberger, le faible intérêt de la sociologie pour les drogues est lié, dans les années 1980, à la structuration du champ de la recherche en sociologie : « d'une part, il existe peu d'enseignements ou d'équipes de recherche affichant leur intérêt pour les phénomènes de l'usage de drogues et des toxicomanies, et l'opinion est répandue que 'la sociologie n'a rien à dire de la drogue' » (Ogien et Weinberger, 1992, 45). De plus, « les chercheurs hésitent à aborder un sujet qu'ils abandonneraient plus volontiers à la police et à la justice – de fait de l'illégalité et de la clandestinité qui le caractérise – voire à la médecine, en considérant la définition du problème en tant que pathologie. Ils expriment un malaise devant le phénomène : faut-il lui donner le statut d'un problème social en en faisant un objet scientifique et en renforçant sa définition officielle ? La toxicomanie présente, par rapport à la pauvreté et à la psychiatrie, deux autres difficultés : d'une part, on peut moins légitimement défendre les individus qui font l'objet d'une répression (à la différence des prisonniers, des pauvres ou des fous) ; d'autre part, le milieu des professionnels se présente comme un milieu trop faible, trop marginalisé, pour faire l'objet d'une dénonciation de leur pouvoir (d'autant plus que cette notion a presque disparu du discours des sciences sociales), ce qui est d'ailleurs le cas pour toutes les formes de contrôle social dont la réputation répressive pâtit aujourd'hui de la paupérisation programmée de l'Etat. Cette

difficulté à mettre en œuvre une critique sociale est un autre frein à l'implication des chercheurs en sociologie dans ce domaine » (Ogien et Weinberger, 1992, 46). Jusqu'à la fin des années 1980 donc, « les recherches purement sociologiques restent l'exception – du moins lorsqu'il s'agit de recherches spécifiques à la toxicomanie » (Boullenger, *et al.*, 1992, 90).

« Plus que la consommation de drogues, c'est la construction sociale de la toxicomanie qui a été le premier objet de la réflexion sociologique » (Boullenger, *et al.*, 1992, 115). Ces recherches ont porté sur la production de la « catégorie toxicomane » (Zafiropoulos, 1988), sur les processus de stigmatisation des jeunes (Mauger, 1984) ou de certaines franges de la jeunesse (Zafiropoulos et Pinell, 1982), sur les systèmes de représentations (Bulart et Lahaye, 1988) ou encore sur la genèse de la construction de la drogue comme problème social (Bachmann et Coppel, 1989). Ces recherches analysent notamment les mouvements sociaux qui les portent, principalement le mouvement contre-culturel du début des années 1970. « Associé par Mauger au processus de démocratisation de l'enseignement supérieur et à la recherche de signes distinctifs de jeunes de classes moyennes en voie de désinsertion ou au contraire de jeunes de classes populaires dans une stratégie d'insertion marginale, le mouvement de démocratisation des drogues a aussi été lu comme 'une démocratisation de la bohème', sorte 'd'industrie de l'initiation rapide' pour les drogues psychédéliques, ou encore drogues d'exploration de la conscience pour les stimulants (Mignon, 1991), chaque groupe ou 'sous-culture', rockers, rasta, punks, attribuant à la consommation de drogues des significations spécifiques (Lagrée et Lew-Fai, 1985). C'est que les consommations de drogues obéissent bien à des régulations sociales, qu'elles développent des sociabilités qui leur sont propres telles les 'sociabilités cannabiques' (Xiberras, 1989), ou au contraire qu'elles s'inscrivent comme tout autre objet de consommation dans des mouvements sociaux qui leur confèrent leur place et leur sens » (Boullenger, *et al.*, 1992, 115-116). La perspective dominante (Pinell, Zafiropoulos, Mauger, etc.) en France rend donc compte d'une disqualification de pratiques sociales considérées comme contestataires.

Les années 1970-1980 sont donc marquées par un intérêt pour la pénalisation de l'usage de drogues, ainsi que pour la sociologie de la déviance. Les questions posées sont de l'ordre du 'comment on consomme', 'qui consomme', etc. La jeunesse, les bandes, la délinquance sont au cœur des préoccupations. Les réseaux de sociabilité des

usagers de drogues marginalisés (Bouhnik, 1990) ainsi que la structuration du marché informel de la drogue (Dray, 1992) sont de nouveaux terrains investigués en sociologie. La drogue est appréhendée comme un produit illicite produisant des effets sur les individus, mais peu d'intérêt est porté aux conséquences sanitaires des consommations.

Dans les années 1990, les drogues sont envisagées comme pouvant accompagner le « culte de la performance » ou comme aidant à « gérer un quotidien plus difficile » et les médicaments psychotropes « relèvent désormais d'une conception assistée de l'existence purement individualisée » (Ehrenberg, 1989). Peu à peu, dans la littérature, deux tendances se dégagent : on oppose les drogues de l'intégration aux drogues de l'exclusion. La dépendance, quant à elle, ne relèverait pas de la sociologie (Pinell, 1989).

Il faut attendre les années 1990 pour que les sociologues investissent le champ de la médicalisation de l'usage de drogues. Cette tendance est notamment légitimée par l'ancrage de l'ensemble des acteurs des soins dans le paradigme de l'abstinence. Les premiers à ouvrir la brèche s'intéressent aux politiques publiques en matière d'usage de drogues et à l'ouverture à la réduction des risques.

Depuis le milieu des années 1990, les recherches sociologiques ayant comme objet les soins aux usagers de drogues se sont développées. Elles ont rapidement pris différentes orientations se développant en parallèle notamment aux recherches médicales et notamment en réponse aux contextes politiques. Ces orientations sont d'ailleurs très proches de celles que nous avons pointées dans les parties précédentes. Ainsi, trois orientations de recherche se dégagent de notre revue de la littérature. Rappelons d'emblée que nous nous sommes intéressée à la littérature traitant de la médicalisation de l'usage de drogues et non à celle traitant des modes ou des carrières de consommation :

- (1) les recherches macrosociologiques proposant une analyse des politiques de réduction des risques liés à l'usage de drogues ;
- (2) les recherches se centrant sur les recours des usagers de drogues aux soins ;
- (3) Les recherches se centrant sur les professionnels du soin, leurs pratiques à l'égard des usagers de drogues, ainsi que l'organisation du dispositif.

### 3.1. L'analyse des politiques de réduction des risques

Les sociologues ont produit des analyses sur les politiques de réduction des risques. D'une part, avec quelques années de recul, une partie des recherches est orientée principalement par la question du sida et les répercussions des réponses politiques sur le développement de l'épidémie (Dodier, 2003). D'autre part, un pan des recherches sociologiques s'est attaché à comprendre le retard français quant à la mise en place de programmes spécifiques de réduction des risques. L'ouvrage majeur est celui de Bergeron (Bergeron, 1996, Bergeron, 1999a, Bergeron, 1999b). D'autres sociologues, dans le courant des années 1990, ont produit des analyses de ces politiques et de leurs enjeux (Coppel, 1996, Coppel, 2002, Wojciechowski, 1999), notamment dans le cadre du groupement de recherche « Psychotropes, Politique et société » du CNRS, créé en 1994. A cet égard, il faut souligner le rôle tout à fait particulier joué par Alain Ehrenberg dans la structuration d'un milieu de recherche sur les psychotropes, et notamment sur ses dimensions politiques avant et en tant que directeur de ce groupe de recherche (GDR). Il a joué un rôle d'interface avec les pouvoirs publics, notamment entre le Ministère de la Recherche et de la Santé, il a contribué à favoriser la réalisation de thèses de doctorat en sociologie et en anthropologie sur les usages de drogues, et à mobiliser des chercheurs CNRS ou universitaires sur ce champ.<sup>44</sup> Les liens privilégiés qu'il avait avec des médias comme *Libération* ou *Le Monde* ont également contribué à des prises de position sur les politiques en matière de drogues qui n'ont pas été sans impact sur les politiques publiques dans les années 1990, notamment concernant la MILDT.

Ce groupe de recherche ayant disparu en 2001, peu de sociologues se penchent actuellement sur ces politiques en se centrant principalement sur les questions des soins aux usagers de drogues. Récemment, Nathalie Gourmelon a analysé la transformation des politiques de santé publique liée notamment à l'arrivée du sida. Elle analyse, à partir d'une approche socio-historique, la mise en place de nouvelles pratiques centrées sur l'offre d'outils (seringues stériles, traitements de substitution, etc.) et d'approches (dispositifs dits bas seuil, approches communautaires, etc.) davantage destinées à éviter de nouvelles contaminations qu'à prendre en charge les personnes en vue d'un sevrage.

---

<sup>44</sup> Il est à l'origine des trois tomes « Penser la drogue, penser les drogues » aux Editions Descartes en 1992.



Elle intègre ces transformations dans une analyse plus large des mutations des modes de prise en charge des populations marginalisées, largement dominées par des principes d'ordre sécuritaire (Gourmelon, 2005).

En Belgique, les recherches sur les politiques de réduction des risques sont relativement rares. Elles sont notamment le fait des criminologues (Kaminski, Mary, etc.). Ils proposent principalement une analyse critique des politiques pénales en matière de drogues, mais introduisent également des analyses en termes de politiques de réduction des risques. Bien que certaines soient antérieures, elles résultent notamment du programme de recherche scientifique émanant de la *Note Aelvoet*. La littérature belge se concentre donc principalement sur la question de la pénalisation des drogues.

Dans le champ anthropologique, Pascale Jamouille a quant à elle produit plusieurs recherches sur les dispositifs de réduction des risques et l'impact de ces politiques sur les modes de consommation des populations précaires (Jamouille, 2000).

### 3.2. Les recours des usagers de drogues aux soins

Concernant les usagers de drogues et leurs recours aux soins, se distinguent différentes approches. Les sociologues se sont tout d'abord intéressés aux trajectoires de recours de ces usagers, se posant la question de savoir quelles ressources étaient mobilisées (Jamouille, 2000). Les travaux de Castel sur les « sorties de la toxicomanie » sont à cet égard très éclairants (Castel, 1992, Castel, 1994). D'autres travaux s'intéressant aux carrières de consommation des usagers de drogues intègrent notamment des réflexions sur leurs recours aux soins (Duprez et Kokoreff, 2000).

A partir des années 2000, et donc suite à la diffusion des traitements de substitution, les recherches sociologiques se sont notamment orientées vers l'analyse des pratiques d'usagers de drogues plus spécifiques et de leurs traitements. Certains se sont focalisés sur le rapport de l'utilisateur à son traitement (Guichard, *et al.*, 2006). D'autres se sont intéressés aux réponses à des usagers spécifiques : les femmes enceintes et les populations incarcérées principalement. Laurence Simmat Durand, démographe, est, à l'heure actuelle, la chercheuse française en sciences sociales ayant probablement le plus travaillé sur la question des soins aux femmes enceintes consommatrices de drogues ou en traitement de substitution (Simmat-Durand, 2006, Simmat-Durant, 2002). L'introduction des traitements de substitution comme modalité essentielle de prise en

charge des femmes enceintes usagères de drogues a, comme nous le notions, suscité un nouveau champ de réflexion. Toutefois, bien que la substitution soit une solution, elle est partielle car « elle ne résout en rien les principaux problèmes qui se manifestent lors de la grossesse : les consommations multiples, les risques majeurs liés aux injections (du Subutex® par exemple) et le syndrome de sevrage du nouveau-né » (Simmat-Durant, 2002). Les recherches portent principalement sur les effets du traitement sur la femme et son fœtus/enfant ainsi que sur les pratiques des différents services et professionnels, le point de vue des femmes enceintes reste quant à lui moins abordé. Globalement, comme le souligne Simmat-Durant, la grossesse chez les femmes usagères de drogues reste une question morale et ne fait pas l'objet de programmes d'intervention. Le modèle de l'abstinence, accompagné d'un discours d'entrepreneur de morale, reste bien présent dans les esprits des professionnels de santé. Il s'agit « principalement de protéger l'enfant à naître et de se substituer à des parents déficients ».

### 3.3. Les professionnels, leurs pratiques et le dispositif

Les recherches sociologiques les plus récentes portent sur les pratiques des professionnels du soin à l'égard des usagers de drogues. Elles proposent une analyse du dispositif et du champ des addictions, s'intéressant notamment aux relations entre les différents acteurs en présence (Wojciechowski, 2005). Il s'agit, entre autres, d'étudier « l'espace professionnel créé par la mise en oeuvre de la politique de réduction des risques à l'égard des usagers de drogues marginalisés » (Barré et Benec'h Le Roux, 2004). D'autres travaux encore se penchent sur la mise en place des réseaux de soins dans le champ des addictions et sur les partenariats établis entre les différents professionnels en présence (Feroni, 2004, Feroni, et al., 2005). Les sociologues marquent donc là un intérêt pour l'analyse de la mise en place et de l'évaluation des outils de rationalisation établis par les politiques publiques.

Alors que les patients peuvent être l'objet de recherches à part entière, c'est rarement le cas des « professionnels de ville ». Comme nous le notions, le médecin et le pharmacien sont bien souvent utilisés comme « intermédiaires » pour accéder aux patients. Ainsi, nous n'avons recensé que peu de recherches s'intéressant aux praticiens « seuls » (Feroni, 2004). Il s'agit souvent de comparer les modes de prise en charge. La recherche de Lalande et Grelet conclut notamment à un faux débat qui opposerait la

prise en charge en centre spécialisé et celle des médecins généralistes. D'après ces auteurs, « la comparaison sous-estime probablement la complémentarité des dispositifs, du point de vue même de la santé publique » (Lalande et Grelet, 2001, 133). Elles notent une différence des profils des patients entre les deux filières de soins, celle-ci est fonction du choix des patients : « beaucoup de patients consultant des médecins de ville cherchent des alternatives aux contraintes d'une prise en charge associant à la délivrance des produits un contrôle étroit de leurs pratiques, refusent d'avoir affaire à des « psy », ou préfèrent la relation individuelle avec un thérapeute à la prise en charge d'un groupe de soignants » (Lalande et Grelet, 2001, 134). Le pari de la médecine de ville est de jouer à la fois sur le plan de la prise en charge des problèmes de santé et de la toxicomanie. Le biais classique de ces recherches concerne la sélection des patients. Ainsi, c'est le médecin qui choisit les patients à qui passer le questionnaire ou avec qui réaliser l'entretien.

Nous le notions également, le niveau d'implication des médecins et des pharmaciens est variable, allant du niveau minimum d'investissement (recevoir un patient, faire le point et l'orienter) au niveau d'implication plus important (prise en charge dans la durée et suivi de formation adaptée). La question de la formation des médecins est souvent posée mais rarement étudiée en tant que telle. Des réseaux spécialisés dans les questions d'addiction se sont constitués à l'aube des années 1990 et proposent des formations mais force est de constater que la proportion des médecins prescripteurs de substitution y participant est plus que faible. Ces derniers ne sont d'ailleurs pas représentatifs des pratiques de prescription et de délivrance. Souvent, les médecins et les pharmaciens doivent s'adapter à une patientèle spécifique pour laquelle la plupart n'ont pas reçu de formation durant leur cursus universitaire, ce qui se traduit par des attitudes de rejet ou des prescriptions inappropriées. De même, très peu de recherches sur les pharmaciens sont recensées, l'entrée est principalement celle des médecins généralistes ou spécialistes.

La seule recherche sociologique consultée ne prenant comme échantillon que des médecins généralistes et non les patients, est celle d'Isabelle Feroni en France permettant de recueillir des informations (partielles puisque ne portant que sur un département) sur la configuration du champ de médecine générale à l'égard des usagers de drogues.

Feroni s'est intéressée à la prescription de Subutex® dans les Bouches du Rhône. A partir d'entretiens téléphoniques réalisés auprès de deux échantillons représentatifs de médecins généralistes prescripteurs (345 sur une population totale de 876) et non prescripteurs (355 sur 1380) de BHD, elle a cherché à identifier les déterminants de cette prescription chez les médecins libéraux et les facteurs associés aux différences d'engagement dans la prise en charge des patients. Cette recherche montre que « 37,5% des médecins généralistes ont prescrit au moins une fois de la buprénorphine au cours de la période considérée, mais 26% des prescripteurs prennent en charge 75% des patients » (Feroni, *et al.*, 2004, 512). Ces prescripteurs sont principalement des hommes, ils sont plus souvent membres d'un réseau de soins, plus nombreux que les autres à être formés en toxicomanie. « La précarité socio-économique de la zone dans laquelle les médecins exercent semble tout particulièrement associée à la prescription de buprénorphine » (Feroni, *et al.*, 2004, 512). Il semble donc émerger, d'après ses conclusions, un phénomène de spécialisation de la prescription de substitution en médecine de ville, ainsi un petit groupe de médecins effectue la majorité des prescriptions, alors que la plupart des médecins ne prescrivent le traitement que de façon ponctuelle. De plus, les pratiques en réseau semblent minoritaires dans ce département : « les prescripteurs hors réseau constituent l'écrasante majorité des prescripteurs (80%) » (Feroni, 2004, 202).

En Belgique, les premières recherches sociologiques sur les médecins de ville et les pharmaciens ont vu le jour dans le courant des années 2000, commanditées dans le cadre du programme d'action toxicomanie de 1995. Elles intègrent deux volets : l'un portant sur le professionnel, l'autre sur les patients.

La première recherche belge (qualitative) s'intéressant aux pharmaciens et aux traitements de substitution à la méthadone a été menée dans les années 2000 et commanditée par la politique scientifique fédérale. L'objectif premier est « de mettre en évidence le rôle du pharmacien dans la prise en charge substitutive. Comment le pharmacien perçoit-il son rôle en complément de celui du médecin ? ». Il s'agit d'interroger la pratique des pharmaciens à l'égard de chaque patient (évaluation du pharmacien pour chaque patient), mais aussi de permettre au patient de s'auto-évaluer. Une des originalités est d'analyser les rapports qui s'établissent entre le pharmacien et le patient. Très brièvement, nous pouvons dire que sur 800 pharmaciens, une trentaine ne

souhaite plus recevoir d'usagers de drogues. Les raisons évoquées sont surtout l'insécurité et les perturbations engendrées dans la clientèle.

La première recherche nationale associant volets qualitatif et quantitatif portant sur les médecins généralistes s'est terminée en 2005. Elle interroge le profil des patients qui accèdent aux traitements de substitution, dans les différents types de cabinets ou d'institutions où ils sont dispensés, sur ce qu'ils en attendent et ce qu'ils en obtiennent, sur le sens que les praticiens donnent à leur pratique et comment cette dernière s'insère dans l'ensemble des dispositifs spécialisés en toxicomanie. Concernant les objectifs poursuivis : « Les médecins sont unanimes pour considérer que les objectifs liés aux aspects sécuritaires ("ne pas poser de problèmes à l'environnement" et "diminuer les actes délictueux") ne sont pas prioritaires dans leur prise en charge. Ces deux objectifs sont par ailleurs fortement liés entre eux. L'objectif d'abstinence est moins important pour les institutions wallonnes et bruxelloises, alors qu'elle est plus importante pour les médecins en Cabinet Privé et ce, particulièrement en Flandre » (Pelc, *et al.*, 2005, 56). La Belgique est caractérisée par un rejet de la spécialisation : « Les médecins en Cabinet Privé (médecins libéraux, médecins en réseau et médecins de Maisons Médicales) ont un nombre très restreint de patients toxicomanes suivis par traitement de substitution, relativement à leur patientèle générale. (...) Dans leur représentation, ces médecins considèrent globalement que le suivi des patients toxicomanes en substitution constitue moins de 5% de leur travail. La plupart des médecins disent, à ce propos, ne pas vouloir être étiquetés comme des spécialistes "ès toxicomanies", et cherchent donc à limiter le nombre de patients toxicomanes qu'ils ont en charge » (Pelc, *et al.*, 2005, 88).

\*

La sociologie s'est davantage intéressée à la constitution de mouvements contre culturels, à l'analyse des pratiques de consommation et des carrières de consommations qu'aux soins aux usagers de drogues. Cet objet de recherche donne lieu à quelques premières analyses qui restent ciblées sur certaines populations et certains professionnels. La question des soins aux usagers de drogues est notamment principalement abordée par le biais des traitements de substitution pour dépendants aux opiacés, et guère par celui des autres consommations.

Les politiques de réduction des risques ont principalement été l'objet de recherches au moment de leur émergence et de leur mise en place. Depuis le début des années

2000, peu de choses ont été écrites sur ce contexte qui pourtant, tant en France qu'en Belgique, évolue en rapport avec la réflexion sur de nouvelles alternatives et de nouveaux dispositifs. Les consommations de cannabis sont notamment un objet suscitant beaucoup d'intérêt, notamment de par les commandes des autorités publiques. Le « nouveau » dispositif de consultations cannabis en France est encore peu évalué. Les rares sociologues travaillant sur la problématique des drogues s'orientent, notamment de par les demandes des commanditaires, davantage vers les usagers et leurs pratiques que vers les dispositifs.

#### **4. Un absent de marque : le médecin généraliste**

Cette littérature fait entrevoir un intérêt particulier pour les usagers de drogues, pour les traitements et leurs évaluations et, dans une moindre mesure, pour les politiques publiques de réduction des risques, les programmes de santé publique et les dispositifs qui en découlent. Toutefois, bien que ces dernières années aient été plus riches en recherches sur les praticiens, peu de choses sont écrites sur les professionnels de santé accompagnant les usagers de drogues et encore moins sur leurs pratiques.

Les professionnels sollicités dans le cadre des recherches sont souvent spécialisés dans la question des toxicomanies ou exercent dans des lieux de soins spécialisés (ou étiquetés comme tels) tels que les centres ambulatoires spécialisés, les lieux d'hébergement, de cure ou de postcure. Or lorsque l'on s'intéresse aux démarches entreprises par l'utilisateur de drogues, un professionnel semble majoritairement sollicité : le médecin généraliste.

Alors que les recherches évoquées se sont clairement, au fil des années, orientées vers les traitements de substitution, elles abordent rarement les acteurs centraux de ce dispositif. Bien sûr, ces recherches évoquent la figure du médecin généraliste, mais les analyses à leur sujet sont souvent limitées et peu fouillées. Comme nous le notions, le médecin est davantage appréhendé comme un « pourvoyeur » de données sur les patients et les pratiques (de consommation ou de soins) des usagers de drogues plutôt que comme un professionnel exerçant de manière différente selon les territoires, sa formation, ses croyances, etc. La variabilité des pratiques professionnelles est une question peu abordée alors qu'elle répond aux logiques de soins des usagers de drogues eux-mêmes.

La question des médecins spécialisés est parfois abordée, notamment à travers leur mise en réseau conformément aux recommandations politiques, mais le véritable trou noir se situe au niveau de l'analyse des professionnels de santé refusant d'aborder la thématique des drogues dans leurs pratiques quotidiennes. Le champ des addictions est alors abordé sous l'angle d'une spécialisation dans une pratique. Nous savons dès lors peu de choses sur les rapports qu'entretiennent les acteurs du champ médical des addictions entre eux et encore moins sur les rapports que ces derniers entretiennent avec les acteurs médicaux situés hors du champ.

Ainsi, dans la littérature scientifique, peu de références sont disponibles sur le point de vue du médecin généraliste exerçant en cabinet privé sur la médicalisation de l'usage de drogues. Le pharmacien est également le grand absent des recherches. Nous avons souligné le faible nombre de recherches portant sur les pratiques des médecins et des pharmaciens alors qu'il nous paraît important de comprendre pourquoi et comment les croyances et les pratiques au sujet de la médicalisation des usagers de drogues ont évolué et d'analyser la situation actuelle. Une question reste donc en suspens en lisant cette littérature : qu'en est-il du médecin généraliste et de son implication dans la problématique des drogues ?

Depuis quelques années, de nouvelles réglementations visent le médecin généraliste et sa pratique à l'égard des usagers de drogues, de nouveaux traitements sont mis sur le marché, venant diversifier les alternatives thérapeutiques. Sont donc mis à sa disposition de nouveaux outils, sa pratique est constamment cadrée et recadrée, or peu d'analyses sont produites dans ce contexte évolutif. Une question émerge de cette mise en perspective : quels sont les impacts de ces évolutions sur la pratique de ces professionnels ? Comment sont-elles intégrées ? Le sont-elles, d'ailleurs ? Depuis les analyses de Coppel ou de Bergeron, les politiques de réduction des risques sont un objet d'analyse moins prisé par les sociologues. Les dispositifs spécialisés et les « spécialistes » gardent toujours le « monopole de l'attention ». Or, nous le verrons, plusieurs indicateurs montrent que le champ évolue et que le médecin (généraliste notamment) occupe une place grandissante dans le dispositif, son pouvoir tendant à s'étendre au regard de cette thématique.

## Conclusion

L'objectif de ce chapitre était d'analyser la manière dont la littérature scientifique et professionnelle avait traité la question des soins aux usagers de drogues depuis les années 1980. Ce choix temporel a été opéré au regard d'un contexte évoluant constamment en raison de l'épidémie du sida et de l'introduction de traitements spécifiques à certains usagers de drogues. Cette analyse non exhaustive nous a ainsi permis de faire émerger des zones d'ombre, des objets ayant été peu traités dans cette littérature.

Cette littérature portant sur la médicalisation des usages de drogues se distingue par différents modes d'approche. Les recherches quantitatives dominent et se différencient par leurs entrées : par les traitements, par les patients ou par les pratiques professionnelles. Les recherches qualitatives sont moins nombreuses et tentent principalement d'évaluer les pratiques en œuvre en France et en Belgique, le nombre d'usagers concernés par les soins ainsi que leurs consommations, notamment dans une logique d'évaluation des coûts de la prise en charge.

Bien que les recherches traitant des praticiens semblent nombreuses, elles s'intéressent rarement ou indirectement des pratiques professionnelles. Elles sont davantage orientées vers les patients, les professionnels « spécialisés » permettant d'accéder plus facilement à la population des consommateurs de drogues illicites.

Toutefois, cette littérature s'est peu à peu densifiée au fil des années, avec un net développement à partir du milieu des années 1990. L'épidémie du sida et l'introduction de traitements spécifiques ou de recommandations de pratiques ont quelque peu changé la donne. Les pouvoirs publics ont notamment été soucieux d'évaluer les dispositifs et de réfléchir à la mise en place de nouveaux programmes de santé. Leur attention est néanmoins restée orientée sur les patients dans une logique évaluative.

La profession médicale, par le biais de sa presse spécialisée, a peu à peu diffusé des informations sur cette médicalisation. A partir d'une analyse partielle de cette littérature, nous avons présenté les grandes orientations qu'a prises cette diffusion d'informations. Il faut attendre que les traitements de substitution soient plus largement introduits pour que les débats s'invitent dans leurs pages et que diverses données soient transmises. Il s'agit notamment d'orienter et de conseiller le médecin dans sa pratique, mais



également de le mettre en garde contre les dérives et les risques. Les produits illicites pour lesquels aucun traitement « reconnu » ou « légitimé » n'est disponible ont peu d'échos dans cette littérature spécialisée, si ce n'est un regain d'intérêt, ces dernières années, pour le cannabis et les essais de prises en charge ambulatoires.

Les recherches sociologiques participent à ce recueil de données, tentant ainsi de répondre au souci de connaître les caractéristiques des populations, des usages et des dispositifs. Elles proposent une analyse des évolutions récentes à partir de trois entrées différentes : l'analyse des politiques de réduction des risques liés à l'usage de drogues ; l'analyse des recours des usagers de drogues aux soins ainsi que l'analyse des pratiques des professionnels du soin, ainsi que l'organisation du dispositif spécialisé en toxicomanie. Toutefois, rappelons que la sociologie s'est davantage intéressée à la constitution de mouvements contre culturels, à l'analyse des pratiques et des carrières de consommations qu'aux soins aux usagers de drogues. Cet objet de recherche donne lieu à quelques premières analyses qui restent ciblées sur certaines populations et certains professionnels.

Cette analyse de la littérature rend donc compte d'une concentration de l'attention à l'égard des professionnels « spécialisés », des dispositifs « spécialisés » et des traitements « spécialisés » dans le cadre de la toxicomanie. Elle participe ainsi à une diffusion de la représentation de l'usage de drogues comme une pratique « à part », nécessitant un encadrement spécifique. Or au regard de cette thématique, nombre d'acteurs interviennent dans une optique plus « généraliste » appréhendant l'usager non pas comme un délinquant ou un malade, mais comme acteur de sa trajectoire. La parole est peu donnée à ces acteurs.



## CHAPITRE 2. LA MEDICALISATION DE L'USAGE DE DROGUES : CONTEXTES ET POLITIQUES

La médicalisation de l'usage de drogues est à la fois un objet ancien et nouveau. Dès les années 1960 émergent des questionnements à ce sujet : que faire avec les usagers de drogues et principalement avec les consommateurs d'héroïne ou de cannabis ? Bien que la question ne soit pas au centre des débats, elle attire l'attention de certains. Les réponses qui sont données à l'époque répondent, comme nous le verrons, davantage à une logique répressive, peu de place étant laissée à l'aspect sanitaire. Dès les années 1980 se formalisent des revendications émanant des marges de la médecine et des associations de soutien aux patients malades du sida notamment. Les années 1980 et les années 1990 seront ainsi marquées par des débats de fond associant questionnements éthiques, médicaux et surtout moraux. On pourrait croire cette époque révolue et le sujet clos. Nous en sommes pourtant loin. Alors que les traitements de substitution pour opiacés-dépendants sont légalement reconnus et largement pratiqués, l'émergence de « nouvelles consommations » pose la question de nouveaux traitements, de l'introduction nécessaire, pour certains, de substitutions adaptées aux autres addictions, notamment à la cocaïne ou au cannabis dont les consommations ne cessent de croître en Europe. De même, l'introduction de nouveaux dispositifs (UROD<sup>45</sup> notamment ou encore la « cannabis clinic » en Belgique et les « consultations cannabis » en France), de nouveaux traitements, les nouvelles expérimentations en cours (nous pensons évidemment à la délivrance d'héroïne sous contrôle médical) pourraient laisser croire à un consensus et une évolution linéaire vers une prise en charge plus adaptée, acceptée de tous. Or ces « nouveautés » suscitent toujours des débats et déchaînent les passions tant des professionnels que des pouvoirs publics ou des usagers eux-mêmes... Ne parlons pas de l'opinion publique qui suit souvent ces débats et ces introductions avec réticence, n'ayant que peu de connaissances de la question traversée par de nombreux préjugés et

---

<sup>45</sup> Ultra Rapid Opioid Detoxification : technique de sevrage ultra rapide sous anesthésie.

représentations. Les mondes des drogues sont imprégnés d'un imaginaire riche en stéréotypes de tous genres qui suscitent l'incompréhension de certains (souvent nombreux d'ailleurs<sup>46</sup>) vis-à-vis de ces nouvelles expérimentations visant à médicaliser l'usage de drogues.

D'aucuns se poseront la question de savoir si la médecine n'empiète pas sur un terrain qui n'est pas le sien. Ne médicalise-t-on pas un problème social, voire un problème pénal ? L'introduction de la médecine dans le champ des usages de drogues a été longue et souvent dominée par les psychiatres. La médecine générale ou la médecine interne s'est très peu intéressée au sujet, étant souvent, et de fait, mise à l'écart.

Revenons sur l'ensemble de ces épisodes et identifions les acteurs en présence de ces évolutions. Ce chapitre se donne pour objectif de répondre à différentes interrogations. Comment une question parvient-elle à attirer l'attention publique ? Comment les arènes publiques choisissent-elles et élaborent-elles la définition d'un problème social ? Ainsi, comment « la société » a-t-elle investi cette question de la médicalisation de l'usage de drogues depuis les années 1960, voire comment ne s'en est-elle pas saisie ? Quelles politiques ont été pensées en la matière ? Quels dispositifs ont été mis en œuvre ou ont été recalés ? Quels acteurs ont joué un rôle central dans cette réflexion ou en ont été bannis ?

Sans prétendre produire une analyse socio-historique exhaustive, cette mise en contexte permet de rendre compte des priorités énoncées par les instances politiques et le monde professionnel en matière de soins aux usagers de drogues et dont la traduction a abouti à la configuration sanitaire actuelle en la matière. Nous verrons que cette configuration s'est constituée dans un contexte d'incertitude et de mainmise d'une minorité de praticiens. L'examen du contexte politique et scientifique dans lequel se situe notre démarche permettra non seulement de dégager des priorités de recherche, mais également de nous amener à identifier des modèles d'analyse pertinents pour notre objet.

Choisir de remonter aux années 1960 n'est pas anodin. En effet, ces années 1960 sont marquées par une « visibilité » des drogues sans précédent avec une explosion des

---

<sup>46</sup> Cette réflexion est appuyée par la consultation de différents forums de discussion créés à la suite de l'annonce de la mise en place, en Belgique, du projet pilote de délivrance d'héroïne sous contrôle médical.

consommations d'héroïne notamment, celle-ci amenant les autorités internationales à se pencher sur la question et à produire différentes conventions en la matière<sup>47</sup>.

Notre propos se cantonnera à présenter ce saisissement de la question en France et en Belgique. Cette histoire est spécifique à chacun des pays, il serait donc illusoire de vouloir en rendre compte dans les autres pays européens par exemple. A elle seule, une analyse européenne représenterait un travail de thèse. Notre objectif est ici de comprendre comment s'est constitué, dans ces deux pays, ce champ spécifique, comment il a évolué et quels sont les acteurs ayant pris part à cette constitution.

Pour éviter une présentation statique de cet historique rendant compte des contextes de chacun des pays de manière successive, nous avons opté pour une présentation dynamique des événements. Décennie par décennie, les « grands moments » dans chaque pays seront évoqués. Suite de cette présentation par pays, nous nous arrêterons sur une comparaison des deux contextes, mettant en exergue les décalages et les similitudes entre les deux territoires.

## **1. Découverte de la toxicomanie et réponses répressives : les années 1960-1970**

Les années 1960-70 sont marquées par la visibilité de la « question drogue » tant en France qu'en Belgique. Ainsi, à partir des années 1970, la plupart des pays européens légifèrent en la matière. La France et la Belgique ne font pas exception. Ces législations s'inscrivent dans une logique répressive cadrée par des conventions internationales.

### **1.1. D'une répression accrue aux premières prescriptions en Belgique**

En Belgique, la première législation sur les stupéfiants est la loi du 24 février 1921<sup>48</sup>. Son ambition est de régler tous les aspects du commerce des substances

---

<sup>47</sup> Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (New York, 30 mars 1961) entrée en vigueur le 13 décembre 1964. Convention sur les substances psychotropes (Vienne, 21 février 1971), entrée en vigueur le 16 août 1976. Amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (Genève, 25 mars 1972), entré en vigueur le 8 août 1975. Convention unique sur les stupéfiants de 1961, modifiée par le Protocole portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (New York, 8 août 1975), entrée en vigueur le 8 août 1975.

<sup>48</sup> Loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes, *M.B.* 6 mars 1921.

vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques. Cette loi interdit à tout praticien de l'art de guérir de maintenir une dépendance existante. L'article 3 alinéa 3 « réprime le fait de prescrire, d'administrer ou de délivrer des substances soporifiques, stupéfiantes ou psychotropes pouvant entretenir ou aggraver une dépendance, pourvu que ce fait ait été commis abusivement ».

Cette loi est complétée par un arrêté royal en 1930<sup>49</sup> qui énumère les substances visées dans la loi de 1921. De plus, l'article 23 alinéa 1 précise que tout médecin, vétérinaire ou licencié en sciences dentaires ayant prescrit ou acquis des doses exagérées de stupéfiants devra pouvoir justifier de leur emploi devant le médecin délégué de la Commission médicale provinciale du ressort, assisté de l'Inspecteur des pharmacies. Cet article permet donc le contrôle de l'usage et de l'abus en matière de prescription de drogues (De Ruyver, *et al.*, 1993).

En vertu de l'alinéa 2 de ce même article, tout praticien qui « aura *sans nécessité*<sup>50</sup> prescrit, administré ou procuré des stupéfiants de façon à créer, à entretenir ou à aggraver une toxicomanie *préexistante*<sup>51</sup> sera passible d'une sanction ». Quant au sens qu'il convient de donner à cette expression « sans nécessité », la jurisprudence considère qu'il s'agit « d'une question de fait qui doit s'apprécier dans chaque cas et en tenant compte de l'affection et des souffrances du patient et de l'inefficacité de tout autre traitement ou calmant »<sup>52</sup>.

Il est également important de signaler que le pharmacien ne peut délivrer des stupéfiants que sur prescription médicale, originale, écrite, datée et signée. Cette prescription doit mentionner visiblement les nom et adresse du médecin signataire ainsi que la quantité prescrite en toutes lettres.

Alors que la « question drogue » devient visible à la fin des années 1960, une législation spécifique est pensée puisque la loi du 24 février 1921 est modifiée le 9 juillet 1975<sup>53</sup>. Celle-ci s'inscrit, tout comme d'autres législations européennes à cette

---

<sup>49</sup> Arrêté Royal du 30 décembre 1930 relatif au trafic des substances soporifiques et stupéfiantes, *M.B.* 10 janvier 1931.

<sup>50</sup> C'est nous qui soulignons.

<sup>51</sup> C'est nous qui soulignons.

<sup>52</sup> Bruxelles, 3 novembre 1967.

<sup>53</sup> Loi du 9 juillet 1975 modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes, *M.B.* 26 septembre 1975.

époque, dans une logique répressive. Les objectifs de cette révision sont doubles. D'une part, le gouvernement souhaite définir plus finement les molécules qui sont visées dans la loi de 1921. Ainsi, non seulement les substances narcotiques et soporifiques sont visées, mais également toutes les substances psychotropes susceptibles de créer une dépendance. D'autre part, le gouvernement souhaite combattre l'augmentation du « problème drogue » de manière plus efficace.

Cette révision législative modifie notamment les articles concernant le maintien de la dépendance. Ainsi, l'article 3 alinéa 3 sanctionne effectivement « les praticiens de l'art de guérir, de l'art vétérinaire ou d'une profession paramédicale qui auront *abusivement*<sup>54</sup> prescrit, administré ou délivré des médicaments contenant des substances soporifiques, stupéfiantes ou psychotropes<sup>55</sup> de nature à créer, entretenir ou aggraver une dépendance ». En d'autres mots, comparativement aux textes antérieurs, pour qu'il y ait infraction, il n'est donc plus nécessaire de prouver que la dépendance était déjà établie. La création, l'entretien ou l'aggravation d'une toxicomanie *préexistante* n'est ainsi plus le critère central, le critère d'abus prenant sa place. Toutefois, cette notion d'abus n'est nullement définie par le législateur. « Ce dernier a préféré un jugement appréciant chaque cas d'espèce en fonction de l'exercice normal de la liberté thérapeutique » (De Ruyver, *et al.*, 1993). Cette notion d'abus, non définie par la loi, a souvent été laissée à l'appréciation du juge. En définitive, cette loi de 1975 interdit aux médecins de prescrire des médicaments toxicomanogènes à leurs patients héroïnomanes (Reisinger, 1995). Toute infraction à cette législation est sanctionnée par de lourdes peines : peines d'emprisonnement, peines d'amende, interdiction temporaire ou définitive de pratiquer son art selon l'infraction (De Ruyver, *et al.*, 1993).

Le Code de déontologie médicale évoque très peu ces questions dans le milieu des années 1970. L'article 37 indique sans autre commentaire : « Sauf indication thérapeutique soigneusement établie, le médecin doit veiller à prévenir le développement de toute toxicomanie ».

---

<sup>54</sup> C'est nous qui soulignons.

<sup>55</sup> Par substances psychotropes, on entend des produits qui augmentent ou modifient l'état de conscience et dont les effets nuisibles ont été reconnus au début des années 1970 et furent mentionnés pour la première fois dans la loi du 9 juillet 1975 (De Ruyver, *et al.*, 1993).

En réponse aux consommations croissantes de drogues et à la représentation répandue de la « drogue comme menace pour la société », et dans le cadre des nouvelles restrictions dictées par la loi, « the Belgian Medical Association (BMA) will issue different advises on how to treat addicts from 1976 on. The original advice from 1976 is quite liberal and states that 'in accordance with the principle of therapeutic freedom, the physician who undertakes to treat a drug addict is free to choose the type of treatment to be administered » (Todts, 2003). Ayant intégré cette idée de liberté thérapeutique, quelques médecins belges, exerçant principalement à Bruxelles, commencent à prescrire de la méthadone de manière expérimentale, aux marges de la loi, à « un nombre limité de patients, à la suite des premières expériences qui ont eu lieu aux Etats-Unis (Narcotic Committee of the Health Research Council of New York City) ; ensuite en Europe, à Liverpool et en Suisse » (Pelc, *et al.*, 2005). A cette époque, la méthadone est disponible en Belgique sous forme de Méphénon®<sup>56</sup> et est autorisée dans le cadre du traitement de la douleur. Malgré ces expériences, la majorité des professionnels de santé reste largement réticente.

Peu nombreux, ces médecins visent presque exclusivement le sevrage et l'abstinence. La pratique des traitements de substitution a ainsi débuté en Belgique par une période de prescriptions isolées, principalement centrée sur Bruxelles. Dès 1979, quelques inspecteurs des pharmacies dénoncent un « marché noir de méthadone » lié aux prescriptions de « médicaments de substitution » de certains médecins (*Journal des Procès*, n°36, 1984).

## 1.2. De la « découverte » de la toxicomanie en France à la loi de 1970 et à l'introduction expérimentale de la méthadone en milieu hospitalier

Au milieu des années 1960, « la France se découvre à la toxicomanie moderne<sup>57</sup> » (Bergeron, 1996, Bergeron, 1999a). Les infractions à la législation des stupéfiants ne

---

<sup>56</sup> Le Méphénon® en solution injectable et en comprimé est remboursable par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) depuis le 2 septembre 1980 comme spécialité originale. D'après l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS), le Méphénon® a été enregistré en tant que médicament en janvier 1962. A notre demande, l'un des membres de l'agence a réalisé des recherches sur ce traitement. Le plus ancien tarif des spécialités pharmaceutiques, édité par l'Association pharmaceutique belge, qu'il ait retrouvé date de 1955. Le Méphénon® (comprimés, ampoules et suppositoires) y est répertorié et était donc déjà commercialisé à l'époque.

<sup>57</sup> Comme le montre Charras, le « problème drogue » se constitue en « fléau social » dès le début du siècle (Charras, 1998).



cessent d'augmenter. « Il faut attendre l'été 1969 et le « drame de Bandol<sup>58</sup> » pour que la toxicomanie entre dans l'agenda politique » (Bergeron, 1996). Ce drame de Bandol est le levier d'une vaste opération de remoralisation qui ne se limite pas aux toxicomanes. Les discours politiques présentent la toxicomanie comme un phénomène susceptible d'entraîner la jeunesse dans son ensemble. C'est dans ce contexte -faisant croire au risque d'une épidémie majeure- que se vote à l'unanimité la loi du 31 décembre 1970<sup>59</sup>. « La 'drogue' devient un problème public » (Padioleau in (Bergeron, 1996, 26).

Selon l'une des rares recherches de cette période sur le processus de criminalisation, la nécessité de donner une réponse au problème social a provoqué un « désir de loi » (Bernat de Celis, 1996). Dans le contexte de la fin des années 1970, Pinell et Zafirooulos expliquent l'évolution du cadre législatif par une stratégie de disqualification de certaines catégories de population. Au travers de la lutte contre la toxicomanie, c'est la criminalisation d'un mouvement de contestation de fractions importantes de la jeunesse étudiante et lycéenne (où sont supposés se retrouver ceux qui consomment des drogues) qui est recherchée. Ils défendent ainsi la thèse d'une utilisation du problème en vue de stigmatiser une frange de la jeunesse (Zafirooulos et Pinell, 1982).

Cette loi est le résultat d'un compromis entre dispositions répressives et mesures sanitaires. Elle repose sur un axiome : punir et guérir. Elle fait la part belle à la répression et aux objectifs d'éradication totale des drogues, tout en octroyant une possibilité de soins aux toxicomanes<sup>60</sup> : l'injonction thérapeutique<sup>61</sup> pour les consommateurs non trafiquants arrêtés pour la première fois. Cette alternative a d'ailleurs été impulsée par quelques psychiatres connus comme les premiers

---

<sup>58</sup> Comme l'explique Bergeron, « pour la première fois, une jeune fille est retrouvée morte par overdose dans les toilettes d'un café de la fameuse station balnéaire du sud de la France. Jusqu'alors personne ou presque parmi les hommes politiques ne s'était véritablement intéressé à la toxicomanie d'une partie marginale et peu « visible » de la jeunesse » (1996, 24).

<sup>59</sup> Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.

<sup>60</sup> N'oublions toutefois pas, comme le rappelle Monique Pelletier, que « la loi du 24 décembre 1953 permettait déjà au juge d'instruction d'astreindre un usager à subir une cure dans un établissement spécialisé. Le règlement d'administration publique qui devait déterminer les conditions de cette cure n'ayant jamais été pris, le principe posé par la loi restera inappliqué » (Pelletier, 1978, 96).

<sup>61</sup> Pour une histoire de l'injonction thérapeutique en France, voir notamment (Simmat-Durant, 1999) ou (Setbon et Calan, 2000).

spécialistes<sup>62</sup>. Cette loi met en place un dispositif spécialisé, financé par l'Etat, qui garantit l'anonymat, la confidentialité et la gratuité des soins aux toxicomanes. A travers elle, la France a opté pour un dispositif spécialisé en toxicomanie. Cette loi s'est d'ailleurs au départ inscrite dans le Code de la Santé Publique. L'objectif spontanément légitime de l'entreprise curative individuelle est l'abstinence. « Elle est le signe de la guérison (...) Les textes font donc référence aux cures de désintoxication comme instrument mécanique d'une émancipation durable » (Bergeron, 1996). Le triangle d'or est donc « abstinence-désintoxication-éradication » (Ehrenberg, 1995). Au niveau politique, il s'agit d'augmenter la répression. Au niveau sanitaire, le refus de la médicalisation des usages de drogues est un principe fondateur : « la contestation ou l'errance ne devait pas être médicalisée » (Coppel, 2002). Cette législation est qualifiée de « sévère » (Boekhout Van Solinge, 1996) et souvent désignée comme une « loi d'exception » (Stengers et Ralet, 1991).

Depuis la fin des années 1960, quelques médecins (bien souvent des psychiatres) commencent à recevoir les usagers de drogues dans les hôpitaux psychiatriques ou les centres antipoison. Toutefois, à l'époque, « le secteur sanitaire traditionnel se montre réticent à accueillir, même en dehors de l'injonction thérapeutique, des usagers de drogues perçus comme des perturbateurs difficiles à contrôler et qui ne sont décidément pas des malades comme les autres » (OFDT, 1999).

Le dispositif spécialisé prend peu à peu forme. Dans la loi de 1970, « l'ensemble du secteur psychiatrique est agréé » (Bergeron, 1999a). L'Etat a en quelque sorte confié les soins des toxicomanes à des spécialistes, essentiellement des psychiatres. Ceux-ci ont alors exercé une sorte de monopole sur le traitement mettant l'accent sur une approche clinique de la consommation de drogues, les causes se situant avant tout au niveau de l'individu et de ses troubles (Boekhout Van Solinge, 1996).

Au début des années 1970, la spécialisation<sup>63</sup> du champ va s'imposer avec la figure d'Olivenstein, psychiatre militant défendant que la toxicomanie est une expérience particulière que l'on ne peut réduire aux autres dépendances tels que l'alcoolisme (Bergeron, 1999a). Olivenstein « veut croire que la toxicomanie est une disposition

---

<sup>62</sup> « C'est le secteur psychiatrique tout récemment sectorisé qui se charge jusqu'alors des quelques drogués de l'époque » (Bergeron, 1999a).

<sup>63</sup> Pour en savoir plus sur la spécialisation du dispositif, voir (Bergeron, 1999a).

psychique particulière qui demande un type de fonctionnement thérapeutique singulier » (Bergeron, 1999a). Le profond rejet dont font l'objet les toxicomanes conduit à la réaction du réseau spécialisé en toxicomanie, avec l'ouverture en juillet 1971 à Paris, de Marmottan, première structure de soins spécialisée pour toxicomanes.

La circulaire de 1972<sup>64</sup> tente d'encadrer les initiatives locales d'origines très variées (d'éducateurs de rue, de prêtres, de pasteurs, d'agents immobiliers, etc.) en formalisant les phases de soins pour toxicomanes (cure, sevrage, postcure). Les initiatives privées, notamment les associations de loi 1901, prennent part au projet venant en renfort du secteur public. A cette époque, les possibilités de financement sont abondantes. Au début des années 1970 se créent donc les premières cures et postcures. Au cours des années 1970, le dispositif évolue vers une prise en charge professionnalisée, structurée autour de traitements de type psychothérapeutique.

Comme nous l'avons souligné, dès le début des années 1970, Olivenstein devient un personnage incontournable dans le champ de la toxicomanie. Toutefois, bien qu'il soit écouté et reconnu, tous ne partagent pas ses points de vue. Ainsi, quelques psychiatres du secteur (et principalement le Dr Deniker de l'hôpital Sainte-Anne) proposent de mettre en place un protocole thérapeutique non encore testé en France. Malgré un contexte dominant peu favorable, après de vifs débats, deux programmes méthadone expérimentaux (de 20 patients chacun) sont mis en place en 1973 dans deux services psychiatriques parisiens (Fernand-Widal et Sainte Anne)<sup>65</sup>, le protocole expérimental est conçu et proposé par l'Inserm. Marmottan refuse en ses murs la mise en place de ces protocoles. Les clients potentiels de ces programmes doivent être volontaires et majeurs (les mineurs doivent avoir l'autorisation de leurs parents, sauf si le médecin considère que c'est une urgence) (Coppel, 2003). Ils sont toutefois très encadrés et la population pouvant en bénéficier est réduite. Malgré cette entrée expérimentale, personne ne défend l'extension massive de la méthadone, notamment en raison d'une méfiance envers l'approche neurobiologique de la maladie mentale (OFDT, 2003). Personne d'ailleurs ne semble se soucier d'évaluer les protocoles existants. D'après les études qui parviennent des Etats-Unis, les résultats ne sont pourtant pas encourageants. Ainsi, « quelques

---

<sup>64</sup> Circulaire DGS/591/MS1 du 29 mars 1972.

<sup>65</sup> Quatre centres reçoivent l'autorisation de prescrire la méthadone : l'Intersecteur à Marseille, les hôpitaux Marmottan, Fernand-Widal et Sainte Anne à Paris. Seuls les deux derniers commenceront effectivement à prescrire à petite échelle.

rapports ont été rédigés sur ces expérimentations qui, tout en étant mesurés, préconisaient une augmentation contrôlée de ces modes de traitement. Mais ils n'eurent aucun écho » (Augé-Caumon, *et al.*, 2002).

Parallèlement, d'autres alternatives sont envisagées dès 1970. Des réflexions naissent un décret et des circulaires<sup>66</sup>, bien que rapidement abandonnées, permettant la délivrance d'héroïne sous contrôle médical<sup>67</sup>.

Dans ce contexte sont montrées du doigt deux alternatives thérapeutiques (le rapport Pelletier ne fera que confirmer cette tendance<sup>68</sup>). D'une part, les communautés thérapeutiques qui fonctionnent sur des présupposés comportementalistes sont rejetées : selon elles, pour soigner la toxicomanie, il faut que l'individu soit confronté de façon répétitive à des renforcements négatifs. Le débat se focalise notamment sur le très controversé Patriarche<sup>69</sup>. D'autre part, selon l'opinion dominante, la méthadone reviendrait à placer les usagers de drogues en dépendance légale : « en France, quand on se bat contre la drogue, on ne remplace pas un produit par un autre » (Bergeron, 1996). De plus, l'introduction de la substitution est, dit-on, un premier pas vers la dépénalisation, elle est assimilée à une pratique médicale au service du contrôle social. Un autre argument sous-tend cette opposition : « la très faible médicalisation des structures spécialisées dans la « lutte contre la toxicomanie », leur peu d'intérêt pour la dimension organique et biologique, et pour le développement des neurosciences. La lecture des toxicomanies demeure à l'époque essentiellement sociale ou psychologique » (Augé-Caumon, *et al.*, 2002). Selon la dominance psychiatrique, ces actions de réduction des risques « ne combattent en effet que les symptômes et passent sous silence la problématique psychologique sous-jacente. (...) Si l'on en croit les têtes pensantes du

---

<sup>66</sup> Décret n°70-127 du 6 février 1970 concernant la diacé morphine (héroïne), ses sels et leurs préparations, circulaire DGS n°68 du 11 juin 1970 et circulaire DGS n°149 du 13 janvier 1971 concernant la désignation des établissements hospitaliers habilités à détenir ces produits.

<sup>67</sup> Voir (Bergeron, 1999a).

<sup>68</sup> Les équipes de l'hôpital Sainte Anne et de l'hôpital Fernand-Widal, après quatre années d'expérimentation, « rejettent le mode de prescription de la méthadone pratiqué aux USA ou en Hollande, et restent très prudentes quant à l'extension à donner à la méthadone » (Pelletier, 1978, 231). « La majorité des centres de post-cures en France (...) ne se réclament pas en général des théories appliquées dans les communautés thérapeutiques américaines, dont ils refusent la taille et les méthodes » (Pelletier, 1978, 236).

<sup>69</sup> Communauté thérapeutique fondée en 1974. La dérive totalitaire, voire sectaire de l'association de Lucien Engelmajer, a fortement contribué à susciter une suspicion à l'égard des communautés thérapeutiques (Jacques et Figiel, 2006).

traitement de la toxicomanie, une politique de réduction des risques est un acte désespéré, le signe qu'on a renoncé à lutter » (Boekhout Van Solinge, 1996).

A la fin des années 1970, le rapport Pelletier, commandé par le Président Valéry Giscard d'Estaing en juin 1977, se donne pour objectif de réaliser un état des lieux de ce qui se fait en France concernant les drogues, tant en matière de soins que de répression, de prévention, de trafic ou de coopération internationale. Ce rapport reconnaît la dimension psychothérapeutique de la prise en charge comme technique curative par excellence dans le cadre d'un objectif d'abstinence<sup>70</sup>.

### 1.3. Un même paradigme et deux législations. Des logiques relativement similaires entre les deux pays

En Europe Occidentale, et donc en France et en Belgique, le phénomène drogue tel qu'on l'a appelé dans les sociétés modernes contemporaines européennes se cristallise et devient visible à la fin des années 1960. Ainsi, à partir des années 1970, la plupart des pays européens légifèrent en la matière. La France et la Belgique ne font pas exception avec respectivement la loi du 31 décembre 1970 et la loi du 9 juillet 1975. L'ensemble de ces législations relèvent du droit pénal et sont relativement similaires dans leurs ressorts. Elles s'inscrivent dans une logique répressive cadrée par des conventions internationales orientées en ce sens. A cette époque, les toxicomanes constituent un phénomène émergent et passablement méconnu, les législateurs semblent donc s'aligner sur les politiques répressives qui se mettent en place à l'échelle internationale.

Le phénomène étant peu connu, les soignants, très peu nombreux à l'époque, ont presque exclusivement le sevrage et l'abstinence comme réponse au « problème », toute forme de traitement soulevant de vives polémiques. Toutefois, face à cette vague répressive, quelques médecins entament des prises en charge expérimentales avec la méthadone. On l'a vu, en Belgique, la loi et le Code de déontologie s'opposent à la prescription aux usagers de drogues assimilée à de l'entretien de toxicomanie. Bien qu'ancrés dans le paradigme de l'abstinence, quelques médecins bruxellois tentent

---

<sup>70</sup> « La vraie toxicomanie (...) semble exprimer plutôt (...) des problèmes à dominante individuelle, liés à l'existence de troubles de la personnalité et du comportement et/ou (...) à un phénomène de désinsertion dont le recours à la toxicomanie n'est qu'un mode d'expression parmi d'autres » (Pelletier, 1978). « On considère aujourd'hui la toxicomanie, notamment la toxicomanie aux « drogues dures » type héroïne, non comme une maladie en soi, mais comme un symptôme, un trouble des conduites qui souligne, quelle qu'en soit la genèse, les difficultés psychologiques de l'individu. Le « manque fondamental » dans l'organisation de la personnalité que le sujet tend à « combler » par la prise de toxique » (Pelletier, 1978, 222).

d'apporter une aide à ces patients en souffrance. De son côté la France, s'inscrivant dans cette logique répressive, met en place un dispositif spécialisé qui reste aux mains des psychiatres. L'ouverture de Marmottan est la figure emblématique de la philosophie de l'époque. Mais, bien que rejetant les alternatives au sevrage, deux programmes méthadone expérimentaux ouvriront leurs portes à une minorité d'usagers de drogues. Nous ne retrouvons par contre aucune mention de la question des « toxicomanies » dans le Code de déontologie français.

Dans ces années 1960-1970, la Belgique et la France sont donc dans des logiques similaires, ancrées dans le paradigme de l'abstinence. Cet ancrage donnera naissance à deux législations répressives, bien que distinctes à certains niveaux, comme nous l'avons noté. Toutefois, une différence qui prendra son importance par la suite, se marque au niveau des expérimentations de traitements : la France choisit d'établir un dispositif spécialisé principalement dominé par les psychiatres et les théories psychothérapeutiques, alors qu'en Belgique, des expérimentations médicales ont lieu en cabinet privé ou dans des équipes hospitalières.

## **2. Premières prescriptions et controverses : les années 1980**

Au début des années 1980 donc, presque partout dans le monde, la « guerre à la drogue » l'emporte sur la protection de la santé. Les Pays-Bas sont les seuls à privilégier le maintien de la protection sociale des héroïnomanes même s'ils continuent à consommer. Une représentation commune domine : il n'y a pas de justifications à la prescription, l'objectif de sevrage apparaissant comme le seul légitime. Toutefois, bien que cette philosophie domine, des vifs débats vont éclore, notamment en raison de la découverte du virus du sida.

### **2.1. L'amorce d'une bataille administrative et juridique belge et les premières expériences mondiales de la buprénorphine**

Au début des années 1980, en réponse aux consommations croissantes de drogues et à la représentation répandue de la « drogue comme menace pour la société », des balises sont posées faisant suite à la loi de 1975 et à l'avis de l'Ordre des médecins de 1976. Ayant intégré l'idée de liberté thérapeutique évoquée dans l'avis du Conseil de l'Ordre des médecins de 1976, quelques médecins belges isolés, principalement installés à Bruxelles, se mettent à prescrire de la méthadone ; la majorité reste toutefois réticente.

Ces pionniers ne prescrivent pas uniquement de la méthadone, mais également du bezitramide<sup>71</sup>, du dextromoramide<sup>72</sup> ou de la clonidine<sup>73</sup>. On estime qu'à Bruxelles, au début des années 1980, plus de 500 usagers de drogues sont en « traitement de maintenance<sup>74</sup> » (Todts, 2003).

Parallèlement à ces prescriptions isolées, un médecin psychiatre bruxellois se lance dans l'aventure du Temgésic®. En 1983, alors que deux études américaines sur la buprénorphine démontrent que la molécule peut « avantageusement remplacer la méthadone comme traitement de substitution pour la désintoxication des héroïnomanes », la presse belge titre « le Dr Reisinger, de l'hôpital Universitaire Brugmann, est le premier à avoir franchi le pas et à avoir effectivement expérimenté cette possibilité ». Ainsi, alors que la buprénorphine est disponible en Belgique sous forme de Temgesic®, ce psychiatre « se décide à l'expérimenter aux marges de la loi puisque ce médicament n'est pas destiné au traitement des toxicomanes » (Coppel, 2002). Sans être formellement interdite en Belgique, la prescription est mise en accusation sous des prétextes juridico-moraux et médicaux. Entre novembre 1983 et août 1984, le Dr Reisinger prescrit de la buprénorphine à une trentaine de patients héroïnomanes. Il publie et communique ensuite les résultats (Reisinger, 1985a, Reisinger, 1985b, Reisinger, 1985c) « dans l'espoir de susciter le développement des recherches cliniques » (Coppel, 2002). Les résultats sont modestes mais encourageants. Bien que ses publications aient peu d'écho, sous la menace du sida, il poursuit les prescriptions<sup>75</sup> et continue de diffuser les résultats de ses recherches.

Toutefois, malgré ces tentatives expérimentales isolées, les réticences de la majorité des professionnels de santé ont entraîné, au début des années 1980, la plupart des héroïnomanes souhaitant se faire soigner à s'orienter vers un petit noyau de médecins généralistes et de psychiatres dont les qualifications et les connaissances étaient bien

---

<sup>71</sup> Le bezitramide est un narcotique analgésique qui possède des propriétés semblables à celles de la morphine. Il est plus communément commercialisé sous le nom de Burgodin®.

<sup>72</sup> La dextromoramide est un stupéfiant analgésique morphinique. Il est plus communément commercialisé sous le nom de Palfium®.

<sup>73</sup> La clonidine (Catapressan®), commercialisé en Belgique comme hypertenseur, était largement utilisée pour diminuer les phénomènes de sevrage aux opiacés.

<sup>74</sup> Nous traduisons.

<sup>75</sup> A la fin de 1986, il a traité 200 patients, « avec un taux global de guérison, c'est-à-dire de sevrage, de 25%, et le taux se monte à 57% lorsque les patients suivent régulièrement le traitement. Un résultat remarquable au regard des quelques 90% de rechutes observées dans les cohortes américaines » (Coppel, 2002).

souvent insuffisantes. Certains patients se sont ainsi vus prescrire des doses élevées de méthadone injectables et d'autres narcotiques. Le traitement fut alors associé à des décès par overdose, conduisant les autorités juridiques belges à prendre des mesures répressives. Ces mesures ont été associées à des arrestations et des condamnations de médecins accusés d'entretien de toxicomanie. « Some patients were prescribed large quantities of medication, resulting in a number of overdoses in which methadone was involved. A concerned Public Prosecutor notified the Belgian Medical Association and started prosecuting the prescribers » (Todts, 2003). Comme Todts le souligne, « in 1982, the provincial council of Brabant (which includes Brussels) and later also the national council introduced prescription norms that were copied from those in American specialised treatment centres. Since it was virtually impossible for private physicians to comply with these norms, they were more and more at risk of being disciplined» (Todts, 2003, 31).

Ainsi, dès le début des années 1980, pratiquement toutes les Commissions médicales provinciales ont diffusé (ou fait diffuser par l'Ordre des médecins) des circulaires et des directives à propos de l'utilisation de la méthadone<sup>76</sup>. « Sous l'impulsion de la Commission médicale du Brabant francophone, la première à rencontrer l'épidémie de toxicomanie « juvénile », les Commissions médicales édictèrent une série de circulaires et de recommandations mettant en garde les médecins prescripteurs. On y insistait sur les toxicomanies iatrogènes (...) et on y décrivait le toxicomane sous un jour qui ne permettait guère au praticien de voir en lui un patient en souffrance. Les traitements de substitution firent l'objet de plusieurs recommandations (de 1981 à 1984) qui en précisèrent les modalités tirées de celles de l'OMS, de la division Stupéfiants, de l'ONU, du Conseil de l'Europe (Groupe Pompidou) et des Académies de Médecine belges ainsi que du Conseil de l'Ordre » (Binot, *et al.*, 1989).

Les *Folia Pharmaceutica*<sup>77</sup> d'août 1981 ont d'ailleurs publié un article qui a fait date « A propos de l'emploi de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés », celui-ci voulant poser des balises en raison de « l'importance de problème de l'abus de la méthadone injectable ». Il est également souvent fait référence à un texte

---

<sup>76</sup> Rappelons les plus citées dans la littérature : Circulaire du Conseil de l'Ordre des médecins du Brabant du 7 septembre 1982, du 27 décembre 1982 et du 24 février 1983, Circulaire de la Commission médicale du Brabant du 30 octobre 1982.

<sup>77</sup> Publiées par le Ministère belge de la Santé publique.



publié dans le numéro d'août 1982 de *Folia Pharmaceutica*, diffusé par la Commission médicale néerlandophone du Brabant sous la forme d'une circulaire datée du 24 novembre 1982. De plus, plusieurs circulaires imposent à tout médecin prescripteur de méthadone de signaler le début de chaque traitement à la Commission médicale provinciale et de faire régulièrement un rapport. Ces directives de 1982 ont été reprises en partie ou en totalité dans la majorité des circulaires suivantes. Celles-ci « soulignent d'ailleurs que les médecins qui travaillent individuellement feraient mieux de s'abstenir de prescrire de la méthadone ou ajoutent même qu'une telle prescription serait interdite<sup>78</sup> » (De Ruyver, *et al.*, 1993).

C'est ainsi que se poursuit en Belgique une période de répression. Dans ce contexte, certains médecins purgent des peines d'emprisonnement. « La vague de procès qui, à partir de juillet 1983, a frappé sept ou huit médecins pour entretien de toxicomanie n'est sans doute pas étrangère au durcissement des consignes de l'Ordre des médecins » (Binot, *et al.*, 1989).

Bien que beaucoup parlent de consommations croissantes, de « toxicomanie juvénile », il est intéressant de souligner que, jusque dans les années 1980, « en communauté française, le nombre de toxicomanes est inconnu, même en ordre de grandeur ; le coût social de la toxicomanie n'a pas été évalué ; il n'y a pas d'inventaire officiel ni des services de traitements offerts aux toxicomanes, ni des besoins existants » (Binot, *et al.*, 1989).

#### *Deux affaires marquantes*

Bien qu'une dizaine de médecins soient inquiétés par les instances judiciaires et ordinaires, deux affaires vont principalement marquer l'histoire de la médicalisation de l'usage de drogues en Belgique au milieu des années 1980, celles du Dr Baudour et celle du Dr Nystrom. Le premier, médecin psychiatre bruxellois, est entendu, dès mars 1979, par le parquet de Bruxelles. Il est incarcéré en 1983 et condamné pour des prescriptions

---

<sup>78</sup> Voir e.a. les circulaires du 28 octobre 1992 et du 24 novembre 1992 de la Commission médicale provinciale de Liège ; sans date de la Commission médicale provinciale d'Anvers ; la lettre du 16 juillet 1992 de la Commission médicale provinciale du Limbourg à M. l'Inspecteur général du Service de la pratique médicale ; la lettre du 30 juillet 1992 de la Commission médicale provinciale de Flandre Orientale à M. le Procureur général près de la Cour d'Appel de Gand.

de méthadone<sup>79</sup> (on lui reproche d'avoir prescrit d'importantes quantités de solutions injectables et d'avoir également prescrit des amphétamines). Le Dr Nystrom quant à lui, également psychiatre à Bruxelles, est condamné pour prescriptions de bezitramide. « The courts did not radically condemn substitution treatment as such, but argued that in both cases the doctors involved had been careless » (Todts, 2003).

Ces deux affaires vont susciter l'émoi des pionniers et vont être à l'origine d'un mouvement de protestations et de revendications. C'est ainsi qu'une véritable bataille administrative et juridique s'amorce. Le Conseil national de l'Ordre des médecins tente alors de « discipliner » ses membres, le Conseil provincial du Brabant va dans le même sens. Ainsi, « in 1986, the national council stated that since the term abuse was not defined in the drug law, it was due to the BMA and the judicial authorities to judge what constitutes abuse or not » (Todts, 2003)<sup>80</sup>. Les médecins reçoivent donc de chaque conseil provincial une circulaire sur « l'usage et l'abus de médicaments pouvant entraîner une assuétude ». Cette directive qui fait date souligne le souci de « se conformer aux données actuelles de la science », de « procéder à un examen clinique minutieux et tenir un dossier médical », d'« exclure toute prescription injectable », de « tendre au sevrage et à la guérison », de s'inscrire « dans le cadre d'un traitement médico-psycho-social » et enfin « d'avertir dans les plus brefs délais la Commission médicale provinciale et le Conseil provincial de l'Ordre des médecins ». De plus, cette circulaire mentionne que « seule la méthadone s'avère justifiée actuellement sur le plan pharmacologique ».

Dès la circulaire de mars 1987 du Conseil du Brabant de l'Ordre des médecins, la politique suivie par les Commissions médicales provinciales se durcit conformément à ces recommandations. « De concert avec le Conseil de l'Ordre, ce sont les Commissions médicales provinciales qui s'opposent à la pratique de traitements de substitution par

---

<sup>79</sup> Le Dr Baudour a publié « L'amour condamné. Esquisse d'une psychothérapie des toxicomanes » (Baudour, 1987) où il retrace ses 113 jours d'incarcération et les 15 séances du procès.

<sup>80</sup> Concernant l'absence de définition de la notion d'abus dans la loi de 1975, notons qu'un « arrêt intéressant du tribunal correctionnel de Bruxelles du 16 février 1984, auquel s'est fréquemment référé la jurisprudence, postule que le traitement au moyen de la méthadone n'est ni illégal, ni interdit. L'abus dans les prescriptions doit plutôt être recherché dans la manière et dans les procédés selon lesquels ce traitement est administré (conditions d'exécution du traitement). La jurisprudence fournissait des directives quant à la pratique normale qui prévaut lors de la prescription de la méthadone. Il s'agit de « normes et critères d'abus » qui ne sont pas obligatoires pour le médecin mais constituent plutôt une ligne de conduite » (Jacques et Figiel, 2006).

des médecins isolés et qui limitent à un quorum le nombre de patients admissibles à ce type de traitement dans le cadre d'un protocole expérimental » (Binot, *et al.*, 1989). Ainsi, dans son Bulletin de juin 1988<sup>81</sup>, l'Ordre des médecins précise que les traitements de substitution sont limités aux équipes médico-psycho-sociales incluant un psychiatre compétent dans le domaine de la toxicomanie. Notons qu'à l'époque aucune formation ni diplôme ne définit cette compétence (Binot, *et al.*, 1989). Le Bulletin mentionne que « dans la désintoxication physique, il convient d'éviter scrupuleusement la substitution de la dépendance vis-à-vis d'une substance, à une autre ». De même, « excepté dans des cas tout à fait exceptionnels, l'utilisation en ambulatoire et/ou à long terme de méthadone ou d'autres analgésiques narcotiques ne se justifie PAS du point de vue thérapeutique. Dans ces cas, le traitement ne peut être entrepris par un médecin isolé, quelle que soit sa qualification, et un rapport motivé doit être transmis à la Commission médicale provinciale et au Conseil provincial compétents<sup>82</sup> ».

Ces différentes mesures ont entraîné la disparition presque complète du traitement à la méthadone en Belgique entre 1983 et 1990. Une seule exception, le centre spécialisé Lama, était autorisé à prescrire de la méthadone et de la buprénorphine à un groupe d'héroïnomanes sous surveillance médicale (Reisinger, 1996). Ainsi, « les médecins qui actuellement [en 1989] poursuivent une pratique de prescription de produits de substitution pourraient voir leur dossier transmis par la Commission médicale provinciale à l'autorité judiciaire » (Binot, *et al.*, 1989).

## 2.2. L' « exception française »

Alors que la politique de lutte et de soins dans les années 1980 tend à l'éradication des drogues et à l'abstinence, ces années sont marquées par un désenchantement de la part des spécialistes et des acteurs socio-sanitaires : « la toxicomanie n'est pas une poussée de fièvre qu'un dispositif spécialisé peut étouffer » (Bergeron, 1996), elle est un phénomène social durablement installé. Ainsi, « l'acolyte drogué se mue en patient toxicomane, souvent dégradé socialement et psychologiquement. Les années 1980 marquent une massification de la toxicomanie » (Bergeron, 1996).

---

<sup>81</sup> Bulletin du Conseil National, n°40, 1988, pp.13-17.

<sup>82</sup> Bulletin du Conseil National, n°40, 1988, pp.16-17

« *La guerre à la drogue* »

Malgré les résistances et les discours dominants, bien que les hôpitaux et les médecins généralistes évitent d'accepter une « clientèle toxicomane » de peur de multiplier le nombre de patients, quelques médecins de ville, souvent sans autorisation, tentent d'apporter une aide à quelques consommateurs de drogues. Ainsi s'est développée dans les années 1980 une auto-substitution à la codéine<sup>83</sup>, aux sulfates de morphine<sup>84</sup>, ou encore au dextromoramide, une « substitution sauvage » selon l'expression de Bergeron. Il s'agit, pour certains, d'une « soupape non officielle et quelque peu hypocrite qui a contribué à maintenir la croyance en la possibilité de se passer de traitements de substitution prescrits » (Augé-Caumon, *et al.*, 2002). Plus tard, quelques autres médecins ont également commencé à faire de la substitution sauvage avec le Temgésic® non réglementaire et des morphiniques retard. Mais ces premières expériences de traitement se heurtent à la hantise de la morphine. Comme le rappelle Coppel (2002), la morphine est associée dans les esprits à la toxicomanie, considérée comme légitime uniquement aux dernières heures de la vie, si toutefois le médecin a les conditions matérielles de la prescrire. Nombre de médecins y renoncent, notamment en raison de problèmes administratifs. Quelques-uns acceptent toutefois et les expériences se consolident en raison des évolutions favorables. Jean Carpentier est le plus célèbre d'entre eux<sup>85</sup>.

Jusqu'à la fin des années 1980, la méthadone n'est donc pas pensée comme une solution envisageable, elle n'appartient pas à l'« univers des solutions possibles » (Berger et Luckman, 1996) pour des raisons éthiques, cognitives et de structuration de l'organisation professionnelle et du dispositif (Bergeron, 1996). Mais avec l'arrivée du sida, les données changent et la situation devient urgente à régler. A partir des années 1984-85, le sida va représenter un risque majeur, les toxicomanes sont devenus des victimes de premier ordre et un des principaux vecteurs de la diffusion de la maladie.

---

<sup>83</sup> Depuis la fin des années 1970, la France a connu une très forte consommation de médicaments codéinés (Néocodion®, Nétux®, codéthyline, etc.) « dont 80% étaient utilisés en auto-substitution par des personnes héroïno-dépendantes. La codéine était en effet disponible sans prescription médicale » (Augé-Caumon, *et al.*, 2002)

<sup>84</sup> Les plus connus sont le Skénan® ou le Moscontin®.

<sup>85</sup> Dès 1988, il commence à prescrire des opiacés dans son cabinet médical avec sa collègue Clarisse Boisseau. Voir notamment : (Carpentier, 1994b), (Carpentier, 2000).

« Alors que chacun s'entend sur la nécessité d'agir, les points de vue divergent profondément sur les méthodes à employer afin de limiter l'extension des contaminations. Deux conceptions s'affrontent publiquement : l'une répressive portée par le Garde des Sceaux qui souhaite voir enfermer les toxicomanes séropositifs, l'autre portée par des agents de la réduction des risques favorables aux actions de prévention 'hors les murs' » (Gourmelon, 2005, 109).

#### *Le sida comme risque majeur*

Le sida va donc modifier le recours aux soins des usagers de drogues, ceux-ci se tournent principalement vers les médecins généralistes et les hôpitaux. A part quelques-uns, la plupart des intervenants reste axé sur une expertise reposant sur un mélange inextricable de principes éthiques et de réflexions psychanalytiques. « Pour eux, en toute caricature, il n'y a qu'un objectif (curatif) et qu'une technique (psychothérapie d'inspiration psychanalytique) » (Bergeron, 1996). La lutte contre le sida et celle contre la toxicomanie restent deux objectifs bien différenciés. Ainsi, « de plus en plus centré sur lui-même et sur la clinique au cœur de la prise en charge, le champ de la toxicomanie allait mettre un certain temps à reconnaître et à accepter la nouvelle donne du sida, comme pathologie à prendre en compte dans la prise en charge » (Gourmelon, 2005, 66).

L'absence de données sur la mortalité des usagers de drogues dans les années 1980 reflète le manque d'intérêt pour cette population, les décès étant considérés comme négligeables. Elle est notamment justifiée par le risque d'exploitation politique que ces données pourraient induire. Le silence sur les usagers de drogues est ainsi général : on parle du sida, pas des usagers de drogues ; les pouvoirs publics refusent de faire un amalgame entre sida et toxicomanie. Le sida est encore considéré comme une épidémie ponctuelle pouvant être résorbée. Il faut attendre le début des années 1990, pour que, à l'étranger et en France, certains professionnels, à l'intérieur et à l'extérieur du champ, soulignent la nécessité croissante d'une prise en compte active des problèmes posés par le sida. « Le sida apparaît comme le révélateur des limites intrinsèques du champ de la toxicomanie. (...) Les premières réflexions sur le lien sida-toxicomanie vont voir le jour et de nouvelles modalités d'action vont être étudiées qui préfigureront la politique de réduction des risques (...) Avec le sida, la hiérarchie des objectifs sanitaires se

redistribuée dans un modèle où prévenir devient une ambition aussi légitime et valorisée que guérir » (Gourmelon, 2005, 66).

Ce contexte aboutit en 1987 à la libéralisation de la vente de seringues<sup>86</sup>. Bien que les pharmaciens soient autorisés à vendre des seringues, cette libéralisation s'est longtemps heurtée à un manque de coopération de la part des acteurs impliqués. D'une part, il a fallu attendre un certain temps avant que la vente de seringues soit effective, une partie des pharmaciens ne souhaitant pas collaborer à cette nouvelle politique. D'autre part, l'attitude des forces de l'ordre posait également problème. Régulièrement, les héroïnomanes ayant acheté une seringue en pharmacie étaient attendus à l'extérieur par la police ou la gendarmerie, et appréhendés. « Le simple fait de se trouver en possession d'une seringue est en effet suffisant pour justifier une interpellation » (Boekhout Van Solinge, 1996).

Parallèlement aux prescriptions isolées de Palfium® ou de morphiniques et aux deux programmes expérimentaux hospitaliers à la méthadone, le Temgésic® va également jouer un rôle clé à cette période. Ainsi, en 1987, le Temgésic® sous forme injectable obtient une autorisation de mise sur le marché<sup>87</sup>, dans le cadre des traitements contre la douleur, suscitant un grand intérêt. Classé sur la liste des stupéfiants en 1978, la France déclassa le médicament en 1987, le Temgésic® peut donc être prescrit selon les règles habituelles. A la fin des années 1980, quelques médecins isolés se lancent dans ce type de prescription alors que le contexte n'est pas très favorable. « Le Temgesic® n'avait pas d'autre indication que le traitement de la douleur et le laboratoire Reckitt & Colmann craignait beaucoup de voir sa molécule déconsidérée si elle devenait un produit « de toxicomane », sans parler de l'hostilité des milieux spécialisés » (Morel, 2000a). Sa réputation est plutôt bonne : « Il ne défonce pas et est réputé pour sa sécurité d'emploi, même en augmentant les doses, il n'y a pas de risques d'overdoses » (Coppel, 2002). Toutefois, certains émettent des réserves après le choix

---

<sup>86</sup> Décret du 13 mai 1987 qui abolit le décret du 13 mars 1972. Par le décret du 13 mars 1972, l'accès aux seringues était restreint par l'obligation d'une prescription médicale. La libéralisation de la vente en pharmacie a été instituée en un an par le décret signé le 13 mai 1987 par Michèle Barzach, puis pérennisée l'année suivante par Claude Evin. Par le décret du 11 août 1989, les seringues sont définitivement en vente libre pour les majeurs.

<sup>87</sup> Le Temgésic® sous forme injectable reçoit son AMM le 17 avril 1987 (les dates de commercialisation des différentes présentations remontent aux années 1989 et 1990). Sa forme injectable (réservée à l'usage hospitalier) a quant à elle reçu son AMM le 17 juillet 1984. Toutefois ces ampoules seront retirées du commerce à la fin des années 1990.

d'une commercialisation sous forme injectable. L'OMS se veut pourtant rassurante : le médicament est aussi efficace que la morphine dans le traitement de la douleur, mais contrairement à celle-ci, il offre une sécurité d'emploi.

A la fin des années quatre-vingt, quelques médecins isolés se lancent eux aussi dans la prescription du Temgésic® (Carpentier, 1994b). En Aquitaine, une équipe plus structurée met en place un protocole de substitution à petite échelle dans lequel figure l'utilisation de la buprénorphine et dont elle rend compte dans quelques articles scientifiques (Auriacombe, 1992, Daulouède et Tignol, 1994).

En 1988, le laboratoire Schering Plough acquiert la licence pour le Temgésic® comme médicament contre la douleur. Le Dr Monchecourt, chargée de la vente du médicament, se rend compte de la petite place laissée en France à ce type de traitement. Elle souhaite sensibiliser les médecins et les former. Mais dès 1988, des cas de détournement de Temgésic® sont relatés (injections par les usagers de drogues notamment). En effet, avant 1990, la buprénorphine n'est disponible que sous forme injectable. Elle découvre alors des recherches américaines convaincues que la buprénorphine peut être candidate comme traitement de la dépendance, mais elle souhaite que le traitement reste dissocié de l'image du toxicomane. Elle découvre également les recherches menées par le médecin psychiatre belge, le Dr Reisinger en 1985. Ce médecin est à la recherche d'une méthode efficace de sevrage, comme les médecins français. Contrairement à l'indifférence ou à la logique punitive qui prévaut, il considère la dépendance aux opiacés comme « une pathologie sévère méritant des recherches » (Coppel, 2002). En 1988, le Dr Reisinger et le Dr Monchecourt se rencontrent. A cette époque, sous la menace du sida, Reisinger multiplie ses recherches. Il suit de près les recherches internationales ignorées des Français. Reisinger convainc Monchecourt de l'utilité du médicament... Reste à convaincre les autorités françaises et le laboratoire pharmaceutique. En 1989, Monchecourt contacte les médecins généralistes français prescrivant du Temgésic®. La plupart d'entre eux le font dans l'isolement et la culpabilité. Alors que les détournements sont relatés, Schering Plough sollicite la Commission nationale des stupéfiants. Le laboratoire veut maintenir le classement du médicament hors stupéfiants et obtenir un comprimé sublingual. Un débat s'amorce, entre autres, avec le Dr Reisinger à la tribune et l'argumentaire scientifique l'emporte. « Le Temgésic® n'est pas un stupéfiant, il n'y a pas de nécessité

d'imposer un carnet de souches » (Coppel, 2002). La fabrication d'un comprimé sublingual est également acceptée. Le Temgesic® sous forme de comprimé est alors commercialisé en 1990. Les années suivantes seront consacrées à son développement, sous forme plus fortement dosée.

Alors que la libéralisation de la vente de seringues, premier pas vers la réduction des risques, reste isolée, des interrogations se fondent sur la pertinence des traitements de substitution. Le rapport Trautmann dénonce notamment le dispositif de soins comme étant « géographiquement inégal et très insuffisant (...) Deux autres critiques sont avancées : elles résultent du refus de recourir dans notre système de soins à des techniques fort à l'honneur dans d'autres pays, notamment les structures dites « communautés thérapeutiques » et les techniques de maintenance, notamment par la méthadone » (Trautmann, 1989, 84). Catherine Trautmann est d'ailleurs incisive dans son rapport, dénonçant un boycott de la méthadone.

Durant les années 1980 donc, bien que certains médecins généralistes essaient de traiter les héroïnomanes avec diverses médications principalement pour gérer les douleurs, ceux-ci tentent d'amorcer le débat sans trop de succès<sup>88</sup>. Certains d'entre eux seront d'ailleurs poursuivis et condamnés pour leurs pratiques.

### 2.3. Des ancrages identiques, des orientations différentes

Les années 1980 sont le théâtre des premières expérimentations de traitements de part et d'autre de la frontière. Alors que la majorité des professionnels de santé sont opposés à la prescription aux usagers de drogues, quelques-uns développent une « substitution sauvage » (que ce soit au Temgesic®, aux morphiniques ou encore à la méthadone), tout d'abord dans chacune des capitales. Les pratiques se diffusent ensuite minoritairement dans l'ensemble des pays. Elles restent isolées et illégales.

---

<sup>88</sup> « L'utilisation de la méthadone n'a pas été bloquée en France par les pouvoirs publics qui ne l'ont jamais refusée à un médecin pour la bonne raison qu'ils n'ont reçu aucune demande. La conception même de la maintenance est en contradiction avec la volonté très forte de la grande majorité du corps médical français contre une vision fataliste de la toxicomanie, qui en ferait une maladie chronique dont on ne sort pas. Placer un toxicomane sous méthadone, c'est, selon eux, lui retirer toute chance de se libérer un jour de sa dépendance. Cette opinion, recoupée par celle des anciens toxicomanes qui disent tous que la méthadone les aurait empêchés de s'en sortir est à la base d'une position de professionnels que les pouvoirs publics ont respectée et non provoquée. A tel point que personne ne s'est soucié d'exiger de l'Inserm le suivi et l'évaluation des programmes autorisés comme cela avait été décidé en 1974 » (Trautmann, 1989, 84-85).



Les consommations croissantes et la découverte du virus du sida vont cristalliser les débats tant en France qu'en Belgique. De nouvelles approches en matière de toxicomanie voient donc le jour dans ce contexte d'urgence. Des débats s'ouvrent très discrètement sur des alternatives à la méthadone en France et sur la buprénorphine en Belgique. En France, les résistances sont telles qu'aucune proposition ne sera concrétisée. Le déclassement du Temgésic® du tableau des stupéfiants permettra à quelques médecins de le prescrire hors du cadre de son AMM, pour soulager la douleur de certains patients. Un premier pas sera tout de même réalisé avec la libéralisation de la vente de seringues, bien que nous ayons vu qu'elle n'ait pas été effective immédiatement. Mais en France, c'est davantage le sida qui interroge. La Belgique par contre tentera, par le recours aux actions de réduction des risques, de limiter le recours aux injections, principal moteur de l'épidémie auprès du public usager de drogues. Naîtront également les premières expérimentations mondiales de buprénorphine comme traitement pour opiacés-dépendants. Cette période sera propice en Belgique à un véritable débat de fond bien que les autorités judiciaires et médicales s'orientent davantage vers des mesures répressives.

Alors que les pratiques de prescription se diffusent, la Belgique est secouée par l'arrestation et l'incarcération de plusieurs médecins. Le ton se durcit au niveau des autorités (Ordres des médecins, Commission médicale provinciale). De nombreuses circulaires seront diffusées, imposant diverses recommandations dans le suivi des usagers de drogues. De par cette vague de répression, les prescriptions restent isolées. Toutefois, ces mesures donneront naissance à un véritable groupe de pression constitué de professionnels d'horizons divers défendant le recours à la substitution. La France connaîtra également quelques inculpations, principalement dans la région parisienne, mais les débats restent moins ouverts. Le paradigme de l'abstinence, bien ancré dans les esprits, et la mainmise du dispositif spécialisé, canalisent les prescriptions qui restent dès lors limitées.

La logique répressive est toujours bien prégnante, les deux pays restent opposés à quelque traitement que ce soit, le sevrage apparaissant comme l'objectif ultime.

En Belgique, les autorités judiciaires et médicales canalisent et bloquent le débat à coup de circulaires et règlementations. Nous assistons à une véritable déferlante de mesures répressives. Le contexte belge semble donc à cette époque très juridique et

règlementaire provoquant de vives réactions du côté des professionnels de santé précurseurs en la matière. Cette réponse belge semble d'ailleurs se reproduire actuellement où, depuis deux ans, différents textes de loi et arrêtés royaux ont été votés et font controverse. En France, comme l'explique Bergeron, le dispositif et sa configuration bloquent le débat. Toutefois, le Conseil de l'Ordre des médecins français est totalement absent des débats, alors qu'en Belgique, il diffuse recommandations sur recommandations.

Dans les deux pays, les médecins généralistes ne semblent pas être sur le devant de la scène bien qu'ils expérimentent marginalement des traitements. Les figures émergentes et « visibles » sont celles de psychiatres. Le secteur, de part et d'autre de la frontière, semble aux mains de ces spécialistes, bien qu'ils poursuivent des objectifs différents dans les deux pays. La plupart des psychiatres français sont cantonnés dans une approche psychothérapeutique sans traitement spécifique aux dépendances. Les psychiatres belges semblent, par contre, davantage dans l'expérimentation de molécules et de traitements spécifiques. Ce sont d'ailleurs ces psychiatres qui sont le plus touchés par les condamnations et les incarcérations pour entretien de toxicomanie car il semble que ce soit eux qui expérimentent davantage les traitements et qui innovent en la matière. Les fondateurs des premiers centres bruxellois de soins aux usagers de drogues sont d'ailleurs des psychiatres qui sont aujourd'hui présentés comme des experts incontestables, Marc Reisinger ou Jean-Pierre Jacques notamment.

### **3. Reconnaissance légale ou tolérance ? Les années 1990**

Les années 1990 sont marquées par un revirement opéré par la France en faveur de la réduction des risques et par la diffusion des traitements. La Belgique, quant à elle, parvient à la mise en place de recommandations permettant une tolérance de prescription de méthadone qui ne cessera de croître au fil du temps.

#### **3.1. D'une bataille administrative belge au premier consensus**

Les mesures répressives des années 1980 ont eu de profondes conséquences en terme de santé publique. En 1990, la police belge estimait qu'il y avait entre huit mille et quinze mille toxicomanes à Bruxelles pour lesquels un traitement était impératif et qu'il y avait environ 150 places disponibles pour un traitement agréé par les autorités (Reisinger, 1996). En effet, suite aux différentes directives, la consommation de

méthadone est restée stationnaire jusqu'en 1990, aux environs de 5kg/an. A cette époque, les centres de traitements sont peu nombreux et limités en nombre de places.

#### *Un recours au Conseil d'Etat*

En 1990, une circulaire du Conseil de l'Ordre des médecins du Brabant va faire grand bruit (circulaire n°2/1990). Cette dernière stipule entre autres que « la prise en charge et le traitement de patients toxicomanes non sevrés peuvent être assurés par un médecin isolé quelle que soit sa qualification à la condition impérative que ce médecin s'abstienne de toute prescription de médicaments pouvant donner lieu à une assuétude (exemple : Méthadone, Temgesic, Rilatine, etc.). Le Conseil de l'Ordre sera seul juge des cas exceptionnels. En effet, les aspects médicaux, psychologiques et sociaux sont tellement imbriqués qu'il est indispensable de disposer d'une équipe pluridisciplinaire pour entreprendre un traitement de substitution avec une chance raisonnable de succès ». Un groupe de médecins déjà constitué (Initiative Déontologique Médicale) réalise une pétition réunissant plus de 170 signatures et introduit en 1990 au Conseil d'Etat une demande d'annulation de directives de l'Ordre des médecins et des Conseils provinciaux freinant, selon eux, la prescription de méthadone et menaçant les prescripteurs (De Ruyver, *et al.*, 1993). Leur argumentaire est basé sur la valeur juridique des avis et des directives de l'Ordre des médecins. Ils mettent en doute la compétence de l'Ordre et de ses Conseils provinciaux à établir des normes générales en matière de traitement des toxicomanies. D'une part, « si ces normes empêchent le médecin de choisir en toute liberté le type de traitement qu'il juge adéquat, elles entrent en conflit direct avec les principes de la liberté thérapeutique. (...) D'autre part, les Conseils provinciaux de l'Ordre n'ont aucune compétence en matière d'établissement de normes. Enfin, s'il est vrai que le Conseil national de l'Ordre des médecins se doit quant à lui d'établir des normes, cette tâche se limite pourtant à l'élaboration du Code [de déontologie médicale] tel quel et ne peut s'étendre à l'expression d'avis, en vertu de l'article 15, §2, 2° de la Loi concernant l'Ordre des médecins » (De Ruyver, *et al.*, 1993).

Durant plusieurs années, une bataille sur la valeur juridique des directives oppose donc l'Ordre et certains médecins qui considèrent « l'obligation de traiter leurs patients toxicomanes dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire comme contraire à la liberté thérapeutique leur causant, à eux et à leurs patients, un préjudice grave et difficilement

réparable » (Jacques et Figiel, 2006). Et de fait, se basant sur le principe de liberté de choix des moyens thérapeutiques, le Conseil d'Etat annule les directives des conseils provinciaux et du conseil national en 1993 dans deux arrêts consécutifs<sup>89</sup>. Cette décision a ainsi permis à un nombre croissant de médecins de première ligne de prescrire un traitement aux usagers de drogues. « Il s'agissait d'une victoire essentielle, car la plus haute instance judiciaire a reconnu le droit des toxicomanes à être traités comme tout autre patient. Cette décision mettait fin également à la confusion entretenue par l'Ordre des médecins et par les tribunaux entre traitements de substitution et entretien de toxicomanie » (Reisinger, 2000). Ce groupe de pression constitué de professionnels d'horizons divers va ainsi porter le mouvement favorable à la médicalisation de l'usage de drogues et ouvrir la voie à une diffusion des pratiques. On constate donc qu'en Belgique, ce ne sont pas les pouvoirs publics qui amorcent le débat et suscitent la réflexion. Les pionniers pratiquant depuis plusieurs années vont ainsi ouvrir la voie à la diffusion des pratiques avant même qu'un cadre réglementaire ne soit discuté en la matière.

#### *Des pionniers isolés*

Toutefois, certains médecins n'ont pas attendu le dénouement de cette bataille juridique. En ces années marquées par la diffusion du sida, notamment chez les héroïnomanes injecteurs, les médecins sont confrontés à l'urgence et se trouvent dans une situation inconfortable, les traitements de substitution étant considérés comme de l'entretien de toxicomanie. Malgré les directives de l'Ordre des médecins, ils prescrivent du bezitramide, de la méthadone et la buprénorphine. Deux réseaux de médecins généralistes (Réseau d'Aide aux Toxicomanes -RAT<sup>90</sup>- et le projet Lama) également associés aux médecins prescripteurs isolés, ne parviennent pas à répondre à l'ensemble des demandes de traitement (De Ruyver, *et al.*, 1993). Ces pionniers pratiquent toutefois sans que de véritable cadre légal ne soit posé et sont souvent

---

<sup>89</sup> Le Conseil d'Etat a donc donné raison aux médecins considérant que « c'est au législateur et non à l'Ordre qu'il appartient d'édicter des règles générales et abstraites à caractère obligatoire. En donnant une allure réglementaire (...), le conseil excède sa compétence en ce qu'il peut donner à croire, tant aux praticiens qu'aux autorités de l'ordre judiciaire, que le modèle de comportement qu'il décrit s'impose sous peine de sanctions » (Conseil d'Etat, 5<sup>ème</sup> chambre des référés, 9 juin 1993, n°43.258).

<sup>90</sup> Le RAT est né de la volonté d'un groupe de médecins de répondre aux demandes que leur adressaient les usagers de drogues. Il est constitué de médecins généralistes qui pratiquent avec les usagers de drogues ou leur entourage.

découragés par les échecs de sevrages successifs. Le traitement est alors considéré comme une phase transitoire visant, à court ou moyen terme, à obtenir un sevrage et l'abandon définitif de la drogue. Ainsi, « where the total quantity of methadone used in Belgium in 1990 was only 5,5 kilograms, it increased to 19 kilograms in 1992 and to 45 kilograms in 1994 » (Todts, 2003). Les traitements se diffusent également sur le territoire national : « where in 1990, more than 80 percent of all patients were from the Brussels region, this percentage was down to 45 percent in 1996 : 'harm reduction' had reached Belgium » (Todts, 2003). « Associé de manière croissante à la petite délinquance et à l'insécurité d'une part, perçu comme vecteur privilégié du virus du sida d'autre part, l'usage des drogues s'ouvre au paradigme de la « réduction des risques » tant sanitaires que sécuritaires (Bauherz, *et al.*, 1992). Sur le plan des politiques de prévention, cela se traduit par un double déplacement de forme et de fond : (...) sur le plan du fond, l'idéal de traitement et d'abstinence recule au profit d'une logique d'accompagnement du « toxicomane » et de « gestion des risques » de la « toxicomanie », dont témoigne la diffusion des traitements de substitution » (Cartuyvels et Hebberecht 2001).

L'Inspection de la Pharmacie est chargée de veiller aux prescriptions de stupéfiants. Par le passé, cette surveillance a donné lieu à des dérapages qui ont mis le doute sur les compétences et le sérieux de ce contrôle. Ainsi, « le parquet recevait régulièrement la liste complète des patients en traitement de substitution et le nom des médecins prescripteurs<sup>91</sup> » (De Ruyver, *et al.*, 1993).

#### *Modifications du code de déontologie médicale*

Cette période est également la scène de modifications du code de déontologie en 1993 et 1994. L'article visé est principalement l'article 37 du Chapitre II concernant la qualité des soins, celui précisément qui évoquait, dès les années 1970, la question de la toxicomanie<sup>92</sup>. La première modification en date du 28 août 1993 conduit à un allongement substantiel de son contenu. D'une brève recommandation à l'égard de la prévention d'un « développement de toute toxicomanie », nous passons à une revue détaillée de ce qu'il y a lieu de faire. Il s'agit de tout mettre « en œuvre pour prévenir toute assuétude. Dans les limites de sa compétence, il [le médecin] s'efforcera de traiter

---

<sup>91</sup> Rapports de la Commission de la Drogue du Conseil de l'Ordre des Médecins du Brabant (1986-1990).

<sup>92</sup> « Sauf indication thérapeutique soigneusement établie, le médecin doit veiller à prévenir le développement de toute toxicomanie ».

et de sevrer ses malades de leur assuétude ». Notons d'emblée que le terme « malade » est employé pour désigner les « personnes en assuétude ».

Cet article se décline en trois points. Premièrement, il s'agit de veiller à prévenir « le mauvais usage, l'abus et le développement de dépendances vis-à-vis de substances médicamenteuses ou susceptibles d'engendrer une toxicomanie ». Deuxièmement, le médecin « ne peut se limiter à la seule prescription [des médicaments de substitution pouvant donner lieu à accoutumance] ». Pour se faire, « il s'oblige à » différentes pratiques détaillées dans l'article<sup>93</sup>, notamment la prise en charge multidisciplinaire et exclusive chez un seul praticien. Notons également que le Conseil de l'Ordre utilise, dans cet article, différents termes pour qualifier le « traitement » tels que « produit de substitution » ou encore « drogue de substitution ». Enfin, il est clairement indiqué que « ces dispositions ne s'appliquent pas aux traitements et soins palliatifs des patients en fin de vie ».

La seconde modification survient moins d'un an après ces premiers changements puisqu'elle prend effet le 19 mars 1994. Elle fait suite notamment aux arrêts du Conseil d'Etat annulant les directives de l'Ordre des médecins. Ainsi, cette modification concerne un seul point de l'article. Alors qu'en 1993, il était indiqué que le médecin « s'oblige à », ce dernier est maintenant invité à « examiner la nécessité de ». Nous voyons clairement l'influence de ces arrêts stipulant que le Conseil de l'Ordre ne peut édicter des règles à caractère obligatoire.

#### *La création de réseaux spécialisés*

Des formations sont organisées avec le soutien des autorités sanitaires de la région francophone du pays. La première du genre est organisée à Mons, dans le Hainaut, en

---

<sup>93</sup> « - demander une évaluation du problème de l'assuétude et de ses divers traitements ainsi que de la situation psychologique et sociale du patient par une équipe multidisciplinaire ;

- prendre le malade en traitement d'une façon globale avec l'assistance de spécialistes compétents des problèmes associés médicaux, psychologiques et sociaux, et ne pas se limiter à prescrire une drogue de substitution à la demande du patient ;
- s'assurer que le malade consomme exclusivement le médicament prescrit et qu'il n'est pas en traitement pour la même raison chez un autre médecin ;
- veiller, en médecine ambulatoire, à ne prescrire que des produits de substitution administrables par voie orale et prendre toutes les précautions pour que la prescription et la délivrance de ces produits ne permettent ni leur stockage, ni leur manipulation, ni échange, cession ou vente ou tout autre usage abusif ;
- réévaluer périodiquement le résultat du traitement avec une équipe multidisciplinaire, adapter la thérapeutique et assurer le meilleur état de santé physique et psychique du patient, son insertion sociale et la guérison de son assuétude ».

1992. Cette décision est motivée par le fait « qu'il fallait faire quelque chose pour freiner la montée de la délinquance et du sida liée à la consommation de drogues et parce que les structures d'accueil et les centres spécialisés étaient saturés » (ALTO-SSMG, 1994, 7). En région néerlandophone, les résistances au traitement de substitution restent importantes. « Le Ministre de la Santé et ses conseillers ont pris conscience du fait qu'il serait impossible d'assurer un développement rapide des traitements de substitution par des centres spécialisés. Il n'existait, en effet, qu'une demi-douzaine de centres traitant 600 patients à la méthadone en 1992 (De Ruyver, *et al.*, 1993). Décupler le nombre de centres aurait été financièrement et techniquement difficile. Des réactions de voisinage - baptisées "NIMBY" par les Américains ("Not In My Backyard") - auraient également été à craindre. De plus, le Ministre voulait éviter que l'on stigmatise les toxicomanes en les obligeant à se faire traiter dans des centres spécialisés » (Reisinger, 2000). C'est ainsi qu'à cette période naissent des réseaux de médecins généralistes –notamment Alto, Alternative aux toxicomanies- permettant de les former et les informer. Commencent à se développer les réseaux de généralistes et de pharmaciens spécialisés sur ces questions d'addiction. Quelques rares évaluations indiquent les aspects bénéfiques des traitements qui réduisent non seulement la consommation illicite d'opiacés, mais aussi la criminalité et la mortalité liée à l'infection par le VIH, ils améliorent également les possibilités de réinsertion sociale.

#### *Tentative de changer la loi*

Petit à petit, la réduction des risques quitte la région bruxelloise et s'étend en Wallonie. Ce nouveau paradigme se diffusant, il devient clair que la législation sur les drogues nécessite des modifications. C'est dans ce contexte que sont déposées, au parlement, les premières propositions de loi visant à modifier l'article 3 de la loi de 1921. Les Sénateurs Lallemand et Erdman font une proposition en 1991 qui refait surface en 1993. Ils proposent de modifier la loi en vue d'excepter de la répression pénale les traitements de substitution et d'introduire une définition légale de ceux-ci<sup>94</sup>.

---

<sup>94</sup> Ils proposent de modifier l'article 3 en mentionnant explicitement « que ne peuvent être sanctionnés les traitements de substitution dispensés par un praticien de l'art de guérir ». Ils ajoutent en article 3 bis : « pour l'application de la présente loi, on entend par traitement de substitution, tout traitement consistant à prescrire, administrer ou délivrer à un patient toxicomane, des substances stupéfiantes sous forme médicamenteuse visant, dans le cadre de la thérapie, à préserver sa santé et sa qualité de vie et poursuivant pour but ultime le sevrage du patient » (Proposition de la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des

Cette proposition est fortement critiquée et appelle des nuances et des précisions tels que l'enregistrement des patients, la formation des médecins, la limitation du nombre de patients par médecin et les conditions de collaboration entre généraliste et spécialiste.

Durant les sept ou huit années qui vont suivre, le gouvernement va tenter d'étoffer cette proposition, d'autres sénateurs et députés soumettront des projets<sup>95</sup>, un groupe d'experts est sollicité pour rendre des avis sur les différentes moutures<sup>96</sup>. Tout cela sans que de vote ne soit effectué durant les années 1990.

### *Le premier consensus*

Bien que les propositions de modifications de la loi de 1921 n'aient pas abouti au parlement, un consensus se dégage entre le politique et le corps médical au sujet des traitements à la méthadone. Ainsi, cette période d'errance et de vifs conflits s'achève par l'organisation d'une conférence de consensus sur les traitements de substitution en 1994 visant à clarifier la situation. Elle se tient à la suite des nombreux débats scientifiques et politiques, entre les tenants et les opposants à une extension de ces traitements. « Le but était de couper court aux débats idéologiques et d'établir les lignes de conduite thérapeutiques raisonnables » (Reisinger, 2000). Elle aboutit à des recommandations en termes de ce qu'il y a lieu de faire et d'éviter dans la prise en charge. Ce consensus ne reconnaît pas uniquement la méthadone, mais également la buprénorphine comme traitement de substitution<sup>97</sup>. Le texte n'exclut aucun médecin quel que soit le cadre dans lequel il travaille, mais il pose en principe que l'approche et le soutien psychosociaux constituent des facteurs essentiels de la prise en charge. Il insiste également sur des mesures à prendre pour éviter les prescriptions multiples. Ces recommandations ne représentent toutefois pas une directive légale. Celles-ci furent diffusées à l'ensemble

---

substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques, déposée par M. Lallemand, *Doc. Parl.*, Sénat, S.E. 1991-1992, n°447/1).

<sup>95</sup> Citons quelques noms : M. Foret, M. Van Deurzen, M. Brouns, Mme Van Kessel, M. Vandenberghe et M. Van Parijs, M. Mahoux, ... Citons entre autres : Proposition de modification de la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques, *Doc. Parl.*, Sénat, S.E. 1992-1993, n°703/1 ; *Doc. Parl.*, Sénat, S.E., 1995, n°56/1 ; *Doc. Parl.*, Chambre, 1999, n°71/1 ; *Doc. Parl.*, Sénat, S.E., 1999, n°2-11/1 ; *Doc. Parl.*, Sénat, S.E., 1995, n°56/1 ; *Doc. Parl.*, Sénat, S.E., 1999-2000, n°2-131/1 ;...

<sup>96</sup> Verslag namens de werkgroep belast met het besturen van de drugproblematiek, *Gedr. St.*, Kamer, 1996, 1062/1-1062/3, 1023p.

<sup>97</sup> Le consensus ne reconnaît que deux molécules. Durant les débats, différents spécialistes ont tenté d'y ajouter le bezitramide, mais la proposition fut rejetée en raison de l'insuffisante littérature scientifique sur la molécule. Après le consensus, le bezitramide fut de moins en moins prescrit et fut supprimé du marché (Totds, 2003).



des médecins généralistes et spécialistes. A partir de ce moment, le nombre de patients usagers de drogues sous substitution va croître de façon importante. « Concrètement, (...) tout médecin qui se conforme aux recommandations de la Conférence de Consensus peut prendre en charge des patients toxicomanes par les traitements de substitution » (Pelc, *et al.*, 2005). Bien que la méthadone soit disponible sous forme de spécialité (Méphénon®), c'est sous la forme de préparation magistrale qu'elle est majoritairement utilisée dans le traitement des dépendances. A partir de ce moment, chaque praticien a évolué à sa manière, suivant plus ou moins ces recommandations.

A défaut de modification légale, ce consensus permet d'apaiser les esprits, de sortir les traitements – et les médecins prescripteurs – de la clandestinité. « La Justice cesse alors d'appliquer la loi lorsqu'il s'agit de traitements de substitution, et s'en remet aux autorités médicales qui appliquent les recommandations de la Conférence de Consensus » (Pelc, *et al.*, 2005). Les parquets poursuivent donc de moins en moins les médecins et les jugements se font plus rares... « à tel point que l'on peut se poser la question de la nécessité de modifier la loi de 1921. Certes, théoriquement, le médecin isolé qui prescrivait de la méthadone à un usager de drogues était toujours passible de poursuites pénales mais l'on sait également que la formalisation légale des pratiques, si elle tend à assurer la sécurité juridique, est aussi l'occasion d'encadrer ces pratiques au risque de les ankyloser » (Jacques et Figiel, 2006). Le groupe professionnel à l'origine de l'annulation de certaines directives de l'Ordre des médecins ouvre donc la réflexion qui aboutit à une réglementation en matière de prescription et de délivrance de traitements.

#### *Le « bas seuil »*

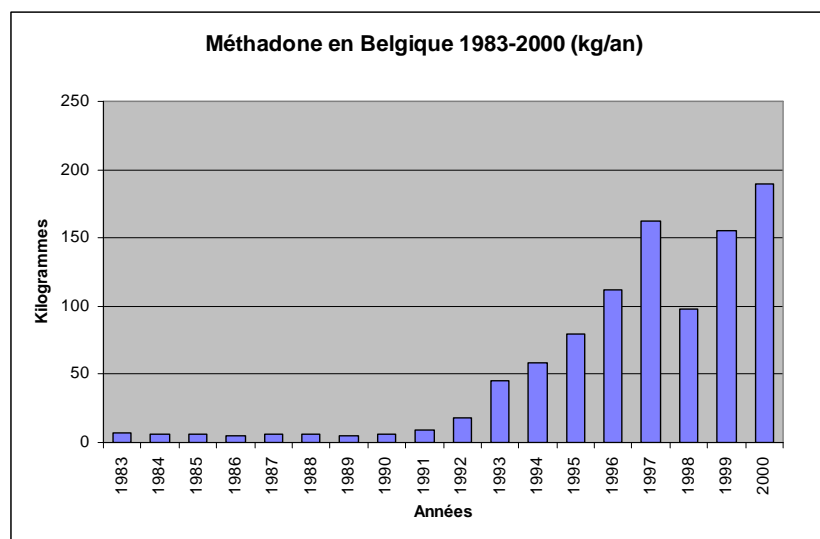
Dans la même période, « en 1995, le Gouvernement fédéral adopte son "Programme d'Action Toxicomanie-Drogue" où il préconise la création de centres de soins dits "à bas seuil", appelés "Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire pour usagers de drogues" (MASS), dans lesquels la pratique des traitements de substitution est soulignée comme une méthode privilégiée » (Pelc, *et al.*, 2005). Neuf MASS voient le jour entre janvier 1997 (MASS de Gent) et avril 2003 (MASS du Brabant flamand)<sup>98</sup>. Le programme d'action

---

<sup>98</sup> La MASS de Gent en janvier 1997, la MASS d'Anvers en mars 1997, la MASS Genk/Limbourg en avril 1997, la MASS de Charleroi en avril 1997, la MASS de Liège en janvier 1998, la MASS de Mons en

affirme qu'il s'agit « de centres urbains qui connaissent un problème important de toxicomanie ». Ainsi, en fonction de sa localisation et des besoins locaux, chaque MASS développe des pratiques de fonctionnement permanentes et différenciées (Pelc, *et al.*, 2001, 28). Selon la recherche d'évaluation de ces dispositifs, les projets de base des MASS sont les suivants : « les MASS fonctionnent avec les méthodes de réduction des risques. (...) La population visée est celle des usagers problématiques et marginalisés de drogues illégales qui ne sont pas, plus ou insuffisamment atteints par d'autres institutions et pour lesquels (...) un traitement multidisciplinaire est indiqué. (...) Elles offrent un accompagnement ambulatoire à bas seuil. (...) L'offre dans les MASS comporte un accompagnement médical, psychologique et social » (Pelc, *et al.*, 2001). Ces centres sont financés à la prestation. Il s'agit de centres ambulatoires pour les usagers de drogues marginalisés problématiques pour lesquels les autres lieux thérapeutiques ne sont pas adaptés et pour lesquels une prise en charge multidisciplinaire est indiquée en raison notamment de leurs problématiques sur le plan psychologique et social (Pelc, *et al.*, 2003).

Les pratiques et le contexte évoluant, la quantité de méthadone délivrée ne cesse de croître passant de moins de 5 kg par an en 1975 à 18 kg par an en 1992 et à 162 kg par an en 1997.



Graphique 1. Prescriptions de méthadone en Belgique de 1983-2000  
Sources des données : International Narcotics Control Board, United Nations, Vienna

février 1998, la MASS d'Ostende en février 1998 la MASS de Bruxelles en septembre 1999 et la MASS du Brabant flamand en avril 2003.

À la fin des années 1980, quelques médecins belges prescrivent du Temgésic® à leurs patients de manière isolée et clandestine, mais la pratique ne se développe pas. Quelques associations, Alto notamment, ont toutefois publié des recommandations pour le Subutex®<sup>99</sup>.

Une nouvelle révision législative prend forme en 1998. Elle était nécessaire pour permettre l'échange de seringues<sup>100</sup>. La même année, une autre législation est également proposée pour permettre l'usage médical de cannabis.

### 3.2. De débats houleux à un changement de paradigme français

Dans le contexte de commercialisation du Temgésic® est inauguré, dès le début des années 1990, un troisième programme méthadone expérimental pouvant accueillir 12 patients<sup>101</sup>. Bien qu'entre 1988 et 1992, le nombre de patients augmente progressivement, les rechutes restent nombreuses. En France, officiellement, en 1990, il y a 40.000 usagers de drogues sous codéine<sup>102</sup> et 52 sous méthadone « expérimentale » (Dugarin, 2003).

Le Temgésic® sous forme de comprimé (0,2mg) est donc commercialisé en 1990. « Mais rapidement, nombre de cliniciens constate à cette époque l'accroissement des cas de détournements et de toxicomanies graves par injection de ce produit (Hautefeuille, 1991). La littérature internationale rapporte elle aussi des cas de dépendance et de mésusages de buprénorphine (San, *et al.*, 1992, Singh, *et al.*, 1992). Plusieurs pays décident d'ailleurs à cette époque, suivant la suggestion de comités d'experts de l'ONU et de l'OMS, de classer cette molécule parmi les « stupéfiants ». Cette question va être, en France, à l'origine d'une controverse et d'une décision pour le moins ambiguë : la buprénorphine restera sur la liste 1, elle ne sera donc pas classée au tableau des « stupéfiants », mais sa prescription devra tout de même se faire sur carnet à souche, particularité propre à tous les ... « stupéfiants » ! » (Morel, 2000b). « Cette résistance aboutit à l'obligation de prescrire la buprénorphine sur des carnets de souche en

---

<sup>99</sup> Nom commercial de la buprénorphine haut dosage (B.H.D.).

<sup>100</sup> Loi du 17 novembre 1998 modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques et l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif aux professions de santé, *M. B.*, 12 décembre 1998.

<sup>101</sup> Saint-Germain-Pierre-Nicole à Paris.

<sup>102</sup> « En 1994, on estimait à 50.000 le nombre de personnes qui faisaient un usage quotidien de la codéine en auto-substitution en France, les ventes de Néocodion® étaient d'un million de boîtes par mois » (Augé-Caumon, *et al.*, 2002).

septembre 1992. Plusieurs milliers d'héroïnomanes, qui étaient traités à l'aide de ce produit, furent abandonnés par leur médecin traitant » (Reisinger, 1999). Cette substitution à la buprénorphine reste donc à l'époque très limitée.

Dans ce contexte d'avancées médicales et d'ouverture à d'autres alternatives, au début des années 1990, la « réponse méthadone » refait surface : « les possibilités d'extension de l'usage médical de méthadone s'entrouvrent progressivement mais demeurent limitées. (...) La mise à disposition de la méthadone demeure restreinte aux toxicomanies lourdes et anciennes, après échec d'autres tentatives de sevrage » (Gourmelon, 2005, 138). Toutefois, un ouvrage des Belges Stengers et Ralet (1991) ouvre en quelque sorte la voie à la réduction des risques (Boekhout Van Solinge, 1996). Ils ont, selon Boekhout Van Solinge, ouvert la brèche dans le consensus français qui régnait à l'époque concernant le bien fondé de la politique menée jusqu'alors. Par la suite, divers acteurs ont joué un rôle dans la mise en place de la nouvelle politique.

Ainsi, à partir de la fin des années 1980 et du début des années 1990, les débats s'amorcent. Deux tendances s'opposent. D'un côté, les tenants du modèle dominant y restent attachés et le défendent. De l'autre côté, des actions de réduction des risques sont menées et soutenues par ceux que Gourmelon nomme « les passagers clandestins ». Ils commencent à présenter des études étrangères tendant à montrer l'efficacité de la méthadone dans la réduction de la diffusion du sida. Ils s'appuient sur les résultats obtenus par les pionniers du traitement en France. Ils critiquent l'utilisation abusive d'études visant à dénigrer l'utilisation de la méthadone, à contester sa capacité à contenir l'épidémie du sida. Les détracteurs opposent des évaluations qui démontrent la persistance de l'injection, de l'usage de drogues et des conduites délinquantes.

Pour certains, il faut donc « limiter la casse<sup>103</sup> » ; d'autres dénoncent les « dealers en blouse blanche ». « Ces évolutions ne se font pas sans heurts du côté des spécialistes. Si nombre d'entre eux demeure hostile aux avancées de la réduction des risques, c'est aussi que, au sus du retour de l'inadmissible « camisole chimique », s'y affiche ouvertement

---

<sup>103</sup> « Le mouvement s'est regroupé au sein de l'organisation de coordination 'Limiter la casse', créé en 1992 au départ de diverses organisations, notamment *AIDES*, qui se consacre au problème du sida, l'association de toxicomanes Association d'usagers de drogues (*ASUD*), l'organisation médicale *Médecins du Monde* et divers centres d'aide. 'Limiter la casse' a mis sur pied un lobby, afin d'obtenir la mise en œuvre d'une politique de réduction des risques. Les figures clés de l'association étaient le médecin Bernard Lebeau, de *Médecins du Monde*, et Anne Coppel, sociologue et entre-temps promue responsable de 'Limiter la casse' » (Boekhout Van Solinge, 1996).

une nécessaire primauté du sida sur la toxicomanie. L'heure est aux débats parfois houleux entre les deux camps mais aussi, chez les spécialistes, entre ceux convertis au nouveau modèle et les autres » (Gourmelon, 2005, 148). Jusqu'au début des années 1990, bien que des pratiques clandestines de substitution se développent, pour la France, « on ne peut plus parler de 'liste d'attente' pour la méthadone, mais véritablement de 'pays en attente' » (De Ruyver, *et al.*, 1993, 52).

Alors que quelques médecins isolés prescrivent aux usagers de drogues<sup>104</sup>, les débats sont pour le moins houleux. Le Conseil national de l'Ordre des médecins décide alors de cesser la prescription non réglementaire d'opiacés aux toxicomanes et crée des règles plus strictes. « En automne 1992, la prescription d'opiacés a été limitée. Les médecins ne pouvaient plus en effet utiliser les ordonnances médicales usuelles, mais un « carnet à souches » spécial, dès lors qu'il s'agissait de produits enregistrés comme stupéfiants » (Boekhout Van Solinge, 1996)<sup>105</sup>. L'introduction de ces carnets à souches spéciaux a de fait restreint la prescription d'opiacés par les médecins.

*C'est le sida qui va faire vaciller le modèle*<sup>106</sup>

En France, peu à peu un nouveau paradigme va donc s'imposer non sans difficulté, justifié par l'urgence médicale. La réduction des risques liés à l'usage de drogues va bouleverser les politiques des drogues en Europe visant à leur éradication. Ce changement de paradigme a été porté par quelques acteurs (médecins, militants associatifs de la lutte contre le sida ou de l'humanitaire et surtout par les usagers de drogues) tentant de se débattre de manière isolée, chacun expérimentant des actions de réduction des risques, se heurtant aux lois, aux réglementations et à leurs propres croyances, comme nous l'avons évoqué. L'évolution commence notamment avec la libéralisation de la vente de seringues. Comme le rappelle Coppel (2002), les objectifs du dispositif sont clairs : prévenir la contamination par le sida et l'hépatite, et permettre

---

<sup>104</sup> A Paris, alors que le cabinet du Dr Carpentier est « envahi » de toxicomanes, il les relaie vers des confrères. « Ce mouvement donne ainsi naissance au mouvement REPSUD regroupant des médecins (généralistes) spécialisés dans les soins aux toxicomanes » (Boekhout Van Solinge, 1996).

<sup>105</sup> Le 10 septembre 1992, un arrêté a imposé l'obligation de la prescription sur des bons extraits du carnet à souche des stupéfiants, dans le but de restreindre l'usage abusif de cette substance. A l'époque, les stupéfiants sont prescrits sur des carnets à souches (de 25 feuillets) diffusés par le Conseil de l'Ordre sur demande du prescripteur. Des règles strictes encadraient ces prescriptions : inscription en toutes lettres du nom, prénom, sexe, âge du malade, nom du médicament, nombre d'unités thérapeutiques d'une spécialité, doses ou concentrations de substance. La durée maximale était fixée à 7 jours.

<sup>106</sup> (Gourmelon, 2005, 68).

aux usagers de drogues d'accéder au système de soins (kits avec seringues stériles en pharmacies, programmes d'échanges de seringues, substitution, boutiques, réseaux de médecins généralistes et équipe d'accueil à l'hôpital). Pour les médecins généralistes, la remise en cause des croyances collectives est difficile, notamment car une prescription médicale ne se justifie pas pour traiter ce qui est considéré comme le « symptôme d'une souffrance psychique ». Rares sont ceux qui songent à remettre en cause le sevrage, seul objectif légitime. « Plus que la méthadone elle-même, c'est son utilisation à des fins systématiques et globales qui est dénoncée. (...) Ces années 1992-93 seront réellement des années d'affrontement » (Gourmelon, 2005, 169). De 1992 à 1994, la réduction des risques transforme le malade souffrant d'une manie à un usager de drogues devenu acteur de sa santé (Coppel, 2002). « Le déplacement est considérable. (...) De la représentation du toxicomane comme individu potentiellement malade psychiquement et/ou potentiellement délinquant, on passe progressivement à celle de l'usager de drogues citoyen disposant de droits (être soigné notamment) et de devoirs (notamment en matière d'adoption de conduites préventives). Un certain nombre d'actions de prévention vont en effet montrer à cette époque que, loin de leur image d'individus irresponsables, les toxicomanes sont capables de réduire les risques de contamination » (Gourmelon, 2004, 212).

#### *Commandes politiques et revirements*

En 1993, le gouvernement français va lui aussi changer son fusil d'épaule jusqu'alors axé sur l'abstinence ou, comme le souligne le rapport Henrion, « une politique de lutte contre la toxicomanie, fondée sur l'idée qu'il ne faut surtout rien faire pour faciliter la vie des toxicomanes » (Henrion, 1995, 58). Ainsi, la prise de conscience des conséquences de leur politique, décrite dans le rapport comme « une catastrophe sanitaire et sociale » (Henrion, 1995) a incité le gouvernement à prendre des mesures de réduction des risques. Ces orientations préfigurent d'ailleurs les grands axes de la politique actuelle.

Un véritable tournant est pris, l'essentiel en 1993, avec l'adoption du Plan triennal 1993-1996 « qui prévoit, outre une amélioration de la prise en charge des toxicomanes dans le dispositif spécialisé et dans le secteur sanitaire général, la mise en place d'un programme de substitution, en autorisant la prescription de la méthadone » (OFDT, 2003). Avec ce plan, le gouvernement fait un premier pas timide vers la réduction des

risques<sup>107</sup>. La circulaire de 1993<sup>108</sup> se donne notamment pour objectif de « diversifier les modes de prise en charge notamment par le recours à la prescription de méthadone ». Elle permet ainsi « à toute institution médico-sociale associative ou hospitalière pouvant garantir une prise en charge globale des toxicomanes, de solliciter jusqu'à 50 places de méthadone ». Les premiers programmes non expérimentaux de méthadone voient ainsi le jour en France.

Ce même revirement s'opère au sujet de la buprénorphine. « Au début des années 1990, alors que la communauté médicale internationale est hésitante pour pousser au développement de la prescription de buprénorphine dans une visée substitutive des opiacés, c'est en France que la décision administrative et politique va être prise de lancer une présentation à haut dosage (le Subutex®), utilisable facilement en médecine de ville dans cette indication<sup>109</sup>. Ce choix est la résultante de deux facteurs : d'une part la mise en cause des pouvoirs publics dans la politique menée contre le sida et, d'autre part, la réticence générale des spécialistes en toxicomanie envers les pharmacothérapies de substitution qui se traduit, en 1992, par l'existence de seulement trois centres délivrant de la méthadone à une cinquantaine de patients en tout et pour tout (Coppel, 1996, Morel, *et al.*, 1998) » (Morel, 2000b). Ainsi, en 1994, « se produisit quelque chose d'inédit. L'administration de la santé elle-même encouragea Schering Plough à accélérer la mise sur le marché du Subutex® » (Reisinger, 1999).

Avec la circulaire de mars 1994<sup>110</sup>, le traitement méthadone acquiert un statut officiel, le cadre en est précisé. La prescription en médecine de ville est toujours illégale, seuls les centres de soins spécialisés ayant obtenu un agrément après avis de la commission consultative des traitements de substitution, sont autorisés à la prescrire. Cette circulaire inclut deux conditions au traitement : une « dépendance aux opiacés avérée depuis cinq ans » et plusieurs tentatives préalables de désintoxication. En fin

---

<sup>107</sup> Le plan permettait notamment d'accroître le nombre de places de méthadone, en le portant à 269. Le nombre de centres méthadone a été accru de 9, ce qui portait le nombre total de centres à 12. Simultanément, trois projets pilotes d'échange de seringues ont démarré. Le plan prévoyait aussi une extension du nombre de postcures.

<sup>108</sup> Circulaire DGS n°72 du 9 novembre 1993.

<sup>109</sup> Il s'agit bien d'une décision administrative et politique, car ce sont les autorités publiques qui ont fait pression sur le laboratoire pharmaceutique détenteur de la molécule en Europe afin qu'il produise une présentation hautement dosée destinée aux toxicomanes. L'Autorisation de Mise sur le Marché français de cette présentation sur cette indication sera donnée dans un temps record.

<sup>110</sup> Circulaire DGS n°14 du 7 mars 1994 relative au cadre d'utilisation de la méthadone.

d'année, le statut légal de la méthadone est alors modifié passant d'une drogue illicite à une médication légale.

Le dispositif sanitaire reste principalement orienté par des objectifs curatifs d'abstinence. Toutefois, les médecins se forment, acquièrent des connaissances scientifiques nécessaires au traitement. En 1994, des médecins parisiens sont suspendus dans leurs activités pour avoir prescrit du Temgésic®. Des toxicomanes sont arrêtés car ils se font prescrire des traitements en Belgique. Le débat se cristallise autour de cette question : les médecins prescrivent-ils des médicaments ou des drogues ? A cette époque est mis en place un dispositif d'évaluation, les centres prescripteurs s'engagent à fournir les données nécessaires à l'Inserm.

Un ajustement interviendra début 1995<sup>111</sup> permettant d'augmenter les capacités de traitement à la méthadone, celle-ci étant limitée auparavant à 50 places par centre. La condition de « dépendance avérée depuis cinq ans » est également supprimée. Le seul critère d'admission est celui d'une « dépendance sérieuse aux opiacés ». Désormais, tous les centres « sont *autorisés* à prescrire et délivrer de la méthadone », il n'est plus nécessaire de demander un agrément. Figure également en annexe la fiche individuelle des patients qui doit être transmise à l'Inserm pour que celui-ci réalise une évaluation annuelle.

Avec la circulaire de mars 1995<sup>112</sup>, le Ministère de la Santé règle le problème en autorisant l'utilisation de deux traitements de substitution : la méthadone et le Subutex®. Il s'agit de la première et de la seule circulaire ministérielle consacrée entièrement aux traitements de substitution. Avec cette circulaire, le dispositif substitutif basé jusque-là sur la méthadone s'élargit à l'introduction du Subutex®. Le 31 juillet 1995, le Subutex® reçoit son AMM. Il est disponible en officine à partir de février 1996 avec une indication de traitement substitutif à la pharmacodépendance majeure aux opiacés dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique. A partir de février 1996, ce traitement (uniquement) peut être initié par les médecins généralistes. La circulaire de mars 1995 autorise par ailleurs la prescription

---

<sup>111</sup> Circulaire DGS n°4 du 11 janvier 1995.

<sup>112</sup> Circulaire DGS/SP3/95 n°29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour toxicomanes dépendants des opiacés, qui précise que seuls ces deux médicaments auront une indication de traitement des pharmacodépendances majeures aux opiacés.



de méthadone par un médecin généraliste, à condition que le patient lui ait été envoyé par un centre spécialisé, où il avait déjà reçu le traitement. Comme pour les autres médicaments, ces deux traitements sont remboursés par la Sécurité sociale. En centre spécialisé, le traitement est gratuit conformément à la loi de décembre 1970.

La méthadone reste tout de même une médication très contrôlée. La circulaire de 1994 requiert l'initialisation du traitement en centre spécialisé en toxicomanie. Le traitement est dispensé quotidiennement au centre. Au départ, la méthadone doit être prescrite toutes les semaines. En 1999, la durée de prescription s'allonge à 14 jours. Alors que dans le protocole de 1973, les dosages étaient limités à 60 mgs, la circulaire de mars 1994 autorise des doses de plus de 100 mgs.

Avant l'AMM de la méthadone et son initialisation en centres spécialisés, nous avons évoqué les substitutions « sauvages » notamment à la codéine. Notons qu'alors que les conditions d'accès aux traitements étaient très limitées, quelques héroïnomanes préféraient se faire prescrire du sulfate de morphine auprès des rares médecins acceptant de le faire. En 1995, environ 5.000 patients se substituaient ainsi (Coppel, 2003). Ce nombre a régulièrement décru en faveur de la méthadone. Actuellement, ces prescriptions sont largement découragées et certaines caisses d'assurance maladie refusent de les distribuer.

Le caractère exceptionnel du Subutex® français, lié à son introduction rapide et aux pressions des pouvoirs publics sur la firme pharmaceutique, est renforcé par son AMM. Alors que les premières recherches belges sur la buprénorphine (faiblement dosée) menées par le Dr Reisinger ont eu peu d'échos sur le territoire national, elles vont, comme nous l'avons noté, attirer l'attention de l'industrie française. Cette « découverte » belge va donc devenir une « grande innovation française » et être systématisée, sous une forme plus fortement dosée, grâce à une commande publique française. Ainsi, grâce à une forte mobilisation des ministères de gauche (Kouchner) et de droite (Veil), le Subutex® va passer le cap de l'AMM avec l'accord de la Commission nationale des stupéfiants. L'urgence sanitaire était telle qu'il fallait trouver un outil utilisable immédiatement et lever temporairement l'application de la loi 1970. Cette situation était exceptionnelle, si on reprend les analyses de Setbon, et va s'accompagner d'un cadre thérapeutique extrêmement souple, défini par l'AMM.

Les modalités de prescription et de délivrance du Subutex®, précisées en 1996<sup>113</sup>, diffèrent de celles de la méthadone. Tout médecin, sans restriction de cadre d'exercice, est habilité à le prescrire. Dans cette circulaire, « il est toutefois recommandé de prendre l'avis de confrères expérimentés et/ou spécialisés, et un travail en réseau avec les centres spécialisés, les pharmaciens et les confrères de ville est vivement conseillé » (Morel, 2000b). Les médecins ne sont pas obligés de se former. Il aurait d'ailleurs été difficile de les y inciter du fait qu'il n'existait pas, au milieu des années 1990, de formation d'addictologie en France. Cette discipline était quasiment inexistante. Il leur est recommandé de travailler en réseau, alors que cette notion est, à la base, très ambiguë. Ce réseau, nous y reviendrons, est une forme à laquelle réfléchissent, à l'époque, les pouvoirs publics, la DGS, l'assurance maladie en tant qu'organisation rationnelle du travail médical. La forme 'réseau', inscrite dans l'AMM de la buprénorphine, synthétise donc à la fois les réflexions des pouvoirs publics sur une organisation nouvelle de l'offre de soins et une sollicitation à l'engagement médical : « Organisez-vous entre vous ! ».

La prescription doit se faire sur carnets de souches pour une durée maximale de 28 jours bien que la circulaire recommande de prescrire pour une période plus courte en début de traitement. Ces carnets seront toutefois supprimés en 1999<sup>114</sup> et remplacés par des ordonnances sécurisées. Selon Morel, il s'agit, pour les pouvoirs publics, « de 'banaliser' ces traitements » (2000b, 4). « A l'inverse, devant l'accroissement des cas

---

<sup>113</sup> Circulaire DGS/DH n°96-239 du 3 avril 1996 qui fixe entre autres le cadre d'utilisation de Subutex®.

<sup>114</sup> Ce décret n°99-249 du 31 mars 1999 supprime les carnets à souches et instaure les ordonnances dites « sécurisées ». Conçue dans le cadre du plan de lutte contre la douleur, l'ordonnance sécurisée poursuit un triple objectif : (1) simplifier la prescription des antalgiques majeurs en supprimant le carnet à souches : ce nouveau support est plus facile à se procurer et évite l'utilisation d'un double support de prescription ; (2) protéger toutes les prescriptions contre les contrefaçons (fabrication de fausses ordonnances), les falsifications (ajout de médicaments, modification de la posologie) et les vols et (3) faciliter l'authentification des prescriptions par le pharmacien. Elles sont utilisées dans le cadre des prescriptions des stupéfiants et des médicaments soumis à la réglementation des stupéfiants. Les règles de prescriptions de ces médicaments restent identiques : les ordonnances doivent comporter le nom du patient, son sexe, son âge, et si nécessaire, sa taille et son poids. La voie d'administration du médicament doit être précisée sur l'ordonnance ainsi que, en toutes lettres, le nombre d'unités thérapeutiques par prise, le nombre de prises et le dosage (article R.5212 du Code de la Santé Publique).

Ces ordonnances sont réalisées sur du papier filigrané et comportent différents éléments de « protection » : une identification du prescripteur pré-imprimée, une numérotation permettant l'identification du lot d'ordonnances et un carré pré-imprimé en micro-lettres dans lequel le prescripteur indique le nombre de médicaments prescrits. Certaines informations doivent obligatoirement être mentionnées : le nom, la qualité, le cas échéant la qualification ou le titre du prescripteur, son adresse, son numéro ADELI, ainsi qu'un numéro de téléphone. Ces ordonnances dites sécurisées sont obligatoirement utilisées pour la prescription de stupéfiants.

signalés de détournement du Subutex® et les accidents qui y sont liés, les mêmes pouvoirs publics décideront un peu plus tard, début 2000, de rendre la délivrance en pharmacie obligatoirement hebdomadaire, sauf mention expresse du médecin sur son ordonnance » (Morel, 2000b). Au fil des années donc, seules quelques modifications seront apportées à ce cadre initial de 1996.

Ces différences de cadre entre la méthadone et le Subutex® tiennent notamment à une distinction entre les deux traitements : le Subutex® appartient à la liste I des substances vénéneuses alors que la méthadone est classée dans la liste des médicaments stupéfiants. Alors qu'ils correspondent à des indications identiques, leur statut légal diffère. Les règles de prescription et de délivrance de la méthadone sont, à ce titre, plus strictes<sup>115</sup> et plus contrôlées afin de répondre aux prérogatives nationales et internationales régissant la circulation et l'utilisation de ces produits, notamment en terme d'utilisation et de traçabilité (Jacques et Figiel, 2006).

Ce mélange des genres est un « dispositif unique au monde. Avec lui, les pouvoirs publics cherchent à répondre au double objectif d'une large accessibilité des traitements de substitution et d'une sécurité suffisante d'emploi. Ils veulent aussi aboutir à l'extinction de l'utilisation d'autres morphiniques » (Augé-Caumon, *et al.*, 2002).

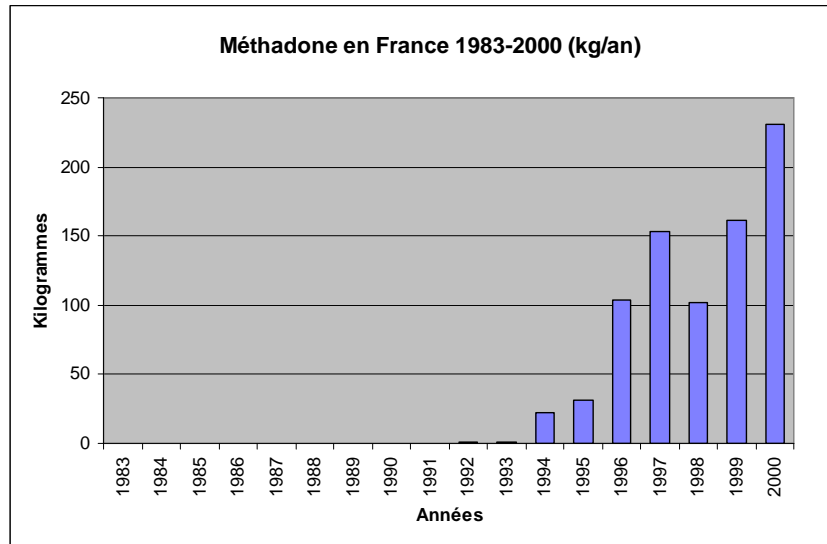
En France donc, la méthadone a été réservée, du début des années 1970 à la première moitié des années 1990, à une prescription hospitalière, puis s'est étendue progressivement dans le cadre des centres de soins spécialisés, avec un net développement à partir de 1995<sup>116</sup>. Les traitements de substitution sont donc introduits massivement dans le dispositif français, au terme d'une polémique déclenchée en 1992 par un groupe d'acteurs aux origines diverses et étrangers au champ constitué. Les traitements se diffusent alors rapidement.

Les pratiques et le contexte évoluant, la quantité de méthadone délivrée ne cesse de croître passant de moins de 1 kg par an en 1992 à 31 kg par an en 1995 et à 153 kg par an en 1997.

---

<sup>115</sup> Des règles strictes notamment au niveau de la gestion des stocks de méthadone qui doivent être détenus dans des armoires ou locaux fermant à clé et munis d'un système d'alerte ou de sécurité renforcée contre toute tentative d'effraction. De même, le suivi de comptabilité est indiqué dans un registre spécial paraphé par le Maire ou le Commissaire de police. Le registre spécial est conservé dix ans pour permettre d'être présenté à toute réquisition des autorités de contrôle.

<sup>116</sup> Premières commercialisations en officine en 1996.



Graphique 2. Prescriptions de méthadone en France de 1983 à 2000  
Sources des données : International Narcotics Control Board, United Nations, Vienna

Toutefois, les changements de représentations ne vont pas partout de soi et ne sont pas automatiques. Le changement de paradigme sème le trouble chez nombre de professionnels. « Parce qu’il réintègre des circuits où il était jusque-là relativement absent, cet usager de drogues n’est pas sans semer le trouble dans l’esprit d’un grand nombre de professionnels » (Gourmelon, 2004, 212). Les réticences de ces praticiens sont liées à différents facteurs, entre autres : « l’arrivée d’une patientèle d’usagers de drogues en médecine de ville à la fin des années 1990 bouleverse le paysage institutionnel de la toxicomanie. Les centres de soins spécialisés aux toxicomanes, créés par la loi de 1970, ont en effet durablement ancré le traitement des addictions à l’extérieur de la médecine de ville. Si la possibilité de prescrire des traitements de substitution en cabinet de ville répond aux revendications d’une petite minorité de médecins militants, engagés dans des pratiques de substitution bien avant la promulgation des autorisations officielles, pour la grande majorité des praticiens le statut de patient du toxicomane demeure très problématique jusqu’à cette date (Morin, *et al.*, 1997), et les prises en charge relatives aux addictions peu fréquentes. Cette attitude se trouve renforcée par la perception négative du traitement morphinique lui-même, dans le contexte de la sanction, voire de la pénalisation des prescriptions ‘abusives’ de ce type de produits (Escaffre, *et al.*, 2002). L’absence d’une tradition d’enseignement universitaire des questions relatives aux addictions, tant en médecine générale qu’en psychiatrie, contribue à faire des traitements de substitution une pratique aux référents incertains et dont le caractère médical ne s’impose pas comme immédiatement évident.

(...) Le principe de la substitution médicamenteuse se heurte par ailleurs à l'approche promue jusqu'à cette date par les intervenants spécialisés en toxicomanie issus du milieu psychiatrique ou de la psychologie, qui privilégient les thérapies d'inspiration psychanalytique (Ehrenberg, 1995) » (Feroni, 2004, 198-199).

La politique de réduction des risques conduit également à la création du dispositif dit « à bas seuil » (les boutiques, les sleepin et les bus d'échanges de seringues). Celui-ci vise à entrer en contact avec les populations les plus marginalisées, rencontrant notamment des difficultés aux niveaux sanitaire, économique et social et qui restent à distance des institutions de soins.

L'organisation des soins se modifie donc dans ces années 1990 avec notamment la reconnaissance des centres de soins spécialisés en toxicomanie par le décret du 29 juin 1992<sup>117</sup>, la mise en place des réseaux ville-hôpital<sup>118</sup> et le renforcement de la prise en charge hospitalière avec la création d'équipes de liaison en 1996<sup>119</sup>. Ces dernières, bien qu'actives dans plus d'une centaine d'établissements de santé en 2003, consacraient la majorité de leur activité aux problèmes d'addiction à l'alcool et au tabac (Reitox, 2006, 40).

#### *Un changement de paradigme*

Alors que, selon certains, le changement de paradigme et la mise en place officielle d'un dispositif de réduction des risques ont été justifiés par l'urgence sanitaire, liée à l'étendue de l'épidémie du sida, les usagers de drogues étant une population à haut risque de contamination (pour eux-mêmes mais également pour leurs partenaires sexuels ou leurs compagnons de shoot) ; d'autres, comme Gourmelon, défendent la thèse selon laquelle « sans l'apparition du sida, le modèle de gestion des risques se serait imposé de toutes façons, à plus ou moins long terme » et que « la jonction sida-

---

<sup>117</sup> Décret du 29 juin 1992 relatif à la création de centres de soin spécialisé pour toxicomanes (CSST).

<sup>118</sup> Ces réseaux sont des dispositifs réunissant les différents intervenants rencontrant des usagers de drogues (médecins généralistes, pharmaciens, personnels hospitaliers, intervenants spécialisés, etc.) Ils sont agréés pour coordonner l'intervention du secteur hospitalier, de la médecine de ville et des centres de soins spécialisés.

<sup>119</sup> Circulaire DGS/DH n°96-259 du 3 avril 1996 pour les équipes de liaison en toxicomanie. Celles-ci ont pour but d'améliorer la prise en charge des patients au cours de leur hospitalisation en apportant un accompagnement adapté ainsi qu'un soutien et une formation aux personnels soignants. Elles visent à former et assister les équipes soignantes de l'hôpital, d'élaborer des protocoles de soins.

toxicomanie s'analyse comme l'événement déclencheur d'une accélération, d'un emballement » (2005, 10).

Ce qu'il faut souligner dans cette histoire française, c'est que ce n'était pas tant l'usager de drogues qui était au cœur des préoccupations à l'époque, mais le risque pour la population générale d'une contamination par le sida. Cet argument ne cessera d'ailleurs d'être repris lors des prises de décisions ultérieures. Ainsi, dans les années 1980, tant que le sida est perçu comme une maladie touchant des « groupes à risques » identifiés, il pose peu question. D'abord découvert chez les jeunes hommes homosexuels, le sida est d'abord perçu comme le « cancer gay » ou encore la « peste gay » avant de devenir la maladie des « 4H » : Homosexuels, Hémophiles, Héroïnomanes et Haïtiens. Tout d'abord identifié comme une maladie limitée à certains « groupes à risques », le sida n'a pas déclenché de réelle mobilisation des pouvoirs publics. Cette « phase d'indifférence » (Setbon, 1993) est marquée par « un contexte de relative impuissance thérapeutique et par un grand nombre de décès concernant essentiellement les jeunes hommes » (Carricaburu et Ménoret, 2004, 121). Ainsi, ses modes de transmission et les populations touchées au départ en ont fait une maladie stigmatisée associée à la peur de la contagion et au retour de l'épidémie (Bourdelaïs, 1980). Dès lors, ce n'est que lorsque les risques de contamination pour la population générale sont soulevés que la question entre dans l'agenda politique. Dès le départ, la réduction des risques est portée par une attention à l'égard de la population générale et ce n'est pas en tant que tels les usagers de drogues ou les sidéens qui sont au centre des préoccupations. Ainsi, les choses commencent à changer lorsque les pouvoirs publics, grâce aux premiers suivis épidémiologiques des motifs de contamination au VIH, s'aperçoivent qu'il y a une forte croissance au début des années 1990 de la contamination liée à l'usage de drogues. Les études menées dans les maternités notamment vont mettre en évidence que ce ne sont pas uniquement des hommes qui sont contaminés par le sida, mais également des femmes. Le président de la Commission nationale des stupéfiants rappellera notamment que ces résultats ont eu l'effet d'un déclic. Ainsi, la mise en équivalence de la santé de la population générale et de la santé d'une catégorie particulière s'est réalisée en partie à travers le constat d'une possibilité de circulation du virus entre ces deux catégories. La santé des usagers de drogues n'est en quelque sorte intéressante que du fait de la découverte des risques qu'elle présente pour la population générale.

### *La France à la traîne*

Alors que la France n'opère un changement qu'en 1994 (elle n'avait pris aucune autre mesure que la mise en vente libre de seringues en pharmacie en 1987), les autres pays d'Europe ont déjà tous adopté au moins quelques mesures de réduction des risques, modifiant ainsi peu à peu leur politique. Cette politique de réduction des risques liés à l'apparition du sida a ainsi été entreprise un peu partout en Europe depuis le milieu des années 1980 (Pays-Bas, Grande-Bretagne) ou début des années 1990 (Allemagne, Suisse, Espagne, Italie). « Les oppositions à la réduction des risques en France sont passionnées car prévention, traitement et répression s'inscrivent dans le même objectif d'éradication de la drogue et de la toxicomanie » (Coppel, 2002). En février 1994, le dispositif de soins aux usagers de drogues financé par l'Etat français ne compte aucune communauté thérapeutique et 77 places méthadone alors que les autres pays d'Europe ont déjà investi l'arsenal thérapeutique.

### *Les généralistes à l'avant-plan*

Le revirement opéré par l'autorisation légale de la substitution va bouleverser la configuration de la prise en charge des usagers de drogues. Ces traitements ont en effet imposé un renforcement, voire une intégration de l'approche médicale de la dépendance dans les dispositifs spécialisés. La prescription des traitements en médecine générale pose indirectement la question de la nécessité d'une spécialisation en la matière. Ainsi, avant 1996, peu de médecins généralistes se déclaraient favorables à la prise en charge des usagers de drogues en cabinet privé, principalement en raison de problèmes liés directement à l'usage de drogues ; cela malgré l'intérêt médical présenté par les traitements pour soulager les états de manque ou pour aider au sevrage. Toutefois, en 1996, lors de la mise à disposition du Subutex® en médecine de ville, les enquêtes réalisées attestent d'une prise en charge de plus en plus large des usagers de drogues par les généralistes (OFDT, 2003).

### *Le succès du Subutex®*

Le Subutex® a connu un succès très rapide : « Les estimations donnaient les chiffres de 33.750 personnes recevant le traitement Subutex® un an après le début de sa commercialisation, 49.000 deux ans après et près de 60.000 moins de trois ans après, en décembre 1998 (OFDT, 1999) » (Morel, 2000b). Ce mouvement ne cesse d'ailleurs de

s'amplifier au cours des années 1990 : « Parmi les 300.000 patients en traitements de substitution en Europe, 90.000 sont français. La France est le plus grand prescripteur d'Europe. Autre spécialité française : plus de 8 patients sur 10 sont sous Subutex®. Partout ailleurs en Europe, ce traitement reste marginal, voire inexistant » (Coppel, 2002). « L'inégalité de l'offre de soins en faveur de la buprénorphine, doublée de conditions d'admission et de suivi relativement souples, va aboutir au rapide succès de ce traitement » (Feroni, 2004, 197). De plus, « la priorité donnée à une molécule quasi inconnue au moment de son lancement et le rôle majeur confié à la médecine générale pour sa prescription constituent une double singularité à l'échelle internationale » (Feroni, 2004, 197-198).

Avec un chiffre d'affaire important généré par le seul Subutex® (Morel l'estimait à plus d'un demi-milliard de francs français en 2000), le laboratoire Schering Plough est devenu un acteur économique important, à l'origine d'initiatives de plus en plus nombreuses dans tous les domaines de la toxicomanie (évaluation du traitement, recherches, formations, revues, colloques, actions d'insertion,...), ce qui pose la question des intérêts commerciaux dans la mise en œuvre d'actions de santé publique.

Le Subutex®, au long des premiers essais cliniques, avait acquis la réputation d'être de « haute sécurité » et bien toléré, toutefois, depuis sa commercialisation et malgré sa diffusion importante, il ne fait pas l'unanimité. De nombreux cas d'injections et de problèmes de santé directement liés au traitement sont relatés. Rapidement, le terme de « mésusage » du traitement a fait son chemin. Il faut le comprendre comme l'injection du traitement, son usage hors protocole ou encore son utilisation en association avec d'autres produits tels que les benzodiazépines, l'alcool, etc. Le débat quant à l'opportunité de prescrire ce traitement refait fréquemment parler de lui au fil des années, et davantage au milieu des années 2000, nous y reviendrons.

#### *Une évaluation des traitements*

La circulaire de mars 1995 annonçait l'établissement de « comités départementaux » qui devaient assurer le suivi et l'évaluation des traitements. Ils devaient servir de soutien aux médecins prescripteurs et encourager le développement des réseaux. Ils avaient également pour mission d'évaluer le nombre de patients en traitement et d'évaluer les difficultés. Le fonctionnement de ces comités a varié d'un département à l'autre. Dans le



Nord Pas-de-Calais, ce comité s'est réuni une première fois l'année qui a suivi l'AMM des traitements et ne s'est plus jamais réuni depuis.

Notons également que, de manière générale, il y a peu de contrôles des prescriptions de ces traitements par les médecins généralistes (Coppel, 2003). Seule la Sécurité sociale analyse les poly-prescriptions des patients. Les contrôles administratifs restent modérés en dehors des contrôles « classiques » de la profession médicale. Les programmes de substitution sont largement organisés sur une base volontaire : ainsi les médecins et pharmaciens qui le souhaitent participent à des réseaux.

La décision politique d'accroître « les capacités de prescription » n'a été accompagnée d'aucune méthodologie concernant le développement du dispositif. Ainsi, cette lacune aura pour conséquence d'importantes disparités départementales et régionales au niveau de l'accès aux soins, ainsi qu'à certains égards, un manque d'adéquation avec les besoins sanitaires locaux.

### 3.3. Des directions opposées

Dans les années 1990, la « société » investit la question du sida, et donc indirectement celle de l'usage de drogues en raison des risques plus importants d'infection et de diffusion du virus dans la population générale. Les politiques s'orientent alors davantage vers une optique de santé publique et adhérent, du moins sur le principe, à la réduction des risques en vue de répondre à l'urgence sanitaire. Ces actions sont portées dans les deux pays par des groupes constitués de médecins, psychiatres, etc. qui, par des moyens différents (en Belgique, par le biais d'un avis du Conseil d'Etat ; en France : par le biais de groupes de pression), tentent d'étendre l'accès au traitement. Alors que le dispositif était limité à quelques alternatives au sevrage au début de la décennie, nous assistons à une sorte d'explosion et à la diversification importante du dispositif dans les deux pays. Les années 1990 sont donc le théâtre de plusieurs batailles juridiques et débats concernant la réduction des risques en France et en Belgique. Ceux-ci aboutissent à un élargissement de la prescription de méthadone et de Subutex® (uniquement en France pour ce dernier).

La Belgique débute cette décennie par une réelle bataille administrativo-juridique entre les partisans, de plus en plus nombreux, de la pratique des traitements de substitution et les opposants qui s'appuient sur la législation en vigueur (loi de 1975).

Les débats sont notamment portés par des psychiatres. Cette bataille met fin à cette période répressive de la part des parquets, des instances médicales et ordinales. Nous assistons donc en Belgique, dès le début des années 1990, à un réel développement de la prescription de méthadone dans tout le pays. L'annulation de directives de l'Ordre des médecins permet aux médecins de jouir de leur liberté thérapeutique. La mise en place de formations spécifiques en Communauté française soutenues par les parquets, l'Ordre des médecins et la Ministre de la Santé et des Affaires sociales et par la suite la création de réseaux spécialisés, sont les moteurs de ce mouvement. Divers projets de modification de la loi de 1975 sont déposés sans jamais aboutir. Toutefois, la conférence de consensus de 1994 mettra un terme à cette situation floue en établissant des recommandations qui, bien que n'ayant aucune valeur légale, serviront de textes de référence pour les magistrats. Le Code de déontologie est lui aussi revu dans ce sens. Ainsi, ni un type de prestataire, ni un type d'institution n'a la prérogative d'initier ou d'encadrer ces traitements. En l'absence de cadre légal, une tolérance s'installe donc, les médecins n'étant toutefois pas à l'abri de poursuites pour « entretien de toxicomanie ». C'est dans cette période de tolérance juridique que se développe la pratique de ces traitements à grande échelle, avec d'indéniables succès en terme de santé publique.

Le Temgésic® quant à lui fait très peu parler de lui et est peu prescrit dans le cadre de la prise en charge des usagers de drogues alors que la Belgique est le berceau de ses premières expérimentations dans le cadre de la dépendance aux opiacés. Alors que se développent les traitements, l'offre de service s'élargit également avec notamment la naissance des MASS pour les prises en charge à bas seuil et des financements permettant l'ouverture de centres spécialisés dans la partie francophone du pays.

La France débute, quant à elle, la décennie par un faible développement des programmes expérimentaux de méthadone (12 places supplémentaires pour toute la France) et l'amorce de débats de fonds (ayant déjà eu lieu en Belgique quelques années auparavant) quant aux alternatives possibles au sevrage. Il faut donc attendre le milieu des années 1990 pour qu'un passage brutal en faveur de la réduction des risques s'opère en théorie. En pratique par contre, une majorité de professionnels, ancrés dans le paradigme de l'abstinence, ont mis quelques mois, voire quelques années, avant d'intégrer ce changement dans leurs pratiques. Il s'agissait d'ailleurs pour certains de véritables ruptures biographiques, opérant eux aussi une véritable volte-face. « La

régulation très souple de la pratique substitutive par les tutelles sanitaires ajoute à l'ambiguïté de la situation en opérant une dédramatisation du produit en total contraste avec l'interdiction de prescrire qui avait prévalu jusqu'alors » (Feroni, 2004, 199). Ces politiques de réduction des risques ont été construites sur des ambiguïtés qui se reflèteront dans la mise en place du dispositif. Ainsi, les tensions constitutives des débats sur le statut de l'usager de drogues, comme délinquant ou comme malade, ne cessent de réapparaître à différents stades décisionnels. Elles expliquent notamment, comme nous le montrerons, les ambiguïtés qui caractérisent ces politiques.

Alors que la Belgique avait déjà mis en place des actions de réduction des risques, la France commence à ajuster sa politique en matière de drogues. Elle opère un passage brutal d'un paradigme d'abstinence à celui de la réduction des risques en légalisant deux traitements de substitution, la méthadone et le Subutex®. On peut réellement parler d'une volte-face française. Le nombre de places méthadone est passé de 52 en 1993 à 525 en 1994 et plus de 1.000 en 1995 (Boekhout Van Solinge, 1996). L'AMM du Subutex® et de la méthadone au milieu des années 1990 et les balises légales nécessaires à leur prescription permettront de diffuser largement les traitements en fin de décennie. La sortie fracassante du Subutex® placera les médecins généralistes au cœur du dispositif de réduction des risques. Contrairement à la Belgique, le Code de déontologie médicale ne sera pas revu et aucun article ne traitera particulièrement des addictions.

Bien que, dans le sens commun, la Belgique soit présentée comme ayant eu une longueur d'avance et ayant largement diffusé les traitements de substitution dès la fin des années 1980, force est de constater que la France, bien qu'à la traîne dans ce domaine, a légiféré plus rapidement sur la question. Ainsi, alors que la France légalise les traitements au milieu des années 1990, la Belgique ne connaît qu'une tolérance à la prescription en l'absence de législation spécifique dans le domaine. Bien qu'une modification de la législation soit envisagée dès le début des années 1990, aucun texte ne paraît durant cette décennie.

La Belgique opte pour la méthadone (sous forme de préparation magistrale pour les gélules), la France par contre s'oriente davantage vers le Subutex®, largement diffusé par le biais des médecins généralistes. Alors que le Subutex® se diffuse en France, il n'est pas commercialisé en Belgique. Nous le soulignerons dans la deuxième partie de

cette thèse, l'introduction de traitements spécifiques aux dépendances aux opiacés n'a pas modifié la perception de l'ensemble des praticiens à l'égard de la médicalisation de l'usage de drogues. Toutefois, elle a eu un impact sur le contenu de certaines relations thérapeutiques entre praticiens et patients. Les pratiques ont notamment évolué par le biais de l'introduction de molécules spécifiques. L'inscription de certaines populations dans un traitement « chronique » modifie, de fait, la relation, le médecin et le patient étant amenés à se rencontrer dans un cadre établi et dans une temporalité régulière.

#### **4. D'une reconnaissance légale belge aux consensus français : la première moitié des années 2000**

Le début des années 2000 voit naître de nombreuses initiatives et le développement croissant des traitements de substitution et d'autres actions de réduction des risques. Les médecins généralistes conservent leur place prépondérante dans le dispositif. Chacun trouve peu à peu ses marques.

##### **4.1. Une reconnaissance légale belge tardive**

###### *Le suivi des recommandations*

Quatre ans après la conférence de consensus, un suivi des recommandations est organisé pour évaluer la situation à l'égard des traitements de substitution. Pour le préparer, durant deux années, une commission d'une centaine d'experts est constituée et récolte des informations concernant les pratiques dans les différentes régions du pays. Elle procède également à une revue de la littérature internationale. De manière générale, ce suivi conclut que depuis la conférence de 1994, « l'accès au traitement de substitution est plus aisé et l'implication des médecins individuels dans la prise en charge de patients toxicomanes est facilitée ». La conférence de 1994 subit quelques aménagements et intègre de nouvelles recommandations. Le suivi reconnaît l'utilisation de méthadone et de Subutex® et proscrit formellement de recourir à « des psychotropes aux effets paradoxaux chez les toxicomanes, tels le flunitrazépam ». Il établit différentes recommandations concernant notamment la prescription de méthadone. Comme en 1994, le suivi refuse de définir un nombre limité de patients par prescripteur. Il mentionne également que « tout traitement de patients toxicomanes ne donne des résultats qu'à moyen ou long terme, les abandons prématurés étant le signe d'une défaillance du processus thérapeutique ».

### *Propositions de modifications de la loi : suites...*

Suite aux différentes propositions de modifications de la loi de 1921 introduites par les sénateurs et les députés au cours des années 1990, rien n'est toujours voté au début des années 2000. De son côté, le gouvernement en adoptant la Note politique du gouvernement fédéral relative à la problématique de la drogue<sup>120</sup>, le 23 janvier 2001, reconnaît les effets positifs des traitements de substitution (Jacques et Figiel, 2006). Il décide donc de traduire les recommandations de la Conférence de Consensus et de son suivi en législation. Il adoptera par la suite, à l'initiative du Ministre de la Santé publique, un projet de loi le 15 juin 2001 (Jacques et Figiel, 2006).

### *La reconnaissance légale*

La dernière étape de cette saga belge (on croyait à l'époque que c'était la dernière...) est celle de la reconnaissance légale des traitements à la méthadone et au Subutex® par la loi de 2002 (voir annexe 5). Son arrêté royal d'application de mars 2004 (voir annexe 6) balise la prescription et la délivrance de ces traitements. Il a donc fallu attendre août 2002<sup>121</sup> et mars 2004<sup>122</sup> pour que des textes législatifs réglementent les pratiques des prescripteurs et délivreurs belges de méthadone alors que sa première commercialisation, sous forme de Méphénon®, remonte au début des années 1960.

Avec la loi Mahoux du 22 août 2002<sup>123</sup>, une base légale est -enfin- donnée à cette pratique installée depuis de nombreuses années. En vertu de l'article 2 § 4 alinéa 1 de la loi, sont exemptés de toute poursuite les praticiens qui auraient dispensé des traitements de substitution. L'alinéa 2 poursuit en en donnant une définition<sup>124</sup>. Selon l'alinéa 3, une liste de ces substances doit être établie par le Roi (la loi ne se limite donc pas au seul traitement à la méthadone). Ce dernier doit également déterminer les conditions d'administration des traitements (conditions de délivrance et d'administration,

---

<sup>120</sup> Note politique du gouvernement fédéral relative à la problématique des drogues, *Doc. Parl.*, Chambre des Représentants et Sénat, 2000-2001, DOC 50-1059/1 et 2-635/1.

<sup>121</sup> Loi visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution du 22 août 2002, *M.B.*, 1<sup>er</sup> octobre 2002, en ligne [http://www.just.fgov.be/index\\_fr.htm](http://www.just.fgov.be/index_fr.htm).

<sup>122</sup> Arrêté royal réglementant les traitements de substitution du 19 mars 2004, *M.B.*, 30 avril 2004, en ligne [http://www.just.fgov.be/index\\_fr.htm](http://www.just.fgov.be/index_fr.htm).

<sup>123</sup> Dite la loi Mahoux, du nom du sénateur ayant déposé la proposition de loi.

<sup>124</sup> La loi définit ce qu'il faut entendre par traitement de substitution : « tout traitement consistant à prescrire, administrer ou délivrer à un patient toxicomane des substances stupéfiantes sous forme médicamenteuse, visant, dans le cadre d'une thérapie, à améliorer sa santé et sa qualité de vie, et à obtenir si possible, le sevrage du patient ».

enregistrement du traitement, nombre de patients par médecin, formation du médecin,...).

La loi de 2002 ne vise donc pas une dépénalisation totale des traitements de substitution puisque si les praticiens de l'art de guérir sont autorisés à les prescrire, c'est toujours moyennant certaines conditions. A défaut de les respecter, ces praticiens sont toujours susceptibles d'être poursuivis selon les termes de l'article 3, §3 de la loi du 24 février 1921 en cas de prescription, délivrance ou administration abusive.

Il faudra également presque deux années pour que le gouvernement définisse les modalités des traitements par un arrêté royal. Ce dernier détermine les deux traitements qui sont ainsi légalement reconnus : la méthadone et la buprénorphine. Le texte n'envisage pas d'inclure d'autres produits (on pense notamment à la délivrance contrôlée d'héroïne).

Tout médecin généraliste n'est plus autorisé à prescrire ces traitements, comme c'était le cas précédemment. Les conditions sont les suivantes : (1) « soit être médecin spécialiste qui a été formé à la prise en charge de patients usagers de drogues et à l'instauration de traitements de substitution ou dispose d'une expertise en la matière ; (2) soit être médecin généraliste agréé qui a suivi une formation spécifique à la prise en charge de patients usagers de drogues et à l'instauration de traitement de substitution ou dispose d'une expertise en la matière » (art.2§1).

Tout médecin qui administre ces traitements doit apporter la preuve qu'il suit une formation continue, lit des articles, participe à des activités d'un centre d'accueil ou d'un réseau pour usagers de drogues (art.13). Il doit également être enregistré auprès d'un centre d'accueil, d'un réseau pour usagers de drogues ou d'un centre spécialisé. «Cet enregistrement l'engage : (1) « à prendre des usagers de drogues en charge de manière conforme aux recommandations scientifiques en vigueur ; (2) à veiller à leur accompagnement psychosocial ; (3) à consigner dans son dossier médical les caractéristiques, l'évolution et le suivi du patient, le traitement prescrit, son dosage et ses modalités d'administration » (art.13 §2).

L'arrêté stipule que le nombre de patients pris en charge par prescripteur ne peut pas dépasser 150 patients différents – sauf pour les professionnels exerçant dans les centres d'accueil pour usagers de drogues (art.11).

Un article est également consacré aux patients provenant de territoires étrangers : « La prise en charge d'un patient non stabilisé dont la résidence est située en dehors du territoire belge est, au-delà d'une période de trois mois, conditionnée par la présence dans le dossier médical d'une attestation émise par un centre ou réseau compétent du pays de résidence d'où il ressort que le patient a effectivement consulté ce centre ».

Dans la pratique, des résistances se font rapidement entendre du côté des médecins, des spécialistes et des différents centres. Les critiques portent sur l'enregistrement des médecins dans un réseau établi, un centre de soins ou une autre structure habilitée. Ceux-ci ne seraient pas prêts à s'inscrire dans cette logique. Les arguments sont de deux ordres. D'une part, déontologiquement, ils ne seraient pas prêts à se porter garants des pratiques de médecins qu'ils ne connaissent peut-être pas. D'autre part, ils ne seraient pas équipés. D'autres critiques portent sur le flou entourant la formation des médecins. Ces réticences ne sont pas étonnantes. En effet, imposer un cadre légal à des pratiques qui se développent depuis plusieurs années ne va pas de soi. Les réactions des praticiens à ce qu'ils peuvent considérer, dans une certaine mesure, comme une entrave à leur liberté thérapeutique font suite à l'installation dans une période de tolérance, relativement peu cadrée. Ces réticences émanent notamment des pionniers des soins aux usagers de drogues qui se sont installés, pour quelques-uns, dans une sorte de « routine » et ont acquis l'expérience et un savoir-faire bricolé à partir des rencontres successives avec plusieurs dizaines de patients, pour certains.

Bien qu'un cadre ait été posé après des années de discussions, les avancées restent timides. Alors que ce cadre assure une plus grande sécurité juridique aux médecins, celle-ci reste fragile. En effet, les traitements de substitution restent cantonnés dans un cadre dérogatoire au droit commun, dans le sens où ils constituent les seuls actes médicaux à être définis par une loi pénale. « Malgré la volonté affichée des parlementaires « d'aborder la question des traitements de substitution à travers une approche relevant davantage de la santé que du point de vue strictement juridique et pénal », les traitements de substitution sont loin de sortir du champ pénal dans la mesure où ils peuvent toujours être poursuivis devant les tribunaux. Et pourtant, on a vu que les réglementations existantes à différents niveaux (Ordre des médecins, Inspection de la pharmacie, Commission médicale provinciale,...) offrent des garanties suffisantes pour sanctionner les abus éventuels » (Jacques et Figiel, 2006). De même, la définition des

traitements de substitution reste teintée de moralisme puisqu'ils doivent viser « à obtenir si possible, le sevrage du patient ».

Soulignons que c'est une première en Belgique : c'est en effet la première fois qu'un arrêté royal règlemente une pratique médicale en stipulant un nombre maximal de patients, des dosages, des modes de délivrance et de prescription et impose des formations spécifiques. C'est également la première fois qu'un organisme est créé pour enregistrer certains types de prescription. La logique répressive semble donc reprendre le dessus car, faute de respecter ces directives, le médecin encourt des peines d'amende, de prison ou encore une interdiction d'exercer (temporaire ou permanente).

#### *L'entrée du Subutex® en Belgique*

Il faut attendre la loi de 2002 et sa reconnaissance légale pour que le Subutex® fasse son entrée en Belgique<sup>125</sup>. Celle-ci est d'ailleurs très frileuse, le traitement n'ayant pas bonne presse en raison notamment des incidents et détournements relatés par sa prescription en France. Malgré un lobbying important de la firme pharmaceutique, le Subutex® ne semble pas prendre son envol.

Une recherche portant sur les traitements de substitution confirme cette tendance : « Une majorité écrasante des médecins utilise la méthadone comme unique produit pour les traitements de substitution. Nous l'avons dit, même la buprénorphine qui est connue des médecins n'est utilisée que rarement et, si plusieurs médecins ont marqué un intérêt à l'arrivée du Subutex® sur le marché belge, ils déclarent en même temps que, sauf circonstances particulières, ils continueront de travailler avec la méthadone. Les médecins rencontrés ne sont donc pas demandeurs d'une reconnaissance élargie à d'autres produits — dans le cadre restreint des toxicomanies aux opiacés bien entendu ; en effet plusieurs médecins ont exprimé le désir d'avoir dans la pharmacopée des substances substitutives pour d'autres toxicomanies, notamment vis-à-vis de la cocaïne » (Pelc, *et al.*, 2005, 113).

---

<sup>125</sup> Le Subutex® a reçu une autorisation de mise sur le marché le 14 février 2000 et a été commercialisé en 2001. Il est remboursé par l'INAMI depuis le 1<sup>er</sup> août 2003.



### *Des « sevrages rapides » et la Cannabis clinic*

L'arsenal thérapeutique s'ouvre également à de nouveaux dispositifs. Premièrement, des équipes spécialisées de quelques hôpitaux universitaires belges ont entrepris de mettre à la portée des patients des techniques de sevrage rapide. Ces techniques sont connues sous le nom d'UROD (Ultra rapid opiate detoxification) ou de RODA (rapide opiate detoxification with antagonist)<sup>126</sup>. Deux remarques sont à poser d'emblée : d'une part, ces techniques en sont encore au stade de l'expérimentation et de l'évaluation de protocole ; d'autre part, le terme de « désintoxication ultra-rapide » ne doit pas faire illusion, des réserves étant émises à l'égard de ce traitement, notamment en terme d'efficacité (Jacques et Figiel, 2006).

Deuxièmement, la Clinique du cannabis, revendiquée sous le nom de *Cannabis clinic*, a ouvert ses portes fin 2002 au CHU Brugmann à Bruxelles. Comme l'explique Emmanuel Streel, son responsable, sur le site Internet du centre hospitalier, « au départ, seule existait à Brugmann une unité de prise en charge de patients toxicomanes. On a eu de plus en plus de demandes de familles et de patients concernant le cannabis, d'autant qu'ils étaient excessivement mal informés. Nous avons voulu voir si ces gens étaient vraiment malades car, je l'avoue, on était plutôt sceptique. On a fait de l'information, puis des bilans de santé, médicaux et psychologiques, et on s'est rendu compte qu'il y avait des anomalies, ce qui nous a amené à mettre aussi en place des programmes de prise en charge ». Les consultations sont en nette augmentation<sup>127</sup>. Dans cette clinique, ils revendiquent une spécificité de cette prise en charge nécessitant une spécialisation des professionnels de santé et des lieux d'accompagnement : « D'autres structures viennent en aide aux patients avec un problème de cannabis: psychiatres, thérapeutes, centres spécialisés en toxicomanies, acteurs de terrain... « Le problème, c'est que prendre un gamin qui connaît un problème de cannabis et l'amener dans une structure

---

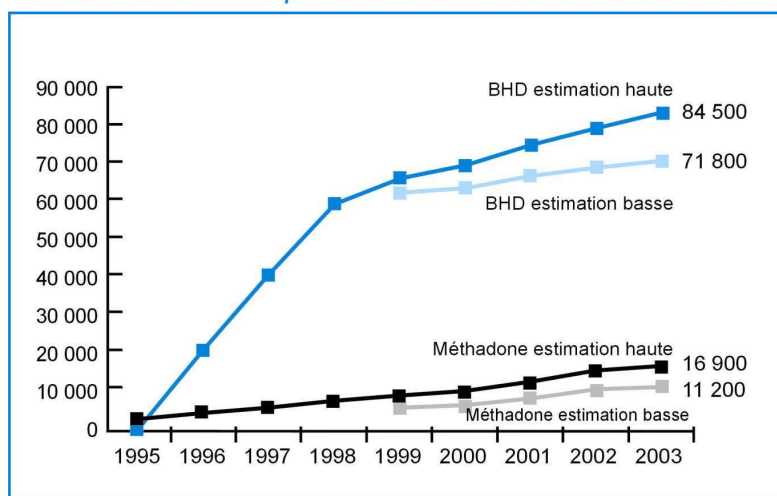
<sup>126</sup> Elles comportent classiquement une période de deux ou trois jours d'observation, puis l'induction d'une anesthésie générale de quelques heures au cours de laquelle le patient est soumis à des doses massives de Naltrexone®. Le patient peut sortir de l'hôpital au bout de quelques jours, « il est désormais débarrassé de la dépendance biologique qui le contraignait à absorber des opiacés comme la méthadone » (Jacques et Figiel, 2006).

<sup>127</sup> « Quand on a ouvert la Clinique du cannabis, on avait 6 consultations par mois; maintenant on voit 6 à 10 patients pour chacun des deux jours de consultations hebdomadaires, soit grosso modo une bonne dizaine par semaine. Et cela ne cesse d'augmenter, les gens téléphonent, il y a le bouche à oreille, les juges sont au courant, les écoles commencent à l'être... » (propos d'Emmanuel Streel, responsable de la *Cannabis clinic* consultés à l'adresse suivante : <http://www.chu-brugmann.be/fr/news/20050923-cannabis-jdm.asp>)

s'occupant de toxicomanes, c'est un peu violent...». Ces différentes offres répondent notamment à des discours de plus en plus prégnants sur la scène publique présentant les dangers du cannabis. Ils répondent également aux interrogations de plus en plus nombreuses des parents.

#### 4.2. D'un élargissement de la primo-prescription de méthadone à différents consensus français

*Estimations du nombre de personnes recevant un traitement de substitution*



Source : Données SIAMOIS/InVS et estimations OFDT

Graphique 3. Estimation du nombre de patients sous traitement méthadone et Subutex® en France (Cadet-Taïrou, *et al.*, 2004)

Depuis le milieu des années 1990, en France, les prescriptions de traitements de substitution ne cessent de se développer. Ainsi, en 2000, selon Coppel, on dénombre entre 85.000 et 90.000 patients sous substitution sur le territoire français. La majorité d'entre eux (de 72.000 à 75.000 patients) sont traités avec le Subutex® alors qu'environ 10.000 sont sous méthadone<sup>128</sup>. D'autres patients se font prescrire du sulfate de

<sup>128</sup> Ces chiffres varient selon les auteurs de différents rapports. Ils sont fonction des modes de calcul et des données utilisées. Selon Jacquiez, 80.000 patients bénéficiaient à la fin de l'année 2001 de Subutex® (Jacquiez, 2003). Selon le rapport méthadone remis à Bernard Kouchner, en 2001, 12.000 personnes étaient traitées avec de la méthadone et plus de 80.000 personnes avec du Subutex® (Augé-Caumon, *et al.*, 2002). Selon le rapport Reitox pour la France, on estime entre 71.800 et 84.500 personnes sous Subutex en 2002. Le nombre de personnes sous méthadone est estimé entre 11.200 et 16.900 en 2003 (Reitox, 2004). Enfin, selon l'OFDT, en 2003, le nombre moyen de consommateurs de BHD est de 84.500 (Cadet-Taïrou et Cholley, 2004).

morphine bien qu'aucun chiffre officiel ne soit établi<sup>129</sup>. Environ 5.000 patients seraient suivis en centre spécialisé, la grande majorité aurait donc recours aux médecins généralistes (Coppel, 2003).

Depuis les débuts de la substitution, des résultats importants sont à porter à l'actif de cette politique de réduction des risques, notamment une forte baisse du nombre d'overdoses mortelles, un accès aux soins d'un grand nombre de personnes, la diminution de l'autosubstitution ainsi que la diminution des consommations d'héroïne. Toutefois, les revers de la médaille ne sont pas négligeables : un nombre important de mésusages de Subutex®, un déséquilibre des conditions d'accès et de suivi entre le Subutex® et la méthadone, ainsi que des disparités régionales dans l'accès aux soins. Le cadre libéral adopté en France pour le Subutex® va, dès lors, être remis en cause dès la deuxième moitié des années 1990 et au début des années 2000 notamment par la Sécurité sociale. L'organisme assureur émet de fortes critiques à l'égard des traitements de substitution, donnant lieu à la mise en place d'un système d'informatisation des ordonnances lui permettant d'identifier le coût précis de chaque classe de médicaments. C'est alors qu'elle émet des inquiétudes particulières à l'égard des coûts importants engendrés par les traitements de substitution. De même, dans le contexte politique du début des années 2000, les attaques à l'égard des trafics de traitements se font de plus en plus virulentes. Les discussions et les travaux préparatoires à la loi de réforme de l'assurance maladie<sup>130</sup> mettent notamment en cause les bénéfices thérapeutiques du Subutex®. Ces attaques se manifestent dès 2002 dans les travaux préparatoires à la loi de réforme de la loi de 1970. Certains travaux sénatoriaux, des rapports, etc. se sont focalisés sur le cannabis, ils ont également été l'occasion de remettre sur la table la question du bien-fondé du choix français du Subutex® et des coûts qu'il engendre pour la collectivité au regard des trafics dont il est l'objet. A l'occasion de ces débats, le Ministre délégué à la santé rappellera l'argument phare que nous avons déjà évoqué : ce qui justifie la politique de réduction des risques et de la substitution, c'est la lutte contre

---

<sup>129</sup> D'après Anne Coppel, ces chiffres sont basés sur la vente des médicaments en pharmacie, avec une moyenne de 8 mg pour le Subutex® et 60 mg pour la méthadone. Concernant le sulfate de morphine, ces patients pourraient être entre 1.000 et 2.000 (Coppel, 2003).

<sup>130</sup> Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, *Journal Officiel* du 17 août 2004. Cette réforme met notamment en place un dossier médical personnel (DMP), le choix d'un « médecin traitant » (généraliste ou spécialiste) sous peine de moindre remboursement, une contribution forfaitaire pour chaque consultation (y compris pour les services d'urgence).

le VIH. La légitimité de ce traitement n'est pas liée à la lutte contre la toxicomanie, mais bien à un impératif sanitaire qui relève de la gestion épidémique. Le rappel de cet argument, jusqu'à présent, permet de calmer les tensions et de poursuivre la ligne de conduite définie dans l'AMM.

Ainsi, l'objectif de normalisation de la pratique substitutive est contrecarré par « la double carrière du Subutex®, sur le marché pharmaceutique et sur celui des drogues illicites » (Feroni, 2004, 199-200). Dès la fin des années 1990 se répandent les « mésusages » (injection du Subutex® ou son usage dans le cadre de défonce). Plus récemment, les formes de primo-addictions sont relatées, ce produit devenant ainsi la « drogue du pauvre » facile d'accès (Bello, *et al.*, 2003). Les prescriptions médicales falsifiées ainsi que le « shopping médical » ou les recours médicaux multiples constituent les sources d'approvisionnement de ce marché noir. Ce sont les organisations d'auto-support qui tirent en premier la sonnette d'alarme dénonçant dans différents rapports les « échecs » de la substitution, à savoir les patients à qui les traitements ne conviennent pas et n'aboutissent pas l'effet escompté. Des données sont d'ailleurs produites par ces groupes d'auto-support, l'OFDT ou encore la firme pharmaceutique Schering Plough. Ce marché noir va rapidement attirer l'attention des caisses d'assurance maladie. Cet encadrement et ces contrôles accrus vont d'ailleurs constituer le contrepoint de l'ambition d'une normalisation des traitements, d'une banalisation encouragée par les pouvoirs publics. L'introduction des traitements de substitution va donc générer des effets pervers qui placent les pouvoirs publics dans une situation inconfortable, toute décision à cet égard devenant objet de polémiques.

#### *Un bilan de la politique de substitution*

Le 30 mai 2001, le Ministre délégué à la santé chargeait quatre experts<sup>131</sup> de dresser un bilan des traitements. D'après celui-ci, on estime en France entre 150.000 et 180.000 « le nombre d'usagers de drogues à problèmes » (opiacés et cocaïne). Parmi eux, 85.000 seraient en traitement (74.000 sous Subutex®, les autres seraient en majorité traités par la méthadone et 2.500 seraient pris en charge avec d'autres médicaments dont l'AMM ne retient pas cette indication, en particulier le Skénan®). Ces experts donnent

---

<sup>131</sup> M.-J. Augé-Caumon, J.-F. Bloch-Lainé, W. Lowenstein et A. Morel. Leur rapport ('l'accès à la méthadone en France. Bilan et recommandations') a été remis à Bernard Kouchner le 27 mars 2002.

également quelques repères quant aux traitements, à leurs prescriptions et à leurs délivrances<sup>132</sup>. La plupart des préconisations rejoint les réformes souhaitées par l'Ordre national des pharmaciens, l'Académie nationale de pharmacie et les différentes conférences de consensus.

#### *Elargissement des prescriptions*

Jusqu'en janvier 2002, seuls les centres d'accueil et de traitement méthadone (CSST, centres de soins spécialisés en toxicomanie) étaient habilités par le Ministère de la Santé à initier le traitement méthadone, dans les limites de leur possibilité d'accueil. Depuis cette date<sup>133</sup>, tout médecin exerçant en établissement de santé – à l'exclusion des services d'accueil et d'urgence – ou en établissement pénitentiaire peut également initier ce traitement dans le cadre d'une dépendance majeure aux opiacés. Cet élargissement a été accompagné d'une modification de l'AMM obtenue par la Pharmacie centrale des Hôpitaux de Paris, titulaire de l'AMM du Chlorhydrate de méthadone AP-HP® (Laboratoires Bouchara-Recordati). Selon cette circulaire, cette évolution a pour principal objectif « de créer les conditions permettant de rendre la méthadone plus accessible, de toucher des personnes qui ne fréquentent pas les CSST et, ainsi, de répondre aux besoins d'un plus grand nombre de patients usagers de drogues ».

#### *La définition des pratiques : une demande d'uniformisation et de simplification*

A peine quelques années après leur légalisation, des conférences de consensus sont organisées notamment pour évaluer les traitements. Elles aboutissent à des recommandations fortes qui sont, encore à l'heure actuelle, portées par une minorité de praticiens.

Une première conférence de consensus s'est tenue en avril 1998<sup>134</sup>. Intitulée « Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés », elle se centrerait principalement sur le sevrage bien qu'abordant brièvement la substitution. Elle n'a pas

---

<sup>132</sup> On serait passé de 45 CSST en France en 1995 à 143 CSST en 2001. 30% des CSST seraient non-prescripteurs de méthadone. La primo-prescription de méthadone serait non accessible dans 15 départements. En 2001, 8 départements ne disposaient pas de centres spécialisés. De 15% à 30% des médecins prendraient en charge des patients usagers de drogues, seulement de 2 à 5% suivent la moitié de la file active des traitements de substitution (Bello, *et al.*, 2001).

<sup>133</sup> Circulaire DGS 2002/57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de méthadone par les médecins exerçant dans les établissements de santé (voir annexe 8).

<sup>134</sup> Document accessible sur le site :

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/toxicolong.pdf>.

abouti (ce n'était pas son but) à des recommandations en matière de prescription et délivrance de substitution.

Au début des années 2000, l'Ordre des pharmaciens ainsi que l'Académie nationale des pharmacies ont appelé à la mise en œuvre d'un plan de simplification de la délivrance de tous les stupéfiants<sup>135</sup>. Ils souhaitaient une réforme complète de la réglementation concernant la prescription, la détention et la dispensation des stupéfiants et des psychotropes<sup>136</sup>. D'après le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, « nous vivons encore aujourd'hui avec des règles élaborées en réponses aux pratiques déviantes de prescription et de délivrance d'opiacés du début du siècle dernier, qui avaient favorisé des morphinomanies »<sup>137</sup>.

Une deuxième conférence de consensus s'est tenue à Lyon en juin 2004<sup>138</sup>. Celle-ci, intitulée « Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution », contrairement à celle de 1998, se centrait sur la substitution. Une des recommandations majeures est de tendre vers l'harmonisation du cadre d'utilisation du Subutex® et de la méthadone. A cette fin, les experts préconisent d'élargir la primo-prescription de méthadone en médecine de ville. Afin d'harmoniser le cadre d'utilisation des deux médicaments de substitution, les experts français proposent une même durée maximale de prescription (28 jours), des modalités de prescription, de délivrance et de surveillance (contrôles urinaires) identiques.

Actuellement donc en France, certains professionnels des soins revendiquent le droit d'initier les traitements méthadone en cabinet privé alors que la primo-prescription est légalement réservée aux centres de soins spécialisés en toxicomanie et aux établissements de santé. Toutefois, bien que ces recommandations aient été formulées, elles ne reflètent pas l'opinion de tous les praticiens français. Certains y restent

---

<sup>135</sup> La lettre des *Nouvelles pharmaceutiques*, n°232, 28 février 2002.

<sup>136</sup> Leurs revendications sont de quatre ordres : (1) la suppression du carnet de commande à souches, ainsi que la validité d'une registre informatique de commande et de livraison des stupéfiants, tant pour les officines que pour les fournisseurs ; (2) la suppression du délai de carence de 24 heures après la date d'établissement de la prescription, afin d'éviter le déconditionnement ; (3) une harmonisation des durées maximales de prescription fixées à 28 jours pour tous les stupéfiants, avec la possibilité pour le prescripteur de fractionner éventuellement la délivrance ; (4) le chevauchement de deux ordonnances dans la limite de 7 jours.

<sup>137</sup> Editorial de Jean Parrot de La lettre des *Nouvelles pharmaceutiques*, n°235, 11 avril 2002.

<sup>138</sup> Document accessible sur le site :

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/TSO\\_%20long.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/TSO_%20long.pdf).

fermement opposés, ils veulent prendre de la distance par rapport à une « distribution massive » de méthadone en ville, ce traitement ayant, depuis de nombreuses années, montré ses limites et ses dérives (affaires judiciaires, incarcérations de médecins généralistes, détournements, trafics,...)<sup>139</sup>.

Il faut voir en cette dernière conférence de consensus une réaction aux événements relatés de 2002 à 2004 (attaques contre le Subutex®, renforcement des contrôles par l'assurance maladie,...). Elle répond notamment à la crainte exprimée par la Fédération Française d'Alcoologie et d'Addictologie de la disparition ou de l'encadrement plus strict de la buprénorphine. Cette contre-offensive professionnelle peut se lire comme la constitution d'un groupe de pression professionnel voulant lutter contre ces fameuses attaques.

#### *Un contrôle renforcé de l'Assurance Maladie...*

Le Subutex® figure parmi les 20 médicaments qui coûtent le plus cher à la sécurité sociale<sup>140</sup> (plus précisément le 16<sup>ème</sup> médicament le plus remboursé). Face à ce constat, l'Assurance-maladie a décidé de renforcer, en 2004, ses contrôles pour éviter les trafics et la multiplication des prescriptions. Elle a ainsi lancé en juin 2004 un « plan d'action pour mieux encadrer les traitements de substitution afin de « contrôler » les consommateurs et les professionnels de santé suspects d'abus, et de renforcer le suivi de l'ensemble des patients. Ce contrôle renforcé devrait également permettre de mieux connaître les patients traités et de réaliser 'une économie substantielle' »<sup>141</sup>. Ces contrôles semblent concluants aux yeux de l'Assurance Maladie, ainsi elle constate « une baisse de 20% du nombre de consommateurs abusifs. De plus, la prise en charge a été interrompue pour plus de 1.000 assurés dont le traitement n'était pas justifié. Enfin 100 poursuites en justice ont été engagées. Parallèlement, 67 médecins et 11 pharmaciens ont fait l'objet de contrôles pour prescriptions ou délivrances

---

<sup>139</sup> Voir programme Interreg III : « Plateforme transfrontalière des toxicomanies et autres conduites à risques », 2002-2005.

<sup>140</sup> L'Assurance Maladie a estimé que le montant des remboursements en ville en 2002 s'élevait à 80 millions d'euros pour le Subutex® et à 6 millions d'euros pour la méthadone (*Les nouvelles pharmaceutiques*, n°277, 30 avril 2004).

<sup>141</sup> *Les Nouvelles pharmaceutiques*, n° 277, 30 avril 2004.

frauduleuses »<sup>142</sup>. Ces contrôles et les statistiques relatives doivent bien évidemment être interprétés en tenant compte de leurs commanditaires.

*... et l'instauration d'un protocole particulier*

Parallèlement à ces contrôles et afin de renforcer le suivi médical des patients, l'Assurance Maladie a également proposé, en 2004, la définition d'un protocole de diagnostic et de soins destiné aux patients sous Subutex® ou sous méthadone<sup>143</sup>. Ce protocole d'accord, comportant la liste des actes et des prestations nécessaires au traitement, devait être soumis à l'accord du médecin-conseil de l'Assurance Maladie. L'engagement dans un traitement de substitution devait ainsi être subordonné à la signature d'un contrat entre le médecin, le patient et le médecin conseil de l'assurance maladie. La MILDT qui relaie les positions du Ministère de l'Intérieur envisageait cette mesure d'un bon œil, permettant d'encadrer les patients et les médecins. Toutefois, la Direction Générale de la Santé n'a pas donné suite à cette proposition et l'a bloquée en refusant de signer les décrets d'application, mettant ainsi son veto. On constate à nouveau, à ce niveau, que l'ambiguïté entre une définition de l'usager de drogues comme malade ou comme délinquant hante toujours les décisions. A nouveau, nous constatons que les politiques publiques elles-mêmes sont l'objet de compromis entre les questions de répression des stupéfiants, de maintenance des coûts et de maintien d'une offre sanitaire jugée essentielle pour la population.

#### 4.3. De la diffusion aux effets pervers

Le début des années 2000 est marqué par la reconnaissance légale des traitements en Belgique et par leur diffusion. Il aura donc fallu une dizaine d'années après la première proposition de loi pour qu'un texte soit adopté. Bien qu'une loi soit promulguée en 2002, il faut encore attendre 2004 pour que ses arrêtés d'application soient définis. Cette légalisation qui aura mis des années suscite toutefois rapidement les critiques et est de fait bien souvent inapplicable. Des débats houleux opposent les professionnels du corps médical et les représentants politiques. En légalisant récemment les traitements de substitution, la Belgique a mis fin à un débat sur la nécessité d'assurer la sécurité juridique des médecins qui prennent en charge des usagers de drogues. Toutefois, bien

---

<sup>142</sup> *Les Nouvelles pharmaceutiques*, N°312, janvier 2006.

<sup>143</sup> Dans le cadre de l'article L.324-1 du Code de Sécurité Sociale.



que la législation ait évolué, la sécurité juridique du médecin n'est toujours pas assurée. De plus, la définition légale des traitements prête également à critique et reste teintée de moralisme puisqu'elle vise à « obtenir, si possible, le sevrage ». Cette législation est marquée du sceau sécuritaire et constitue une première en matière de santé publique. C'est en effet la première fois que le médecin voit sa pratique « dictée » par une loi pénale.

Alors qu'elle est le berceau des expérimentations, la Belgique ne commercialise le Subutex<sup>®</sup> qu'en 2001 sans grand succès, restant ancrée dans une « tradition » méthadone.

La France, quant à elle, connaît deux phénomènes parallèles : d'une part, la large diffusion des traitements d'autant plus que la primo-prescription de la méthadone est élargie. Celle-ci devient d'ailleurs « un médicament de ville ». Bien que les traitements se diffusent, nous notons que des régions sont encore mal couvertes. D'autre part, la France connaît de nombreux détournements du Subutex<sup>®</sup>. Des mesures répressives sont ainsi pensées. Ces mesures s'inscrivent davantage dans une optique sécuritaire et dans une optique de réduction des coûts de santé. Elles ne s'orientent pas vers un accompagnement plus adapté des patients en difficulté avec leur traitement. Là encore, la figure de l'usager comme malade et délinquant, essence de la loi de 1970, est toujours prégnante. Enfin, cette période est marquée par le renforcement de recommandations et l'organisation de conférences de consensus. Ces recommandations portent largement sur l'assouplissement des règles de prescription et de délivrance de la méthadone, en contradiction avec la mise en place de mesures répressives et de contrôle tant des prescripteurs que des patients.

Dans les deux pays, les acteurs politiques et les organismes assureurs tentent donc de recadrer les pratiques dans une optique de contrôle, alors que les professionnels de santé, forts de plusieurs années d'expérience, revendiquent un élargissement du cadre et son assouplissement. Ces contrôles ont, comme on peut s'en douter, un impact direct sur l'implication des praticiens à l'égard de cette question. Certains précurseurs tirent d'ailleurs la sonnette d'alarme annonçant une défection des nouveaux médecins ou des médecins moins impliqués dans ce type de soins, en lien direct avec ce cadre plus sécuritaire.

## 5. Vers une diversification du dispositif : le milieu des années 2000

Ces dernières années sont marquées par une large diffusion des traitements, par la recherche d'alternatives aux détournements et par des ajustements légaux.

### 5.1. Une jeune législation belge déjà controversée

*Nouvelle mouture de l'arrêté royal : le retour de la saga...*

Un an et demi après la parution de l'arrêté royal règlementant les traitements de substitution, celui-ci est déjà l'objet de modifications (une nouvelle saga ?). Suite aux nombreuses critiques qu'il a suscitées, une nouvelle mouture paraît en octobre 2006<sup>144</sup> (voir annexe 7). Les principales modifications portent sur les conditions de participation et d'enregistrement du médecin à un réseau, sur les conditions de délivrance et d'administration du médicament de substitution, sur le nombre de patients suivis ainsi que sur les critères d'agrément des centres d'accueil et des réseaux de prise en charge pour usagers de drogues.

L'une des principales modifications tient compte des critiques émises vis-à-vis de la version de 2004 par les médecins généralistes ne prenant en charge qu'un ou deux usagers de drogues. Ils estimaient que l'investissement qui leur était demandé (formation, inscription dans un réseau, etc.) était démesuré par rapport au nombre de patients suivis. Cette nouvelle mouture fait donc une distinction entre le « médecin qui prescrit des traitements de substitution à plus de deux patients simultanément » et les autres. Ces derniers sont dans l'obligation de « prescrire les médicaments de substitution de manière conforme aux recommandations scientifiques en vigueur », de « veiller à l'accompagnement psychosocial du patient » et à tenir à jour le dossier médical. Contrairement aux médecins prenant en charge plus de deux patients, ils ne sont toutefois pas soumis aux obligations concernant le suivi d'une formation spécifique ou l'acquisition d'une expertise, concernant la formation continue, la lecture d'articles scientifiques, la participation aux activités d'un réseau et l'enregistrement auprès d'un centre ou d'un réseau. On peut tout de même se poser la question de la pertinence de cette distinction entre le médecin qui a un patient et celui qui en a deux...

---

<sup>144</sup> Arrêté royal du 6 octobre 2006 modifiant l'arrêté royal du 19 mars 2004 règlementant les traitements de substitution, *M.B.* 21 novembre 2006.

La notion de « soins » est remplacée par celle de « prise en charge » et celle de « peer-review » par celle d'« intervision ». Il est également stipulé que « les médicaments liquides sont conditionnés en doses journalières ». Une part importante est également consacrée à l'enregistrement des traitements au niveau national et à la création, à cet effet, d'un institut particulier, l'Institut Pharmaco-Epidémiologique Belge (IPhEB).

De même a été modifié le nombre de patients suivis par médecin. Alors qu'en 2004, l'arrêté royal mentionnait que ce nombre ne pouvait dépasser « 150 patients différents par année », en 2006, le médecin ne peut prendre en charge « plus de 120 patients simultanément ». Alors que l'on pourrait croire à une restriction du nombre effectif de patients par médecins, ce n'est pas le cas. En effet, alors que le médecin était limité à 150 patients différents sur l'année, actuellement, ce nombre peut être plus important du moment qu'il se limite à 120 patients simultanément... nous savons très bien qu'une partie des usagers apparaissent et disparaissent des files actives très rapidement. Enfin, l'article concernant les patients étrangers n'a pas été profondément modifié<sup>145</sup>.

A peine parue, cette nouvelle mouture est déjà l'objet de critiques. La principale porte sur l'enregistrement du médecin auprès d'un institut pharmaco-épidémiologique. Toutefois, cette nouvelle version a fait table rase de l'obligation de transmettre la liste des médecins prescripteurs aux Commissions médicales provinciales.

Quelques pionniers appellent leurs confrères à boycotter cet enregistrement. Marc Reisinger a ainsi fait part de cette résistance au dernier colloque transfrontalier organisé sur la question<sup>146</sup>.

#### *Une entrée frileuse du Subutex®*

Une récente recherche belge développant un modèle d'évaluation des diverses filières de soins et des patients nous donne quelques indications sur les répercussions de l'entrée du Subutex® : « Tous les médecins rencontrés prescrivent de la méthadone en tant que traitement de substitution. Très peu ont une expérience de la buprénorphine, sous sa

---

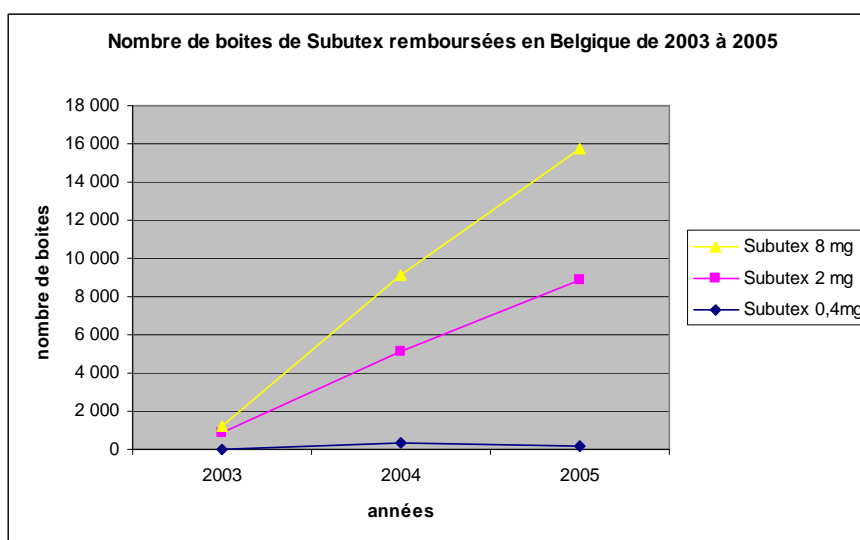
<sup>145</sup> « *Sauf cas d'urgence*, la prise en charge d'un patient non stabilisé dont la résidence est située en dehors du territoire belge est, au-delà d'une période de trois mois, conditionnée par la présence dans le dossier médical d'une attestation émise par un centre ou réseau compétent du pays de résidence d'où il ressort que le patient a effectivement consulté ce centre » (Chapitre 7, article 13).

<sup>146</sup> « Substitution : enjeux sans frontière ? », colloque organisé par le Conseil de prévention de la Ville de Mons, Citadelle et la ligue antiprohibitionniste, le 24 novembre 2006 à Tournai.

forme Temgésic® dans les années 1990, ou sous sa forme Subutex® plus récemment. Il est important de signaler qu'au moment des interviews, la société pharmaceutique qui commercialise le Subutex® faisait une campagne de promotion pour son nouveau produit. Dès lors, la plupart des médecins connaissaient le médicament et ce que le dossier d'information de la firme en disait, mais très peu en avaient une connaissance clinique pratique. En général, les médecins trouvent positif que l'offre médicamenteuse s'élargisse, en même temps, la plupart d'entre eux n'envisage pas d'utiliser le Subutex®, la méthadone leur donnant entière satisfaction. Exceptionnellement, l'un ou l'autre médecin envisage la prescription de Subutex® lorsque la situation lui paraît douteuse ou si l'information dont il dispose lui semble trop incomplète, le Subutex® ayant une réputation de plus grande sécurité, de par des propriétés antagonistes à haute dose. (...) Par ailleurs, les médecins qui ont une représentation moins centrée sur les produits ne semblent pas s'être préoccupés particulièrement de cette question » (Pelc, *et al.*, 2005).

Bien que les ventes de Subutex® puissent sembler s'envoler, les statistiques de l'INIAMI confirment les prescriptions frileuses des médecins belges (en sachant que chaque boîte comporte sept comprimés) :

- 201 boîtes de Subutex® 0,4 mg en 2005 (contre 336 en 2004),
- 8.637 boîtes de Subutex® 2 mg en 2005 (contre 4.815 en 2004)
- et 6.908 boîtes de Subutex® 8 mg en 2005 (contre 3.986 en 2004).



Graphique 4. Nombre de boîtes de Subutex® remboursées par l'INIAMI  
Sources : Données INAMI (Pharmanet)

Ce graphique peut sembler contredire notre analyse et aller dans le sens d'une explosion des ventes, mais dans les faits cet accroissement des ventes ne va pas de pair avec un nombre plus important de médecins prescripteurs. Il s'agit notamment d'un même médecin qui a étendu ses prescriptions à plusieurs patients ou qui a initié un traitement courant 2004 qui s'est poursuivi sur l'ensemble de l'année 2005 (donc comptabilisation de plus de mois sur 2005 que sur 2004). De plus, ce traitement est également prescrit par des spécialistes, notamment des psychiatres. Ces chiffres ne reflètent donc pas uniquement l'activité des médecins généralistes. Si nous nous intéressons plus spécialement au Hainaut, trois médecins (généralistes ou spécialistes) prescrivaient du Subutex® 0,4 mg en 2004 à quatre patients (5 boîtes au total) alors qu'en 2005, ils étaient trois à prescrire à trois patients (16 boîtes au total). Concernant le Subutex® 2 mg, ils étaient 24 médecins à prescrire à 47 patients (367 boîtes au total) en 2004 alors qu'ils étaient 41 médecins à prescrire à 66 patients. La majorité de ces médecins a prescrit de une à cinq boîtes au même patient sur l'ensemble de l'année. Nous ne pouvons donc pas conclure à des prises en charge au long cours.

#### *La Suboxone : une AMM européenne*

En Belgique, l'offre de traitement s'élargit. Le laboratoire Schering Plough va commercialiser une nouvelle forme de buprénorphine : la Suboxone®<sup>147</sup>, dite Subutex® « in-shootable ». L'objectif est de lutter contre « les dérapages du Subutex® ». Il s'agira d'un comprimé sublingual associant la buprénorphine à de la naloxone. Ce médicament peut avoir un intérêt pour les usagers de drogues qui se sentiraient prêts à arrêter l'injection. Son AMM européenne devrait être promulguée dans le courant de l'année 2007.

---

<sup>147</sup> La Suboxone° associe un agoniste partiel opiacé (la buprénorphine) et un antagoniste des récepteurs aux opiacés (la naloxone). Ce médicament, présenté sous forme de comprimés sublinguaux, est indiqué dans le traitement de la dépendance aux opiacés. Par voie sublinguale, seule la buprénorphine passe dans la circulation générale et exerce son action (puisque la naloxone n'est pas absorbée par cette voie). Par contre, par voie intraveineuse, la naloxone va se fixer sur les récepteurs aux opiacés et empêcher la buprénorphine d'agir. Le patient s'injectant la Suboxone° présenterait alors un syndrome de sevrage. Ce médicament permettrait donc de limiter les abus de buprénorphine par voie intraveineuse et de diminuer le trafic de rue du Subutex°. La Suboxone° a obtenu une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) aux Etats-Unis en octobre 2002. Une demande d'AMM française a été déposée à l'Afssaps en février 2003. A suivre...

### *Vers une délivrance contrôlée d'héroïne ?*

Enfin, ces dernières années sont marquées par des discussions au sujet d'un projet de délivrance d'héroïne sous contrôle médical. Une étude de faisabilité a été commanditée par la Politique Scientifique Fédérale en 2004. Elle a donné lieu, en 2005, à la rédaction d'un rapport présentant notamment les expériences internationales similaires (Royaume-Uni, Suisse, Pays-Bas) et les enjeux sous-jacents (Anseau, *et al.*, 2005). Les auteurs ont ainsi étudié la confection d'un protocole complet sur les éléments médicaux, économiques et criminologiques d'un tel projet. Un projet-pilote de délivrance d'héroïne sous contrôle médical devrait démarrer dès l'automne 2007 à Liège avec le soutien des Ministres de la Santé et de la Justice. Il devrait s'étendre sur trois années et sera financé à 80% par la Santé publique, à 15% par la Ville de Liège et à 5% par la Justice. « Le projet consiste à sélectionner 200 toxicomanes désinsérés<sup>148</sup> ; une centaine recevra un traitement à base de diacétylmorphine (héroïne pharmaceutique) tandis que l'autre centaine constituera le groupe-contrôle et recevra la méthadone. Tous bénéficieront du même suivi psychosocial et médical, assuré par les institutions d'aide déjà existantes. Cela permettra de déterminer si, dans des conditions égales de prescription, un traitement assisté par diacétylmorphine peut apporter une plus-value aux patients par rapport au même traitement assisté par méthadone »<sup>149</sup>.

Notons que la prescription contrôlée de méthadone injectable fait l'objet de recherches en Suisse et au Canada (Felder, *et al.*, 1999), poursuivant les mêmes objectifs que la prescription d'héroïne.

---

<sup>148</sup> D'après le communiqué de presse officiel, le patient doit répondre aux critères d'inclusion suivants : être citoyen belge ou résident légal en Belgique ; être domicilié dans l'arrondissement judiciaire de Liège ; être âgé de minimum 20 ans ; consommer quotidiennement de l'héroïne depuis 5 ans minimum ; être injecteur ou inhalateur ; avoir échoué à de multiples reprises avec les solutions de traitement actuellement disponibles ou n'avoir pas accès à l'offre de soins existante en raison de leur situation (psychologique, sociale, etc.) ; donner son consentement éclairé ; pour les femmes, utiliser un moyen de contraception efficace.

<sup>149</sup> *Le Soir*, rédaction en ligne du lundi 12 février 2007.

## 5.2. Vers un élargissement des traitements et une refonte du dispositif français

### *Le nouveau dispositif en addictologie<sup>150</sup>...*

Le cannabis est le produit illicite le plus expérimenté et le plus consommé en France (et dans le Nord), en particulier chez les jeunes. Dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008<sup>151</sup>, pour apporter une réponse aux jeunes qui pourraient être en difficulté avec ces consommations, des « consultations d'évaluation et d'accompagnement des jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psycho-actives » (appelées « consultations cannabis ») ont été mises en place à raison d'une consultation au moins par département. Ce dispositif anonyme est destiné aux jeunes consommateurs et à leur famille. En France, il existe plus de 270 consultations cannabis sur l'ensemble du territoire, et plus d'une quinzaine dans le Nord (MILDT, Epicéa). Ces consultations<sup>152</sup> ont été étroitement associées au dispositif d'addictologie existant.

Le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011<sup>153</sup> du Ministère de la Santé et des Solidarités a pour ambition de « renforcer et de coordonner les dispositifs existants et de développer les ressources à toutes les étapes de la prise en charge : prévention, dépistage, soins et accompagnement médico-social ».

Le premier objectif est le développement de la prévention, parent pauvre du dispositif, par le biais d'une campagne lancée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).

Ce plan vise également à restructurer l'offre de soins. La création de centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie<sup>154</sup> (CSAPA) répond à l'objectif de développement de l'aide médico-sociale, conformément à la loi du 2 janvier 2002

---

<sup>150</sup> D'après la circulaire n° DGS/6B/DHOS/02/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge des soins en addictologie, « la définition des conduites addictives couvre aujourd'hui : (1) les conduites de consommation de substances psychoactives, quel que soit le statut légal de la substance ; (2) les addictions dites comportementales – ou addictions sans drogue – qui comprennent le jeu pathologique, les troubles des conduites alimentaires, les cyberaddictions, etc. ».

<sup>151</sup> Plan consultable à l'adresse suivante : <http://www.drogues.gouv.fr/rubrique100.html>

<sup>152</sup> Pour une évaluation de ce dispositif, voir (Obradovic, 2006).

<sup>153</sup> Plan consultable à l'adresse suivante :

[http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/plan\\_addictions\\_2007\\_2011/plan\\_addictions\\_2007\\_2011.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/plan_addictions_2007_2011/plan_addictions_2007_2011.pdf)

<sup>154</sup> « Structure ouverte à toutes les addictions et réunissant les centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) ».

rénovant l'action sociale et médico-sociale. Devant devenir l'élément clé du dispositif médico-social, cette réforme vise à décloisonner la prise en charge qui était jusqu'ici organisée en deux pôles : l'alcool d'une part et les drogues illicites d'autre part. Ces centres assurent, entre autres, « le sevrage et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés »<sup>155</sup>. Ils bénéficient de crédits spécifiques consacrés aux consultations pour consommateurs de cannabis. Ainsi, à terme, ces CSAPA ont pour objectif de refondre le dispositif en intégrant à la fois les CSST, les CCAA ainsi que les récentes « consultations cannabis ». Les capacités d'accueil en hébergement seront augmentées par la création de nouvelles communautés thérapeutiques (4 en 2007). Afin d'impliquer davantage les médecins de ville dans la thématique, le plan prévoit une campagne à destination des médecins de ville lancée en 2007 et le développement des réseaux ville-hôpital. Il vise également à une restructuration du volet sanitaire hospitalier en trois niveaux : (1) le niveau de proximité avec des consultations hospitalières d'addictologie, des équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie et des services d'hospitalisation « permettant de réaliser des sevrages simples » ; (2) le niveau des recours avec des structures ou unités d'addictologie de prise en charge aiguë, une hospitalisation complète pour le sevrage et les soins résidentiels complexes et des soins de suite et de réadaptation addictologiques (SSR) orientés en addictologie ; (3) les centres d'addictologie universitaires régionaux. Le dispositif médico-social comprend également, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD).

Cette refonte du dispositif en nouvelles structures ne change pas réellement la donne en terme d'offre de soins aux usagers de drogues. L'initiation des traitements à la méthadone sera maintenant organisée par les CSAPA au lieu des CSST qui sont amenés à se refondre dans le dispositif existant. Le décloisonnement entre les structures spécialisées pour l'alcool et les drogues illicites permet une meilleure lisibilité et un meilleur accès, mais conduit également à une « mélange des genres » entre des populations à risques ou dépendantes qui ne souhaitent pas forcément se côtoyer. L'ouverture aux dispositifs tout venant devrait donc permettre d'absorber cette

---

<sup>155</sup> Art. D.3411-1 du décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, Journal officiel du 15 mai 2007.



population non désireuse de rencontrer des « drogués hard ». Ainsi, quelles possibilités sont-elles offertes au jeune consommateur de cannabis qui se retrouve dans une salle d'attente avec d'autres usagers d'héroïne précarisés ou de cocaïne ? La refonte du dispositif risque, à terme, de produire une sélection dans la clientèle et de cibler la population alors que l'objectif initial est bien de proposer un accompagnement global pour tous les types d'addiction.

#### *La méthadone, un traitement « de ville » ?*

Depuis les années 2000 et notamment depuis la circulaire du 30 janvier 2002 élargissant le cadre de la primo-prescription de méthadone aux médecins exerçant dans les établissements de santé, sa délivrance ne cesse de croître. Au cours des dernières années, le nombre de patients sous méthadone a évolué de façon significative : de 10.000 patients en 2000, on est passé à près de 18.000 en 2004<sup>156</sup>. De même, on constate une autre évolution sensible concernant la part de patients suivis en ville. En 2000, les deux tiers des patients se faisaient délivrer la méthadone en CSST. En 2005, la proportion s'est inversée et c'est deux tiers des 18.000 patients sous méthadone qui se font délivrer le traitement chez un pharmacien d'officine<sup>157</sup>. La méthadone est donc devenue un médicament de ville, ce qui tord le cou à la caricature dont elle fait l'objet, c'est-à-dire d'être un traitement réservé à quelques centres qui peinent à le faire sortir de leurs murs bien que, dans certaines régions de France, nous n'en soyons pas loin...

#### *Vers une primo-prescription de la méthadone en ville ?*

Un groupe de travail de l'Agence nationale de recherches sur le sida, actuellement en constitution, est chargé d'évaluer l'intérêt et les conditions de la primo-prescription de méthadone en ville. En effet, les experts du Plan National Hépatites Virales ont considéré que développer les traitements méthadone aiderait à limiter les séroconversions à l'hépatite C. Le fait d'être séronégatif pourrait être une indication préférentielle de la méthadone<sup>158</sup>. Toutefois, les « dérives » du Subutex® et les « échecs » générés par la politique de réduction des risques freinent ce genre d'initiative. Peu de données sont en effet produites sur le devenir des patients qui décrochent des

---

<sup>156</sup> *Le Flyer*, n°20, mai 2005.

<sup>157</sup> *Le Flyer*, n°20, mai 2005.

<sup>158</sup> Rapport du Comité stratégique du Programme National Hépatites Virales : « Propositions d'actions pour renforcer le dépistage et la prévention et améliorer la prise en charge des hépatites B et C » (juillet 2005), consultable sur le site : <http://www.sante.gouv.fr>

traitements. Cette question notamment ainsi que les détournements relatés alimentent les débats autour de ce projet des pouvoirs publics d'initier le traitement méthadone en médecine de ville.

*Le Subutex® classé comme stupéfiant ?*

Dix ans après son AMM, le médicament-phare de la politique de substitution à l'héroïne, le Subutex®, fait à nouveau débat. Depuis décembre 2005, des discussions animées ont émergé en raison de la demande du Ministère de l'Intérieur, relayée par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), de classer le Subutex® comme stupéfiant alors qu'il est actuellement répertorié sur la liste I des substances vénéneuses. Cette question a été examinée par la Commission nationale des stupéfiants et psychotropes le 15 décembre 2005 qui a adopté un avis de classement du Subutex®. Toutefois, la décision finale est du ressort du Ministre de la Santé.

Cette proposition est motivée par l'ampleur du trafic de Subutex® notamment dans la région parisienne. Le classement comme stupéfiant (à l'instar du statut actuel de la méthadone) donnerait des instruments juridiques supplémentaires aux services répressifs pour tenter de juguler ces trafics. Ainsi, il leur permettrait notamment d'exiger la présentation d'une ordonnance, lorsqu'ils interpellent des personnes en possession de Subutex®. L'objectif affiché est de renforcer les contrôles policiers et de diminuer le trafic de cette substance. Ainsi, cette proposition transformerait sa possession sans ordonnance en délit. De plus, sa délivrance médicale serait soumise à des contraintes supplémentaires proches de la prescription de la morphine.

Cette proposition a fait parler d'elle dans les milieux médicaux et des intervenants en toxicomanie. Nombreux la rejettent. Selon l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (ANIT), elle pourrait avoir deux conséquences contradictoires avec l'effet recherché : d'une part, la qualification de « stupéfiant » risque d'annuler symboliquement une partie du travail réalisé visant à présenter la molécule comme un « traitement » ou un « médicament », et, d'autre part, la procédure plus complexe qui en résulterait pour les pharmaciens peut en décourager certains. L'ANIT préconise diverses recommandations<sup>159</sup>.

---

<sup>159</sup> Communiqué de Jean Couteron, président de l'ANIT sur le site de l'association : <http://www.anit.asso.fr/documents/jpcouteron0106.php>, consulté le 12 mars 2006.

Le classement ne devrait donc pas, selon l'ANIT, être positionné comme exprimant une défiance vis-à-vis du Subutex® « comme s'il s'agissait d'une 'drogue' mais bien au contraire de le protéger d'une altération de sa représentation sociale du fait du trafic qui à terme pourrait sinon en remettre en cause l'utilisation ». Une autre recommandation de l'ANIT est que cet éventuel classement soit accompagné de mesures pour éviter qu'il n'entraîne des difficultés d'accès à ce traitement pour les patients qui pourraient en bénéficier. En pratique cette mesure n'aurait pas d'impact sur les médecins prescripteurs qui doivent déjà utiliser pour le Subutex® des ordonnances sécurisées avec prescription en toutes lettres, sans chevauchement, etc. En revanche cela pourrait avoir un impact sur les pharmaciens. La réticence de nombre d'entre eux à délivrer la méthadone s'explique pour l'essentiel par le fait que son actuel classement comme stupéfiant leur impose de tenir des registres manuels d'entrée et de sortie, d'avoir des conditions de stockage sécurisées, leur interdit de passer les commandes par téléphone,... il s'agit donc pour eux d'un surcroît de travail administratif assez dissuasif surtout pour des prises en charge qui ne sont pas toujours faciles... L'ANIT préconise donc l'allègement de ces contraintes bureaucratiques relatives aux stupéfiants. Ainsi, cela permettrait de ne pas réduire l'accès au Subutex® et même de faciliter l'accès à la méthadone. Ce classement (avec cet assouplissement) permettrait ainsi de rapprocher les deux médicaments et leurs réglementations –en adéquation avec l'une des principales recommandations de la conférence de consensus- et de contribuer ainsi à diminuer le décalage d'image entre un médicament "lourd et dangereux" et un autre qui serait "souple et anodin".

Pour nombre de médecins impliqués dans la réduction des risques, le classement du Subutex® comme stupéfiant constituerait une régression. « Cette proposition est tout à fait inadéquate, s'insurge Anne Coppel, présidente de l'Association française de réduction des risques. Le trafic de Subutex® pose un problème de santé publique et non de sécurité, il ne concerne que des petits paumés. Il vaudrait mieux renforcer la qualité de la relation entre patient et médecin plutôt que de réduire l'accès au soin pour des raisons bureaucratiques »<sup>160</sup>.

---

<sup>160</sup> « Débat autour du principal produit de substitution à l'héroïne », sur le site non officiel du débat sur la drogue, [http://www.drogue-danger-debat.org/page\\_det.php?id=581&theme=divers&motcle2=actualite](http://www.drogue-danger-debat.org/page_det.php?id=581&theme=divers&motcle2=actualite), consulté le 12 mars 2006.

Lors d'une conférence de presse en juin 2006, le Ministre de la Santé Xavier Bertrand a rappelé sa position en faveur du classement du Subutex® comme stupéfiant et de son générique<sup>161</sup>. Alors que ce classement semblait acquis, le Ministère de la Santé a décidé de temporiser, en créant, le 6 juillet 2006, un groupe de travail avec les intervenants en toxicomanie associant l'Assurance Maladie et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). Le groupe était chargé de dresser, « un état des lieux région par région de la dispensation du Subutex® et de proposer des mesures répondant aux dysfonctionnements observés ». Ainsi, par dépêche APM du 17 juillet 2006, on apprenait que «le Ministre a décidé de surseoir cette proposition pour prendre le temps de la réflexion ». Pour les intervenants en toxicomanie, la constitution de ce groupe de travail est une première victoire. Plutôt que de voir classer le Subutex® comme stupéfiant, les associations préconisent de s'inspirer des recommandations de la conférence de consensus de Lyon sur les traitements de substitution qui s'était tenue en juin 2004<sup>162</sup>. Suite à une saga de plus d'un an, le Ministre a renoncé en septembre 2006 à ce classement.

Bien que le classement n'ait pas été prononcé, depuis 2005, les discours se durcissent quant aux détournements de ce traitement. Certains intervenants et professionnels du monde médical dénoncent des manœuvres ayant pour but de diaboliser un traitement qui a pourtant donné des résultats positifs en terme de santé publique. Ils tentent de nuancer ce discours qui stigmatise des pratiques minoritaires. En effet, selon le directeur de la répression des fraudes de l'Assurance maladie : « Il ne faut pas exagérer les chiffres. Pour 90.000 bénéficiaires de Subutex (...) nous avons relevé des anomalies pour 12.000 personnes seulement. Et nous n'avons déposé qu'une centaine de plaintes »<sup>163</sup>.

Pourtant dès le début de l'année 2007, la presse relate à nouveau des faits de détournements et l'implication de professionnels médicaux dans un trafic de substitution. L'affaire au centre de ces nouvelles discussions est celle de l'arrestation en Ile de France d'un steward d'une compagnie aérienne transportant plus de 50.000 comprimés de Subutex®, suivi de la mise en examen de 24 personnes dont 10 médecins et 12 pharmaciens. Sous des titres provocateurs tels que « La France plaque tournante du

---

<sup>161</sup> *Le Monde* du 9 juin 2006.

<sup>162</sup> *Le Monde*, 14 juillet 2006.

<sup>163</sup> Revue de presse de la MILDT du 21 mai 2007.

trafic de Subutex »<sup>164</sup> ou « Alerte au Subutex »<sup>165</sup>, la presse relate ces faits à grands bruits.

On parle alors à nouveau de classer le Subutex® comme stupéfiant. Pour lutter contre ces nouvelles critiques, c'est à nouveau l'argument de la réduction de la diffusion de sida qui est mis en avant par les différents intervenants en toxicomanie. Ainsi, Didier Jayle, président de la MILDT, confiait dans les pages du Figaro du 19 mai 2007, « ce mode de distribution souple est une réussite puisqu'il a permis de faire baisser le nombre de malades du sida dans la population toxicomane de façon impressionnante ». Toutefois, ce discours est accompagné de propos alarmistes : « L'Etat français risque de devenir le dealer européen de Subutex® ». Le problème principal se pose au niveau des coûts engendrés par ce trafic à la Sécurité Sociale, estimés à plus de 4.000.000 d'euros.

Dans la foulée, certains évoquent la mise en place d'un nouveau dispositif de lutte contre le trafic de Subutex®. L'arrêté n'attendrait plus que la signature du Ministre de la Santé. Le *Journal du Dimanche* fait état d'un contrat passé entre le patient, le médecin et la signature d'un protocole entre ce médecin et le médecin de la Caisse primaire d'Assurance maladie.

Les associations professionnelles, les acteurs du monde humanitaire -un peu moins à cette occasion- se sont donc à nouveau mobilisés et ont une fois encore invoqué l'argument sanitaire en montrant qu'il était important que la France poursuive sa politique de réduction des risques pour l'exemple que cela représentait pour la lutte contre le VIH auprès des toxicomanes, non pas tant en France mais dans les pays de l'Est. L'ONU-Sida a notamment été fortement mobilisé pour rappeler cet impératif, ce consensus initial. Cet argument fort n'est pas seulement un acte fondateur, nous le notions, il revient également à intervalles réguliers et fonde la légitimité de cette politique. Il semble clair que la légitimité des traitements de substitution pour les usagers de drogues est plus fragile que leur légitimité comme prévention de la diffusion du VIH.

Ces différents débats récurrents permettent donc de lire la dynamique en terme de politiques des traitements de substitution comme une triangulation entre les pouvoirs

---

<sup>164</sup> Le Figaro, 19 mai 2007.

<sup>165</sup> Marianne, 10 avril 2007.

publics, la profession médicale et l'assurance maladie, devant compter avec un autre acteur central, au cœur de ces enjeux, l'industrie pharmaceutique.

### *Un générique pour le Subutex®*

Parallèlement à ces débats sur le classement du traitement, les industries pharmaceutiques ouvrent le marché. Depuis le 30 mars 2006 est apparu sur le marché un générique du Subutex® : la buprénorphine Arrow®<sup>166</sup>. Ses indications sont identiques à celles du Subutex® : « traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique ». Ce générique est « exclusivement réservé au traitement de la pharmacodépendance majeure aux opiacés ». La prise en charge est réservée aux adultes et aux enfants de plus de 15 ans « volontaires de recevoir un traitement de substitution ». Tout comme le Subutex®, il appartient à la liste I des substances vénéneuses et est prescrit sur ordonnance sécurisée<sup>167</sup>. Sa prescription est limitée à 28 jours et sa délivrance doit être fractionnée en périodes de 7 jours.

Cette AMM a rapidement suscité les débats et les discussions. Les partisans de ce traitement avancent deux arguments phares. D'une part, comme tous les génériques, la buprénorphine Arrow® présente l'avantage d'être moins coûteuse. Cette « économie » serait à la fois non négligeable pour le patient, mais également pour l'Assurance Maladie. D'autre part, alors que certains craignent une diminution de l'accessibilité de la buprénorphine en cas de classement comme stupéfiant, ces partisans soulignent au contraire que l'existence d'un générique ne pourrait que favoriser l'accès au traitement des populations plus démunies. Les détracteurs de ce traitement avancent, quant à eux, d'autres arguments principalement centrés sur les effets secondaires du traitement et le mésusage du Subutex®. Selon eux, les effets indésirables de la buprénorphine seraient loin d'être négligeables<sup>168</sup>. Ils dénoncent également la possibilité d'usage détourné du

---

<sup>166</sup> Comprimés sublinguaux de 0,4mg, 2mg et 8mg.

<sup>167</sup> Selon le décret n°99-249 du 31 mars 1999.

<sup>168</sup> Constipation, céphalées, nausées, vomissements, hypersudation, troubles du sommeil,... des risques hépatiques ou de dépression respiratoire notamment en association avec des benzodiazépines. Ou encore, chez les usagers réguliers d'héroïne ou de morphine, un risque de syndrome de sevrage après administration de la buprénorphine.

traitement et notamment d'injection, et craignent un trafic supplémentaire. Selon eux, « un générique d'un médicament dangereux est toujours trop dangereux ! »<sup>169</sup>.

Comme pour le Subutex®, les risques d'abus ou de mésusage de la buprénorphine générique existent. La mise sur le marché de la buprénorphine Arrow® s'est accompagnée d'un courrier spécifique aux médecins prescripteurs et aux pharmaciens d'officine leur rappelant les conditions de prescription et de délivrance<sup>170</sup>.

#### *La Suboxone® : une AMM européenne*

Parallèlement à ces débats, l'industrie pharmaceutique cherche des alternatives. La Suboxone®, dite Subutex® « in-shootable », devrait également être disponible sur le marché français dans le courant de l'année 2007. Le succès de ce traitement aux Etats-Unis explique le fort investissement de firme internationale Schering Plough et le dépôt d'une demande d'AMM européenne pour sa commercialisation. Toutefois, la firme française Schering était opposée à ce nouveau traitement, craignant l'ouverture du marché à d'autres produits du fait de sa position de leader dans la formation des médecins, voire dans la constitution des réseaux spécialisés. La demande d'AMM française a été déposée à l'Afssaps en février 2003. Ce traitement, également commercialisé par Schering Plough, sera sans doute l'objet d'un fort lobbying de la firme souhaitant compenser avec ce nouveau produit la diminution des profits liés à la récente apparition d'une version générique du Subutex®.

#### *La méthadone en gélules ?*

L'ouverture du marché ne s'arrêterait pas en si bon chemin. Des bruits circulent quant à la commercialisation d'une nouvelle forme de méthadone. Celle-ci, fabriquée en sirop, serait accessible en gélules<sup>171</sup> en début d'année 2008.

Cette nouvelle forme serait très attendue par les patients actuellement sous méthadone car les gélules allégeraient au quotidien le stockage et le transport de leur traitement. Ainsi, les gélules seraient plus adaptées à des modes de vie plus marginalisés

---

<sup>169</sup> Bulletin du Centre Midi Pyrénées d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP), juin 2006, 14, n°43, 1-2 sur le site (consulté le 15 novembre 2006)

[http://www.centres-pharmacodependance.net/toulouse/juin\\_2006/toulouse\\_juin\\_2006.pdf](http://www.centres-pharmacodependance.net/toulouse/juin_2006/toulouse_juin_2006.pdf).

<sup>170</sup> Ces courriers sont consultables aux adresses suivantes :

[http://agmed.sante.gouv.fr/htm/10/filltrpsc/lp060401\\_med.pdf](http://agmed.sante.gouv.fr/htm/10/filltrpsc/lp060401_med.pdf) ou

[http://agmed.sante.gouv.fr/htm/10/filltrpsc/lp060401\\_pharm.pdf](http://agmed.sante.gouv.fr/htm/10/filltrpsc/lp060401_pharm.pdf)

<sup>171</sup> Gélules de 1mg, 5mg, 10mg, 20mg et 40mg.

éprouvant des difficultés à stocker les flacons unidoses. De même, elles permettraient de réduire les risques liés à la prise quotidienne du sirop pouvant poser des problèmes dans le long terme (diabète, etc.). Toutefois, cette forme sèche serait susceptible d'être injectée contrairement à la forme sirop ce qui pourrait donner lieu à des surdoses mortelles. A l'heure actuelle, il est donc envisagé qu'elle ne soit délivrée qu'en seconde intention. Les conditions de prescriptions et de délivrance sont toujours en discussion<sup>172</sup>.

Au moment de finir cette thèse, l'Afssaps annonce, mi-septembre 2007, la commercialisation de ces gélules en début d'année 2008. L'AMM est accordée à l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP). Le recours à cette forme de méthadone sera limité aux patients traités par le sirop « depuis au moins un an à condition qu'ils soient stabilisés<sup>173</sup> ». Concernant les risques d'injection, l'Afssaps précise qu'« un procédé de fabrication de l'AP-HP assure une gélification rapide du contenu de la gélule au contact de l'eau, limitant ainsi le risque d'injection intraveineuse de la méthadone ». Les centres spécialisés assureront la première prescription et son renouvellement tous les six mois. Entre-temps, les médecins « de ville » pourront renouveler les prescriptions pour une durée de 14 jours.

Bien que cette commercialisation soit imminente, la France reste réticente aux gélules en raison de possibles mésusages alors que la Belgique en dispose depuis plusieurs années sans que de réels problèmes ne soient relatés. Ces longs débats sont-ils la résultante de pressions de la part des firmes pharmaceutiques ? Du monde médical ou des pouvoirs publics ?

### 5.3. Vers une harmonisation des normes de prescriptions ?

Ces dernières années sont clairement marquées par un élargissement de l'offre de soins aux usagers de drogues (délivrance d'héroïne, Suboxone®, buprénorphine générique). La France et la Belgique tendent à une harmonisation de la prescription et de la délivrance des traitements. La Belgique, de par les critiques, a tenté de proposer une législation plus adaptée. La France, quant à elle, s'interroge sur l'élargissement des

---

<sup>172</sup> Informations récoltées sur le site Toxico Québec actualités, « Le classement du Subutex abandonné. Et après? », consulté le 2 janvier 2007 :

<http://www.toxicoquebec.com/actus/index.php?2006/12/26/1645-le-classement-du-subutex-abandonne-et-apres>.

<sup>173</sup> Revue de presse de la MILDT des 18 et 19 septembre 2007.



primo-prescriptions. Bien que les traitements soient légalement reconnus dans les deux pays, cela ne signifie nullement leur acceptation par l'ensemble des professionnels du champ. Cela signifie encore moins une uniformité dans les pratiques de prescription et de délivrance des traitements. L'annexe 4 reprend de manière synthétique les conditions actuelles de prescription et de délivrance de méthadone et de Subutex en France<sup>174</sup> et en Belgique.

A l'heure actuelle, le mésusage des traitements de substitution par les patients ainsi que les dérives des pratiques médicales constituent les principaux risques de la pratique substitutive, identifiés par les pouvoirs publics. Ils sont d'ailleurs l'objet de nombreux articles de presse visant, selon certains intervenants, à diaboliser un traitement qui a donné, sur bien des points, des résultats positifs.

*Vers une médicalisation de l'usage des autres substances illicites ?*

Cet historique retrace les réponses proposées par la société à la médicalisation de l'usage de drogues et les vifs débats qui les ont accompagnées. Le lecteur constate que ces débats se sont principalement orientés vers la prise en charge des héroïnomanes ou des opiacés- dépendants, mais peu de possibilités sont offertes aux consommateurs d'autres drogues illicites en recherche de soins. Qu'en est-il à l'heure actuelle des réponses médicales à ces demandes ?

Concernant les psycho-stimulants (cocaïne et amphétamines), divers traitements ont été préconisés sans convaincre (antidépresseurs, tranquillisants,...). La recherche médicale s'est lancée depuis plus de dix ans dans l'investigation de molécules susceptibles de se substituer à la cocaïne. Aucune molécule n'a jusqu'ici répondu aux attentes (Jacques et Figiel, 2006). Une équipe de chercheurs français<sup>175</sup> aurait déposé un brevet pour une forme galénique de cocaïne susceptible d'être prescrite en substitution. D'autres psychiatres ont suggéré de remplacer la cocaïne par des amphétamines disponibles en pharmacie. Toutefois, selon des spécialistes, il n'existe jusqu'à présent aucune littérature scientifique consistante sur ces propositions (Jacques et Figiel, 2006). Concernant la MDMA (ecstasy), la question d'une éventuelle substitution n'est pas encore posée.

---

<sup>174</sup> Ce tableau reprend le travail réalisé pour la France par Stéphane Robinet (Jacques et Figiel, 2006) dans lequel nous introduisons la comparaison avec la Belgique.

<sup>175</sup> L'équipe du Dr Lowenstein de la Clinique Montevideo de Paris.

L'élargissement des alternatives semble de prime abord aller de pair avec une préoccupation grandissante pour une offre de soins diversifiées. Or ces nouveaux traitements et dispositifs sont bien souvent mis en place pour des raisons financières et investis par les professionnels dans une optique de profit financier. Sans entrer dans une analyse critique de ces « nouveautés », nous pouvons dire qu'elles sont pensées par les firmes pharmaceutiques ou les pouvoirs publics avec beaucoup de réticences des acteurs de première ligne. Ceux-ci se montrent souvent sceptiques, parfois vivement opposés, à ces « innovations » pensées rapidement sans de réelles concertations avec « le bas ». Ainsi, les consultations cannabis en France sont davantage investies par les professionnels ancrés dans un contexte de recherche permanente de financements. Il s'agit pour certains d'un nouveau créneau occupé dans une optique d'équilibre budgétaire. Les nouvelles molécules et nouvelles formes de traitements sont également pensées par les firmes pharmaceutiques qui occupaient déjà le terrain de la réponse médicale à la dépendance. En diversifiant leurs produits, elles compensent en partie la commercialisation de spécialités sous forme de génériques, ainsi que le monopole sur le marché des nouveautés thérapeutiques assurant les formations, la diffusion, etc. Elles exercent un réel lobby dans le but de s'assurer des profits constants.

Cette diversification de l'offre de soins va également de pair avec un renforcement des cadres règlementaires. Les débats incessants sur le classement du Subutex® en sont d'ailleurs un révélateur. Le champ des soins aux usagers de drogues est toujours marqué de l'empreinte de « l'utilisateur de drogues comme délinquant ». Ce champ médical est donc, comparativement à d'autres, davantage contrôlé et soumis à de nombreux impératifs. Ce champ n'est dès lors pas pensé prioritairement en termes de santé publique, la focale étant toujours orientée par des considérations sécuritaires. La représentation de l'utilisateur de drogues comme malade ne va donc toujours pas de soi, malgré plus de trente années de revendications portées par une partie des acteurs médicaux.

Il faut cependant noter, nous reviendrons sur ce point dans les chapitres suivants, un décalage de points de vue entre une partie des intervenants en toxicomanie et les médecins au contact des usagers de drogues. Ces derniers, notamment des médecins en réseau ayant une pratique ancienne de soins aux usagers de drogues sont, par exemple, critiques à l'égard des discours d'intervenants en toxicomanie mettant trop en avant,

selon eux, des critiques sur des usages détournés du Subutex® et en oubliant les progrès réalisés grâce à ces traitements.

## **Conclusion**

L'objectif de ce deuxième chapitre était de rendre compte des contextes de médicalisation de l'usage de drogues en France et en Belgique. L'annexe 3 reprend l'ensemble des « épisodes » relatés dans ce chapitre permettant d'avoir une vue d'ensemble des contextes et des événements clés de la constitution du champ des soins aux usagers de drogues. Les questions centrales auxquelles nous souhaitions répondre étaient les suivantes : Comment « la société » s'est-elle saisie de cette question de la médicalisation de l'usage de drogues, voire comment ne s'en est-elle pas saisie ? Quelles politiques ont été pensées en la matière ? Quels dispositifs ont été mis en œuvre ou ont été recalés ? Quels acteurs ont joué un rôle central dans cette réflexion ou en ont été bannis ?

Avant les années 1980 et la diffusion du virus du sida, la question de l'usage de drogues a principalement été appréhendée, tant en France qu'en Belgique, sous un angle pénal et répressif. Bien que des dispositifs de soins soient élaborés, ils ne sont pas pensés dans le sens d'une diffusion de traitement. La mainmise des psychiatres dans les deux pays orientait les débats vers une prise en charge psychothérapeutique hors de toute médication particulière. Certains acteurs aux marges de la médecine avaient investi la question et mis en place des protocoles de soins ou expérimenté, selon leurs connaissances et leurs croyances, différents traitements ou techniques de soins, en toute illégalité et souvent dans la culpabilité.

Le virus du sida et sa diffusion ont changé la donne orientant les réflexions et les décisions dans une optique sanitaire. L'urgence était bien sanitaire et il fallait penser des dispositifs en vue de contenir la propagation du virus. Les politiques s'orientent alors davantage vers une optique de santé publique et adhérent, du moins sur le principe, à la réduction des risques en vue de répondre à l'urgence sanitaire. Une fois les résultats positifs en terme de canalisation de la diffusion dans la population générale et d'amélioration de la situation physique et sociale des usagers de drogues, les réponses se sont à nouveau teintées de sécuritaire. Deux tendances semblent d'ailleurs évoluer parallèlement depuis quelques années. D'une part, les pouvoirs publics, les organismes

assureurs et certains professionnels du champ des addictions proposent des mesures dans le sens d'un contrôle permanent et efficace des prescriptions et des soins alloués. Cette orientation va de pair avec d'une part un contrôle du patient, mais d'autre part un contrôle et des risques pour le praticien se lançant dans l'aventure. D'autre part, un certain nombre de professionnels du champ des addictions revendiquent une ouverture, un élargissement et une diversification des soins aux usagers de drogues. Ces deux orientations gagnent du terrain bien qu'en contradiction. Elles ont, toutes deux, des répercussions sur les pratiques mises en place par les professionnels de santé. Les enjeux divergent allant d'une rationalisation des dispositifs, d'une réduction des coûts à une offre diversifiée proposée à des patients aux profils diversifiés, à une plus grande souplesse dans la pratique quotidienne.

Différentes périodes se dégagent de ces épisodes. Les psychiatres ont d'abord été les porte-parole des soins aux usagers de drogues, ayant une mainmise sur le dispositif. Peu à peu s'est imposée la réduction des risques, en contre-pied du paradigme dominant, soutenue par les marges de la médecine notamment. Les médecins généralistes ont pris, avec le temps et les différentes refontes des dispositifs, une place plus prégnante. Nous avons vu se dégager quelques figures emblématiques, devenant en quelque sorte les porte-parole d'une minorité de médecins investis dans la thématique.

Alors que la mainmise des psychiatres semble disparaître, au premier regard, du champ des addictions, ces professionnels sont toujours présents, notamment dans l'ensemble des organes de définition des « bonnes pratiques » ou des recommandations. Ils sont toujours identifiés comme les experts dans le domaine. Les médecins généralistes, ayant pris une place majeure dans le champ, ne sont toujours pas véritablement et unanimement repérés comme « experts » et peu de place leur est laissée dans les organes décisionnels ou les lieux de discussion des nouvelles orientations en termes politiques notamment.

Le titre de ce chapitre évoque la médicalisation. Doit-on voir dans cette appropriation d'un « problème social » par la médecine une entreprise morale ? S'agissait-il au départ d'une entreprise de moralisation et de contrôle de certaines catégories de la population ? Le concept de médicalisation est l'un des premiers mis au point par la sociologie de la médecine pour penser et critiquer l'emprise médicale. Les premiers écrits ont d'abord porté sur la médicalisation de comportements déviants, mais très rapidement, les

sociologues l'ont étendue à d'autres thématiques entrant dans une juridiction médicale. Ce concept renvoie à un « processus selon lequel les problèmes considérés de prime abord comme non médicaux vont être définis et traités comme des problèmes médicaux, le plus souvent en termes de maladies ou de désordres » (Carricaburu et Ménoret, 2004). Elle est donc avant tout la redéfinition d'un problème existant dans un langage médical (Conrad, 1992). On assisterait donc à l'expansion du « modèle médical » dans la gestion de « populations » et de « problèmes » aussi divers que la protection de la petite enfance, l'alcoolisme, la maladie mentale, l'usage de la drogue ou encore l'échec scolaire. La médicalisation de ces « problèmes sociaux » se traduit par des dispositifs publics reposant, en priorité, sur le pouvoir d'experts de « docteurs » qui acquièrent ainsi légitimité et monopole. Toutefois, « la médicalisation n'est pas en soi l'appropriation par les médecins d'un problème qui, auparavant, ne relevait pas de leurs prérogatives, même si c'est historiquement souvent le cas. Elle est une transformation culturelle et non simplement une conquête professionnelle » (Fassin, 1998, 5).

Ce que l'on nomme « médicalisation » met en lumière la place donnée aux médecins dans la régulation sociale. La sociologie a montré comment le « modèle médical » s'est imposé dans la définition et la prise en charge de divers problèmes sociaux (Aiach et Delanoë, 1998, Conrad et Schneider, 1985). Ainsi, « la tendance à la médicalisation des problèmes sociaux se traduit par le recours aux normes énoncées par la médecine et ses experts comme outils « simples » et opérationnels pour l'aide à la décision et à la gestion sociale de questions par nature complexes » (Schweyer, *et al.*, 2004, 10).

« Définir un problème en termes médicaux, c'est d'abord employer un langage médical pour le décrire, c'est ensuite adopter une structure médicale pour le comprendre, et c'est enfin mobiliser une intervention médicale pour le traiter » (Carricaburu et Ménoret, 2004, 180). La médecine n'est ainsi pas la seule réponse proposée par la société à l'usage de drogues. La prévention et la répression en sont deux autres qui se combinent à cette approche médicale, rendant sa compréhension complexe, nous y reviendrons dans la dernière partie de la thèse.

Dans le cas de l'usage de drogues, peut-on donc parler de médicalisation ? Oui et non. Dans un sens, la médecine s'est en quelque sorte approprié une partie du champ, mais dans un autre sens, l'usage de drogues est toujours considéré comme une déviance et traité par ailleurs par des instances pénales.

Alors que certaines déviances étaient considérées comme immorales, coupables, ou criminelle, la médicalisation a conduit à leur donner une signification médicale, les transformant, pourrions-nous dire, en maladie. Toutefois, force est de constater que même dans le discours médical, il n'est pas clair que l'usage de drogues soit une maladie. Nous le verrons dans la partie suivante, pour beaucoup de médecins généralistes rencontrés, il n'est pas évident que les soins aux usagers de drogues soient dans les attributions de la médecine générale, même d'une spécialisation. Notons également qu'un traitement médical n'est pas nécessaire pour qu'il y ait médicalisation et que des acteurs extérieurs à la médecine peuvent jouer un rôle dans la médicalisation des problèmes sociaux. Certains sociologues se sont d'ailleurs opposés à ce concept, considérant qu'il a été surévalué en sociologie et qu'il ne remet pas en question le caractère « réellement » médical des problèmes sociaux ainsi médicalisés. Toutefois, nous ne pouvons nier que le nombre de problèmes définis médicalement ne cesse de croître. Alors que tous les sociologues n'adhèrent pas à cette problématique de la médicalisation, nous la considérerons également avec prudence au regard des remarques précédemment formulées.

## **CHAPITRE 3. LE MEDECIN GENERALISTE : LA FIGURE EMERGEANTE DU DISPOSITIF ?**

A la lumière de cette présentation des contextes belge et français, le lecteur aura rapidement remarqué qu'au fil des années et des épisodes relatés, le dispositif de réduction des risques pensé dans les différents programmes de santé publique s'est ouvert à la médecine générale. « Cette politique repose (...) sur le postulat implicite d'une normalisation de la prise en charge médicale de la dépendance aux opiacés grâce à un traitement pharmacologique et à une possible gestion au premier niveau de l'offre de soins médicale » (Feroni, 2004, 198).

Ce troisième chapitre porte donc sur une analyse de l'émergence d'un nouvel acteur au centre des dispositifs : le médecin généraliste. L'introduction massive de traitements destinés aux usagers de drogues l'a placé au cœur de la problématique, fort de son pouvoir de prescription et de son rôle d'acteur de première ligne. Cette nouvelle figure émergente, mise au banc auparavant, renvoie à une modification du champ et à une configuration nouvelle.

### **1. Pour une analyse des pratiques des médecins généralistes**

La sociologie de la santé et la sociologie des professions se sont intéressées à la médecine, et plus particulièrement à la médecine générale. Dans ce premier point, nous allons brièvement revenir sur ces analyses.

La définition du terme de profession a constitué et constitue toujours des controverses théoriques au sein de la sociologie anglo-saxonne notamment. Nous n'entrerons pas dans ce débat. Nous souhaitons juste souligner que, dès que cette question fut posée, les seules « professions » ne posant pas de problème en terme de définitions étaient le droit et la médecine, parfois même le clergé ou encore l'armée. Ces « vraies » professions aux yeux de la sociologie fonctionnaliste furent toutefois mises à mal par les interactionnistes critiquant un certain « essentialisme de la profession »

(Dubar et Tripier, 2003, 9). La médecine apparaît donc comme l'idéal-type de la profession, comme le « bon exemple » illustrant le terme anglais de *profession* posant problème au niveau de sa traduction française. La médecine a donc très tôt pris la forme d'un archétype des professions sur laquelle de nombreux sociologues se sont penchés.

Au fil des décennies, lors de la constitution de la sociologie des professions, la médecine fut souvent prise comme terrain de recherche ou comme exemple type, tant du côté des fonctionnalistes (Carr-Saunders, 1928, Merton, 1957, Parsons, 1951) que des interactionnistes (Becker, *et al.*, 1961, Freidson, 1970, Hughes, 1956). L'étude de la profession médicale représente donc, en sociologie, une tradition de longue date l'analysant sous différents angles. Bien que par la suite, dès les années 1960, la sociologie des professions fut critiquée dans ses analyses récurrentes de « professions monopolistiques et abusivement privilégiées » (Dubar et Tripier, 2003, 114), les recherches sociologiques portant sur la profession médicale sont légion.

« Plus personne ne saurait aujourd'hui contester l'idée selon laquelle toute maladie a sa part de social » (Carricaburu et Ménoret, 2004, 5). Pourtant, la maladie et la santé n'ont été affranchies que récemment de leur compréhension strictement biologique et individuelle pour être pensées dans leurs dimensions collectives et politiques. La santé et la maladie paraissent au premier abord échapper à l'analyse sociologique, semblant se réduire à leur réalité organique, « la sophistication du savoir médical, peu accessible au non-spécialiste, a longtemps fait écran au regard sociologique sur la médecine » (Herzlich, 2003, 221). Depuis, la santé est appréhendée comme une construction culturelle et sociale et comme un espace politiquement structuré.

Dans les sociétés modernes, la maladie a donné lieu à l'émergence de rôles, de professions et d'institutions extrêmement diversifiés et complexes. « C'est autour de ces problèmes du rôle de la médecine dans les sociétés industrielles modernes que s'est constitué, au lendemain de la seconde guerre mondiale, un champ de recherche sociologique ayant pour objet l'étude de la maladie et la médecine (...) Maladie et médecine deviennent un objet d'étude pour les sociologues lorsqu'ils prennent conscience que 'se soigner', recourir au médecin, est devenu pour tous une conduite importante et fréquente et que la santé constitue désormais une valeur sociale centrale des sociétés modernes » (Herzlich, 2003, 223).



Dans les années 1950, un nombre croissant de sociologues s'établit outre-Atlantique dans des établissements médicaux afin d'observer ces institutions et les relations entre fournisseurs de soins et patients. Ils sont toutefois confrontés à une double résistance : de la part des médecins d'une part et, d'autre part, de la part d'autres sociologues. Les précurseurs de la sociologie de la santé sont notamment Talcott Parsons qui s'est intéressé aux rôles de médecin et de malade, Robert Merton et Evrett Hughes ou Howard Becker sur la formation médicale.

Ces problèmes ont d'abord été abordés par Talcott Parsons, développant dans *The social system* (Parsons, 1951) une analyse qui est devenue classique. Pour Parsons, le médecin est d'abord caractérisé par sa compétence technique qui le désigne comme spécialiste de la santé et de la maladie. « Le modèle de la relation médecin-patient élaboré par Parsons est donc simultanément asymétrique et consensuel. Il est asymétrique parce que le médecin est actif et le malade est passif. Le modèle est cependant consensuel parce que le malade reconnaît le pouvoir du médecin et la relation thérapeutique est fondée sur une forte réciprocité » (Herzlich, 2003, 224). De nombreuses critiques ont été adressées à cette conception de la relation médecin-patient. Pour les interactionnistes américains notamment, cette relation ne peut être réduite à ce modèle unique, tout comme pour des sociologues français (Baszanger, 1995, Dodier, 1993, Peneff, 1992). Nous y reviendrons plus longuement dans la deuxième partie.

Parmi les travaux sociologiques prenant pour objet la médecine générale ou les médecins généralistes menés depuis le début des années 1980, différents axes de recherche ont été privilégiés. Des recherches portent sur les étudiants en médecine générale. Isabelle Baszanger s'est notamment intéressée à la socialisation de ces étudiants et plus particulièrement à leur entrée dans l'exercice de la médecine générale (Baszanger, 1981, Baszanger, 1983) ou à leur socialisation à l'égard d'« autres médecines » (Bouchayer, 1985). D'autres recherches ont porté sur la perception des médecins généralistes de l'exercice de leur profession (Bungener et Baszanger, 2002) ou sur les difficultés qu'ils rencontrent dans leurs pratiques, tels que la charge de travail ou encore la gestion du temps (Hutten, 1998). A ces études s'ajoutent celles se focalisant sur la prise en charge d'une pathologie particulière telle que le cancer (Bataille, 2003) ou le diabète. Depuis l'arrivée dans les cabinets de médecine générale (notamment dans les pays anglo-saxons), de nouveaux professionnels de santé (infirmières, assistantes

médicales, *nurse practitioners*), de nombreuses recherches ont porté sur la répartition et la délégation des tâches ainsi que leurs conséquences sur le travail du médecin généraliste (Charles-Jones, *et al.*, 2003, Midy, 2003). Enfin, dans cet état des lieux non exhaustif, on trouve également des recherches portant sur l'acte de prescription de médicaments sous différents angles : selon la perspective du médecin (Britten et Ukoumunne, 1997, Denig, *et al.*, 1988), selon la perspective du patient (Barry, *et al.*, 2000) et sa représentation des médicaments (Deschepper, 1999), des recherches portant sur la prescription et la consommation de certaines familles de médicaments (Van Hulten, *et al.*, 2001) ou encore analysant l'observance des traitements (Collin, 2002, Haxaire, 2002).

La profession médicale est notamment analysée à partir de sa démographie. A ce sujet, d'après une recherche du Centre de recherche médicale et sanitaire<sup>176</sup> (Cermes) (Herzlich, *et al.*, 1993), on assiste à un déclin continu de la médecine généraliste à temps plein, en cabinet au profit des carrières salariées et hospitalières ou des carrières de spécialistes. Les auteurs opposent en conclusion deux types de médecine très différents : la médecine hospitalière « dépendante des collègues » et la médecine de ville « dépendante des clients ». Ils évoquent un « segment libéral exclusif » qui dépend le plus des clients et se méfie le plus de l'Etat.

Les analyses sociologiques consacrées aux médecins généralistes en France font état d'une crise constitutive de ce segment professionnel. Cette crise, mise en avant par les auteurs qui analysent la place qu'elle occupe dans la profession médicale<sup>177</sup>, proviendrait de la spécialisation croissante des activités médicales et d'une reconnaissance institutionnelle et professionnelle qui poursuit ce mouvement. Ces analyses sociologiques qui, la plupart du temps, abordent la médecine générale sous l'angle du rapport au savoir médical s'interrogent principalement sur les processus de professionnalisation/ déprofessionnalisation<sup>178</sup> ou sur les identités professionnelles<sup>179</sup>

---

<sup>176</sup> Le Cermes, unité mixte, appartenant au Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), à l'Inserm et à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS), associée à l'Université de Paris XI rassemble des chercheurs de sciences humaines et sociales (anthropologie, économie, histoire, psychologie, sociologie), en épidémiologie et santé publique.

<sup>177</sup> Voir notamment (Broclain, 1994), (Bungener et Baszanger, 2002) et (Robelet, 2003).

<sup>178</sup> Voir notamment (Lupton, 1997), (Weiss et Fitzpatrick, 1997), (Barnett, *et al.*, 1998), (Harrison et Dowswell, 2002) et (Hartley, 2002).

<sup>179</sup> Voir notamment (Allsop et Mulcahy, 1998) et (Gothill et Armstrong, 1994).

des médecins généralistes. « Ces analyses présentent souvent l'émergence d'une figure du patient consommateur de soins face à un médecin généraliste dépendant de ses demandes » (Bourgeois, 2006). Si l'on part en effet de l'idée, classique en sociologie des professions, qu'une profession assoie sa pratique sur un savoir théorique, scientifiquement élaboré et que c'est de la maîtrise de ce savoir qu'elle tire son autorité professionnelle, les médecins généralistes sont dans une situation très défavorisée.

La sociologie s'est donc intéressée à la médecine générale sous différents angles, privilégiant différents types d'approche. La médicalisation croissante des problèmes sociaux a notamment conduit les médecins à prendre en charge des patients qui n'étaient jusqu'alors pas considérés comme relevant de la médecine. C'est notamment le cas des usagers de drogues. Peu de recherches se sont penchées sur cette question des pratiques que le médecin généraliste a été amené à définir à l'égard de cette population. C'est cet oubli que notre thèse souhaite réparer en développant des pistes de réflexion, ouvertes à la discussion.

## **2. Le médecin généraliste exerçant en cabinet privé au cœur du dispositif**

Dans le cadre d'une recherche européenne menée au Clersé de 2002 à 2005, les trajectoires de recours des usagers de drogues ont été analysées (Jeanmart, 2004, Jeanmart, 2005). Nous nous interrogeons sur les moments de ces recours, les ressources mobilisées au cours de la recherche d'aide, l'objectif étant de retracer ces trajectoires d'aide et de soins des usagers de drogues, d'en comprendre les logiques et les enjeux. L'une des conclusions montrait que, outre le recours à leur réseau de sociabilité, les usagers de drogues avaient des recours différentiels aux ressources psycho-médico-sociales. Le médecin généraliste y occupe une place spécifique et est bien souvent le premier professionnel sollicité tant par l'utilisateur de drogues que par sa famille. D'après les entretiens recueillis, ce professionnel de santé est à la fois synonyme de proximité (géographique et/ou relationnelle), d'expertise, de confiance et, sans aucun doute, de pouvoir de prescription. En se rendant chez ce professionnel, les usagers de drogues recherchent notamment la possibilité de se faire prescrire un traitement. L'analyse des trajectoires de recours de polyconsommateurs français et belges a ainsi démontré le positionnement particulier qu'occupent les médecins généralistes.

Cette place centrale, des médecins précurseurs n'ont pas attendu pour qu'on la leur cède (voir notamment les « prises en charge clandestines » émergeant dès les années 1980). Toutefois l'ensemble des médecins généralistes n'a pas souhaité prendre une place dans ce champ et certains – une majorité, faut-il le rappeler - restent également plus que désireux de ne pas y être intégrés et d'y rester extérieurs.

Dans la revue de la littérature, nous avons fait état de recherches actuellement centrées sur le médecin généraliste. Ces recherches visent bien souvent à évaluer le dispositif de prise en charge plutôt que de comprendre ce qui se passe à l'intérieur du cabinet médical lorsqu'un usager de drogues s'y présente. Que nous apprennent ces dernières recherches sur le médecin généraliste, sur sa pratique et sur son positionnement à l'égard des usagers de drogues ?

Concernant les attitudes à l'égard de l'accompagnement des usagers de drogues à l'aide de traitement de substitution, on peut lire qu'elles sont variables. Elles se résument, selon Pelc *et al.* (2005)<sup>180</sup>, en trois positionnements : les médecins qui refusent la prise en charge de ces patients, les médecins qui se spécialisent dans la question et, la majorité d'entre eux, les médecins qui accompagnent quelques patients. De manière générale, les médecins belges exerçant en cabinet privé « ont un nombre très restreint de patients toxicomanes suivis par traitement de substitution, relativement à leur clientèle générale. (...) Dans leur représentation, ces médecins considèrent globalement que le suivi des patients toxicomanes en substitution constitue moins de 5% de leur travail. La plupart des médecins disent, à ce propos, ne pas vouloir être étiquetés comme des spécialistes "ès toxicomanies", et cherchent donc à limiter le nombre de patients toxicomanes qu'ils ont en charge » (Pelc, *et al.*, 2005, 88). Le cadre de travail, les règles de prescription que le médecin établit en début de traitement, et qui peuvent évoluer dans le temps, sont, eux aussi, variables en fonction des médecins. Ainsi, « certains médecins se donnent des règles précises pour le démarrage d'un nouveau traitement : pas de prescription à la première entrevue, énoncé d'un certain

---

<sup>180</sup> L'objectif de cette recherche « concerne l'intérêt stratégique des traitements de substitution en tant que processus organisationnel parmi l'offre de soins aux personnes toxicomanes. Concrètement, cela signifie de s'interroger sur le profil des patients qui accèdent à ces traitements, dans les différents types de cabinets ou d'institutions où ils sont dispensés, sur ce qu'ils en attendent et ce qu'ils en obtiennent, sur le sens que les praticiens donnent à leur pratique et comment elle s'insère, de manière homogène ou hétérogène, à l'ensemble des dispositifs qui ont pour vocation d'offrir de l'assistance aux personnes toxicomanes » (Pelc, *et al.*, 2005, 26).

nombre de règles strictes quant au respect des rendez-vous, aux situations de "perte" de la méthadone, aux comportements en salle d'attente... Certains font signer un contrat au patient — parfois le contrat doit aussi être signé par le pharmacien. D'autres ont une approche plus intuitive : c'est à la dégainée, à l'attitude... que le patient sera reçu ou refusé. En tout état de cause, que ce soit de manière formalisée ou non, les médecins rencontrés opèrent dès le premier contact une sélection. Le bouche-à-oreille faisant le reste, au bout d'un certain temps, le médecin ne reçoit pratiquement que des demandes conformes à ses attentes » (Pelc, *et al.*, 2005, 89). Une première lecture de cette recherche met l'accent sur la diversité des pratiques sur le territoire belge. Toutefois, cette diversité n'a trait ni à des particularités régionales ni à des types de filières médicales (cabinet privé versus institution). Cette offre de soins variable répondrait à des « types de patients différents » ou à des moments différents dans le parcours des patients.

Isabelle Feroni, quant à elle, s'intéresse aux prescriptions de traitement Subutex® et aux « processus de diffusion des pratiques de substitution à la BHD en médecine de ville » dans les Bouches du Rhône. Elle constate notamment « qu'un petit groupe de médecins effectue la majorité des prescriptions, la plupart des médecins ne prescriraient ainsi ce traitement que de façon ponctuelle » (Feroni, 2004, 201). Elle note également que les prescripteurs de substitution ne constituent pas un groupe homogène, des sous-profilés se dégagent. Ils se distinguent par les formes d'organisation de la pratique médicale, par l'engagement dans l'activité de substitution ou encore par le contenu des pratiques thérapeutiques. Selon elle, « les comportements des médecins aux différents moments de la prise en charge peuvent être affectés par des caractéristiques individuelles telles que la formation, l'expérience acquise, ou les modalités d'exercice, comme par des caractéristiques locales de l'offre de soins spécialisés » (Feroni, 2004, 205).

Ces deux recherches mettent donc en exergue une variabilité des pratiques des médecins généralistes exerçant notamment en cabinet privé. Toutefois, elles se cantonnent à une analyse des pratiques et des attitudes des médecins généralistes à l'égard des traitements de substitution. Il ne faut pas oublier que tout usager de drogues se présentant devant le médecin ne sort pas du cabinet avec une ordonnance de méthadone ou de Subutex®.

Ce champ de recherche étant relativement vierge à nos yeux, il nous apparaît important de proposer une analyse des pratiques des médecins généralistes exerçant en cabinet privé<sup>181</sup> à l'égard des usagers de drogues. Détaillons dès lors ce qui constitue notre objet de thèse : les pratiques des médecins généralistes exerçant en cabinet privé à l'égard des usagers de drogues, leurs redéfinitions constantes et l'évolution de leurs cadres de travail.

Notre population de recherche est constituée de médecins généralistes exerçant exclusivement en cabinet privé (nous reviendrons sur la constitution de l'échantillon dans la deuxième partie). Un motif oriente principalement ce choix. Nous ne souhaitons pas intégrer d'emblée<sup>182</sup> de médecins ayant une pratique mixte (libérale et hospitalière ou libérale et en centre de soins spécialisés) partant de l'hypothèse que la construction des pratiques des médecins serait différente en fonction du cadre dans lequel ils travaillent. Ainsi, un professionnel travaillant dans un centre spécialisé aurait davantage d'outils à sa disposition qu'un médecin pratiquant seul. Nous souhaitons savoir si les médecins travaillant isolément mettent en place des stratégies pour sortir de cet isolement, l'objectif étant d'analyser les raisons qui motivent les uns et les autres à mettre ou non en place ce genre de stratégies. Ce choix constitue notamment une des spécificités de notre recherche.

Ce qui retient notre attention chez ces médecins généralistes, ce sont les pratiques qu'ils mettent ou non en œuvre à l'égard de certains patients, ce sont les choix qu'ils opèrent, les redéfinitions de ces pratiques ainsi que les attitudes qu'ils tiennent ou maintiennent à leur égard.

Contrairement aux deux recherches présentées précédemment, notre objet de recherche ne porte pas sur la prescription des traitements de substitution, mais bien sur les pratiques mises en œuvre (ou non) par le médecin généraliste à l'égard des usagers de drogues. Par « usagers de drogues », nous n'entendons pas uniquement les héroïnomanes, mais bien toute personne consommant des produits psychotropes illicites, quel que soit le produit, la fréquence ou son mode de consommation. La

---

<sup>181</sup> Dans la suite de la thèse, nous utiliserons indifféremment le terme « médecin » ou « médecin généraliste » pour évoquer notre population de recherche, à savoir les médecins généralistes exerçant en cabinet privé.

<sup>182</sup> Bien que, dans les faits, ce fut le cas pour deux médecins de notre échantillon dont nous n'avions pas connaissance de leurs pratiques mixtes.

définition de cet usager de drogues a d'ailleurs été laissée à l'appréciation du médecin généraliste. A aucun moment des entretiens ou des réunions de travail, nous n'avons proposé de définition préalable à la discussion. La question de départ de nos entretiens avait trait aux « drogues » : « pourriez-vous me raconter la première fois que vous avez été confronté, personnellement ou professionnellement, à la question des drogues ? ». Au départ, nous ne précisions nullement ce que nous entendions par ce terme. D'ailleurs, aucun des médecins interrogés ne nous a demandé de précision à ce sujet. Ainsi, dès le départ, le médecin répondait en fonction de ce qu'il entendait par « drogues ». Bien souvent, il faisait référence soit à l'héroïne, soit à la cocaïne ; ce qui est notamment révélateur de la prise en charge médicale des usagers. Effectivement, face aux autres consommations de drogues, le médecin ne dispose pas de traitement reconnu (légalement ou scientifiquement). Nous partions donc de la définition personnelle des drogues du médecin. Au fil de l'entretien, pour élargir le spectre, nous proposons une liste de produits psychotropes illicites pour lesquels nous demandions au médecin de nous expliquer s'il avait déjà été sollicité ou non et quelle avait sa « réponse » ?

### **3. Les pratiques des médecins généralistes : du « bricolage » à l'intégration des réglementations**

A première vue, les pratiques des médecins généralistes à l'égard des usagers de drogues semblent la résultante de « bricolages ». Dans leur discours, ils disent qu'ils « se débrouillent », qu'ils « font ce qu'ils peuvent avec les moyens du bord », qu'ils « chipotent ». Ainsi, la prescription des traitements en ville « a moins l'allure aujourd'hui d'un « dispositif » sûr de son rôle et de son fonctionnement, et stabilisé dans sa réglementation, que d'un maillage hétéroclite de réponses médicales au « problème drogue », situées à la charnière de l'intervention médicale, de l'intervention sociale et des politiques de santé publique, et continuant à souffrir des indéterminations de départ, autant que de surdéterminations diverses » (Lalande et Grelet, 2001, 139).

L'hétérogénéité des pratiques semblerait être une réponse adaptée aux demandes hétérogènes des patients. Les pratiques professionnelles se créeraient donc en miroir de recours bricolés des usagers de drogues. Le bricolage des professionnels serait donc une réponse aux bricolages des patients sans autre contrainte apparente, l'offre s'adaptant à

la demande : « La plupart des médecins, quel que soit leur point de vue par rapport au nombre de patients, disent de toute façon que : "les patients me connaissent, ils savent comment je fonctionne, alors ils savent ce qu'ils peuvent me demander et ce qu'ils ne peuvent pas". (...) il y a une adaptation mutuelle des intervenants et des patients, qui fait que les patients ne s'adressent qu'aux intervenants dont ils croient qu'ils pourront répondre à leur(s) demande(s), de même que les intervenants ne voient venir que des personnes qui correspondent plus ou moins à leurs attentes » (Pelc, *et al.*, 2005, 88-89).

Émerge l'image de pratiques instables, non définies, associées à des formes de « bricolages » individuels. Cette illusion ne doit pas nous faire perdre de vue que ces pratiques sont fortement cadrées, elles font l'objet de législations, de réglementations et de recommandations spécifiques. Les médecins composent effectivement avec un cadre imposé. Là où l'on pourrait croire à la mise en place de pratiques bricolées, nous faisons l'hypothèse que ces pratiques sont loin d'être le fruit du hasard, mais qu'elles sont bien la résultante d'un aménagement, d'une construction liée à un cadre particulier. Les pratiques des médecins généralistes à l'égard des usagers de drogues seraient alors composées à partir de l'intégration plus ou moins forte des recommandations, des politiques publiques dans leur quotidien.

Dans cette thèse, nous tenterons de démontrer que ces pratiques ne sont ni des réactions mécaniques à des réglementations ou des lois, ni des choix totalement libres du médecin, mais qu'elles intègrent indissociablement des facteurs contraignants (objectivants) et personnels (subjectivants). Les pratiques des médecins généralistes sont analysées en termes de processus d'intégration ou de non intégration des directives législatives et réglementaires. Il s'agit d'un processus prenant la forme d'une négociation et d'arrangements. Le médecin composerait avec le cadre, le contexte dans lequel il évolue, ses pratiques seraient le produit logiquement croisé d'une décision subjective et de l'objectivité des contraintes. Les médecins sont envisagés comme actifs dans ce processus d'intégration. La notion de stratégie sera au cœur de notre analyse : leurs pratiques sont fondées sur une utilisation plus ou moins « stratégique » des règles formelles et informelles.

Les politiques pénales et sanitaires en matière d'usages de drogues ne sont pas mécaniquement appliquées par les acteurs concernés, mais ils se les approprient et les intègrent ou non dans leurs pratiques de façon mécanique ou selon leurs interprétations.



Nous aimerions saisir comment les politiques publiques sont comprises par les médecins généralistes, comment ils les interprètent et les intègrent (ou non) dans leurs pratiques. L'intérêt est de mettre l'accent sur la complexité des législations et leurs évolutions, mais aussi sur l'autonomie des acteurs par rapport à ces politiques publiques.

Au lieu de saisir les réglementations « par le haut », nous proposons de les observer par « le bas » et sous un angle particulier : celui de leur appropriation par une profession cadrée et présentée naïvement comme ayant peu de marge de manœuvre, représentation notamment liée aux différentes instances qui « contrôlent » la profession. Dès lors la question qui guidera l'ensemble de ce travail de thèse est la suivante : « En quoi la variabilité des pratiques des médecins généralistes français et belges à l'égard des usagers de drogues interroge-t-elle les politiques de santé publique ? » ou encore « En quoi les pratiques des médecins généralistes peuvent-elles se comprendre au regard des politiques publiques à l'œuvre dans les deux pays ? ». Nous constatons, au regard de ce qui a été présenté dans cette première partie, que le sens de l'interrogation est double. A la fois, les pratiques des médecins généralistes interpellent les politiques publiques et jouent avec celles-ci. Notre discussion de la situation belge donne à voir que la législation prend place après que les pratiques se soient assises. A la fois, les politiques publiques viennent contraindre les pratiques. En France, par contre, la situation a été inversée avec une influence des politiques sur la mise en œuvre des pratiques à plus grande échelle. Dans un sens comme dans l'autre, les dispositifs donnent à voir des effets pervers, des dérives ainsi que des échecs.

Cette question centrale sera traitée à partir d'une hypothèse principale suivante : même si de multiples facteurs entrent dans la définition des pratiques du médecin généraliste (situation familiale, représentations de l'usage de drogues, contacts directs ou indirects avec les mondes des drogues,...), nous émettons l'hypothèse que les politiques de santé publique influencent, en dernière instance et de manière déterminante, ses pratiques à l'égard des usagers de drogues. Notre approche s'inscrit donc dans le troisième questionnement sur les politiques publiques présenté par Muller à savoir : quels sont les « effets des politiques sur la société » (Muller, 2006), et plus particulièrement, nous aimerions analyser l'impact de ces politiques sur les professionnels médicaux. Il s'agira de déterminer en quoi la politique publique étudiée a

modifié les pratiques et dans quelle mesure ces effets sont conformes aux attentes des décideurs.

Lors de la présentation des premiers résultats de ce travail de thèse au cours de séminaires de recherche, la question était souvent posée de savoir pourquoi s'intéresser spécifiquement à ces patients que sont les usagers de drogues et non pas aux autres patients de médecine générale. Pourquoi notamment ne pas comparer les pratiques des médecins généralistes à l'égard de différents « types » de patients ? Notre angle d'approche ainsi que notre question de recherche justifient le choix de ces patients particuliers. Nous ne cherchons nullement à savoir si le médecin pratique différemment avec un usager de drogues, un diabétique ou un cancéreux, par exemple. Notre objectif est bien de comprendre comment les pratiques des médecins ont évolué au regard d'un cadre réglementaire mouvant, allant parfois jusqu'à prendre des directions opposées en fonction des décennies. De plus, cette pratique est particulière dans le champ de la médecine générale. N'oublions pas que cette activité médicale est la seule, en Belgique, dont la pratique et dont les moyens de la mise en œuvre sont règlementés par une loi pénale. Ces professionnels se sont vus attribuer un rôle et une place dans un nouveau dispositif marqué de nombreuses représentations, dont ils étaient auparavant exclus. Comprendre et analyser comment des politiques publiques ont eu un impact sur les pratiques des médecins généralistes suppose que l'on étudie ces politiques et ces pratiques. Il nous semblait dès lors non justifié de nous intéresser aux autres pratiques du médecin généraliste et aux autres politiques qui règlementent d'autres pathologies.

A partir de notre question de recherche, la variabilité des pratiques des médecins généralistes à l'égard des usagers de drogues sera analysée au regard des politiques publiques. Partant des travaux interactionnistes américains, ceux de Strauss et de Hughes plus particulièrement, nous proposons donc de joindre le niveau de l'acteur individuel et les micro-processus sociaux d'une part, et le niveau macro-social, structurel qui pèse sur les conditions de l'action d'autre part. A l'instar de Strauss, nous envisageons les pratiques des médecins généralistes à l'égard des usagers de drogues comme un processus. Cette variabilité sera analysée à partir d'une approche en termes de segments professionnels. Au sein de la médecine générale, nous analyserons l'émergence de ces segments et leur constitution. Nous reprenons la thèse défendue par Strauss : « le monde médical est un monde non homogène en constante évolution,

composé de « segments » porteurs chacun de conceptions différentes quant à la spécificité de leurs pratiques et de leurs activités centrales, porteurs aussi d'identité différentes, et qui se forment, se maintiennent se développent et/ou disparaissent » (Strauss, 1992, 21-22). Les différents segments professionnels rendront compte des différents types de pratiques. Nous tenterons de comprendre comment se sont constitués ces segments, comment ils se définissent et comment ils configurent le champ plus large des addictions. Ces pratiques des médecins généralistes s'inscrivent dans le champ spécifique des soins aux usagers de drogues. Nous tenterons ainsi de répondre aux questions suivantes : quelle est la place des médecins généralistes dans le champ des addictions ? Quelles places occupent-ils au regard des autres acteurs du champ : firmes pharmaceutiques, assurance maladie, intervenants en toxicomanie, psychiatres, médecins, pharmaciens, réduction des risques et auto-support ?

L'approche que nous développons dans cette thèse est originale, selon nous, à plusieurs titres. Premièrement, et nous avons insisté sur ce point, la plupart des recherches portant sur l'accompagnement des usagers de drogues en médecine de ville tant en France qu'en Belgique sont menées au départ d'analyses quantitatives dont l'objectif est principalement de récolter des données statistiques sur l'évolution psychologique, médicale et sociale des patients. L'approche que nous proposons ici s'en démarque du fait de son entrée qualitative. En effet, au regard de notre question de recherche, nous avons opté pour un recueil varié de données. Le socle de la thèse est constitué d'une cinquantaine de récits de pratique de médecins généralistes. Un groupe d'analyse a également été mis sur pied pour discuter de dossiers de patients. Nous avons aussi réalisé quelques observations de consultations et de plusieurs dizaines de réunions de réseaux spécialisés. Deuxièmement, les recherches qualitatives actuellement menées à propos des médecins généralistes ont pour objectif principal d'étudier le suivi de patients consommateurs de substances illicites. Elles visent à récolter des informations sur la population usagère de drogues suivie en médecine de ville et de son évolution. Notre approche se centre sur les pratiques professionnelles des médecins, en nous focalisant sur la personne du professionnel, sur ses pratiques, ses stratégies, ses ressources, ses difficultés à exercer avec cette population. Troisièmement, nous nous démarquons des recherches proposant une photographie des pratiques à un temps T puisque nous souhaitons retracer la genèse et l'évolution de ces pratiques professionnelles, de comprendre les moments charnières, de redéfinition des pratiques.

Quatrièmement, notre échantillon est principalement constitué de médecins généralistes exerçant en cabinet privé et comprend à la fois des médecins acceptant d'accompagner les usagers de drogues, mais également ceux qui refusent actuellement ces prises en charge. Cinquièmement, les recherches qualitatives sur les médecins généralistes et la toxicomanie se centrent principalement sur les traitements de substitution et l'évolution des pratiques dans ce cadre. Or l'accompagnement des usagers de drogues par le médecin de ville ne se limite pas aux traitements de substitution. Ceux-ci seront bien entendu l'un des objets de la thèse mais pas uniquement. L'approche que nous proposons se veut plus large. Enfin, outre la dimension temporelle, nous intégrons une dimension comparative dans notre approche, souhaitant comprendre les spécificités et les points communs entre deux dispositifs de réduction des risques : celui développé en France et celui développé en Belgique.

#### **4. L'analyse de politiques et de contextes différents : une approche France - Belgique**

Trois arguments sous-tendent notre choix d'une approche comparative entre la France et la Belgique, ceux-ci ont principalement trait à l'histoire des traitements de substitution pour opiacés-dépendants.

##### *Une place différente pour les médecins généralistes dans le dispositif*

La place actuelle qu'occupent les médecins généralistes dans le dispositif d'aide aux usagers de drogues est différente dans les deux pays.

En France, la mise à disposition du Subutex® en 1996 en médecine de ville a permis aux généralistes d'occuper une place importante dans le champ des soins aux usagers de drogues. Depuis cette date, ce traitement peut être prescrit par tous praticiens y compris en médecine de ville, sans prise en charge initiale en milieu spécialisé ou en établissement de santé. Toutefois, tout médecin est habilité à prescrire de la buprénorphine haut dosage sous réserve<sup>183</sup> : (1) d'une pratique en collaboration, en particulier au sein de réseaux ville-hôpital pour la prise en charge des usagers de drogues ; (2) que la prescription ait une durée maximale de 28 jours ; (3) que soit désigné, avec le patient, un pharmacien chargé de dispenser le produit. Les médecins

---

<sup>183</sup> Circulaire ministérielle DGS/SP 3/95 n°9 du 31 mars 1995.

généralistes jouent également un rôle clé dans le cadre de la prescription de méthadone en France. Alors que l'initiation du traitement méthadone était réservée aux centres de soins spécialisés, la circulaire du 31 mars 1995 règlemente le relais des patients vers les médecins de ville. Ainsi, depuis juin 1995, les médecins généralistes peuvent poursuivre la prescription après que le centre spécialisé ait donné son accord. Depuis janvier 2002<sup>184</sup>, le traitement méthadone peut également être initié, outre par les centres de soins spécialisés, par tout médecin exerçant en établissement de santé – à l'exclusion des services d'accueil et d'urgence – avec relais par un médecin de ville ou un centre spécialisé, choisi en accord avec le patient.

En Belgique, la place des médecins généralistes est également centrale dans le dispositif de soin aux usagers de drogues. Contrairement à la France, pendant longtemps, ce pays a connu une absence de législation en matière de prescription et de délivrance de traitements de substitution. En l'absence d'une telle législation, tout médecin généraliste était autorisé à prescrire de la méthadone à ses patients. Des recommandations de prescription ont été élaborées lors de deux conférences de consensus en 1994 et en 2000. La situation n'a été légalement éclaircie qu'en août 2002<sup>185</sup> et mars 2004<sup>186</sup> (revu en octobre 2006). Ainsi, l'arrêté royal fixe de manière précise les balises de la prescription et de la délivrance, notamment le nombre maximal de patients pris en charge par prescripteur. Tout médecin généraliste n'est plus autorisé à prescrire ces traitements, comme c'était le cas précédemment. Les conditions y sont stipulées. En Belgique, par contre, le Subutex<sup>®</sup> vient de faire son entrée dans les cabinets des médecins généralistes. Il est délivré selon les mêmes modalités que la méthadone, par des médecins prescripteurs, en cabinet privé ou en centre de soins.

Ce rapide rappel historique permet de voir la place centrale de ces professionnels dans les recours des usagers de drogues (la plupart d'entre eux se tournant vers la substitution) et met en exergue les différences de cadres dans les deux pays. La comparaison permettra donc d'interroger l'influence des différences de cadres sur les pratiques des médecins généralistes.

---

<sup>184</sup> Circulaire DGS 2002/57 du 30 janvier 2002.

<sup>185</sup> Loi visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution du 22 août 2002.

<sup>186</sup> Arrêté royal réglementant les traitements de substitution du 19 mars 2004.

### *Une histoire différente*

Dans le cadre de la prise en charge des usagers de drogues, les deux pays ont connu des évolutions distinctes. Bien qu'actuellement, ils proposent les mêmes traitements aux usagers de drogues, leur introduction ne s'est pas opérée de la même manière. De plus, le dispositif de soins aux usagers de drogues s'est créé de manière distincte. Alors que la France a longtemps refusé les politiques de réduction des risques et la mise en place de dispositifs particuliers pour les usagers de drogues, la Belgique, dès l'épidémie du sida, a mis en place des dispositifs particuliers pour ces populations à risques. La comparaison permettra donc de s'interroger sur les influences de ces histoires distinctes sur les pratiques des médecins généralistes et des pharmaciens.

### *Des évolutions tendant vers une harmonisation des pratiques*

Actuellement, tant en France qu'en Belgique, des débats ont lieu quant à la place des médecins généralistes principalement dans le dispositif d'aide aux usagers de drogues. Partant, nous l'avons expliqué, de cadres différents, les deux pays semblent évoluer vers une harmonisation des pratiques dans le long terme. La comparaison permettra d'analyser ces évolutions et de comprendre l'influence de ces récentes recommandations (Conférence de consensus de 1998 et 2004) sur les pratiques des médecins généralistes et des pharmaciens, comprendre si et comment elles sont intégrées dans les pratiques.

Pour Sartori : « Comparer, c'est à la fois assimiler et différencier par rapport à un critère » (Vigour, 2005, 6). Il s'agit donc de relever des différences et des points communs en fonction d'un critère à définir au préalable. Dans le cadre de cette thèse, le critère de comparaison est donc les pratiques professionnelles des médecins généralistes à l'égard des usagers de drogues. Nous souhaitons comparer leurs pratiques en ce qu'elles ont de semblable et de différent et amener des éléments d'explication quant à ces similarités et ces différences. Nous proposons donc, selon la classification de Vigour, une comparaison multivariée, c'est-à-dire à la fois une comparaison dans l'espace et dans le temps. Le facteur de comparaison étant notamment l'influence des politiques publiques sur ces pratiques.

## **Conclusion**

La médecine générale est au cœur des préoccupations de différentes sociologies. Les objets ont trait tant à des aspects particuliers de l'organisation du travail qu'à des

pathologies spécifiques. L'usage de drogues en fait partie, mais est rarement reconnu comme tel au sein du monde de la recherche universitaire sur la médecine générale. L'objectif de cette thèse est donc de mettre en évidence l'effet des politiques publiques sur les pratiques des médecins généralistes en intégrant d'une part la dimension contraignante, subie, de ces politiques et, d'autre part, la dimension d'initiative, d'autonomie dont dispose le médecin généraliste.

Sur le fond, notre approche suppose une conception des politiques publiques en tant que lignes de conduites « en mouvement », c'est-à-dire intégrées autant qu'élaborées en situation par les acteurs chargés de leur mise en œuvre. En cela, il est question de voir comment les acteurs qu'elles impliquent en font l'expérience, mais également comment ils peuvent rendre compte de ces politiques et y porter un regard réflexif. Nous nous inscrivons donc dans la troisième acceptation du terme « politique » présentée par Muller et Surel, à savoir « le processus par lequel sont élaborés et mis en place des programmes d'action publique, c'est-à-dire des dispositifs politico-administratifs coordonnés en principe autour d'objectifs explicites » (Muller et Surel, 1998, 13)

Par l'utilisation du concept « politiques publiques », nous entendons la mobilisation de réglementations comme « résolution d'un problème public ». Les politiques publiques sont envisagées comme étant des instruments des pouvoirs publics pour réguler une situation problématique. La notion de problème public est dès lors heuristique dans le cadre des toxicomanies, de lutte contre la délinquance au niveau urbain puisqu'elle permet de rendre compte des processus de mobilisation de l'appareil d'Etat par rapport à des problèmes émergents pour lesquels il n'existe pas de modèle disponible d'intervention. Il faut rappeler que la toxicomanie et les traitements de substitution, dans le cadre français notamment, ne bénéficiaient pas, avant les années 1990, de pratiques fortes auxquels les acteurs publics pouvaient se référer.





## CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Cette première partie nous a permis d'exposer la construction de notre questionnement et de définir notre objet de recherche.

La première piste explorée est relative au traitement de la question des soins aux usagers de drogues dans la littérature scientifique et professionnelle des années 1980 à nos jours. Bien que notre examen en la matière ne prétende pas à l'exhaustivité, nous avons tenté de faire émerger les zones d'ombre, les aspects ayant été peu traités en matière de soins aux usagers de drogues. Il s'agit notamment des pratiques « non spécialisées » à leur égard.

La deuxième piste retenue est relative au contexte de médicalisation de l'usage de drogues en France et en Belgique depuis la fin des années 1960. Partant d'une optique sécuritaire, les deux pays se sont peu à peu tournés vers la réduction des risques dans le contexte de l'épidémie du sida et du nombre croissant de décès au sein de la population usagère de drogues. Après les résultats positifs en terme de santé publique, cette approche a donné à voir ses limites que certains se sont empressés de dénoncer. Depuis, les tendances sont moins claires, l'usage de drogues faisant à la fois l'objet d'une attention sanitaire, mais également sécuritaire, voire le premier supplantant le second... et le sécuritaire s'immiçant peu à peu dans le domaine médical, imposant des normes de bonnes pratiques sous peine de sanction. Les priorités énoncées par les instances politiques et le monde professionnel en matière de soins aux usagers de drogues ont évolué au fil du temps et leur traduction a abouti à la configuration sanitaire actuelle en la matière, soit un mélange des genres. Cette configuration s'est constituée dans un contexte d'incertitude et de mainmise d'une minorité de praticiens dont l'influence est toujours présente.

La troisième et dernière piste explorée renvoie à l'analyse de l'émergence d'un nouvel acteur professionnel au centre des dispositifs de réduction des risques, le médecin généraliste. L'introduction massive de traitements destinés aux soins des

usagers de drogues a placé le médecin généraliste au cœur du dispositif, fort de son pouvoir de prescription et de son rôle d'acteur de première ligne. Cette nouvelle figure émergente, mise au banc auparavant, renvoie à une modification du champ et à une configuration nouvelle. Bien que peu traitée dans la littérature scientifique et professionnelle, elle est l'objet d'une attention particulière, notamment dans une optique d'évaluation des coûts. Souvent appréhendée comme un tout uniforme et homogène, la médecine générale semble avoir pris part à l'aventure, sans contrainte et sans limite. Or l'analyse détaillée des contextes rend compte d'une situation plus complexe et d'une variabilité de positionnements à l'égard de notre objet.

La place importante laissée aux médecins généralistes dans le dispositif est à relativiser. Nous l'avons souligné, ils ne sont toujours pas – ou peu – représentés dans les instances décisionnelles et de définitions des normes. Ils sont également peu nombreux à s'impliquer véritablement dans la thématique. Ainsi, dans la pratique, la place du médecin généraliste ne semble pas assurée à la hauteur des déclarations de principe. Nous interrogerons donc la place réelle de ces médecins dans ce dispositif.

« Les questions de santé se trouvent à la frontière de multiples objets. La médicalisation croissante des sociétés occidentales conduit de plus en plus de questions sociales à être définies ou redéfinies en des termes médicaux. La sociologie de la santé ne saurait aujourd'hui s'arrêter aux frontières de la maladie et de la médecine » (Carricaburu et Ménoret, 2004, 7). Depuis les années 1980, sous l'influence particulière du traitement social de l'épidémie du sida, nous assistons en sociologie « à une multiplication de recherches relatives aux « questions de santé » issues de perspectives disciplinaires et théoriques variées » (Carricaburu et Ménoret, 2004, 8).

L'objet même que constitue la médicalisation de l'usage de drogues se situe au carrefour de différentes disciplines, et en sociologie, au cœur de différentes sous-disciplines (sociologie des professions, sociologie de la santé, sociologie de la déviance, sociologie des politiques publiques notamment). D'emblée, situons notre inscription pour que le lecteur comprenne « d'où nous parlons » et quel est notre angle d'analyse. Ce travail se définirait davantage comme une sociologie des politiques de santé publique bien qu'il traverse différents champs de la sociologie, nous y reviendrons. De par son objet, les pratiques en médecine générale, notre thèse s'inscrit dans une approche de sociologie des professions et une sociologie de la santé. Elle porte sur un groupe

professionnel aux prises avec un public très spécifique. Cet angle d'approche particulier de la profession médicale remet dès lors en question les standards de la profession. De fait, nous ouvrirons l'analyse à d'autres approches, non ciblées sur les groupes professionnels. De par le champ étudié, les usages de drogues et leur prise en charge, elle s'inscrit également dans une sociologie de la déviance, peu de médecins s'investissant dans ce champ des addictions bien que nous montrerons le rôle important d'une minorité dans la thématique. Cette minorité active, bien moins visible que d'autres acteurs de la réduction des risques, a largement contribué à une sorte de « normalisation » des soins, en permettant une prise en charge allant au-delà d'une approche médicale des usagers. Notre approche touche donc à différents types de sociologies, empruntant à l'une et l'autre des concepts et des approches théoriques qui apportent l'originalité de ce travail de thèse.

Nous ne nous revendiquons pas de l'école interactionniste, mais nous empruntons à ce courant des concepts clé. En effet, « le monde social de la médecine et de la maladie a été l'un des domaines d'investigation privilégiés de ce courant que ce soit à propos de l'analyse du travail, des professions, de l'identité, de la biographie, de l'expérience ou du stigmat » (Carricaburu et Ménoret, 2004, 8). Il est ainsi difficilement envisageable de travailler sur la profession médicale, sans faire référence aux précurseurs en la matière : Freidson, Becker, Hughes ou encore Strauss. Nous nous inscrivons donc moins dans ce courant que nous empruntons à sa tradition. Nous adhérons ainsi à l'un des apports essentiels de la sociologie interactionniste des professions, à savoir qu'« un groupe professionnel, apparemment unifié par un même nom et par un même ensemble de techniques, peut abriter des réalités professionnelles (...) non seulement différentes, mais opposées, conflictuelles » (Dubar et Tripier, 2003, 103). Notre perspective est clairement orientée vers une analyse de l'articulation entre le microsociologique et le macrosociologique, vers une analyse des contraintes et des marges de manœuvre des acteurs.

Concernant la médicalisation de l'usage de drogues, nous pourrions prolonger certaines analyses de Parsons pour qui la maladie est une forme de déviance qui doit être neutralisée par le retour de la personne à ses activités sociales d'avant la maladie. Le médecin est ainsi envisagé comme un « contrôleur social », la médecine étant analysée comme « le mécanisme par lequel la société tente de contrôler cette déviance et de

maintenir l'ordre social, la stabilité » (Carricaburu et Ménoret, 2004, 52). Dans l'ère de la médicalisation (Aiach et Delanoë, 1998) où la plupart des problèmes sociaux se trouvent médicalisés, c'est-à-dire « vus comme des problèmes médicaux, la médecine dans ces sociétés exerce une fonction majeure. La fonction essentielle du médecin est en effet celle de contrôleur social » (Carricaburu et Ménoret, 2004, 52). Nous pouvons donc envisager la place de plus en plus importante qu'occupe la médecine dans le champ des addictions comme un retour vers le contrôle social qui ne s'exerce plus par les instances répressives, mais par d'autres biais. Loin de dire qu'il serait préférable que les usagers de drogues ne soient encadrés que par le répressif, nous signalons que la médecine doit être consciente du rôle que certains souhaitent lui faire jouer. En effet, la réduction des risques, pour beaucoup, n'est pas envisagée comme un moyen de réduire les risques, mais plutôt comme une mainmise sur la délinquance, et plus largement sur les pratiques considérées comme déviantes. Mais nous pouvons également voir le retour de la médecine comme un entrepreneur de morale. « La médecine est donc orientée vers la recherche et la découverte de maladie, c'est-à-dire qu'elle s'efforce de créer des significations sociales de maladie là où ce type de signification ou d'interprétation n'existait pas encore. Et dans la mesure où la maladie est définie comme quelque chose de mauvais – à éliminer ou à limiter – le médecin joue le rôle de ce que Becker appelait un « entrepreneur de morale ». L'activité médicale conduit à créer de nouvelles règles pour définir la déviance : la pratique médicale tente de renforcer ces règles en attirant et en traitant celui qui vient d'être ainsi défini comme malade » (Freidson, 1984, 255). De par son diagnostic, elle « crée les possibilités de se conduire en malade. En devenant une des formes de la réaction des sociétés à la déviance, outillée de surcroît d'un concept de maladie évaluatif, la médecine est devenue une entreprise de morale » (Carricaburu et Ménoret, 2004, 53-54). Comme souligne Freidson, quand le médecin « affirme que l'alcoolisme est une affection, il est un « entrepreneur » moral tout autant que l'homme imbu d'idées religieuses qui affirme que c'est un péché » (Freidson, 1984, 255). « La profession médicale, aux dépens des entreprises légales et, plus encore, religieuses, a donc élargi la conception de la déviance à un domaine de compétence qu'elle n'a cessé d'accroître : le sien » (Carricaburu et Ménoret, 2004, 54).

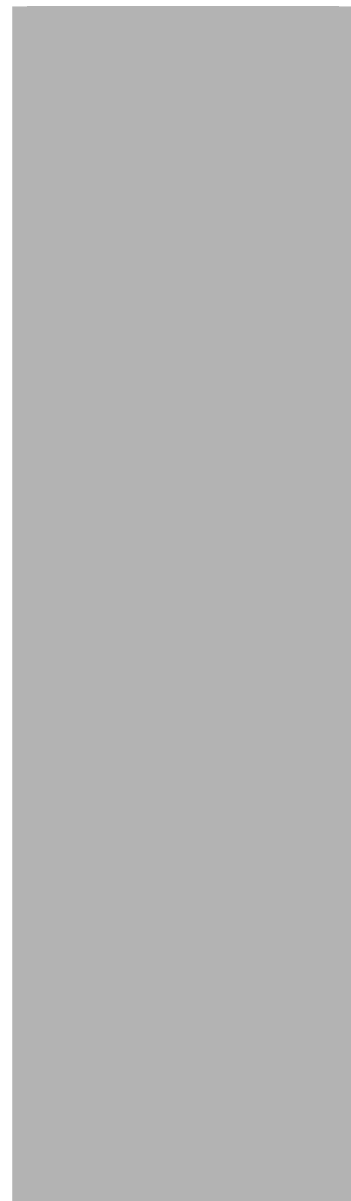
L'exploration des trois pistes (développées dans chacun des chapitres de cette première partie) a permis de faire émerger notre question de recherche et l'hypothèse centrale qui guideront ce travail de thèse, mettant à jour l'orientation à prendre en terme

d'analyse et de traitement empirique des données. Nous nous centrons donc sur un acteur particulier évoluant dans une scène particulière dans des contextes en constante évolution. Ces contextes et ces acteurs seront mis en lumière par une approche intégrant deux pays. Les décors (politiques et théoriques) ont ainsi été plantés, il est temps maintenant d'entrer dans le vif du sujet, de comprendre les différents positionnements défendus par les médecins généralistes, leur évolution ainsi que l'impact du contexte social et législatif sur ceux-ci.





**PARTIE 2**  
**Entre règles du jeu et jeux avec les règles :**  
**la variabilité des pratiques**







## INTRODUCTION

La première partie de cette thèse a permis d'ouvrir un ensemble de réflexions et de questionnements relatifs au processus de médicalisation de l'usage de drogues. Les constats empiriques et les perspectives théoriques jusqu'ici examinés l'ont été à titre exploratoire, afin de mettre en contexte et de préparer le terrain d'étude qualitative fondée sur un examen approfondi des pratiques des médecins généralistes à l'égard des usagers de drogues.

L'analyse de ces pratiques sera précisément l'objet de cette deuxième partie. La question qui la guide est la suivante : quel positionnement le médecin généraliste en cabinet privé défend-il à l'égard des soins aux usagers de drogues ? Quelles pratiques met-il ou non en œuvre ? Comment celles-ci ont-elles évolué au fil du temps ?

Pour répondre à ces questions, nous avons opté pour un dispositif méthodologique varié. Nous avons souhaité rencontrer le médecin généraliste dans son cabinet privé, mais également dans d'autres lieux où la thématique des toxicomanies est abordée. Ainsi, les observations de diverses réunions nous ont permis de comprendre les enjeux de ces pratiques ainsi que les liens entre les différents acteurs en présence. De même, élargir le dispositif à une confrontation entre les différents types de pratiques nous semblait indispensable pour saisir leur complexité. L'ensemble de ces choix méthodologiques sera présenté dans un premier chapitre.

Une fois ces choix méthodologiques précisés, nous entrerons dans l'univers des pratiques. Les conclusions de la première partie rendaient compte de leur variabilité. Avant d'analyser cette variabilité en tant que telle, il est important de situer les pratiques dans leur cadre. En effet, le médecin n'est pas hors monde et ne pratique pas sans aucune contrainte. Un deuxième chapitre resituera les pratiques dans un ensemble de contraintes et de ressources dans lequel le médecin exerce.

(1) L'offre de soins répond premièrement à une demande. Les pratiques sont fonction de la demande des patients. Les patients par le biais de différentes

stratégies sélectionnent notamment les « bons praticiens ». L'analyse des recours des usagers de drogues aux médecins généralistes apporte dès lors un éclairage intéressant.

(2) La médecine générale est une profession relationnelle. La possibilité ou l'impossibilité de construire cette relation avec les usagers de drogues est également au cœur des pratiques. Chaque médecin établit les critères d'une « bonne relation » allant de pair avec la définition d'un « bon patient ».

(3) Le médecin généraliste est également en contact avec ses confrères, ceux-ci peuvent être à la fois une ressource en terme de connaissances ou de formation, mais sont également des acteurs qui autorégulent ses pratiques.

(4) L'exercice de la médecine générale est également contraint par différentes instances de contrôle. Nous reviendrons donc sur leur influence et leur positionnement. Le cadre posé par ces instances joue un rôle dans les pratiques.

(5) Le médecin généraliste est ensuite un acteur de santé parmi d'autres dans le champ des addictions. Ce champ fera l'objet d'une attention particulière, permettant lui aussi d'éclairer les positionnements des médecins et leurs rapports avec les psychiatres, les spécialistes en toxicomanie, entre autres.

(6) Enfin, en-dehors du champ strictement professionnel, d'autres acteurs et d'autres dispositifs influencent cette définition des pratiques (famille, expérience personnelle avec les drogues, ...).

Reprendre ces différents facteurs de cadrage et les décliner sous le mode de l'accompagnement des usagers de drogues permettra d'approfondir notre analyse des pratiques et de poser les éléments indispensables à leur compréhension.

L'exercice de la médecine générale étant resitué dans un système de ressources et de contraintes, un troisième chapitre ouvrira à une analyse des différents positionnements des médecins à l'égard des soins aux usagers de drogues. A la lumière d'une analyse des facteurs structurels et personnels qui orientent les positionnements des médecins, ces différents types de pratiques dessineront le paysage de la médecine générale des addictions. Ce chapitre éclairera notamment notre questionnement initial entre macrosociologie et microsociologie : comment le médecin est-il contraint dans sa

pratique et quelle est sa marge de manœuvre ? Comment joue-t-il avec les règles, les intègre-t-il, etc. ? Comment évolue-t-il dans ce système de ressources et de contraintes ? Ces éléments de cadrage seront appréhendés par certains médecins comme une ressource dans la pratique, d'autres comme une contrainte (guidelines, contacts avec le milieu psychiatrique,...). En fonction de la manière dont le médecin appréhende ce cadre, il développera des pratiques distinctes.

Partant du cadre de l'exercice de la médecine générale, nous en viendrons ainsi à comprendre cette variabilité de pratiques à l'égard des usagers de drogues. Cette analyse nous permettra ensuite d'ouvrir à la question des politiques publiques.

Enfin, partant du constat que les pratiques ne sont pas définies une fois pour toutes, le quatrième et dernier chapitre abordera la question de l'évolution du positionnement du médecin au fil des années et des expériences.



## CHAPITRE 1. METHODES DE RECOLTE DES DONNEES

Des choix méthodologiques ont nécessairement guidé la démarche empirique. Ont été définis successivement : (1) les acteurs dont nous allons étudier les pratiques et les points de vue ; (2) les méthodes de recueil de données à envisager pour accéder à une information pertinente ; (3) la méthode d'analyse à concevoir afin de rendre intelligibles et faire parler les données.

### 1. Sélection des acteurs pertinents

Les acteurs professionnels du soin ont des compétences distinctes, ils sont nombreux, organisés et interviennent dans un processus complexe. Etudier l'ensemble de ces niveaux et de ce processus nous paraît non seulement impossible, mais ne cadre pas forcément avec l'objet de cette recherche. Dans la mesure où le premier interlocuteur professionnel sollicité par les usagers de drogues est le médecin généraliste, il paraissait indispensable d'en étudier l'activité. D'autant plus que, nous l'avons souligné, leurs pratiques sont rarement analysées pour ce qu'elles sont.

Nous ne nous sommes pas intéressés à tous les médecins généralistes et encore moins à tous les professionnels médicaux (qu'ils soient généralistes, spécialistes, etc.), mais principalement aux médecins généralistes libéraux n'exerçant pas d'activités dans des centres spécialisés en toxicomanie. Ce choix a été orienté par l'hypothèse suivante : la construction des pratiques des médecins serait différente en fonction du cadre dans lequel il exerce et des outils mis à sa disposition. Nous souhaitons donc rencontrer des médecins exerçant en cabinet privé exclusivement.

L'un des biais des recherches sur les soins aux usagers de drogues ou sur les traitements de substitution est de constituer un échantillon uniquement de professionnels confrontés à cette problématique. Or, pour comprendre ce champ d'activité, il est indispensable de comprendre pourquoi certains s'engagent dans la problématique et

d'autres pas. Notre échantillon est donc constitué à la fois de médecins affichant une acceptation de ces prises en charge et de médecins affichant un refus strict.

Bien que nous n'ayons pas eu la possibilité de constituer un échantillon représentatif de la médecine générale, nous avons opté pour un échantillon diversifié avançant au gré des rencontres et des opportunités. Soulignons donc que l'objectif est d'analyser le plus finement possible les pratiques des médecins à l'égard des usagers de drogues dans une population de médecins généralistes aussi diversifiée que possible en terme d'âge, de sexe, de lieu d'exercice et de contexte de travail, afin d'accéder à des situations et des logiques d'action différentes. Différents critères ont guidé la constitution de l'échantillon.

(1) Le premier critère est sans conteste leur inscription géographique. Ciblant la zone frontalière, nous souhaitions à la fois rencontrer des médecins exerçant dans des zones urbaines et dans des zones rurales, mais également dans des quartiers désignés comme « fortement touchés par la toxicomanie » et d'autres « épargnés ».

(2) Un deuxième critère pris en compte était l'appartenance ou non du médecin à un réseau spécialisé en toxicomanie.

(3) Un troisième critère portait directement sur la pratique avec les usagers de drogues. A la fois, nous souhaitions rencontrer des médecins qui affichaient ouvertement une pratique importante avec les usagers de drogues, et des médecins qui affichaient un refus catégorique. Ce critère était, à certains égards, difficilement vérifiable avant la prise de contact, principalement à l'égard des médecins refusant la pratique. Le bouche-à-oreille, dans ce cas, s'est révélé riche en informations.

(4) Un quatrième critère, et non des moindres, concernait le genre du médecin. En effet, nous souhaitions intégrer une part de femmes dans notre échantillon. Bien que nous n'ayons pas atteint la parité, notre échantillon est constitué de treize femmes et de trente-huit hommes.

Les données récoltées auprès des médecins généralistes seront notamment mises en parallèle avec les données recueillies auprès des usagers de drogues (patients de ces médecins ou non) et leurs familles. Nous l'évoquons, dans le cadre des contrats

européens Interreg<sup>187</sup>, une recherche portant sur les trajectoires de recours des usagers de drogues et de leurs familles a été réalisée à partir d'observations, d'entretiens, de groupes de travail avec des (anciens) usagers de drogues et leurs familles en France et en Belgique (Jeanmart, 2005). Des professionnels de différents secteurs (soins, prévention, hébergement, accueil, réduction des risques,...) ont également pris une place centrale dans l'analyse de ces trajectoires. Les données ainsi récoltées viendront enrichir les propos des médecins généralistes.

## **2. Méthode de recueil des données**

Pour comprendre les significations et les interprétations que les médecins généralistes donnent aux pratiques à l'égard des usagers de drogues, il fallait mettre en œuvre une méthode qui privilégie le point de vue des personnes situées dans leur contexte. Un recueil de données qualitatives par observations, entretiens et analyse en groupe fut donc choisi pour aborder le travail des médecins généralistes.

Ce recueil de données pluriel permet, par ces différents biais, de saisir au plus près la réalité des pratiques, mais surtout leur complexité. Le dispositif de recherche a donc été pensé pour ne pas privilégier un angle d'approche, mais pour multiplier et diversifier les données récoltées.

### **2.1. Archivage, contextualisation**

Avant de mettre littéralement les pieds sur le terrain, un travail d'archivage et de contextualisation de la médicalisation de l'usage de drogues en France et en Belgique fut réalisé. Ce travail, entrepris « avant » le terrain, s'est poursuivi tout au long de cette recherche, notamment en raison des nombreuses évolutions contextuelles survenues entre 2004 et 2007 : nouvelles réglementations, nouveaux dispositifs, nouvelles évaluations, etc. Les recherches sociologiques et historiques antérieures ont servi de base à cette contextualisation. De même quelques-uns des acteurs rencontrés au cours de ces trois années ayant constitué des dossiers sur la thématique nous ont permis de les consulter. Ainsi, les réseaux spécialisés, les magistrats, les médecins, les services sociaux, etc. rencontrés ont été une source importante.

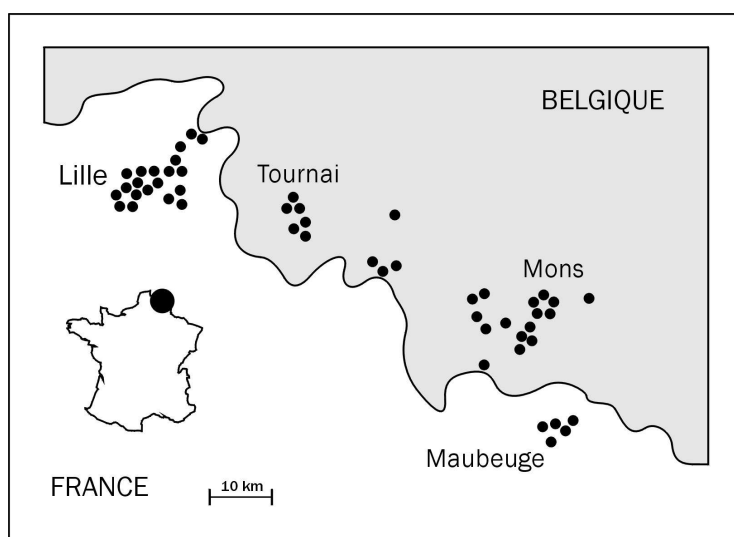
---

<sup>187</sup> Plateforme transfrontalière des toxicomanies et autres conduites à risques, financée par le FEDER et les PRS Nord Pas de Calais, de 2002 à 2005.

Outre la récolte de documents ou d'archives, ce travail de contextualisation a été complété par la réalisation d'entretiens avec différents acteurs concernés par la problématique. Nous le notions, le médecin généraliste n'exerce pas seul dans son cabinet privé. Sa pratique est notamment régulée par des instances médicales, déontologiques et judiciaires. Elle s'inscrit également dans différents « collectifs ». Une partie de ces acteurs constituant eux aussi le champ des pratiques médicales a été interrogée sur leur place et leur implication dans le dispositif, leur fonction ainsi que sur leurs pratiques à l'égard des usagers de drogues. Ces acteurs ont été choisis en fonction de notre ancrage géographique, le territoire frontalier. Dans le désordre, il s'agit de représentants du Conseil de l'Ordre des médecins du Hainaut, du Conseil départemental de l'Ordre des médecins du Nord, de la Commission médicale provinciale du Hainaut, de la DDASS du Nord, de l'Inspection des pharmacies du Nord et du Hainaut, de certains parquets du Hainaut et du Nord, de réseaux spécialisés en toxicomanie dans le Nord et dans le Hainaut. Au total, treize entretiens de contextualisation ont été réalisés.

## 2.2. La rencontre en face à face : les récits de pratiques

En vue de comprendre la mise en place (ou non) par les médecins généralistes de pratiques spécifiques à l'égard des usagers de drogues, le recueil de données s'est « naturellement » orienté vers des récits de pratiques (Bertaux, 1976, Bertaux, 1997). Le socle de la thèse est ainsi constitué de 26 récits de pratiques de médecins belges et de 25 de médecins français.



Carte 1. Récits de pratiques : localisation des médecins rencontrés



Nous avons rencontré 38 hommes (20 Belges et 18 Français) et 13 femmes (6 Belges et 7 Françaises), âgés de 26 à 75 ans, 42 travaillant en cabinet individuel (24 Belges et 18 Français) et 9 en cabinet de groupe (2 Belges et 7 Français), 13 exerçant en zone rurale (10 Belges et 3 Français), 14 en zone semi-urbaine (8 Belges et 6 Français) et 24 en zone urbaine (8 Belges et 16 Français). L'annexe 1 reprend plus en détail le profil des médecins avec qui des récits de pratiques ont été réalisés. Dans les pages qui suivent, chaque médecin sera identifié à partir de la codification reprise dans cette annexe. Chaque extrait d'entretien sera suivi d'une parenthèse contenant le code du médecin (MG 1,2,...).

#### *Critères de sélection*

La sélection des médecins rencontrés a été orientée par différents types d'informations. Ayant mené une recherche avec les usagers de drogues français et belges (Jeanmart, 2004, Jeanmart, 2005), ceux-ci nous avaient rapidement renseigné sur les « médecins cools », « ceux qui font » et « ceux qui ne font pas ». Cette liste informelle a constitué une source de départ. C'est d'ailleurs par ce biais que nous avons eu connaissance de médecins « déviants » mais peu « réputés ». En prenant contact avec les réseaux spécialisés en toxicomanie de la zone frontalière, nous avons eu accès à la liste de leurs membres. Après une première vague d'entretiens, nous disposions également d'informations sur d'autres praticiens. En effet, les médecins généralistes ne se sont pas montrés avares en informations informelles sur les pratiques de certains de leurs confrères (alors que nous ne posions aucune question à ce sujet). Ces ressources informelles se sont révélées être pertinentes et nous ont conduit auprès de praticiens « hors normes ». C'est ainsi que nous avons rencontré un médecin belge investi dans la problématique, non (re)connu pour ses pratiques, pratiquant seul et n'acceptant de suivre que des patients français ou encore une jeune femme médecin pratiquant depuis peu avec un seul usager de drogues. Enfin, dans l'optique de la diversification de l'échantillon, l'annuaire téléphonique a constitué la dernière source d'informations. Nous sélectionnions ainsi des médecins « au hasard » (en tenant toutefois compte du critère géographique). C'est ainsi que nous avons rencontré des médecins non investis dans la problématique ou peu investis, pratiquant seuls ou ayant peu d'informations sur la question.

### *L'usage de drogues au centre de l'entretien*

Les médecins rencontrés étaient notamment questionnés sur la place relative qu'eux-mêmes attribuaient à cette « question des drogues » dans leurs pratiques. Notre guide d'entretien s'est construit autour des thématiques suivantes : la conception de la médecine générale, l'ensemble de la patientèle, les patients usagers de drogues, la pratique avec les patients usagers de drogues (les actes posés, les traitements proposés, les « expériences marquantes », etc.), les partenariats et relais, les représentations des drogues, le rapport personnel à l'usage de drogues, le rapport aux instances de contrôles, aux réglementations et à la législation, le rapport à la problématique transfrontalière.

L'entretien débutait par quelques questions sur leurs premières rencontres avec un usager de drogues, nous nous orientons ensuite sur leurs pratiques actuelles. Ce n'est qu'une fois l'entretien bien entamé que nous abordions la question des difficultés de ces pratiques, des « événements marquants » ainsi que de leur connaissance, voire leur usage personnel avec les drogues.

Au cours de cette phase de récolte de données, nous sommes restée attentive à recueillir ce que Poirier, Clapier-Valladon et Raybaut nomment le social événementiel, son sens et son impact sur les individus (Poirier, *et al.*, 1996, 139). Nous avons donc été attentive à recueillir deux types d'informations : d'une part, les indications événementielles et, d'autre part, les réflexions subjectives (Poirier, *et al.*, 1996, 153). Notre analyse devrait ainsi permettre, d'une part, « d'atteindre les significations subjectives de ces faits » et d'autre part, selon l'orientation de Bertaux, « de recueillir des témoignages sur les pratiques sociales » (Poirier, *et al.*, 1996, 156).

### *La prise de contact, moment clé*

Pour maximiser le taux de réponses favorables, nous avons mis en place un dispositif de prise de contact assez classique. Une fois le médecin sélectionné, un courrier lui était adressé présentant la recherche, notre démarche, et lui indiquant que nous prendrions contact avec lui<sup>188</sup>. Au bout d'une semaine à quinze jours, nous lui téléphonions. La difficulté était souvent d'entrer en contact directement avec lui, « déjouant » le passage

---

<sup>188</sup> Seul un médecin nous a devancé et a pris contact directement avec nous par mail sans que nous ayons à le recontacter. Il s'agissait d'un pionnier des traitements de substitution, toujours impliqué dans la problématique au niveau régional, mais aussi national.

obligé (et très sélectif) par la/le secrétaire, voire par l'épouse. Ne cachons pas qu'il a fallu quelques expériences plus difficiles avant de « comprendre le truc » et de préparer un argumentaire solide déjouant toutes les questions et autres réticences de la personne filtrant les appels. Nous nous souvenons d'ailleurs très bien de l'épouse d'un médecin faisant barrage et refusant à tout prix de transmettre le courrier et le message à son époux craignant que nous ne l'accaparions alors qu'il était déjà très occupé. A deux reprises, elle nous a presque raccroché au nez. La situation s'est arrangée lorsque ce médecin nous a confié, lors d'une réunion, son numéro de téléphone portable. C'est d'ailleurs cette même femme qui écourtera l'entretien et l'interrompra à plus de cinq reprises sur trois quarts d'heure, faisant irruption dans le cabinet assez énervée... celui-ci lui ayant promis de l'emmener faire du shopping en ce samedi après-midi.

Ainsi, après un échange téléphonique plus ou moins long<sup>189</sup> avec le médecin, la discussion se clôturait, dans la majorité des cas, par la prise d'un rendez-vous. Notons qu'une fois le rendez-vous pris, les réticences de certains médecins s'estompaient rapidement. Ce premier contact était d'ailleurs le moment clé. Une fois cette étape « surmontée », les médecins nous accueillaient généralement sans réserve.

#### *Les difficultés envisagées et/ou rencontrées*

Avant d'aller plus loin, soulignons que la réalisation d'entretiens n'est pas chose aisée en milieu médical. Avant d'entamer le travail de terrain, nous avons été mise en garde quant à la difficulté de parvenir à obtenir un rendez-vous avec des professionnels médicaux, ceux-ci étant très pris et ayant peu de temps à consacrer à des « activités annexes ». Nous avons dès lors construit un guide d'entretien centré nous permettant de recueillir un maximum d'informations « ciblées » en un temps raisonnable. De même, nous avons minutieusement travaillé la prise de contact pour mettre le maximum de chances de notre côté<sup>190</sup>. Grâce à cette recherche, nous avons également développé un sens aigu de l'accroche par téléphone et de l'éveil de l'intérêt pour notre démarche. Cela s'est d'ailleurs révélé précieux au vu de premiers contacts « tendus » avec des médecins suspicieux et non intéressés par la démarche qui, au final, se sont laissés séduire par

---

<sup>189</sup> Pour certains entretiens, plus de cinq appels téléphoniques ont été nécessaires pour convenir d'un rendez-vous.

<sup>190</sup> Ce qui s'est révélé fructueux car le nombre de refus reste, à nos yeux, limité. Sur 57 médecins contactés, 6 ont refusé la rencontre.

notre travail<sup>191</sup>. Quelques « bras de fer » sont notamment nés du fait que nous abordions une « problématique sensible ». Les médecins n'apparaissant pas dans les listings de réseau et peu, voire pas du tout, impliqués dans la problématique, se montraient étonnés et suspicieux à l'égard de notre démarche. Certains d'ailleurs, lors de notre premier contact téléphonique, nous posaient la question : « Pourquoi moi ? Où avez-vous eu mon numéro de téléphone ? Je n'ai rien à voir avec la toxicomanie ». Ils se montraient notamment soucieux de ne pas éveiller l'attention, et méfiants vis-à-vis d'une publicité qui ne semblait pas leur plaire. Nombre d'entre eux d'ailleurs affirmaient rapidement : « De toute façon, je n'en ai pas... Je ne reçois pas de toxicomanes. Je ne pourrai rien vous dire ». Or tous les médecins rencontrés avaient, au moins une fois dans leur carrière, été confrontés à une sollicitation d'usager de drogues.

En raison de l'appréhension d'un terrain réputé « difficile », nous avons envisagé la possibilité d'indemniser les médecins-répondants. Dans le cadre d'un projet européen que nous montions à l'époque, nous avons d'ailleurs réservé une ligne budgétaire à cet égard, sans savoir réellement si elle serait utilisée, mais plutôt par précaution. Au final, ce budget n'a pas été employé à cet effet, non par radinerie, mais en raison d'une ouverture favorable du terrain.

La caractéristique majeure de ce mode de recueil de données est la persévérance et la patience. A quelques reprises, il nous a fallu nous rendre plusieurs fois chez le médecin, celui-ci étant parti en urgence ou ayant oublié le rendez-vous. Seul un entretien n'a pas abouti, le médecin nous laissant patienter plusieurs heures dans la salle d'attente avant de refuser la rencontre. De même, nombre d'entretiens ont été réalisés suite aux consultations libres du médecin. Ainsi, à notre arrivée, alors que la salle d'attente était comble, nous devons patienter une voire souvent plusieurs heures avant la rencontre. Bien que nous ayons mis tout en œuvre pour que ce genre de situations ne se produise pas, les conditions de l'entretien étaient principalement maîtrisées par le médecin, par ses patients et par un emploi du temps surchargé. Il est donc conseillé aux chercheurs s'intéressant à la même population de s'armer de patience (... et d'un bon bouquin !).

Ce mode de recueil de données a été mis en place après un premier travail d'archives et une revue thématique de la littérature française et belge. En raison d'un accident de la

---

<sup>191</sup> Au final, ces médecins se sont révélés être les « plus bavards » et ont manifesté une certaine satisfaction à la clôture de la rencontre.

route impliquant une rééducation d'environ six mois et de sérieuses difficultés de déplacement (nos jambes ayant été sérieusement touchées), la revue de la littérature s'est quelque peu prolongée (!). Toutefois, nous avons décidé de « commencer le terrain » dès que nous avons pu utiliser des béquilles, le travail de thèse est en effet un bon remède contre l'ennui même lorsque l'on est contraint à l'immobilité. Il nous a d'ailleurs permis de passer ces six mois difficiles dans une ambiance studieuse, redoublant d'effort pour retrouver rapidement (autant que faire se peut !) une indépendance dans nos déplacements.

Les premiers entretiens ont donc été réalisés avec les médecins situés dans la zone géographique la plus proche de notre domicile. En raison de l'impossibilité de nous déplacer seule, des proches<sup>192</sup> nous ont offert leurs services (de chauffeur mais aussi de soutien physique et moral). Les premiers entretiens avec les médecins se sont donc réalisés dans un climat très « médical ». Nos difficultés à arriver jusqu'à eux les mettaient dans des conditions relativement favorables. Pour l'anecdote, le premier médecin rencontré habitait à quelques pas de notre domicile, nous l'avons principalement choisi en fonction de ce critère. Ce choix s'est d'ailleurs révélé pertinent car il avait été investi dans la thématique il y a une dizaine d'années, mais avait décidé de réduire son activité. Au cours du travail de terrain, aucun médecin ni usager de drogues ne nous a pourtant cité son nom. Après l'entretien, il a proposé de nous raccompagner et de nous aider à arriver à bon port.

Ces circonstances un peu particulières ne sont d'ailleurs sans doute pas étrangères à la création d'un climat opportun à la discussion. Un rapport différent s'est donc établi dès le départ avec ces médecins... la majeure partie de cette récolte de données ayant été effectuée durant notre rééducation, nous avons pu « bénéficier » de ce climat favorable durant une bonne partie du travail de terrain. Précisons tout de même que nous ne profitons pas de la situation, mais qu'avec toute la bonne volonté, il nous aurait été impossible de cacher nos difficultés.

---

<sup>192</sup> Que Christophe, mon compagnon, et mes parents soient ici vivement et très sincèrement remerciés pour leur patience, leur disponibilité à toute heure et leur seuil de tolérance à toute épreuve !

### *Conditions d'entretien et climat*

De manière générale, les médecins nous accordaient une bonne heure<sup>193</sup>. Leur emploi du temps était bien souvent la raison de la fin de l'entretien. Au fil du temps, nous avons développé un guide d'entretien suffisamment centré pour être entièrement abordé dans les délais. Pour nombre d'entre eux, les médecins ont été rencontrés une seule fois. Les médecins impliqués dans la problématique ont par contre été rencontrés à de nombreuses occasions (formations, intervisions, réunions de réseau, colloques, etc.) et sont devenus de véritables « pourvoyeurs » d'informations tout au long de ce travail.

Les entretiens se déroulaient dans le cabinet du médecin ou à son domicile en fonction du moment choisi. Ils ont, pour la plupart, eu lieu avant le début de leur journée de travail ou après. Un des entretiens a d'ailleurs débuté à 21H30 après les consultations libres du médecin.

Les conditions de la rencontre et le climat étaient, dans l'ensemble, plutôt favorables bien que différents selon les médecins. Le premier entretien s'est déroulé dans les conditions les plus particulières. En effet, lorsque nous nous sommes présentée au cabinet, il n'y avait personne. Le médecin est arrivé un peu plus tard en voiture et nous a proposé de l'accompagner (nous pensions que c'était dans le cadre de ses consultations à domicile). Nous nous sommes alors retrouvés chez son garagiste et l'entretien a eu lieu dans la voiture et au garage. Comme premier entretien, nous espérions des conditions plus favorables. Nous avons à nouveau rencontré ce médecin quelque temps plus tard pour compléter les données récoltées.

Les entretiens les plus tendus étaient ceux réalisés avec les médecins femmes qui refusaient les suivis. Elles acceptaient facilement la rencontre, mais leurs réponses étaient souvent brèves et sèches. Sans surprise, les entretiens les plus longs (mais pas toujours les plus riches) ont eu lieu avec les médecins pionniers et militants, ou les médecins ne participant à aucun réseau spécialisé et « bricolant en solo » leurs pratiques. Les militants et les médecins investis, intéressés par notre démarche, sont d'ailleurs rapidement devenus des personnes ressources nous invitant à toutes les rencontres – formelles et informelles – sur la question.

---

<sup>193</sup> Un seul nous a accordé le temps d'une consultation, soit un quart d'heure.

Le climat était donc variable. Avec l'un des médecins, l'entretien a principalement été orienté sur son adolescence et son parcours punk au cours duquel il a testé toutes les drogues illicites. Un autre médecin, pionnier et assez provocateur, nous a longuement parlé de son passé judiciaire, de ses pratiques à la limite de la légalité, faisant entrer des patients durant l'entretien pour nous « montrer comment il pratiquait ». L'entretien le plus tendu est sans aucun doute celui où l'épouse du médecin nous a interrompus à cinq reprises de manière relativement agressive.

\*

Ce mode de récolte de données nous a permis de rentrer en contact avec des médecins de profils très différents et de véritablement entrer dans les pratiques. A partir de là s'est élaboré le projet de « mélanger les genres » autour d'une table et de rendre compte des enjeux de ces pratiques.

### 2.3. L'analyse en groupe : une dynamique fondamentalement interactive

La récolte de données par récits de pratiques, entretiens en face à face, semblait insuffisante à nos yeux. Se centrant sur les pratiques du médecin, elle ne permettait pas de rendre compte des interactions entre praticiens, notamment entre médecins soutenant des positionnements différents à l'égard des soins aux usagers de drogues. Le dispositif de recherche a donc été élargi pour pouvoir permettre la rencontre de généralistes de profils différents. L'analyse en groupe<sup>194</sup> a donc été mobilisée en complément des récits de pratiques. Ce mode de récolte de données sera davantage détaillé, celui-ci étant moins « classique » et nécessitant quelques précisions.

La mise en place effective d'un dispositif de recherche organisé autour du principe de l'analyse en groupe n'a pas été conçue *ab nihilo*, sur un terrain vierge. C'est non seulement une connaissance préalable du terrain, mais surtout la mise en œuvre et les contacts réguliers avec des praticiens qui en ont constitué le soubassement. Tout d'abord pour en éprouver la nécessité, ensuite pour en concevoir l'organisation et le développer sur le long terme. En effet, la contribution à une analyse en groupe sous-entend, pour les chercheurs comme pour les personnes sollicitées, un investissement en temps et en

---

<sup>194</sup> Dans la suite de la thèse, ce dispositif sera évoqué sous le nom de « groupe de travail » ou « groupe d'analyse ».

énergie loin d'être négligeable, soit, nous concernant, la participation active à trois soirées de travail.

De plus, même si l'objectif du groupe n'était pas de soumettre à évaluation les pratiques et les discours, les médecins qui y ont participé, par le principe même de la rencontre et de la confrontation des points de vue, se sont impliqués, se sont exposés, ont dévoilé leur logique d'action. Il apparaissait donc fondamental de créer des liens avec les acteurs et entre eux, de susciter, au préalable, leur confiance et leur intérêt au dispositif ainsi que de les convaincre du sens que pouvait avoir pour eux, en tant que professionnels, une entrée dans un tel processus de recherche.

Cette étape exploratoire fut en grande partie facilitée par notre insertion au plus près de la réalité locale, notamment par la réalisation des récits de pratiques. Par le biais de notre immersion sur la scène locale, les rencontres individuelles, la participation à des réseaux, à des colloques ou à des réunions de travail, un grand nombre de contacts ont été noués. Une bonne connaissance du terrain a, par ailleurs, permis d'identifier les diverses personnes ressources ou les acteurs-clés importants à mobiliser et à solliciter pour une participation au dispositif de recherche.

En sociologie, peu nombreux sont les ouvrages traitant de la méthode d'analyse en groupe. Notre attention a été retenue par le récent ouvrage de Van Campenhoudt *et al.* *La méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux* (Van Campenhoudt, et al., 2005). Après avoir expérimenté cette méthode au sein d'une équipe du Clersé et de l'Université de Louvain-la-Neuve dans le cadre des programmes Interreg<sup>195</sup>, elle nous est apparue intéressante à plus d'un titre bien que nécessitant quelques aménagements liés notamment aux caractéristiques particulières de notre échantillon.

### **2.3.1. L'originalité de la méthode d'analyse en groupe<sup>196</sup>**

Selon Van Campenhoudt, Chaumont et Franssen, l'analyse en groupe tendrait à se développer dans un contexte de mutations culturelles et de transformations structurelles,

---

<sup>195</sup> Un groupe de travail pluridisciplinaire regroupait différents professionnels des mondes médical, psychosocial, judiciaire, des décideurs politiques dans le but d'analyser les politiques de réduction des risques liés à l'usage de drogues en France et en Belgique. Les résultats de cette analyse en groupe ont fait l'objet d'un rapport de recherche (Duprez, *et al.*, 2005).

<sup>196</sup> Voir notre compte-rendu de lecture publié dans la Revue française de sociologie (Jeanmart, 2007).



poursuivant une ambition explicative de celles-ci. Elle permettrait donc « de ne pas renoncer à une sociologie qui explique le social par le social » (Van Campenhoudt, *et al.*, 2005, 34).

La démarche proposée s'inscrit dans la lignée de Merton ou de Touraine, tout en s'en démarquant sur un certain nombre d'aspects. Ainsi, dans la tradition de Merton, les *focus groups* avaient surtout pour objectif de faciliter le recueil de la parole individuelle par un effet d'entraînement. La dimension collective était rarement prise en compte pour elle-même, l'accent était davantage mis sur le sens partagé, voire sur le consensus. La méthode d'analyse en groupe, quant à elle, entend par contre accorder une place importante à la dimension collective du dispositif. Les points de vue n'y sont pas juxtaposés, mais confrontés les uns aux autres. De plus, l'intérêt porte davantage sur les interactions générées par le groupe que sur les individus eux-mêmes.

L'intervention sociologique de Touraine (Touraine, 1978), quant à elle, travaille sur des groupes restreints réunis sur une longue durée (souvent plusieurs mois) et privilégie l'action sur ceux-ci par l'auto-analyse, mettant l'accent sur la dimension conflictuelle des interactions ou des logiques professionnelles. Cette approche vise à accroître la capacité d'action historique du groupe et du mouvement social qu'il incarne. Le niveau d'analyse est celui de la réalité historique. L'analyse en groupe, par contre, vise à produire des connaissances (en une dizaine d'heures) en prenant en compte les convergences et divergences interprétatives entre les participants, ainsi qu'en organisant la confrontation entre les apports des participants entre eux, mais aussi entre ces derniers et les chercheurs. « Agir sur la réalité sociale » ne constitue pas non plus un but en soi, mais un effet indirect du dispositif, sans doute appréciable bien que non recherché. Le niveau d'analyse du groupe est donc celui de la réalité des pratiques professionnelles des médecins généralistes et l'influence des politiques publiques qui encadrent les conduites à risques et qui structurent, directement ou non, l'action de ces professionnels.

Dans la lignée constructiviste, l'ambition de la méthode est d'articuler des exigences souvent présentées comme contradictoires : la mobilisation de la réflexivité des individus et la prise en compte des limites de la subjectivité, la singularité des expériences individuelles et la construction collective des phénomènes sociaux, la rupture épistémologique et la continuité entre savoirs ordinaires et savoirs savants. Les problèmes et les enjeux sont ainsi appréhendés dans leur co-production sociale entre des

acteurs aux positions et aux points de vue divergents. Les auteurs soutiennent que, dans le jeu des interactions, des relations et des rapports sociaux entre acteurs se (re)produisent les réalités sociales.

L'objectif de la méthode est donc de réunir des individus concernés par une problématique commune tout en occupant des positions diversifiées. A partir d'étapes définies et d'analyses de « situation-problèmes » concrètes proposées par les participants, la méthode prend en compte les divergences et les convergences interprétatives et permet, par là même, de dégager une vision élargie et dynamique des enjeux sous-jacents aux problématiques étudiées. L'originalité de la méthode tient donc au fait qu'elle ne tente ni de mettre les participants d'accord sur les enjeux ni de faire émerger les conflits, pas plus que de mettre tous les participants du groupe d'accord sur une interprétation unanime de la situation. Il s'agit plutôt de « les mettre d'accord sur une formulation de leurs désaccords » (Van Campenhoudt, *et al.*, 2005, 5) et dès lors de créer le consensus sur les « dissensus ».

Les présupposés épistémologiques de l'analyse en groupe sont ceux du paradigme du conflit. Le principe de la coopération conflictuelle sous-tend le dispositif « se distinguant tant du paradigme de la domination, que de ceux de l'intégration et de la compétition » (Van Campenhoudt, *et al.*, 2005, 36). L'originalité de la méthode tient notamment à la double démarcation épistémologique qu'elle propose : d'une part, la confrontation des divers points de vue des participants, et d'autre part, la confrontation entre les apports des participants et ceux des chercheurs.

La méthode repose sur le présupposé que l'acteur est compétent. Les auteurs le définissent non pas comme ne faisant qu'agir, mais comme un sujet réflexif qui met en œuvre non seulement des compétences pratiques mais aussi des capacités critiques. Les auteurs ne défendent toutefois pas une réflexivité de l'acteur comme « naturelle ». Cette compétence sociale s'exercerait dans certaines conditions que le dispositif de l'analyse en groupe permettrait d'établir.

Cette approche « par le bas », rendant compte des expériences de terrain dans leur diversité et leur complexité, se veut inductive. La théorisation est ancrée dans l'expérience des participants. Après qu'ils se soient exprimés sur les convergences et les divergences dans leurs interprétations d'un problème, le travail d'analyse consiste à examiner comment les acteurs impliqués interagissent, en intégrant progressivement

leurs interprétations dans une synthèse. Ainsi au départ, les hypothèses et éléments théoriques sont mis en veille, ils n'émergent qu'au fur et à mesure du travail d'analyse en fonction de leur pertinence empirique. Il s'agit alors pour le chercheur d'avancer au gré des discussions et des débats.

De par la forme d'un débat organisé (voire « discipliné »), réglé par des procédures et des consignes précises, la mise en pratique de la méthode permet et favorise un « travail réflexif dans une démarche de production collective de connaissance validée intersubjectivement » (Van Campenhout, *et al.*, 2005, 43). Ainsi, chaque étape est strictement balisée, ce qui peut rapidement rendre la démarche lourde, voire rigide pour certains, et rebuter les participants qui sont, au premier abord, bridés dans leurs prises de parole. Toutefois, tout comme les auteurs, nous défendons cette rigueur : « Pour pouvoir être libres, les échanges ne sont pas spontanés » (Van Campenhout, *et al.*, 2005, 43), poursuivant une « ambition démocratique, celle du partage du savoir et du pouvoir » (Van Campenhout, *et al.*, 2005, 7). Sur le plan épistémologique, la méthode, et l'ouvrage qui la présente, sont des contributions importantes pour le chercheur qui souhaite confronter ses analyses à ceux qui en sont l'objet.

### **2.3.2. Adaptation de la méthode à notre objet**

A son analyse et après l'avoir expérimentée une première fois durant plus de cinq journées, cette méthode nous est apparue très riche. Par la mise en place de ce dispositif, l'objectif était de permettre la rencontre de médecins inscrits dans des positionnements différents afin de faire émerger les enjeux de la pratique à l'égard des usagers de drogues. L'originalité de la méthode réside notamment dans l'amorce de la discussion par la présentation de dossiers de patients particuliers. L'ayant déjà mise en pratique, nous étions également consciente de ses limites et capable de réfléchir à un aménagement (nous semble-t-il) satisfaisant.

#### *Des limites intrinsèques à la méthode*

Ainsi, bien que la méthode soit féconde et originale, quelques réserves restent à formuler. Premièrement se pose la question de la multiplicité des acteurs et des références de chacun. Lorsque se réunissent des professionnels d'horizons divers, ne partageant pas un vocabulaire commun et une culture professionnelle commune, il semble qu'une phase « d'appropriation réciproque » soit nécessaire. Notre précédente expérience a montré la nécessité d'accorder, dans les débats, un temps important aux

questions de vocabulaire. Les premières réunions avaient notamment été perturbées par le fait que les mêmes termes étaient sans cesse utilisés sans recouvrir les mêmes réalités. Toutefois, ce qui peut représenter une difficulté dans la mise en œuvre de la méthode peut aussi être considéré comme un objectif du dispositif, soit la construction d'un savoir commun sur les convergences et les divergences entre participants.

Une autre réserve concerne le recrutement des participants. Les auteurs recommandent de réunir le groupe une dizaine d'heures afin de permettre la confrontation des interprétations. On peut supposer que seules les personnes volontaires sont prêtes à un pareil investissement. Quid des médecins, des avocats ou autres membres de professions libérales pour lesquels la méthode semble, à première vue, plus difficilement applicable ? Seuls les personnes constituant le « réseau » des chercheurs ou les personnes réellement investies dans la problématique risquent de se retrouver autour de la table.

De même, la rigueur de la méthode, vue par certains comme une rigidité, peut amener les participants à proposer un discours convenu. En effet, à quel titre s'expriment ces « participants volontaires » ? A titre personnel ? Au titre d'une institution ? Comme représentant d'un groupe professionnel ou d'un segment du groupe ? Le risque est toujours grand, dans des conditions « non naturelles », que le participant se retranche derrière un discours institutionnellement correct. Il est en effet difficile par exemple de demander à un magistrat, en présence d'autres participants, de quitter son rôle d'homme de loi et de s'exprimer d'un point de vue personnel. A cet égard, travailler à partir de « situation-problèmes » s'avère intéressant et permet, en partie, de réduire ce biais.

Enfin se pose la question de la pertinence et de la représentativité des résultats. Ce dispositif n'est-il pas un bon complément à d'autres méthodes comme l'entretien ou le questionnaire ? Serait-il plus « productif » couplé à des méthodes d'observations en situation ? On peut souligner que le dispositif qui inclut en parallèle une méthode par entretiens semble le plus riche et le plus dynamique, selon l'expérience que nous en avons faite au Clersé. Enfin, les auteurs mentionnent avoir mis en œuvre la méthode soit seule, soit en complément d'autres outils méthodologiques, qu'en est-il de la comparaison des résultats et de la confrontation de ces outils sur un même terrain ?

### *Des choix de types stratégiques*

Une fois le choix de la méthode réalisé, les premières questions qui ont émergé, avaient trait à l'organisation pratique des rencontres : Combien de réunions organiser ? Où les organiser ? Comment rendre notre projet attractif ? Nous devons bien avouer notre perplexité de départ devant ce projet qui, d'une part, nous paraissait excitant et enrichissant et, d'autre part, difficilement réalisable en raison de l'emploi du temps chargé des médecins et en raison des bruits de couloir rendant compte de la difficulté de « motiver » ces professionnels.

La première question qui se posait avait trait à une particularité des activités des médecins libéraux voulant que ceux-ci se fassent rémunérer lorsqu'ils participent à diverses réunions. Ayant des contacts réguliers avec des réseaux de médecins généralistes spécialisés en toxicomanie, nous avons en effet appris qu'à chaque rencontre, ils proposaient un émargement et, pour certains, des points d'accréditation. La question de la rémunération des participants fut donc au cœur de nos réflexions du départ. Souhaitant maximiser le taux de participation et par là même assurer la diversité du groupe, nous avons sollicité deux réseaux spécialisés, l'un en Belgique (Alto Wallonie) et l'autre en France (Généralistes et Toxicomanie 59/62 Nouvelles pratiques en médecine générale), afin de monter avec eux un projet européen permettant la rémunération des médecins ainsi que le financement de tout ce qui a trait à l'organisation du groupe (lunch, déplacements, etc.). Ce projet a reçu l'aval de la Commission européenne et a ainsi pu être financé<sup>197</sup>. Toutefois, ce partenariat avec les deux réseaux a produit des difficultés particulières sur lesquelles nous reviendrons.

La deuxième question portait sur le nombre, le moment et la fréquence de ces rencontres. Il s'agissait quelque part de « doser » correctement le projet pour, d'une part, ne pas rebuter les participants potentiels vis-à-vis d'un investissement qui leur semblerait lourd et, d'autre part, de récolter suffisamment de matériau pour permettre la confrontation des interprétations et une analyse consistante. Nous n'envisagions pas de réunir les médecins durant la journée. Il semblait en effet difficile de leur demander de

---

<sup>197</sup> Microprojet européen Interreg III A France – Wallonie, financé par les Fonds structurels européens FEDER. Intitulé du projet : *Echanges de pratiques entre médecins généralistes français et belges sur l'accompagnement des patients usagers de drogues*, en collaboration avec l'association Généralistes et Toxicomanies 59/62 « nouvelles pratiques en médecine générale » et Alto Wallonie. Projet financé du 1<sup>er</sup> septembre 2006 au 1<sup>er</sup> septembre 2007. Coordination : C. Jeanmart.

quitter leur cabinet durant plusieurs journées pour participer au projet, même si leur présence était rémunérée. L'expérience que nous en avons allait d'ailleurs dans ce sens. En effet, procéder de la sorte induisait un biais certain : seuls les médecins « vraiment » impliqués auraient (sans doute) répondu à l'appel. Organiser ces réunions le week-end semblait également difficile. Nombre d'entre eux exercent le samedi matin et, ils n'ont cessé de le répéter, ont peu de temps à consacrer à leur famille « même le week-end ». Nous avons donc opté pour les soirées. Ce choix (par défaut, le « moins mauvais », nous semble-t-il) impliquait la mise en place d'un dispositif « concentré » permettant de confronter les points de vue dans un laps de temps assez court. Les réunions duraient ainsi entre 2h30 et 3h afin de clôturer dans des délais qui nous semblaient raisonnables, soit aux alentours de 23h.

Nous l'avons souligné, Van Campenhout, Franssen et Chaumont recommandent de réunir le groupe une dizaine d'heures. Nous avons opté pour l'organisation de trois rencontres. Ce choix s'est d'ailleurs révélé pertinent car, au bout de ces trois rencontres, il nous semblait atteindre une certaine saturation.

Le dossier remis à la Commission européenne a été accepté en septembre 2006. Le temps de se mettre d'accord sur les objectifs, d'organiser quelques réunions préparatoires et de contacter l'ensemble des médecins pressentis, la première rencontre s'est tenue en fin novembre 2006. Pour permettre la retranscription des rencontres, la rédaction de la synthèse, la soumettre aux organisateurs, un délai d'un bon mois s'est écoulé entre chaque rencontre (fin janvier 2007 et mars 2007). Une difficulté supplémentaire liée au caractère transfrontalier du dispositif tenait également à trouver des semaines libres entre les vacances scolaires des deux pays (ce qui paraît anecdotique, mais qui complique quelque peu les règles du jeu).

Enfin, la troisième interrogation portait sur le lieu des rencontres. Conviant à la fois des médecins belges (de l'axe Mons-Tournai-Mouscron) et français (de l'axe Tourcoing-Maubeuge), le choix du lieu des rencontres semblait également primordial du fait notamment que les réunions se déroulaient en soirée. Nous devions éviter à tout prix que certains se sentent plus contraints que d'autres aux déplacements. Après avoir (pragmatiquement) coupé la poire en deux, Tournai fut élu comme quartier général. Restait encore à trouver un local adapté et accessible en soirée. Participant depuis plusieurs années à des réunions thématiques sur les dépendances dans le Tournaisis

organisées dans un centre hospitalier, nous avons tenté notre chance auprès de la direction, la connotation médicale du lieu allant également de pair avec notre projet. Après quelques démarches, l'hôpital nous a gracieusement laissé occuper les lieux, mettant à notre disposition tout le matériel nécessaire.

Ces détails « techniques » réglés, si futiles à première vue et pourtant primordiaux, nous pouvions nous atteler à mettre réellement en place le projet et à lancer les invitations.

Le groupe de travail a été constitué à la fin de la phase de recueil de données par entretiens. La composition du groupe a représenté une étape particulièrement décisive. Après avoir retranscrit une quarantaine d'entretiens, nous avons réalisé une première analyse des positionnements et des parcours des médecins. Celle-ci nous a guidés dans le choix des médecins à inviter. D'autres critères ont guidé ce choix :

- le sexe du médecin (nous tenions à réunir à la fois des hommes et des femmes),
- la localisation géographique du médecin,
- la diversité des pratiques,
- la participation ou non à des réunions de réseau ou des intervisions (nous ne tenions pas à nous retrouver face à des médecins revendiquant un discours convenu et empreint de « bonnes pratiques »),
- ainsi que la confrontation ou non à la problématique transfrontalière.

Nous n'avons toutefois pas invité de médecins ne pratiquant pas avec les usagers de drogues, considérant que ceux-ci ne permettraient pas d'enrichir les débats et se laisseraient à la première rencontre du fait qu'ils n'aient pas d'expérience à partager.

Au cours de ces premiers entretiens, lorsque nous sentions une spécificité se dégager dans les pratiques du médecin, nous lui faisons part de notre projet de mettre en place un groupe de travail. Ainsi, le médecin était fréquemment au courant de notre démarche sans que nous ne soyons entrés dans les détails. Dans un premier temps, nous avons donc rédigé un courrier présentant les objectifs de ce projet, la méthode de travail ainsi qu'un calendrier provisoire. Le courrier a été envoyé à 14 médecins (7 Belges et 7 Français). Nous ne souhaitons pas constituer un groupe trop important afin que chacun des participants ait un temps de parole suffisant au vu de la durée des rencontres. En

lançant ces 14 invitations, nous comptions recevoir 10 réponses positives. La semaine suivante, comme annoncé dans le courrier, nous entrions en contact avec le médecin par téléphone pour discuter du projet. Dans quelques cas, il nous demandait de nous rendre chez lui pour que nous lui fournissions de plus amples détails. Dans les autres cas, la conversation téléphonique était suffisante. Treize médecins ont montré un vif intérêt pour le projet<sup>198</sup>. Parmi ceux-ci, un seul ne pouvait se libérer aux dates proposées alors qu'elles convenaient aux autres participants. Notre plus grand regret réside dans la faible représentativité des femmes, une seule ayant répondu à l'appel.

La spécificité de la méthode, nous le notions, réside dans la manière de lancer la discussion, à partir d'un récit<sup>199</sup> présenté par un participant. Le travail est d'emblée ancré dans l'expérience concrète des participants, ceux-ci étant ainsi directement impliqués. « Ce sont les participants qui décident au début des problèmes intéressants à analyser et non pas les chercheurs en vertu d'hypothèses préalables. Grâce au récit, on n'échange pas des « idées en l'air », on analyse ensemble ce qui se joue dans une situation précise révélatrice d'enjeux complexes » (Van Campenhoudt, *et al.*, 2005, 67). Dans le courrier de présentation du projet ainsi que lors de notre échange téléphonique, nous demandions au médecin, s'il le souhaitait, de nous envoyer un récit qui lui semblait refléter les enjeux de sa pratique avec les usagers de drogues. Rapidement, nous avons reçu quatre propositions (deux françaises et deux belges, la parité était donc respectée !). Deux récits faisaient état des mobilités transfrontalières des patients et des difficultés qu'elles induisaient, les deux autres rendaient compte d'expériences « nationales ». Bien que nous ayons réitéré notre proposition au cours des rencontres, aucun autre récit ne nous est parvenu. Les trois réunions ont donc porté sur ces quatre récits.

---

<sup>198</sup> Nous tenons d'ailleurs à les remercier pour leur intérêt et leur investissement. Ont participé à ce projet le Dr Alain Bardoux, le Dr Christian Depelchin, le Dr Sabine Gaillard-Starzmann, le Dr Frantz Gentholtz, le Dr Freddy Kicq, le Dr Dominique Lamy, le Dr Yannick Millot, le Dr Jean-Jacques Muny, le Dr Jean-Louis Raviez, le Dr Bertrand Riff, le Dr Frédéric Sapin et le Dr Claude Vrielynck.

<sup>199</sup> Van Campenhoudt *et al.* définissent les caractéristiques d'un « bon » récit. Celui-ci doit répondre à trois conditions :

- (1) « le récit doit porter sur des événements jugés intéressants au regard de l'objectif de la recherche »,
- (2) il « doit porter sur une histoire vraie, qui s'est donc réellement passée et qui s'est déroulée dans une certaine durée. (...) L'histoire doit être relatée avec un souci d'objectivité et de véracité » ;
- (3) il « doit impliquer directement le narrateur ou la narratrice. Celui-ci ou celle-ci doit être une des protagonistes de l'histoire » (Van Campenhoudt, *et al.*, 2005, 68-69).



### *Tenter de dépasser les limites de la méthode*

Consciente des limites intrinsèques à la méthode, celle-ci fut adaptée à notre objet et notre terrain particulier.

La question de l'animation des rencontres a rapidement posé problème. Et c'est sur ce point particulier que se sont fait sentir les difficultés à travailler en partenariat avec les deux réseaux de médecins généralistes. Nous l'avons souligné, dans ces réseaux, la participation aux réunions est rémunérée, les animateurs étant indemnisés le double des participants. Lorsque nous avons abordé la question de l'animation, les deux médecins représentant les réseaux n'ont pas caché leur surprise. Il leur semblait évident qu'en tant qu'« experts » (expression utilisée par ceux-ci) dans la problématique et dans la tenue des réunions, ils soient les « animateurs officiels ». Or nous souhaitions éviter à tout prix de nous retrouver dans une configuration identique à celle des réunions de réseau ou autres intervisions et nous souhaitions également éviter que certains médecins soient présentés comme « experts ». Les échanges furent durs sur la question, mais nous soutenions notre position. La situation était donc délicate car c'était tout de même eux qui finançaient le projet par le biais de leurs associations... Un compromis fut donc trouvé : faire appel à une personne extérieure. En effet, vu notre proximité avec les participants, il semblait plus judicieux que nous n'endossions pas le rôle d'animateur, mais plutôt celui de « scribe », prenant les notes lors des rencontres et rédigeant les synthèses et les différentes analyses. De plus, notre « jeune âge » et le peu d'expérience dans l'exercice pouvaient conduire à un manque de crédibilité et à une difficulté de gestion en cas de naissance de conflits. Notre choix s'est alors porté sur notre directeur de thèse, ayant une certaine proximité avec la problématique, une expérience certaine en gestion de réunions, et ne connaissant pas la majorité des participants.

La négociation a donc porté sur la place qu'occuperaient les responsables des réseaux au cours des rencontres. Le compromis fut le suivant : leur accorder le rôle de narrateur lors de la première réunion et leur attribuer le rôle de participant par la suite.

La deuxième limite à dépasser concerne la multiplicité des acteurs et des références de chacun. Bien que tous les participants soient médecins généralistes, tous n'ont pas la même connaissance des dispositifs et des réglementations concernant les soins aux usagers de drogues... d'autant plus que le groupe est assez hétérogène au niveau de la répartition géographique, au niveau des pratiques. Les références des uns et des autres

ne sont donc pas identiques, notamment concernant les réalités du pays voisin. Pour éviter les incompréhensions, la décision fut prise de traiter les questions de réglementations et des dispositifs spécifiques à chacun des pays lors de la première rencontre. Il s'agissait d'une phase d'apprivoisement qui s'est révélée être très riche et qui a permis de stimuler l'intérêt des participants pour les réunions suivantes. Il s'est agi en quelque sorte de construire un savoir commun sur les convergences et les divergences entre participants. De cette manière, nous avons pu rapidement déconstruire les idées reçues sur les accompagnements proposés dans les deux pays.

La réserve concernant le recrutement des participants a tenté d'être atténuée par la proposition de rémunérer les médecins. Ainsi, des médecins que nous n'avions rencontré qu'une seule fois ont accepté de se prêter au jeu, de même que ceux étant peu ou moyennement investis dans la problématique.

L'une des principales critiques de la méthode porte sur sa rigueur, voire sa rigidité. Des plans de table sont réalisés pour chaque réunion de manière à varier les profils, les situations géographiques. De même, lors de chaque rencontre, les participants étaient positionnés différemment. Chaque tour de table est strictement balisé par des procédures : l'animateur et les scribes ne peuvent participer aux tours de table, chaque participant doit s'exprimer, une fois son tour passé, il ne peut plus intervenir. Le débat n'est jamais direct, mais plutôt indirect. Nous le notions, le risque est toujours grand, dans des conditions « non naturelles », que le participant se retranche derrière un discours institutionnellement correct. A cet égard, travailler à partir de « situation-problèmes » s'avère intéressant et permet, en partie, de réduire ce biais. De même, bien que les tours de tables aient été strictement respectés, en fin de rencontre, les débats étaient plus libres. Le lunch pris en milieu de rencontre permettait aussi de « détendre l'atmosphère » et de faire plus ample connaissance. Après la première rencontre, déjà, une certaine dynamique s'est créée entre médecins ne se connaissant pas auparavant et pratiquant de manière diverse. La présentation des récits a permis à chaque médecin de se retrouver dans le discours de l'autre, de s'identifier dans les difficultés liées à la profession.

Un autre aménagement a porté sur la synthèse en fin de réunion. Van Campenhoudt *et al.* suggèrent qu'à la fin de chaque rencontre, le « scribe » propose une analyse « à chaud » des enjeux ayant émergé au cours des débats, ainsi que de pointer les

convergences et les divergences interprétatives. Ne disposant que de deux à trois heures pour la présentation de deux récits ainsi que les réactions à ceux-ci, il s'est avéré matériellement impossible de proposer cette synthèse. Celle-ci était réalisée hors réunion et envoyée aux participants qui y réagissaient à la rencontre suivante.

Le choix de « se limiter » à trois rencontres semble pertinent. D'une part, nous l'avons signalé, les débats semblaient au fil du temps se concentrer sur les mêmes enjeux. La saturation semblait être atteinte. D'autre part, le noyau de participants s'est restreint avec le temps<sup>200</sup>, bien que les médecins ne pouvant pas participer aux rencontres nous contactaient pour exprimer leur regret et montrer leur intérêt de continuer à être informés du projet.

Enfin, quant à la pertinence et à la représentativité des résultats, nous soutenons que ce dispositif est un bon complément à d'autres méthodes. Il nous a permis d'affiner nos hypothèses et de nuancer les résultats récoltés en entretien en face-à-face. La confrontation et la mise en parallèle des résultats recueillis par le biais des différentes méthodes se sont effectuées sans réelle difficulté puisqu'ils portaient sur un même échantillon ou une partie de celui-ci.

\*

Ces rencontres en groupe avec des médecins que nous avons rencontrés précédemment en face à face ont permis de faire émerger des données intéressantes et différentes. Dans un contexte de confrontation de positionnements variés, les médecins ont explicité clairement, à l'aide des dossiers présentés, leurs pratiques. Ils sont davantage entrés dans les détails que lors de notre entretien en face à face. Les faire s'exprimer sur les mêmes dossiers avait également l'avantage de pouvoir clairement comparer leurs pratiques. Ils ont aussi pu nuancer les propos tenus lors des entretiens. Mais cette méthode a surtout eu comme effet de libérer la parole sur le stress, l'incertitude, les peurs liées aux situations vécues. Alors que cet aspect était éludé des entretiens en face à face, entre pairs, les angoisses ont pu être exprimées. Les réflexions éthiques associées ont été débattues et ont permis de mettre à jour les enjeux des pratiques et, dans une moindre mesure, les points de tension entre praticiens. L'affectivité des situations présentées était parfois telle que certains médecins souhaitant

---

<sup>200</sup> Dix médecins ont participé à la première rencontre, neuf à la deuxième et huit à la troisième.

poursuivre leur réflexion nous les faisaient parvenir par mail les jours suivants la rencontre.

#### 2.4. Le médecin en réunion : observations de situations diverses

Cette récolte de données a été enrichie par l'observation et la participation à différentes réunions de réseaux ou collectifs centrés sur la thématique des drogues. En effet, la médecine générale est une profession où les rencontres entre confrères ne sont pas rares. Notre attention s'est focalisée sur les lieux de rencontre où était abordée cette problématique. L'objectif était, dans un premier temps, de voir et de comprendre ce qui s'y passait, puis, d'analyser les échanges et les enjeux des rencontres. Au total, nous avons assisté à plus de 40 heures de réunions diverses : des réunions regroupant uniquement des médecins et pharmaciens, mais aussi des réunions avec les autres professionnels intervenant dans le champ (psychiatres, travailleurs sociaux, etc.) ; des réunions avec présentation de dossiers, mais aussi des réunions avec des discussions sur l'évolution des consommations, etc. ; des réunions de partage de pratiques, mais aussi des formations ; des échanges d'expérience, mais aussi des rencontres pour répondre à des commandes politiques ; enfin, des rencontres pour comprendre de nouveaux dispositifs ou des phénomènes émergents, mais aussi des rencontres où des Inspecteurs des pharmacies, des membres des cabinets ministériels étaient invités à donner leurs positions ou à rendre compte des évolutions récentes.

Ces observations nous ont permis de comprendre ce que venaient y chercher les participants, ce qui se jouait dans ces lieux, et quels étaient les acteurs dominants ces organisations et ces réflexions. Elles sont donc riches pour une compréhension du champ, nous y reviendrons.

#### 2.5. Le médecin en action : observations de quelques consultations

Par le biais de certains médecins, nous avons pu assister à quelques consultations. Toutefois, le cadre de ces observations était assez particulier. Nous nous sommes parfois sentie « prise au piège » de médecins voulant à tout prix montrer leur bonne foi. Ces occasions se sont curieusement (?) présentées par le biais de médecins mettant en œuvre des pratiques hors normes.

Pour l'anecdote, nous reviendrons sur la situation qui nous a mise le plus mal à l'aise. Un soir, nous avons rendez-vous avec un médecin avec lequel nous avons

réalisé un entretien. Il avait proposé de mettre à notre disposition quelques documents sur l'usage de drogues dans la région, ainsi que sur les formations destinées aux généralistes. A l'heure dite, nous nous présentons devant son cabinet (qui est également son domicile). Il n'était pas encore arrivé, mais trois personnes attendaient devant chez lui, cannettes de bière en main. Nous patientons avec elles, échangeant quelques mots sur le médecin. Rapidement, nous comprenons (bien que nous l'avions deviné) qu'elles le consultent pour un traitement méthadone. Le médecin en question leur avait donné à chacun rendez-vous à cinq minutes d'intervalles, notre rendez-vous venant ensuite. Après un bon quart d'heure, le médecin arrive. Il nous fait entrer en premier et nous échangeons quelques mots. Sans rien demander, il se lève et va chercher le premier patient. Sans lui demander son accord, il échange quelques mots sur le traitement, demande au patient de nous raconter son parcours et lui fait insister sur son « bon travail ». Sans qu'aucun acte médical ne soit posé, il lui fait une ordonnance et le salue. Aucun paiement n'a lieu. Il rejoue le même scénario avec le patient suivant. Il ne nous donne pas l'occasion de nous exprimer et nous prend à parti à chaque fois qu'il s'adresse au patient. Une fois le travail réalisé (sans paiement pour aucun des trois), il nous tend les documents et nous nous quittons.

Ces données étant partielles et anecdotiques, nous ne les avons pas utilisées en tant que telles. Elles nous ont toutefois permis de mieux cerner les pratiques de certains médecins, nous donnant l'occasion de faire un lien entre les descriptions recueillies lors de l'entretien et les actes posés en consultation.

## 2.6. Les autres acteurs en présence : les usagers de drogues et les professionnels du champ des addictions

Les entretiens réalisés, de 2002 à 2004, dans le cadre des contrats européens Interreg III sont riches d'informations complémentaires. Bien que ceux-ci n'aient pas été centrés sur le recours au médecin généraliste et qu'ils n'aient pas été focalisés sur leurs pratiques, ils enrichissent les données récoltées par les informations qu'ils fournissent sur les représentations d'une profession sur l'autre, les logiques de recours des usagers et les biais par lesquels ils contactent un médecin.

Dans le cadre de ce contrat de recherche, deux phases majeures ont rythmé la récolte de données. Une première phase était consacrée à l'analyse de l'accompagnement des usagers de drogues et de leur entourage proposé par les intervenants de la zone

frontalière du Nord de la France et du Hainaut belge. Le travail entre professionnels, à partir des notions de réseau et de partenariat, était interrogé : partenariat entre professionnels du même secteur, du même pays ou encore partenariats transfrontaliers. La notion de frontière était appréhendée de deux manières : comme délimitation géographique entre la France et la Belgique, mais également comme démarcation entre champs professionnels. Une deuxième phase de recherche s'est attachée à recueillir le discours des (anciens) usagers de drogues et des familles quant aux recours qu'ils sollicitent au sujet des consommations de produits psychotropes. L'objectif était de comprendre leur parcours et les recours (non) mobilisés, pour certains, de part et d'autre de la frontière franco-belge. Deux types de matériau ont été récoltés. D'une part, une enquête par questionnaires a été lancée auprès des ressources professionnelles existant sur le territoire étudié. D'autre part, nous avons réalisé des entretiens avec trois populations distinctes : des intervenants et professionnels, des (anciens) usagers de drogues et des familles du bassin frontalier.

### **2.6.1. Entretiens auprès des professionnels**

L'objectif de cette étape était de comprendre les logiques d'intervention des intervenants et professionnels, d'appréhender l'évolution des publics, des pratiques professionnelles, des usages, des partenariats, ainsi que la mobilité du public au sein du réseau et les mobilités transfrontalières. Nous avons opté pour une méthode par entretiens semi-directifs, afin de faire émerger les systèmes de valeur, les repères normatifs, les représentations, les univers symboliques qui structurent les pratiques de ces intervenants. Pour diversifier l'échantillon, les intervenants rencontrés ont été sélectionnés selon trois critères : leur localisation géographique, les problématiques traitées ainsi que leur domaine d'activité. Au total, 42 entretiens ont été réalisés, 30 avec des intervenants français et 12 avec des intervenants belges.

### **2.6.2. Entretiens avec les (anciens) usagers de drogues et leur famille**

La deuxième phase de recherche s'attachait à recueillir le discours des (anciens) usagers de drogues et des familles quant aux recours qu'ils sollicitent ou non. Forts de l'expérience de différents sociologues ayant travaillé sur les « sorties de la toxicomanie », nous ne sommes pas partis de l'hypothèse selon laquelle certains usagers de drogues s'en sortiraient seuls et que d'autres feraient appel au monde professionnel. Comme le note Castel, cette hypothèse est naïve. Rencontrant des usagers hors

des circuits institutionnels, il s'était rendu compte que souvent, ces usagers avaient un passé institutionnel (diverses institutions de soins, prison,...). Castel déconstruit ainsi son hypothèse<sup>201</sup>. Pascale Jamouille fait le même constat (Jamouille, 2000, 25). La rencontre des usagers de drogues et des familles s'est donc réalisée, dans la majorité des cas, par l'intermédiaire de professionnels de soins spécialisés ou différents acteurs de prévention, dans d'autres cas, par la mise en place de la méthode de « proche en proche ». Notre échantillon est constitué de deux populations : les usagers ou anciens usagers de drogues<sup>202</sup> d'une part et les membres de la famille d'autre part.

Deux modes de sollicitation ont été mobilisés pour rencontrer les usagers de drogues : la voie directe et la voie indirecte. D'une part, nous avons réalisé une ébauche de flyers et d'affiches que nous avons déposés dans différents lieux susceptibles d'accueillir ce public. Il ne s'agissait aucunement de réaliser une campagne exhaustive, cette méthode ayant montré ses limites, mais de multiplier les possibilités de contacts. Toutefois, ce mode de sollicitation n'a pas fait ses preuves, nous l'avons donc rapidement abandonné. D'autre part, nous avons ainsi travaillé avec différents professionnels ou intervenants du territoire frontalier et mis en place la méthode de

---

<sup>201</sup> Evoquant sa recherche sur les sorties de la toxicomanie, il revient sur la déconstruction de son hypothèse : « En tant que sociologues, nous étions partis d'une hypothèse qui s'est avérée finalement assez naïve. Nous nous étions dit : on parle toujours des clients des institutions, c'est la population la plus visible des toxicomanes. Il faudrait plutôt chercher ceux qui ne sont pas passés par les institutions et qui s'en sont sortis « tout seuls ». Nous nous sommes donnés ainsi beaucoup de mal à trouver des gens en-dehors des circuits institutionnels afin de comparer ceux qui s'en seraient sortis « seuls » ou avec l'aide de « supports sociétaux », non professionnels et non institutionnels d'une part, et d'autre part, ceux qui s'en seraient sortis par les circuits institutionnels classiques. Mais nous nous sommes rendus compte que cette opposition était rarement pertinente. En interrogeant les gens rencontrés hors des circuits institutionnels, il s'est trouvé que souvent ils avaient un passé institutionnel et parfois lourd : plusieurs institutions, la prison, etc. Cela ne veut pas dire qu'il n'existe pas d'ex-toxico complètement hors des circuits institutionnels classiques. (...) Les « supports sociétaux » représentent moins une alternative au travail professionnel qu'un apport, certes important, mais qui souvent joue simultanément ou dans la succession d'autres recours » (Castel, 1994, 29).

<sup>202</sup> Les critères suivants ont orienté la constitution de l'échantillon des (anciens) usagers de drogues et des familles. Nous avons rencontré des personnes résidant sur l'axe Lille, Valenciennes ou Maubeuge pour la France ou Mouscron, Tournai, Mons pour la Belgique. Nous souhaitions rencontrer à la fois des hommes et des femmes, bien que le lecteur constatera que l'échantillon « usagers » est principalement masculin et l'échantillon « familles » presque exclusivement féminin. Nous avons recruté des (anciens) usagers de produits psychotropes âgés de 16 à 35 ans environ. Cette classe d'âge a été retenue car elle correspond à la population fréquentant en majorité les centres de soins ou faisant appel aux professionnels spécialisés. Aucun produit n'était privilégié (héroïne, cocaïne, cannabis, alcool, médicaments,...). La fréquence, la quantité et la durée de consommation ne constituaient pas des critères d'exclusion. Nous souhaitions également rencontrer des personnes ne consommant plus. Le critère de suivi par un professionnel, comme nous l'avons déjà évoqué, n'était pas relevant. Les usagers pouvaient avoir ou non entamé des démarches auprès de professionnels ou tout autre service.

proche en proche (Blanchet et Gotman, 1992, 58). Cette méthode ne s'est pas révélée fructueuse : la plupart des usagers rencontrés étaient sous produit lors de l'entretien ou ne disposaient pas de logement fixe, il était donc difficile de reprendre contact avec eux ultérieurement pour prendre rendez-vous avec leurs connaissances. Les anciens usagers rencontrés ou tentant de s'en sortir préféraient ne plus entrer en contact avec leurs « amis de galère » afin d'éviter les risques de rechute. Nous avons également travaillé avec l'intermédiaire d'une vingtaine d'intervenants qui nous ont mis en contact avec leurs connaissances. Au total, 21 entretiens ont ainsi été réalisés avec d'(anciens) usagers belges et français.

### **3. Méthode d'analyse des données**

Pour analyser le matériau récolté, il a semblé nécessaire de choisir une méthode qui en préservait au maximum la substance tout comme la logique de recueil d'informations, c'est-à-dire une méthode d'analyse intégrant une dimension microsociologique et une dimension davantage macrosociologique.

Si cette méthode, en tant que produit composite, porte notre marque personnelle, elle emprunte néanmoins à beaucoup d'autres auteurs et s'inspire largement de nombreux modèles analytiques proposés dans la littérature. On y trouvera, en autres, des concepts issus de la sociologie interactionniste, et notamment de Hughes (Hughes, 1996) et Strauss (Strauss, 1992a). Mais nous nous sommes également largement inspirés des écrits de Grémy et Le Moan sur la construction des typologies en sciences sociales (Grémy et Le Moan, 1977), mais aussi de Schnapper et la démarche idéal-typique (Schnapper, 1999). L'ouvrage de Poupart *et al.* consacré à la recherche qualitative nous a également constamment servi de référence (Poupart, *et al.*, 1997) (en particulier les articles de Poupart sur les entretiens qualitatifs (Poupart, *et al.*, 1997) et de Anne Laperrière sur les critères de scientificité des méthodes qualitatives (Poupart, *et al.*, 1997)), de même que le livre de Demazière et Dubar (1997) sur l'analyse d'entretiens biographiques (cela même si la méthode d'analyse adoptée s'éloigne en partie de celle qu'ils proposent) (Demazière et Dubar, 1997).



## **Conclusion**

Cette énumération des données récoltées illustre la diversité et la richesse du matériau. Celui-ci est donc constitué de 13 « entretiens de contextualisation », de 51 récits de pratiques, d'une quarantaine d'heures d'observations de réunions diverses, de plus de 10 heures d'analyse en groupe, sans oublier l'apport des 21 entretiens d'(anciens) usagers de drogues et des 42 entretiens avec des professionnels du champ des addictions.

Ce récapitulatif assez « froid » et statique ne rend évidemment pas vraiment compte des nombreux contacts et relations liés sur le terrain, du soutien constant de certains médecins, mais aussi d'associations ou d'autres professionnels conscients de l'importance de cette problématique et souhaitant, par ce soutien, ces échanges continus, faire évoluer les mentalités et faire progresser l'offre de soins aux usagers de drogues. De 2004 à 2007, nous avons peu à peu appris à connaître ce milieu qui nous était étranger, à comprendre le mode de vie effréné de ces professionnels du soin et, par la force des choses, à nous y adapter et progressivement à nous faire une place dans leurs réseaux, associations et autres regroupements particuliers. Ce travail de terrain fut une véritable aventure humaine, la mise en place d'un dispositif méthodologique varié nous permettant de régulièrement croiser la route des plus investis.

Toutefois, il est difficile de terminer ce commentaire relatif à la méthode sans parler d'un sentiment qui nous a traversée tout au long de ce travail de terrain. Ce sentiment est celui d'un malaise personnel récurrent qui s'est nourri de la violence et de la sélection des patientèles qu'a mise en lumière notre rencontre avec les médecins généralistes. Nous avons en effet été frappée par l'importante sélection des patients opérée par les professionnels de santé et par le manque d'humanisme de quelques médecins dont la pratique est empreinte de jugements et de déni. Bref un sentiment qui suscite la grande tentation de prolonger la recherche scientifique en proposant diverses recommandations visant à informer et former ces acteurs de première ligne parfois amenés à « abandonner » sans aucune aide des patients nécessitant des soins.



## CHAPITRE 2. LES PRATIQUES : ENTRE RESSOURCES ET CONTRAINTES

Si notre travail s'est attaché, dans une première partie, à analyser la dynamique d'émergence de la médicalisation de l'usage de drogues, il nous faut prendre la mesure de ces changements en cherchant à appréhender comment ils se traduisent dans la pratique quotidienne des médecins généralistes. Par conséquent, le deuxième temps de cette recherche consiste à se déplacer vers le microsocial pour analyser les pratiques mises ou non en œuvre. Comme le souligne Strauss, « on ne peut ni faire de bonnes études au niveau microscopique sans une identification soigneuse et précise des conditions structurelles y afférant, ni comprendre correctement les « structures » et les actions macroscopiques, sans prendre en compte les conditions de « l'identité » qui empiètent sur le macroscopique » (Strauss, 1992b, 13). On tentera donc, dans cette deuxième partie, d'opérer une description aussi fine que possible des pratiques, des logiques d'action et de rendre compte des expériences individuelles et collectives propres aux soins aux usagers de drogues. Nous pourrions ainsi apprécier dans quelle mesure le changement de paradigme opéré dans le courant des années 1980-1990 a une incidence sur les conditions de travail et les pratiques des uns et des autres. L'existence et le contenu de ces pratiques feront d'ailleurs l'objet d'une analyse rendant compte de leur diversité et variabilité. Il importe de ne pas réduire ces pratiques à une relation patient-médecin, mais de les resituer dans un ensemble plus vaste, un champ et un cadre constitué de ressources et de contraintes dans lequel le médecin se positionne. Nous nous intéresserons notamment aux logiques et stratégies suivies par les professionnels de santé, en articulation avec le cadre normatif et réglementaire.

Dans les soins aux usagers de drogues, comme dans les soins envers d'autres publics, l'ensemble des médecins ne présente pas des pratiques homogènes. Il s'avère dès lors intéressant de rendre compte de ce qui règle leur mode d'intervention. Avant de se plonger dans cette variabilité, arrêtons-nous tout d'abord sur le cadre de travail du

médecin généraliste. En effet, sa pratique ne se résume pas à un diagnostic qui peut conduire à une prescription ou à des recommandations. Elle est tout d'abord la réponse à une demande d'un patient. Elle est également une interaction avec un patient, voire avec sa famille ou son entourage. Elle est ensuite fonction des connaissances et représentations du médecin des symptômes et des pathologies. Elle est encore une activité amenant à côtoyer des confrères dans le cadre de formations ou de réunions. Elle s'inscrit dans un cadre réglementaire, garanti par différentes instances, qui peuvent intervenir au cours de l'activité. Pratiquer avec les usagers de drogues signifie s'inscrire ou non dans le champ des addictions, tout au moins prendre position à son égard : quelles connaissances en ont les médecins ? Quels contacts établissent-ils avec les autres acteurs de ce champ ? Quels paradigmes défendent-ils ?

Nous rendrons compte de la sélection des patients par les médecins, mais également de la sélection des médecins par les patients. Loin de l'idéal d'une égalité de traitements entre tous patients, l'analyse de ces pratiques rendra compte de ces sélections et de leurs effets pervers. « Le rôle professionnalisé de soignant comporte de multiples attendus, notamment ceux relatifs à la neutralité d'appréciation morale des patients et à l'équivalence de « traitement » de toute personne quelle qu'elle soit, initiant un recours auprès des services de santé ou ayant besoin de soins. Cette éthique relève des règles déontologiques traditionnelles, régulièrement rappelées et actualisées dans différents textes de loi et discours professionnels et officiels. Dans la réalité des relations et des interactions entre soignants et soignés, et comme l'ont finement analysé de nombreux travaux, de multiples déclinaisons de ces attitudes « idéales » sont à l'œuvre » (Bouchayer, 2004, 79). La prise en compte de ces écarts aux règles déontologiques présente un intérêt pour la recherche car ces faits révèlent que l'attitude à l'égard de l'autre est une composante intrinsèque de la pratique du médecin.

L'ensemble de ces caractéristiques sera décliné, dans ce chapitre, à partir de l'activité particulière avec les usagers de drogues. Poser le cadre de la sorte éclairera par la suite nos propos sur la variabilité des pratiques mises en œuvre ou non par les médecins à l'égard de ces patients particuliers. Comme le notent Dubar et Tripier, il est important de resituer le praticien dans le système professionnel auquel il appartient ou dont il est issu (Dubar et Tripier, 2003). Les médecins appartiennent aux professions de la santé et

doivent beaucoup de leurs caractéristiques à la dynamique de leurs positions dans ce système. C'est ce que nous tâcherons d'analyser dans ce deuxième chapitre.

## **1. Les usagers de drogues : des recours bricolés**

L'ensemble des médecins généralistes travaille en relation de dépendance et d'interdépendance avec des confrères, les spécialistes, les paramédicaux, mais leurs pratiques s'exercent également « sous la dépendance du client » (Freidson, 1984, 85) et de ses proches.

Bien que le groupe de référence du médecin soit celui de ses confrères, les patients ne sont pas « la contingence mineure » (Carricaburu et Ménoret, 2004, 75) de l'activité médicale. Ne pas s'y intéresser revient à négliger un aspect fondamental de l'activité médicale, d'autant plus au regard de l'objet qui nous occupe, « dans la mesure où l'expérience du patient est susceptible d'affecter significativement l'exercice de la médecine » (Carricaburu et Ménoret, 2004, 75).

Avant de nous tourner vers le professionnel, tournons-nous vers son patient. Intéressons-nous donc à ce public particulier de la médecine générale que sont les usagers de drogues. Rappelons que par « usagers de drogues », nous entendons toute personne consommant quelque produit illicite que ce soit, quels que soient le mode et la durée de consommation. Nous excluons donc volontairement les fumeurs de tabac et les consommateurs d'alcool s'agissant, à nos yeux, de problématiques différentes. Bien entendu, les usagers de drogues actuels ont un profil de poly-consommateurs, associant par moments l'alcool, le tabac et des produits illicites. En ce sens, l'alcool et le tabac sont intégrés dans cette expression du fait de leur association avec d'autres produits.

### **1.1. Expérimentations diverses et carrières variées**

Revenons tout d'abord sur la problématique de l'usage de drogues, étape indispensable à la compréhension de notre objet. Rappelons que goûter un produit illicite ne signifie nullement l'entrée dans une carrière de consommation longue et prédéterminée. A partir d'une première expérience, différents scénarios sont envisageables, les orientations prises par les usagers se distinguent rapidement. Nous souhaitons ici – trop rapidement - mettre à mal les associations ayant la peau dure entre drogues et exclusion ou encore entre expérimentation et déchéance.

Les expérimentations avec les drogues sont diversifiées. Elles sont notamment fonction des relations sociales du jeune, de son âge, de sa proximité avec les produits. Ces premières expériences ne sont pas déterminantes du rapport que le jeune entretiendra avec les produits : certains en resteront à l'expérimentation, d'autres poursuivront des consommations occasionnelles, d'autres encore intensifieront et diversifieront les expériences. Sans entrer dans les détails de ces différents scénarios, citons les différents cas de figure rencontrés au cours de nos précédentes recherches :

- Un premier profil renvoie à une expérimentation dissuasive. Quelques jeunes arrêtent rapidement de consommer car l'expérimentation ne leur apporte pas de satisfaction. C'est le cas de Nathalie<sup>203</sup> qui, après avoir « goûté » le cannabis, s'est rapidement sentie mal et angoissée. Elle n'a plus souhaité consommer quelque produit psychotrope que ce soit.

- Le deuxième profil renvoie à une expérimentation exceptionnelle. Certains jeunes rencontrés arrêtent rapidement de consommer car le contexte, les conditions dans lesquelles les consommations se déroulaient ne se présentent plus. C'est notamment le cas lorsqu'une cérémonie d'essai est mise en place pour « goûter ».

- Le troisième profil correspond à des consommations occasionnelles en groupe. Celles-ci se déroulent toujours en présence de tiers. Le(s) produit(s) consommé(s) au départ reste(nt) bien souvent le(s) même(s), l'alcool ou le cannabis.

- Un quatrième profil est celui du solitaire. Les consommations restent occasionnelles, mais sans la présence de tiers. Le produit consommé reste souvent identique. Pierre, après avoir commencé à fumer du cannabis avec des copains à l'école, s'est ainsi mis à fumer le soir, seul dans sa chambre.

- La cinquième catégorie de consommateurs renvoie à des usages plus fréquents s'accompagnant de la mise en place de stratégies de réduction des risques. Ainsi, Luc consomme régulièrement le week-end, mais se limite à quelques joints en soirée et évite d'y associer de l'alcool. Ou encore Marie qui

---

<sup>203</sup> Les noms des personnes rencontrées ont été anonymisés.

shoote de l'héroïne en soirée avec des amis, mais se défend d'en consommer seule ou en semaine.

- Enfin, d'autres jeunes consomment plus fréquemment, mettant en place des stratégies pour pouvoir acheter les produits. : soit ils volent leurs parents, soit ils revendent des biens tels que des consoles de jeux, des vêtements, etc., soit ils développent des actes de délinquance, et pour quelques-uns, ils dealent. Ils mettent alors le pied dans le mode de vie des consommateurs, risquant à certains moments de glisser vers une entrée au moins partielle dans l'économie souterraine.

Après les premiers mois de consommations, les chemins pris par ces différents jeunes sont variés. Notons toutefois que bien que ces différents cas de figure soient présentés de manière distincte, il est fréquent de constater des glissements de l'un à l'autre au cours des premiers mois de consommation. Il est ainsi important de relativiser le discours de certains médias (ou encore de certains médecins généralistes) pour qui l'idée que « la déchéance et la mort ne sont pas l'issue fatale de l'usage de drogues » (Duprez et Kokoreff, 2000, 168) ne va pas de soi.

Après quelques mois seulement, le jeune verra son rapport à la drogue évoluer, voire se modifier, notamment en fonction de son âge, de son genre, de son origine sociale, de ses relations sociales, des contextes d'expérimentation, de son rapport à la norme et à la loi, etc. Nous rejoignons ici la catégorisation de Pascale Jamouille qui, dans *Drogues de rue*, fait part des différentes manières des jeunes d'appréhender leur rapport aux drogues (Jamouille, 2000, 104-105).

« *Ne pas être dedans, juste prendre* »

Ce type d'usagers consomme de temps en temps « pour le plaisir », « pour être bien ». Au départ, il consomme généralement en groupe à des moments définis : le vendredi après les cours, en soirée le week-end, etc. Les jeunes rencontrés ne sont pas impliqués dans les modes de vie liés aux drogues et restent en retrait par rapport aux sociabilités associées. Il s'agit de consommations occasionnelles et festives. Ils bénéficient de relations sociales et de préoccupations régulatrices (un travail, un couple, une famille,...).

*« Ne pas être vraiment dedans »*

Ce groupe d'usagers régule sa consommation tout en étant « sur le fil ». Il commence à faire des usages plus réguliers de drogues souvent dures mais conserve des champs d'activités et des préoccupations en-dehors des mondes des drogues.

*« Etre dedans »*

Rapidement, ce groupe d'usagers s'intègre dans les modes de vie liés aux drogues : relations, dettes, consommations, reventes, ... qui envahissent sa ligne biographique.

*« Etre trop loin »*

Ce groupe d'usagers s'intègre rapidement dans l'économie souterraine, en vient rapidement à dealer pour se procurer les produits qu'il souhaite.

Ces degrés d'engagement peuvent illustrer les différents moments de la carrière de consommation d'un usager, à l'image d'un processus. La carrière d'autres usagers peut par contre être constituée d'un seul de ces degrés d'engagement. Ainsi, pour certains, les consommations ne poseront jamais problème, d'autres prendront conscience, en fonction de leur degré d'engagement, d'une influence négative des consommations sur leur mode de vie.

## 1.2. A quel moment ?

Parmi les jeunes rencontrés, les premières expérimentations ne sont donc pas synonymes de « toxicomanie ». Ils ne se considèrent d'ailleurs pas comme des « drogués ». Le produit psychotrope en lui-même est un moyen de « s'évader ». L'usager pense maîtriser sa consommation, pouvoir arrêter dès qu'il le souhaite. Consommer des drogues est ainsi rapidement synonyme de « faire la fête », comme nous a confié, Damien, 31 ans, ancien usager de drogues :

« Alors, je mélangeais les médicaments, quand il n'y avait pas ça, c'était fumer. C'était tout le temps. Le week-end, c'était les ecsta en boîte, le speed...toutes ces conneries-là. (...) Mon père était cardiaque donc il prenait du Xanax®, donc je me servais. Alors, LSD aussi, enfin, tous ces produits, tous les produits qu'on retrouve (...) Tout le monde le fait, enfin, tous les gens qu'on côtoie, malheureusement, le font (...) Tous les week-ends avec les copains, on était en boîte, ou on sortait, ou on prenait des LSD comme ça dehors. Normal. Sans se poser la question que cette petite pilule, tu pouvais en mourir ou que c'était grave pour la santé ».



Les représentations que l'usager a des drogues et des « toxicomanes » lui font penser qu'il ne court pas de risques de dépendance. La consommation est alors une manière de s'amuser, sans danger. Les campagnes de prévention diffusent bien souvent une image de la déchéance et d'une pente glissante, ce qui ne correspond pas à l'image que l'usager a de lui-même. Il ne se sent pas concerné. Ainsi, à l'époque où Gérard consomme de l'héroïne et de la cocaïne en sniff, des campagnes de prévention sur la drogue sont diffusées, mais pour lui, elles sont exclusivement destinées aux personnes précarisées :

« Dans les campagnes publicitaires, souvent on ne voit que ceux qui commencent à prendre de l'héroïne, ils sont déjà en situation de pauvreté ou de précarité. On ne voit jamais des gens normaux qui prennent de l'héroïne. Enfin, je dis "normaux", [c'est-à-dire] des gens qui ont un travail, des gens qui sont étudiants et tout. Quand on pense à l'héroïne, on voit toujours quelqu'un dans un squat, assez crade qui est en train de se faire un shoot. Et moi, j'avais cette image-là. Je me disais : "Ceux qui tombent là-dedans, c'est qu'ils ont déjà un problème avant ça. C'est qu'ils ont un problème soit de pauvreté, soit ils sont défavorisés quelque part". Je ne pensais pas que ça arrivait aux gens...normaux ».

Les drogues lui permettent de s'évader, il ne se sent pas dépendant et pense pouvoir arrêter quand il le désire : « Je gère ». La plupart des usagers de drogues rencontrés nous confient : « Au départ, je me disais que je pouvais arrêter quand je voulais ».

Jusqu'alors, l'usager tente de ne pas en parler et de dissimuler ce « stigmatisme potentiel ». Goffman, intéressé par « la situation de l'individu que quelque chose disqualifie et empêche d'être pleinement accepté par la société » (Goffman, 1975, 7), définit le stigmatisme comme un « attribut qui jette un discrédit profond » (Goffman, 1975, 7) sur la personne qui le détient. Bien qu'il ne se focalise pas sur la maladie, mais sur les usages sociaux des handicaps, il distingue trois types de stigmates : les « monstruosité du corps », les « tares du caractère » dans lequel il inclut le fait d'avoir été ou d'être « emprisonné, drogué, alcoolique, homosexuel, chômeur, suicidaire ou d'extrême gauche » et les « stigmates tribaux que sont la race, la nationalité et la religion » (Goffman, 1975, 14). Il opère une distinction heuristique entre « individu discrédité » et « individu discréditable » et expose les stratégies de manipulation de l'information concernant « une déficience ». Le contrôle de l'information s'appuie sur quatre techniques : la dissimulation, l'imputation à une autre origine, le maintien d'une distance sociale et le dévoilement volontaire.

Ainsi, ces différents modes de consommation induisent rarement, dans les premiers mois, une recherche d'information, d'aide ou encore une prise de conscience d'un effet négatif ou désagréable. Bien souvent, après les premières expérimentations, la consommation de produits psychotropes ne pose pas question à l'utilisateur. Pour lui, consommer « ne pose pas de problème ». Toutefois, d'autres sont à la recherche d'informations sur les produits, se tournant parfois vers Internet. Se pose dès lors la question de la fiabilité des renseignements récoltés. Le caractère anonyme, de non jugement, l'accessibilité, le caractère solitaire de la démarche,... expliqueraient cet usage. D'autres se tournent vers des associations de réduction des risques présentes notamment sur les scènes festives ou vers d'autres usagers plus expérimentés pour se faire conseiller.

Après plusieurs mois de consommations plus ou moins importantes, certains ressentent le besoin d'en parler. Pour faire appel à un tiers (un proche ou un professionnel), l'usage de drogues est souvent reconnu ou abordé comme une difficulté, comme ayant une influence négative sur sa propre trajectoire. Il s'agit bien d'un processus qui s'inscrit dans la durée. L'utilisateur de drogues entreprend donc des démarches une fois que son rapport à la drogue est appréhendé comme problématique à ses yeux : problèmes financiers, problèmes professionnels ou familiaux, problèmes de santé, recherche incessante de produits, dégradation physique, périodes de vagabondage,... et qui les pousse à « réagir ». Les sociologues évoquent un « déclic » qui entraîne « la décision d'essayer de s'en sortir » (Castel, 1994, 26, Fainzang, 1998). Ce déclic le pousse à réagir, comme le note Castel, « en particulier par rapport à ce moment où la conscience se fait que trop c'est trop, que la galère est trop coûteuse, le prix à payer trop cher pour un plaisir qui devient de plus en plus aléatoire. (...) Alors souvent, il se produit comme un déclic qui entraîne la décision d'essayer de s'en sortir. Cette décision n'est évidemment pas toujours couronnée de succès » (Castel, 1994, 26).

Pascale Jamouille tirait le même constat : « Dans une autre étape, un profil d'enquêtés raconte comment il est progressivement « arrivé à saturation » de ce que peuvent offrir la défonce et les modes de vie adjacents. Cet état d'esprit au fur et à mesure des mois et des années s'est imposé à eux. Ils ont progressivement épuisé les plaisirs des drogues et décrédibilisé les rapports sociaux qu'elles offraient. Ils ont été de plus en plus

confrontés à des problèmes connexes. Ils ont également acquis une plus grande expérience de vie. Certaines pressions objectives de la réalité (accidents de santé, incarcération, crises sociales et/ou familiales,...) ont motivé des usagers et enclenché des démarches thérapeutiques, des régulations ou tentatives d'arrêt de pratiques liées aux drogues » (Jamouille, 2000, 170).

La mobilisation de recours est fonction de cette construction du « problème drogue » par/pour soi ou par/pour autrui<sup>204</sup>. Il semble que ce ne soit qu'à partir du moment où le rapport à la drogue devient problématique que les recours sont mobilisés, comme le rappelle Bergeron : « Cette étape se produit souvent lorsque l'utilisateur de drogues « est confronté à une situation intolérable provoquée par le déchirement croissant entre une source de financement plus réduite (amis, famille, travail mais aussi délinquance) et une dépendance sans cesse plus exigeante » (Ingold, 1985). (...) Le toxicomane consulte alors soit le circuit officiel (hôpitaux, médecins généralistes, pharmacie, assistante sociale de secteur, de l'éducation nationale, éducateurs spécialisés, club de prévention, etc.), soit directement les institutions spécialisées. Cette demande, spontanée ou motivée par un tiers, apparaît en général bien après la première prise de produit » (Bergeron, 1996, 27-28).

Ce processus de construction de la « question drogue » est variable selon les carrières. Trois tendances se dégagent des entretiens réalisés. D'une part, l'utilisateur ne conçoit pas et ne concevra jamais, au cours de sa carrière, son rapport à la drogue comme problématique. D'autre part, l'usage de drogues est construit comme « problème » par l'utilisateur même. Enfin, l'aspect problématique de la consommation est appréhendé comme tel par d'autres individus (parents, école, justice,...). Ces différents modes de construction du rapport à la drogue ont une influence sur la manière de « réagir », sur la (non) mobilisation de recours à des tiers.

---

<sup>204</sup> Comme le souligne Jean-Pierre Jacques, « hormis le cas (...) de « parfaite adaptation du sujet à son symptôme » et à son produit, l'évolution la plus habituelle du rapport d'un sujet à son symptôme est la perte de l'efficacité, l'épuisement des effets « thérapeutiques » du symptôme. La part insatisfaisante ou néfaste finit par l'emporter sur la part positive, favorable. C'est à ce moment de rupture de l'équilibre entretenu entre un sujet et son symptôme que celui-ci peut consulter, solliciter de l'aide » (Jacques, 1999, 40).

### 1.3. Les premières démarches : « sortir de l'ombre »

Les entretiens réalisés tant avec les (anciens) usagers de drogues qu'avec les familles donnent à voir des trajectoires de recours diversifiées. Cette diversité est fonction notamment de leur situation géographique, de leur connaissance de la « problématique des drogues », des objectifs poursuivis ainsi que des ressources de proximité disponibles.

Les démarches entreprises poursuivent différents objectifs. Certains sont, comme nous le notions, à la recherche d'informations, mais ne cherchent pas à modifier leur comportement. D'autres souhaitent « gérer leurs consommations », réduire les risques liés à celles-ci. D'autres encore visent à l'abstinence et l'arrêt total des consommations. La représentation dominante associe les « sorties de la toxicomanies » à l'abstinence. Or la réalité est plus complexe et rend compte de la mise en place de stratégies de réduction des risques par les consommateurs à différents moments de leur carrière (Soulet, 2002). Ce souhait de gestion sans viser l'abstinence pose d'ailleurs question à quelques praticiens rencontrés, nous y reviendrons.

Différentes ressources sont alors mobilisées par l'usager allant d'Internet aux différents cercles de sociabilité (famille, amis, travail), des pairs aux dispositifs de réduction des risques, des professionnels généralistes aux institutions spécialisées<sup>205</sup>. Ne pensons donc pas uniquement aux professionnels lorsque l'on parle de recours, mais également à la famille. Alors que la majorité des usagers rencontrés évoque une appréhension de parler de leurs consommations à leur entourage évoquant un risque de stigmatisation, d'incompréhension ou de rejet, dans bien des entretiens réalisés, les usagers mobilisent des ressources de leur environnement familial et social. Il est ainsi rare, si l'on s'en tient aux données recueillies, de noter l'instauration d'une rupture irrémédiable avec des proches extérieurs à l'univers des drogues. Toutefois, la crainte de l'exclusion et du rejet rend plus difficile le recours et le retarde certainement.

---

<sup>205</sup> Selon Castel, « les sociologues ont tendance à insister sur les « supports sociétaux », sur les ressources non institutionnelles qu'un individu peut tirer du milieu social ou de l'entourage de non professionnels. (...) Mais il y a bien autre chose : le rôle du médecin généraliste par exemple dont l'importance est souvent sous-estimée et, évidemment, les institutions qui sont à la fois les lieux de soins animés par les professionnels et les institutions 'profanes' » (Castel, 1994, 28).

Pour beaucoup, on constate une hétérogénéité des recours. Le milieu professionnel spécialisé ou médical est bien souvent sollicité en parallèle avec le milieu familial<sup>206</sup>. Rares sont les usagers dont la famille a totalement disparu de la circulation. Physiquement, elle est parfois absente mais elle est un soutien moral important pour eux (noyau familial ou famille élargie). Nous partageons à ce propos la réflexion de Castel : « Cette possibilité toujours ouverte de mobiliser des ressources qu’il tire de son environnement familial et social, que l’on a observé dans l’essentiel des cas et qui semble également répartie selon les milieux sociaux, nous a conduit à infirmer l’idée selon laquelle le toxicomane serait, immanquablement, victime d’une « stigmatisation » l’excluant à jamais de la normalité » (Castel, 1992, 280).

La majorité des (anciens) usagers rencontrés s’est tournée tant vers le milieu familial que vers le champ des soins. Bien souvent, la famille proche est mobilisée dans les démarches entreprises, famille proche ne signifiant pas systématiquement le noyau nucléaire mais bien les membres avec qui une relation de confiance s’est tissée. Les parents, frères, sœurs ou les enfants peuvent ainsi être mobilisés, mais un parrain, un oncle ou une cousine éloignée peuvent également se présenter comme des ressources pertinentes, comme des personnes de confiance. Le champ des soins est lui aussi mobilisé comme ressource, incontournable notamment par son pouvoir de prescription. Les traitements de substitution sont un des passages « obligés » pour les polyconsommateurs dont l’usage d’héroïne est souvent le premier traité médicalement.

Les recours peuvent prendre des formes diverses : (1) les cures, thérapies et autres postcures, (2) les traitements de substitution ou autres traitements ambulatoires, (3) les « supports communautaires »<sup>207</sup> tels que la famille, le bled ou la foi, (4) les sevrages bloc ou autres tentatives de « s’en sortir par soi-même », notamment en investissant une

---

<sup>206</sup> Comme le note Bergeron, bien que recours soit souvent synonyme de soin, les structures de soin sont parfois absentes des trajectoires des usagers : « Nombreux sont les toxicomanes qui n’entrent jamais en contact avec les institutions soignantes. D’autres recourent ponctuellement à telle ou telle institution (un hôpital, un médecin généraliste, etc.) dans des périodes de crise, ou lorsqu’ils souffrent de problèmes somatiques (infections, accidents, etc.). D’autres enfin s’adressent à une institution spécialisée après plusieurs années de toxicomanie pour essayer de s’en sortir. Les équipes spécialisées ne sont donc bien souvent sollicitées que comme dernier recours : le toxicomane qui frappe à leur porte a déjà eu recours plusieurs fois à l’hôpital, ou depuis longtemps confié ses problèmes à son généraliste,... » (Bergeron, 1996, 149).

<sup>207</sup> Duprez et Kokoreff parlent notamment de supports communautaires : « Il y a des voies qui traduisent le rôle actif de la famille, proche ou élargie. Prise en charge « douce » ou « musclée », retour au « bled » pour les individus issus de l’immigration maghrébine, investissement dans des pratiques religieuses » (Duprez et Kokoreff, 2000, 183).

activité (Duprez et Kokoreff, 2000, Jamouille, 2000). Ces différents recours ont souvent pour perspective l'abstinence. Or, d'autres sont envisageables. Les dispositifs de réduction des risques ont ainsi changé la donne et proposent des alternatives avec lesquelles une certaine frange de la profession médicale, toujours ancrée dans le paradigme de l'abstinence sans l'afficher clairement, est en difficulté.

La trajectoire des recours est rythmée par de nombreuses ruptures. Lorsque l'individu s'engage dans un parcours d'aide, les rechutes<sup>208</sup> sont nombreuses concernant les usagers de drogues, les découragements, les périodes de honte et de culpabilité sont également le lot des familles. Mobiliser un premier recours ne signifie aucunement s'engager dans une trajectoire linéaire, partant du « problème » et aboutissant à sa « résolution ». De nombreux allers-retours rythment les trajectoires d'aide des usagers et de leur famille. Il s'agit pour certains d'un véritable parcours du combattant (Jeanmart, 2005, 35). Ainsi, pour reprendre les propos de Duprez et Kokoreff évoquant les carrières de consommations, les trajectoires de recours « se déroulent moins comme une suite continue d'événements ou un cycle [que comme] des spirales ponctuées par des commencements successifs, une alternance de chutes et de rétablissements, d'échecs et d'avancées » (Duprez et Kokoreff, 2000, 112).

Après avoir défini le rapport à la drogue comme problématique, les chemins pris par les individus sont variés<sup>209</sup>. Le premier recours, la première porte à laquelle l'individu frappe est souvent déterminant, pour le reste de son parcours d'aide. Notamment si le premier recours « se passe mal », si le résultat attendu n'est pas atteint, il peut alors devenir difficile à l'usager ou à sa famille d'en envisager un deuxième. Cette première démarche est dans bien des cas difficile à réaliser en raison du sentiment d'une situation

---

<sup>208</sup> Comme l'évoque Bergeron, les rechutes et les ruptures sont nombreuses dans les trajectoires d'aide. Ainsi, « dans le cadre des trajectoires en dents de scie, de consultations successives abrégées puis recommencées parfois longtemps après, il est souvent difficile de parler de suivi » de l'usager (Bergeron, 1996, 29).

<sup>209</sup> « D'une manière générale, le toxicomane n'est pas un « client facile ». L'appréhension de cette réalité sociale est rendue terriblement difficile par l'extraordinaire variété des comportements et des habitudes toxicomaniaques. Il n'existe pas, semble-t-il, de toxicomane type capable de résumer sur sa personne l'ensemble des caractéristiques de cette population, tant les produits utilisés, la situation psychique et l'environnement familial et social de chacun d'eux sont divers. « Son histoire personnelle échappe à la rationalité commune et met au contraire en évidence la singularité de chacun d'eux. » Il n'est pas aisé dans ces conditions de mettre en avant une trajectoire type du toxicomane dans le labyrinthe des étapes thérapeutiques (...) En fait, le toxicomane pose des problèmes de suivi considérables tant ses comportements de recours au système de soins demeurent imprévisibles. L'imprévisibilité est d'ailleurs souvent présentée comme une caractéristique *ontologique* du toxicomane » (Bergeron, 1996, 34-35).

insurmontable. Avant d'entreprendre quelque démarche que ce soit, l'usager ou la famille peut attendre longtemps, d'une part, comme nous l'avons déjà mentionné, parce que son rapport à la drogue n'est pas problématique à ses yeux, d'autre part, parce que la honte et/ou la culpabilité le paralysent. Entreprendre sa première démarche dans certains cas relève de l'exploit, demandant du courage et de surmonter les peurs, notamment celle d'être jugé.

#### 1.4. Le médecin généraliste : un recours envisagé ?

Dans un premier temps, on constate que l'usager se tourne vers ses cercles de sociabilité, vers des pairs pour évoquer ses éventuelles difficultés ou son envie de faire évoluer son rapport au produit, visant soit une abstinence, soit une gestion des consommations. Il échange alors différentes expériences vécues par les uns et les autres et les « succès » éventuels.

L'usager peut également s'orienter vers un professionnel. Avant de frapper à la porte d'« un spécialiste en toxicomanie », une majorité s'adresse à un médecin généraliste. Ce dernier est d'ailleurs bien souvent le premier recours professionnel sollicité. Nous le notions, il est synonyme de proximité géographique et/ou relationnelle et de compétence supposée. Il est également sollicité pour son pouvoir de prescription. Toutefois, il ne s'agit pas toujours du médecin de famille, synonyme aussi de connaissance de la famille. Les usagers, n'ayant pas la garantie que le médecin gardera le « secret », préfèrent s'orienter vers un autre praticien plus éloigné géographiquement ou tout le moins ne connaissant pas la famille. Ils souhaitent ainsi garder l'anonymat et s'assurer que les proches ne seront pas mis au courant des consommations. En effet, il ne faut pas oublier que consommer tel ou tel produit peut entraîner des formes de stigmatisation. Les usagers mettraient alors en place des stratégies afin de dissimuler ce stigmate potentiel dans une logique de « contrôle de l'information » similaire à celle décrite par Goffman<sup>210</sup>.

---

<sup>210</sup> « Lorsque la différence n'est ni immédiatement apparente, ni déjà connue (...) lorsque, en deux mots, l'individu n'est pas discrédité, mais bien discréditable, (...) le problème est (...) de savoir manipuler de l'information concernant une déficience : l'exposer ou ne pas l'exposer ; la dire ou ne pas la dire ; feindre ou ne pas feindre ; mentir ou ne pas mentir ; et, à chaque fois, à qui, comment, où et quand » (Goffman, 1975, 57).

### *L'échange du carnet d'adresses entre pairs*

Outre des conseils et des « trucs », les usagers partagent également des carnets d'adresses. Ces échanges perpétuent ceux qui ont cours sur les « bons produits », les « bons dealers », les « bonnes manières de planer », etc. La circulation d'informations est typique de ces milieux. Comme le note ce médecin français : « Vous les virez, ça se sait très vite. Vous ne les virez pas, ça se sait très vite... vous les virez, vous dites : « Niet, je ne prescrirai pas. Je ne prescris pas. Au revoir »... c'est tout, vous n'êtes pas emmerdé ». Ainsi, « la plupart des médecins, quel que soit leur point de vue par rapport au nombre de patients, disent de toute façon que : "les patients me connaissent, ils savent comment je fonctionne, alors ils savent ce qu'ils peuvent me demander et ce qu'ils ne peuvent pas" » (Pelc, et al., 2005, 88-89). Les usagers de drogues savent quel médecin consulter en fonction de ce qu'ils cherchent (des soins, du cadre, de la prescription sans contrôle,...). Des listes informelles circulent entre médecins, mais également et surtout entre usagers. L'analyse de Karpik sur les dispositifs de jugement éclaire d'ailleurs cet échange d'informations. Dans le champ des soins aux usagers de drogues, nous sommes face à l'absence d'un système d'informations publiques qui permettrait d'identifier les qualités de certains médecins, de leur expertise dans le domaine des toxicomanies et de les associer à des noms, nous sommes dans l'impossibilité pour le patient ou pour le confrère de connaître l'expertise du médecin, dans une espèce « d'incertitude sur la qualité ». Ainsi, « comment comparer sans connaître ? » (Karpik, 1996, 531). Le choix semble donc aléatoire, les usagers de drogues ont recours à leurs relations interpersonnelles pour se procurer une information. Cette information est alors recherchée auprès des proches ou de moins proches. C'est donc « au travers de cette parole personnelle – le bouche-à-oreille – que celui qui s'est engagé dans la quête rassemble des récits, des expériences personnelles, des qualités, des prix, des noms, c'est-à-dire des informations qui autorisent la comparaison et la décision rationnelle » (Karpik, 1996, 532). Comme le souligne ce médecin lillois, ces patients seraient « d'excellents pharmacologues, ils ont essayé tous les produits, mais ils nous ont essayé aussi. Par le bouche à oreille, ils vont aller tester à gauche et à droite ».

Les médecins et les patients ne disposant pas de classements ou de guides répertoriant les praticiens et leurs pratiques, ils font jouer la réputation et le bouche à oreille. Toutefois, cette pratique trouve sa limite dans son degré de précision. Elle met



en œuvre « des critères de jugement particuliers, personnels et rendent donc visibles des univers de singularités différents, chacun devient maître d'œuvre d'une définition spécifique de l'objet et des partenaires de l'échange » (Karpik, 1996, 538). Elle permet de produire une sélection gouvernée par des critères personnels, elle permet aux usagers de faire un choix éclairé. Elle dissipe l'opacité de l'offre de soins par une information ajustée aux critères que l'utilisateur s'est fixés.

Nous rejoignons ici les conclusions de Pelc et de Nicaise, « il y a une adaptation mutuelle des intervenants et des patients, qui fait que les patients ne s'adressent qu'aux intervenants dont ils croient qu'ils pourront répondre à leur(s) demande(s), de même que les intervenants ne voient venir que des personnes qui correspondent plus ou moins à leurs attentes. Cette adaptation mutuelle se manifeste principalement lors des tous premiers contacts. C'est en effet lors des deux ou trois premières rencontres entre le patient et le médecin que chacun d'eux « sent » l'autre » (Pelc, *et al.*, 2005, 130-131). Ainsi, « que ce soit de manière formalisée ou non, les médecins rencontrés opèrent dès le premier contact une sélection. Le bouche à oreille faisant le reste, au bout d'un certain temps, les médecins ne reçoivent pratiquement que des demandes conformes à ses attentes » (Pelc, *et al.*, 2005, 131).

Les usagers de drogues seraient dotés d'une connaissance fine des réseaux et des prescripteurs. Ils connaîtraient les « spécialités » de chacun. Comme se plaît à dire ce médecin lillois, les patients auraient « un Gault et Millau des centres et des praticiens ». « Le patient connaît très bien tout le système du réseau, tout le système de la prescription de la méthadone, etc. et il utilise toutes les failles du système parfois pour nous mettre en échec ».

Cette parole personnelle permet de surmonter l'incertitude et l'ignorance des noms ou de la qualité des pratiques. Patrick, usager de drogues rencontré dans le Valenciennais, rend compte de l'importance du bouche-à-oreille dans le choix du médecin :

« Dans la toxicomanie, tout le monde se connaît. Je connais des gens jusqu'à Lille, Cambrai, Douai, Paris, jusqu'au Pas-de-Calais, Arras, Toulon. On se connaît tous. Ils viennent ici et on va là-bas. Tout le monde se connaît. Il y en a qui restent dans un milieu assez fermé. Il n'y a que ceux-là qui sont un peu perdus, ils ne connaissent pas tous les autres. Sinon, on se connaît tous. Pas à 100% mais au moins à 70%, on se connaît. Ceux qui ne connaissent pas certains autres, ils ont des amis

qui les connaissent. En dialoguant, on tombe toujours sur des gens. (...) De l'un à l'autre, tout le monde parle. Et puis, on parle de médecins. L'autre dit : « Il suffit d'aller chez le Dr X ». C'est comme ça que j'ai connu ça. J'ai été à Rotterdam et on m'a dit : « Va en Belgique. En plus en Belgique, tu as le médecin et regarde, tu vas à Mons à tel endroit, il y a M, c'est un dealer ».

Les usagers capitalisent alors l'expérience de leurs pairs. Ces échanges d'informations en conduisent ainsi à passer la frontière pour consulter un médecin « réputé », nous y reviendrons dans la troisième partie.

Les usagers s'échangent des adresses, mais des médecins distribuent également des listes. Au cours du travail de terrain, lors des entretiens, quelques médecins ont sorti de leurs tiroirs une liste de « médecins qui font ça ». Celles-ci permettent l'orientation du patient, mais créent également l'engorgement de certains cabinets.

Il n'est toutefois pas nécessaire d'avoir un large réseau pour que le bouche-à-oreille fonctionne. Un seul « collègue » peut orienter vers un médecin « réputé ». Bien souvent d'ailleurs, l'échange ne se limite pas à donner le nom du praticien. Le « collègue » peut également accompagner l'utilisateur dans sa démarche. Il s'agit d'un autre type d'apprentissage que celui lié à la consommation. Ainsi, bien souvent, lors du premier rendez-vous, le « conseiller » accompagne le nouveau venu, comme nous confie cet utilisateur français : « Le médecin X, c'est le seul qui était sérieux. C'est un ami à moi qui m'a amené là-bas parce que lui allait déjà là-bas ».

#### *Les recours contraints*

Les usagers bien ancrés dans les « mondes de la drogue » ont ainsi recours au carnet d'adresses de leurs « collègues ». Ils mobilisent l'expérience des pairs. D'autres suivent une autre voie. Ils s'orientent vers leur propre médecin de famille qui soit accepte soit refuse le suivi. Dans ce dernier cas, ce médecin peut soit l'orienter vers un service spécialisé ou un confrère dont il a entendu parler, soit ne pas donner suite et « le laisser retourner dans la nature ». D'autres encore frappent au hasard, avec un risque de déception non négligeable, l'utilisateur n'ayant aucune information sur le fait que ce médecin « fait ça » ou pas. Dans tous ces cas de figure, le choix du médecin revient à l'utilisateur.

Un autre cas de figure est toutefois à souligner, les « recours contraints ». Lorsque la famille, la justice ou le milieu scolaire « s'en mêlent », l'utilisateur est parfois contraint de

solliciter un recours, spécialisé ou généraliste. Ainsi, les familles découvrant l'usage de drogues d'un des leurs réagissent souvent, après une phase de déni et de honte, en interpellant un médecin. Dans ce cas, le choix du médecin ne revient plus à l'usager mais à l'acteur extérieur.

### *Les réticences des recours aux généralistes*

Tous les usagers ne consultent cependant pas de médecin généraliste. Il y a ceux qui n'envisagent pas leur usage de drogues comme relevant d'un quelconque recours. D'autres préféreront s'adresser à des spécialistes en toxicomanie, d'autres encore, comme le note Castel, ne s'adresseront jamais à des professionnels ou ce recours n'aboutira pas au résultat escompté<sup>211</sup>. Il ne faut donc pas croire que tout usage de drogues conduit à des soins médicaux, excluant, entre autres, les recours aux guérisseurs, à l'automédication ou encore les « non recours ».

Parmi ces usagers, notons tout de même que les consommateurs de certains produits se retrouvent rarement dans un cabinet médical. Citons notamment les usagers de drogues de synthèse. Bien sûr, les médecins en rencontrent, mais ils sont sollicités principalement pour leur poly-consommation et leur usage associé d'héroïne. Le médecin généraliste est souvent repéré comme pouvant prescrire des traitements spécifiques pour certains types de consommation et pas pour d'autres. C'est ainsi que les usagers d'héroïne, de cocaïne ou de cannabis s'adresseront principalement aux généralistes. Pour les autres usages, ils sont conscients d'une part, du manque de formation des médecins, et d'autre part, du manque d'outils thérapeutiques à leur disposition. De nombreuses recherches tirent ces conclusions. Concernant les recours des usagers fréquentant les milieux festifs, Duprez et Hermant avancent des arguments intéressants : « Deux modes de régulations de la consommation de drogues illicites semblent dominer : les conseils donnés par les pairs d'une part, et, d'autre part, l'expérience personnelle à travers des expérimentations diverses et plus ou moins réussies. (...) Les associations de réduction des risques interviennent lors des soirées. Si

---

<sup>211</sup> Pour lui, « parler de sorties « auto-contrôlées » ne signifie pas que les individus classés dans cette catégorie n'aient jamais eu contact avec les institutions : si la plupart des toxicomanes de notre échantillon en ont fréquenté une ou plusieurs à un certain moment de leur trajectoire, ceux-ci n'ont pas effectué leur sortie dans le cadre d'une institution » (Castel, 1992, 33). De même, « les autres types de sortie, les sorties « hétéro-contrôlées », sont ceux qui se réalisent dans le cadre d'une prise en charge institutionnelle. Parler d'« hétéro-contrôles » ne veut pas dire, ici non plus, que le processus de sortie se réduise à l'action des équipes de l'institution » (Castel, 1992, 34).

elles proposent de rencontrer les jeunes consommateurs dans leurs locaux la semaine, peu en font la démarche, soit parce qu'ils ne savent pas où l'association est installée, soit parce qu'ils ne veulent pas ou ne pensent pas avoir besoin de le faire. Si quelques-uns se rendent dans des cabinets de médecins de ville pour demander conseil sur des problèmes qu'ils associent à leur consommation, c'est rarement le médecin de famille que l'on va voir dans ce cas : il faut lui cacher ces pratiques. Notons que dans les quelques entretiens faisant état de ces consultations, les interviewés remettent en cause les connaissances et compétences des médecins de ville en matière de drogues de synthèse » (Duprez et Hermant, 2004). C'est d'ailleurs ce qu'illustre cet extrait d'entretien avec Thibaut, 27 ans, fréquentant les clubs belges et consommant diverses drogues (ecstasy, cocaïne, amphétamines et très occasionnellement de l'héroïne) : « Je n'allais pas voir mon médecin, j'allais voir un autre médecin... mais bon, j'ai remarqué que le petit médecin n'était pas souvent à la page. Il est bien souvent dépassé<sup>212</sup> ».

Le médecin généraliste n'entrerait donc pas en contact avec une partie de cette population usagère de drogues, ou serions-nous plutôt tentés d'écrire, l'usager de drogues n'entrerait donc pas en contact avec certains professionnels du soin. Les structures spécialisées ne sont d'ailleurs parfois pas davantage sollicitées. Le développement d'alternatives pour toucher ce public est à cet égard primordial. Les différentes actions de réduction des risques sur site, la présence de bénévoles ou « jobistes<sup>213</sup> » sont des ressources non négligeables dans la diffusion de l'information et comme soutien à de possibles démarches.

Le pouvoir de prescription du praticien est donc au cœur de la première rencontre entre médecin et usager. Les premiers contacts sont d'ailleurs souvent orientés vers la prescription d'un traitement adapté. De plus, les usagers doutent des connaissances et de la compétence du médecin dans la problématique. Ils ont eux-mêmes une connaissance fine des différents traitements et savent que, pour certaines addictions, aucun traitement n'est disponible. Le médecin est dès lors démuné. Il n'apparaît donc pas à leurs yeux

---

<sup>212</sup> Entretien réalisé par Séverine Hermant dans le cadre d'une recherche sur les consommations de drogues en milieu festif techno du bassin frontalier franco-belge dans le cadre des programmes européens Interreg III.

<sup>213</sup> Le terme 'jobistes', typiquement belge, désigne les (anciens) usagers de drogues engagés par des associations de réduction des risques pour entrer en contact avec certains publics cible. Ces 'jobistes' reçoivent une formation à la réduction des risques et sont, selon les cas, rémunérés pour leurs actions.

comme une ressource pertinente, préférant s'orienter vers des pairs ou des spécialistes. Ici se profile d'ailleurs un enjeu de taille : faut-il s'orienter vers un système dans lequel quelques médecins généralistes se spécialiseraient ou doit-on favoriser les prescripteurs avec un ou deux patients uniquement ? Les médecins spécialisés sont d'ailleurs bien souvent très rapidement repérés par les usagers, le bouche-à-oreille et le partage de carnets d'adresses entre usagers étant au cœur des logiques de recours.

*En dehors des questions liées aux drogues ?*

On constate, tant dans les entretiens réalisés avec les médecins qu'avec les usagers, que ces derniers sont peu demandeurs d'une prise en charge globale. Lorsqu'ils sollicitent un médecin, c'est pour les problèmes liés à l'usage de drogues et rarement pour autre chose. Si la relation thérapeutique s'établit, certains médecins seront amenés à traiter l'ensemble des problèmes de santé du patient, mais il semble qu'il faille plusieurs mois, voire plusieurs années de relation avant que ce changement s'opère.

Un constat interpelle à ce propos : les usagers de drogues de longue date sont réputés pour avoir de nombreux problèmes de santé, or il semble que les médecins généralistes soient très peu sollicités pour ces problèmes récurrents au cours de la carrière de consommation. Il semblerait donc que l'utilisateur ait recours à d'autres alternatives, les services d'urgence notamment, pour gérer les situations de crise. Ils sollicitent également les services infirmiers de différentes associations qu'ils fréquentent dans leurs éventuelles périodes de vagabondage ou de vie à la rue.

De même, les médecins généralistes peuvent avoir l'impression de ne pas être sollicités par cette population pour ses problèmes de santé, mais nous formulons l'hypothèse que bien des médecins généralistes ne sont pas mis au courant des consommations festives ou plus problématiques de leurs patients. Ils les soignent, sans forcément faire le lien entre les soucis de santé et les consommations. Il ne faut d'ailleurs pas sous-estimer le poids de ces situations et leurs effets en terme de santé publique.

### 1.5. Les médecins racontés par les usagers de drogues: les « bons » et les « mauvais »

Par le biais du bouche à oreille notamment s'opère une classification des médecins. Les récits des (anciens) usagers de drogues rencontrés sont, à cet égard, éclairants. Il y aurait les « bons » et les « mauvais » médecins.

Les critères de sélection des médecins sont divers : la proximité géographique, la connaissance préalable du médecin par l'utilisateur ou par sa famille, la proximité relationnelle allant de pair avec la confiance envers le médecin et ses compétences supposées, la probabilité de se faire prescrire le(s) traitement(s) souhaité(s). Les objectifs sont eux aussi divers : l'abstinence, la réduction des risques ou le business. En effet, n'oublions pas que pour une minorité d'utilisateurs, consulter un médecin ne signifie pas s'inscrire dans une démarche de soins. Quelques-uns, une minorité rappelons-le, cherchent à alimenter un trafic ou à se procurer des « produits de défonce » à bas prix. En fonction de leurs critères de sélection et de leurs objectifs, les patients décriront certains médecins comme des « bons » (correspondant à ce qu'ils cherchent) ou des « mauvais » (ne répondant pas à leurs attentes).

Sans surprise, le « bon médecin » correspond à celui qui répond à la demande du patient. C'est ainsi que ceux qui refusent sont qualifiés de « mauvais médecins », mais également ceux qui ne cadrent pas la pratique, si c'est le désir de l'utilisateur. Cette notion de « cadrage » de la pratique est d'ailleurs l'outil de sélection par excellence des médecins généralistes à l'égard des usagers de drogues. Ils savent que s'ils imposent telles exigences, seuls certains usagers, « motivés » comme ils disent, poursuivront le traitement. Ce sont les « bons patients ». C'est ainsi que les médecins les plus exigeants reçoivent des patients avec des profils relativement similaires. Ceux qui sont davantage dans la négociation avec le patient ou dans l'optique d'un accès aux soins peu contraignant reçoivent différents types de public. S'opère donc un ajustement entre la définition du « bon médecin » pour le patient et celle du « bon patient » pour le médecin. Cet ajustement semble relativement rapide. L'utilisateur s'inscrivant rarement dans la durée dans un cadre qui ne lui correspond pas. Différents récits éclairent ces cas d'inadéquation entre les attentes du patient et l'inscription dans une logique de soins.

*« Notre médecin était notre dealer »*

Pour certains, le premier médecin généraliste est sollicité dans l'objectif de se faire prescrire des spécialités codéinées ou morphiniques. C'est ainsi qu'une série de jeunes disent : « notre médecin était notre dealer ». Consulter plusieurs médecins sur la semaine ou partager la « récolte » de pairs ayant consulté leur médecin, sont des modes d'approvisionnement souvent rencontrés dans les carrières de consommation. Céline raconte d'ailleurs ses propres expériences dans le Nord de la France où elle partageait son « butin » avec des copains. D'autres, comme Patrick, développaient le business en revendant les « excédants ».

*Vous avez pris des médicaments quand vous n'étiez pas bien ?*

Oui, des cachetons et tout ça.

*Et vous les aviez où ces médicaments ?*

Par des copains en fait. C'était des copains qui avaient des traitements par le médecin. Bon maintenant, ça ne se fait plus. Maintenant, les médecins ne donnent plus de traitement comme ça. Heureusement, ils se sont rendu compte mais avant, on allait chez le médecin, on demandait une boîte de Rohypnol®, une boîte de Tranxène®, une boîte de Subutex®, on l'avait.

*Oui, vous avez déjà eu le cas ?*

Des médecins qui étaient nos dealers, il faut le dire.

*Votre médecin faisait ça ?*

Non, pas par mon médecin. On savait quel médecin le faisait. Il y a des médecins qui ne le faisaient pas. Mais moi, comme j'étais sous la mutuelle de ma mère en fait, j'avais des copains qui étaient sous l'aide médicale et donc ils y allaient grâce à l'aide médicale.

*Et vous avez déjà eu le cas d'aller chez le médecin et dire : « Je voudrais une boîte de ceci, une boîte de cela... » ?*

Ah oui ! Ah oui ! Un médecin qui ne me connaissait pas.

*Et ça se passe comment ?*

Je vais chez lui, je lui dis que je suis une tox, que je ne suis pas bien, que je veux arrêter, que j'ai des angoisses, que je suis énervée, que je veux toujours taper tout le monde et puis voilà, il me donne des cachetons... Rohypnol®, Tranxène®. En général, c'était ceux-là qui défonçaient le plus.

*Et vous preniez plusieurs cachets à la fois ?*

Une boîte entière.

*Et après, vous retourniez chez un autre médecin ?*

Ah oui, de toute façon, à partir du moment où on fait des défonces au cachetons, on trouve toujours le moyen d'en avoir.

*Mais si vous preniez une boîte en un jour, le lendemain, vous n'en aviez plus ?*

Non, le lendemain, on n'en avait plus mais on y allait chacun notre tour en fait. Comme on était une bande, on y allait chacun notre tour.

*Donc la boîte, vous vous la partagiez ?*

Oui, oui, oui mais on n'en avait pas qu'une, on en avait plusieurs. On faisait vraiment des défonce aux cachetons inouïes. De toute façon, on ne payait pas. Ils ont la CMU. Les médicaments étaient remboursés par la sécurité sociale.

*« Le médecin pour la drogue et le médecin pour la santé »*

Un paradoxe émerge des entretiens : même les usagers qui ne souhaitent pas s'inscrire dans une démarche de soins considèrent les médecins qui prescrivent sans difficulté comme des « mauvais médecins » alors que ces médecins répondent à leurs attentes. Dans leurs représentations, le médecin est un professionnel de santé, avec des principes, une éthique et une déontologie. La figure du médecin est donc incompatible avec celle d'un dealer bien qu'il permette à certains une revente ou une défonce. Aucun usager rencontré n'a d'ailleurs fait l'association entre un « médecin dealer » et un « bon médecin ». Ainsi, les usagers établissent une distinction entre les « vrais médecins » et les « médecins dealers ». Patrick se procurait du Subutex® par le biais d'un « médecin dealer », mais se faisait soigner par son « vrai médecin ».

*Et le Subutex®, c'était un médecin qui le prescrivait ou tu le prenais dans la rue ?*

Non. C'est un médecin qui me prescrit. Il y a un médecin où quelqu'un prend pour moi. Une personne qui normalement ne prend pas de Subutex® va au médecin pour moi. J'ai des Subutex®, j'en ai à peu près 70 boîtes d'avance. 70 boîtes de 8 mg d'avance. Si je voulais les vendre... Ca ne m'intéresse pas de les vendre. Si quelqu'un me demande un Subutex® à vendre, je lui donne.

*Il y a quelqu'un qui va pour toi chez le médecin et qui ne prend pas d'héroïne ?*

Non, non, qui n'a jamais pris d'héroïne, rien. Le médecin suit cette personne-là et lui prescrit 24 mg de Subutex® par jour... Le médecin en est conscient et il les donne quand même. Moi, il me les donne les 24 mg.

*Il n'a jamais fait de test à cette personne ?*

Il a des centaines de clients et il ne fait aucun test.

*Lui en a pour toi et toi tu as un autre médecin.*

Oui.

*Médecin de famille ?*

Non, non. J'ai pris un médecin ici. Mon vrai médecin à moi, il est à X [nom de la ville]. Quand je suis malade, je vais à X, je vais chez mon vrai médecin.

*Ton vrai médecin, c'est celui que tu connais depuis que tu es tout petit ?*

Non, non, c'est un médecin que j'ai choisi il y a plusieurs années. Ca fait 8 ans que je le connais. Lui, c'est mon médecin. On se tutoie, on se parle



directement, on rigole ensemble, on s'entend bien. Il s'occupe bien de moi, j'ai confiance en lui. Le genre de médecin comme celui que je vais voir là, je n'ai aucune confiance en lui. Ce n'est pas un médecin, c'est un dealer. Je suis désolé, c'est peut-être méchant de dire ça mais c'est la vérité. Ce ne sont pas des médecins, ce sont dealers.

*Tu y vas et tu dis ce que tu veux ?*

Oui, oui. Comme il est interdit à un médecin de prescrire des benzos avec du Subutex®, on est bien d'accord. Dernièrement, j'y suis allé et il y a un ami qui m'a demandé pour avoir des Rohypnol® et des Tranxène®. Je suis allé chez le médecin, j'ai demandé le Subutex®. Il m'a mis le Subutex® et il m'a mis le Rohypnol® et le Tranxène®. Il n'a pas le droit de faire ça. Ce qu'il a fait, c'est une ordonnance pour le Subutex®, une ordonnance pour le Rohypnol® et une ordonnance pour le Tranxène®. J'ai fait trois pharmacies différentes. C'est la seule chose qu'il m'a demandée. C'est un dealer. Il faut être réaliste. Ce n'est pas un médecin, c'est un assassin. Serment d'Hippocrate de soigner les gens, d'y faire attention, de ceci et de cela, le secret médical, c'est bidon et pour beaucoup de médecins ici. Il y a aussi le fait qu'ils ont peur des gens. Quand je disais tout à l'heure que c'est un dealer, j'ai peut-être tort de dire ça parce que je sais qu'il s'est déjà fait braquer et ça a été jusqu'à avoir un revolver sur sa tête. Je sais qu'il a déjà eu pas mal de misères mais ce n'est pas une raison pour donner comme ça.

Les listes de médecins qui circulent entre usagers regroupent souvent les « médecins non prise de tête », comme ils disent. Toutefois, au fur et à mesure de la trajectoire de recours, un « bon médecin » peut être qualifié de « médecin dealer » car l'objectif du patient a changé. C'est le cas de Gaétan qui, au départ, souhaitait gérer les périodes de manque à l'aide d'un traitement opiacé et qui, par la suite, a voulu réduire le dosage.

Pour terminer cette partie sur les recours des usagers de drogues, soulevons la question suivante : quelles sont les conséquences de ces logiques de recours sur les pratiques du médecin généraliste ? La plus évidente et celle qui éclairera en partie notre objet est la mise en place de critères stricts de sélection de ces patients. Le tri des patients et la tentative d'adéquation entre les attentes des patients et le cadre des médecins sont donc au cœur de la définition des pratiques. L'hypothèse est que nous retrouverons les « bons patients » chez les « bons médecins », et les patients incertains chez les médecins plus souples, assistant ainsi à un ajustement apparaissant comme « naturel » entre patient et praticien alors qu'il résulte de diverses stratégies mises en place par les uns et les autres pour répondre à leurs attentes et ne pas « dépasser » leur cadre, leurs limites et leur « seuil de tolérance ».

## **2. La médecine, métier de la relation**

Le cabinet de médecine générale est un espace de rencontre où les attentes et les ressources ne sont a priori pas en harmonie. Cette relation est un rapport social dont la construction même fait l'objet de tensions, nous l'avons brièvement évoqué. La rencontre entre le médecin et le patient « met en présence des malades et leur entourage, appartenant à des groupes sociaux divers, et des membres d'une « profession » caractérisée par un statut très spécifique. Leurs rapports sont ceux de groupes différents par leurs compétences, leurs orientations, leur prestige, leur pouvoir » (Adam et Herzlich, 2003, 75).

La pratique médicale se caractérise notamment par la rencontre entre un professionnel et un patient. Elle est donc profondément relationnelle. La conception de la relation médecin-patient, dans le cadre des soins aux usagers de drogues, a un impact direct sur la définition des pratiques et du comportement des acteurs en présence.

### **2.1. Différents types de relations médecin-patient**

Au cours des dernières décennies, un débat a animé la sociologie de la santé au sujet du rôle du patient dans la décision médicale. Ce débat était caractérisé par un conflit entre l'autonomie et la santé, entre les valeurs du patient et les valeurs du médecin. Opposés à la dominance du pouvoir du médecin, certains défendent un idéal d'une plus grande autonomie du patient dans la décision. D'autres, par contre, prônent un contrôle plus grand du médecin.

La relation médecin-patient a d'abord été présentée comme une relation asymétrique entre un malade et un expert. Parsons a développé à ce sujet une analyse devenue classique (Parsons, 1951). Pour lui, le médecin est d'abord caractérisé par sa compétence technique qui le désigne comme spécialiste de la santé et de la maladie. Le modèle de la relation médecin-patient élaboré par Parsons est asymétrique et consensuel. L'asymétrie tient au fait que le médecin est actif et le malade est passif. « Le modèle est cependant consensuel parce que le malade reconnaît le pouvoir du médecin et la relation thérapeutique est fondée sur une forte réciprocité » (Herzlich, 2003, 224). Ainsi, le médecin et le malade poursuivent le même but, celui de la guérison. La relation médecin-malade est ainsi décrite comme un couple de rôles attendus et complémentaires. « La relation médecin-malade, système exemplaire pour Parsons de

contrôle social est 'un processus d'équilibrage de la société'. Réglée sur l'activité technique d'un spécialiste, extérieure au milieu familial et privé du malade, elle offre à ce dernier un cadre institutionnel avec des places et des rôles bien définis » (Saliba, 1994, 70).

De nombreuses critiques ont été adressées à cette conception développée notamment dans un contexte de primauté des maladies aiguës. Ainsi, d'autres prônent une interaction plus égalitaire entre les deux parties en présence, revendiquant une certaine autonomie du patient, en opposition au modèle paternaliste (Siegler, 1985, Szasz et Hollender, 1956) et soulignant le caractère monolithique de l'analyse de Parsons. Pour les interactionnistes américains notamment, cette relation ne peut être réduite à ce modèle unique, tout comme pour d'autres sociologues français contemporains (Baszanger, 1995, Dodier, 1993, Peneff, 1992). Ils souhaitent « réhabiliter l'existence d'un patient *acteur* de l'entreprise médicale » (Carricaburu et Ménoret, 2004, 52). Ils ont notamment mis l'accent sur le fait que la rencontre entre le médecin et le malade « se caractérise, plutôt que par un consensus, par un conflit résultant d'une divergence de perspectives et d'intérêts » (Herzlich, 2003, 224-225). Freidson est d'ailleurs le premier à avoir souligné cette caractéristique (Freidson, 1970). Il analyse la relation médecin-patient en soulignant sa variabilité, fonction des différents types d'activités médicales ou encore du contexte organisationnel dans lequel se situe l'interaction. La médecine ne serait donc pas caractérisée par un souci unique de bien-être du patient. Freidson montre en particulier que les codes éthiques et les lois régulant l'exercice médical ne sont pas uniquement établis pour protéger les patients, mais également – voire surtout – pour protéger la profession du public et de la concurrence d'autres professionnels.

Selon Freidson, le médecin perçoit le malade et ses besoins selon les catégories de son savoir spécialisé. « Attaché à son autonomie professionnelle, il entend définir lui-même le contenu et les formes du service qu'il rendra à son patient. Celui-ci, en revanche, perçoit sa maladie en fonction des exigences de sa vie quotidienne, de sa position dans la structure sociale et en accord avec le contexte culturel qui est le sien. Chaque malade voudrait que le médecin accepte sa propre définition de son problème » (Herzlich, 2003, 225). Dans le modèle de Freidson, il n'y a donc pas de consensus *a priori* entre le médecin et le malade et celui-ci n'est pas passif. Leurs points de vue peuvent s'opposer. Ainsi, il amène à se pencher sur les conflits entre normes

professionnelles et normes profanes. Le conflit entre le système de valeurs des uns et des autres est, à ses yeux, patent alors que Parsons envisageait une identité de buts entre le médecin et le patient.

Szasz et Hollander sont les premiers à proposer une typologie en trois termes de la relation médecin-patient (Szasz et Hollander, 1956). La relation peut prendre la forme d'une *activité-passivité*, soit un modèle d'interaction où le patient apparaît comme passif et le médecin totalement actif. Ce modèle est lié notamment aux cas de blessures graves, de coma ou de patients soumis à l'anesthésie. La relation peut prendre la forme d'une *guidance-coopération*, soit un modèle où l'accord du patient est nécessaire dans l'interaction de soin. Le malade est ici capable de suivre en partie les conseils du médecin et d'exercer une part de jugement. Enfin, dans le cas de maladies chroniques, la relation peut prendre la forme d'une *participation mutuelle*, soit, enfin, un modèle où le patient est capable de prendre en main ce que le médecin lui demande de faire, il peut assumer son traitement (Carricaburu et Ménoret, 2004, 57). « L'expérience propre du patient devient un élément capital de l'approche thérapeutique. D'une façon schématique, on peut dire que le médecin aide le patient à s'aider lui-même » (Baumann, 2003, 209). Freidson ajoutera deux modèles à cette typologie. Le premier renvoie à une interaction où le patient guide et le médecin coopère. Le deuxième fait référence au cas où le patient est actif et le médecin est passif.

Au regard de ce débat – déjà ancien mais toujours d'actualité bien que le modèle paternaliste perde du terrain -, certains auteurs se sont posés la question : « What should be the ideal physician-patient relationship ? » (Emanuel et Emanuel, 1992, 2221). Ces derniers proposent quatre modèles idéaux-typiques de relations médecin-patient prenant en compte quatre types de facteurs : les buts de l'interaction médecin-patient, les obligations du médecin, le rôle des valeurs du patient, et la conception de l'autonomie du patient. Ils décrivent ainsi quatre modèles<sup>214</sup> : « the paternalistic model », « the informative model », « the interpretative model » et « the deliberative model ».

---

<sup>214</sup> La description de ces modèles reprend en grande partie l'article précité. Nous en proposons une traduction dans les grandes lignes.

### Le modèle paternaliste (*paternalistic model*)

L'interaction patient-médecin garantit aux patients de recevoir les traitements qui promeuvent le plus leur bien-être et leur santé. A cette fin, le médecin utilise ses compétences pour déterminer le diagnostic et l'état d'avancée dans le processus de la maladie afin de définir les examens médicaux et les traitements les mieux adaptés pour que le patient retrouve la santé ou pour que les douleurs s'atténuent. Le médecin se présente ensuite au patient avec une sélection d'informations ayant pour but de l'encourager à consentir au traitement qu'il envisage comme le plus pertinent. Dans ce modèle, le médecin se donne pour rôle de définir les intérêts du patient avec une participation limitée de celui-ci. L'autonomie du patient est réduite à son assentiment alors que le médecin détermine ce qui est le mieux pour lui. Dans ce modèle idéal-typique, l'obligation du médecin est de promouvoir le bien-être du patient indépendamment de ses préférences. Le médecin se donne pour rôle celui de *guardian* (Emanuel et Emanuel, 1992, 2222).

### Le modèle informatif (*informative model*)

L'objectif de l'interaction pour le médecin est de fournir au patient toutes les informations pertinentes pour que ce dernier puisse choisir le traitement et la prise en charge qu'il souhaite. Le médecin aura ensuite à « exécuter » les choix du patient. Les valeurs de ce dernier sont définies et connues, mais il lui manque les faits. Il est donc du devoir du médecin de lui fournir les éléments disponibles. Les valeurs du médecin ont ici peu de place dans les choix thérapeutiques. Le médecin est ici un pourvoyeur d'une expertise technique. L'autonomie du patient prend donc la forme d'un contrôle sur les décisions médicales. Il connaît ses valeurs. Le médecin fournit les informations factuelles pertinentes et opère le choix du patient. L'autonomie est caractérisée par le choix des soins. Le rôle du médecin est celui d'un expert technique compétent.

### Le modèle interprétatif (*interpretative model*)

L'objectif de l'interaction médecin-malade est de déterminer les valeurs du patient et ce qu'il souhaite, et l'aider à choisir l'option pertinente par rapport à ses propres valeurs. Tout comme dans le modèle informatif, le médecin fournit au patient diverses informations sur la nature de la maladie, les risques encourus par le choix de différents traitements ou différentes interventions. De plus, il assiste le patient dans la tentative

d'articulation entre ses valeurs et les choix médicaux pertinents. Les valeurs ne sont ni fixées, ni connues. Le médecin travaille donc à reconstruire les objectifs du patient et ses aspirations. Son rôle est ici analogue à celui d'un conseiller. Les valeurs du patient sont incohérentes ou conflictuelles, requérant une élucidation. Le rôle du médecin est justement d'élucider et d'interpréter ses valeurs, de l'informer et de mettre en place les soins choisis.

Le modèle délibératif (*deliberative model*)

L'objectif de l'interaction est d'aider le patient à déterminer et choisir les meilleures orientations au regard de la situation clinique et de ses valeurs. Ses valeurs sont ouvertes à l'évolution et à la discussion. Le médecin a pour rôle d'articuler et de persuader le patient de ses valeurs et de l'informer. L'autonomie du patient est ainsi définie comme un développement moral personnel pertinent par rapport aux soins. Le rôle du médecin est proche de celui d'ami ou de professeur, engageant un dialogue sur les actions les plus pertinentes.

Les formes de relation médecin-patient décrites par ces différents auteurs vont donc de la domination du médecin sur un patient passif ou de la domination d'un patient sur un médecin passif à « diverses formes de négociation entre deux partenaires ayant chacun son point de vue à faire valoir et disposant de ressources pour cela » (Adam et Herzlich, 2003, 87).

La relation qu'entretient le médecin généraliste avec son patient s'inscrit dans ces différents modèles. Nous verrons qu'en fonction de son inscription dans tel ou tel modèle, la réponse et la pratique du médecin à l'égard de l'utilisateur de drogues sera différente. Outre les modèles où l'un des acteurs est passif, l'intérêt de la notion de négociation est de permettre d'envisager la rencontre comme « ouverte », chacun pouvant influencer son déroulement et ses résultats. Toutefois, il ne s'agit pas de nier le poids important du médecin pouvant à tout moment décider de mettre fin à la négociation et d'imposer son optique.

## 2.2. La confiance, le nœud de la relation

La médecine est un métier de la relation. Qui dit relation, dit notamment attentes de chacune des parties par rapport à l'autre. Comme le soulignait Freidson (1984), la rencontre entre le médecin et le malade se caractérise par un conflit résultant d'une

divergence de perspectives et d'intérêts. Au cœur des échanges se situe la négociation de la définition d'un cadre relationnel satisfaisant pour les deux parties.

*La frustration du médecin généraliste : entre les attentes du médecin et les demandes du patient*

La confiance découle d'un échange satisfaisant entre les deux parties, la compétence étant reconnue au médecin et la compliance au patient. En fonction des objectifs fixés par les uns et les autres, la relation de confiance peut ainsi se créer. « La confiance est un ingrédient de la relation entre médecins et patients, mais elle est asymétrique, risques et incertitudes n'étant pas partagés de façon équitable (Cresson, 2000) ; le déroulement d'une consultation s'ouvre la coopération mais reste inextricablement lié à un rapport inégalitaire (Lacoste, 1993) » (Denis, *et al.*, 2003, 196). La relation est donc présentée comme l'élément central de la profession du médecin généraliste. Ainsi, une éthique de la relation constitue le principal guide de l'action et de l'interaction avec le patient qui se construit et évolue avec le temps et une série d'échanges.

La question des attentes est ainsi au cœur de la problématique des usages de drogues. Les médecins nous confient leurs frustrations, leurs déceptions, voire les « arnaques » auxquelles ils ont été confrontés avec ces patients.

Les objectifs poursuivis par les médecins à l'égard des soins aux usagers de drogues sont multiples. Pour certains, il s'agit de « resocialiser » le patient et de réduire les faits de violence. Pour d'autres, l'objectif est l'abstinence et la réduction régulière du traitement. D'autres encore évoquent leur ambition de « combattre le commerce de l'héroïne ». Certains font état de la baisse significative de décès par overdoses. D'autres enfin soulignent la rentabilité économique de ces prises en charge.

Nous l'avons noté, les objectifs des usagers de drogues consultant le médecin généraliste sont de trois types : l'abstinence et l'arrêt des consommations, la gestion des consommations et la réduction des risques associés ou le business, se procurer des traitements dans une optique de « défonce » ou dans le but de les revendre.

Ainsi, les différents objectifs de l'un et de l'autre risquent de ne jamais se rencontrer. Faut-il alors imaginer que seuls les couples « médecin-patient » ayant un objectif identique peuvent amener à une « réussite » du traitement ou encore à une satisfaction des deux parties ? Il serait non pertinent de s'aventurer dans ces considérations. Pour

Carr-Hill, par exemple, le modèle des attentes considère que le niveau de satisfaction correspond à la différence entre la prise en charge réelle du patient et la représentation préalable qu'il se fait des soins (Carr-Hill, 1992). Certains médecins évoquent leur surprise, quand après des mois, voire des années, ils découvrent que le patient ne s'inscrit pas dans la même optique qu'eux.

Les médecins pratiquant avec les usagers de drogues décrivent trois « types » de patients au regard de l'aboutissement de la prise en charge. Le premier profil renvoie aux patients diminuant progressivement leur traitement jusqu'à l'arrêt. Ils ne semblent pas poser problème aux médecins et seraient donc pour tous de « bons » patients. Le deuxième profil correspond aux patients qui « disparaissent dans la nature » et que le médecin ne voit plus, souvent en lien avec une inadéquation des objectifs et une non acceptation par le patient du cadre posé par le médecin. Le dernier profil, perturbant les référents des médecins, renvoie aux « patients en maintenance », « c'est-à-dire qu'ils prennent des doses pas trop importantes de méthadone, de manière bien régulière et, occasionnellement, ils consomment un peu de cocaïne, parfois un peu d'héroïne ». Les médecins éprouvent, par moments, des difficultés avec les patients de chacun de ces trois profils. Toutefois, ils semblent les moins à l'aise avec celui qu'ils appellent le « patient manipulateur », représenté dans chacun de ces trois profils. Il est décrit comme quelqu'un qui donne des versions variées de la réalité. Il cherche notamment à être maître à bord et à limiter la négociation en cas de désaccord. Pour limiter ces conflits, les médecins posent un cadre et s'en servent pour réguler la relation. Toutefois, une fois le cadre posé, ce patient aurait tendance à jouer avec ses limites, à inciter le professionnel à en sortir. Pour éviter d'être manipulé, le professionnel tente de réduire cette marge de manœuvre, ce qui rend la situation « lourde » et difficile à gérer. Les situations « lourdes » sont associées à la difficulté des régulations et à la pénibilité des interactions. Les accords ne sont pas faciles à trouver et sont souvent de courte durée.

Toutefois, quel que soit le « type » de patient, les médecins s'exclament : « On est toujours frustré de toute façon en tant que médecin ». Un des médecins participant au groupe d'analyse caractérise d'ailleurs la relation médecin-patient comme une relation de confiance « tunnelisée », « orientée sur un aspect » que le patient lui-même choisit. Il peut en effet y avoir mauvaise interprétation des attentes du patient par le médecin. Ainsi, ce dernier peut se sentir « blousé », « trompé » par le patient alors que celui-ci



n'en a aucunement conscience : « Ils viennent pour quelque chose et nous, on attend autre chose ». Les patients « ne verbaliseraient » pas certaines questions qu'ils considèrent comme être du domaine privé. Or, les membres du groupe d'analyse insistent sur la nécessité d'une globalisation des soins qu'ils ne rencontrent pas chez les patients qui choisissent de ne partager qu'un pan de leur quotidien. Ils notent donc « la difficulté d'entrer en contact avec eux sur tous les plans. Ils vont venir me voir pour un problème (...) mais pour le reste, ils n'en parlent pas parce qu'ils ne sont pas là pour ça ». Les participants sont tous d'accord pour pointer leur difficulté « à savoir où est notre champ ». Ils s'accordent sur le fait qu'ils ne sont pas maîtres du jeu et que les patients décident ce pour quoi ils viennent. Mais le médecin est-il prêt à accepter cette « tunnelisation » qui n'est pas de son fait, ce quiproquo à certains égards ? Et jusqu'à quel point ? Cette « tunnélisation » de la relation n'est pas typique des soins aux usagers de drogues, mais elle est inhérente à la médecine générale.

#### *Une question de confiance*

Ainsi, « contre l'idée rousseauiste d'une confiance naturelle et spontanée, il paraît plus réaliste de faire l'hypothèse que la confiance peut se construire progressivement (Cresson, 2000) dans un contexte de tensions et éventuellement de conflits ouverts » (Cresson, *et al.*, 2003, 12).

La médecine est un métier de la relation, qui souligne l'importance de la confiance entre le médecin et son patient. Cette confiance et la « maîtrise de l'interaction » (Milburn, 2002, 47) sont au cœur de l'activité médicale. Dans le domaine médical comme dans d'autres professions que nous qualifions de relationnelles telles que les avocats ou les médiateurs, « le processus de contrôle de l'interaction par le professionnel est essentiel à la compréhension de l'activité professionnelle » (Milburn, 2002).

En effet, lorsque le médecin pense ne pas « maîtriser l'interaction », le cadre de la relation, différentes réactions sont évoquées. Premièrement, il peut mettre fin à la relation. Deuxièmement, il peut tenter de réorienter la relation en mettant en place des stratégies de maîtrise lui permettant notamment d'avoir un contrôle sur l'information donnée par le patient. Il peut alors faire appel à l'entourage du patient ou à d'autres intervenants. Certains médecins demandent à la famille de contrôler la prise du traitement, de le délivrer quotidiennement. D'autres renvoient le mode de délivrance du

traitement, proposant une délivrance fractionnée, et demandent au patient de se rendre régulièrement chez le pharmacien, parfois quotidiennement. D'autres « font une pause » et réadressent pour un temps le patient dans un centre spécialisé ou vers un réseau spécialisé, avant de « renégocier les termes du contrat ». D'autres enfin font appel à des intervenants non spécialisés, un psychologue ou un travailleur social, par exemple.

### 2.3. Décisif, le premier contact avec le patient ?

La question du premier contact avec le patient semble déterminante au regard des entretiens réalisés. C'est souvent à ce moment que se joue la relation. D'une part, lorsque le médecin expose son cadre de travail, le patient détermine la possibilité ou non d'atteindre ses propres objectifs avec ce médecin. D'autre part, le médecin « sent » le patient, se fait une idée de ses motivations et accepte ou non de mettre en place un accompagnement qu'il suppose sur le long terme.

Comme l'a souligné Freidson, il existe lors du premier contact un écart considérable entre l'urgence ressentie par l'utilisateur et la réponse détachée et technique que le praticien est amené à lui apporter. Cet écart est d'autant plus important lorsque l'on s'intéresse à l'usage de drogues. L'utilisateur est présenté comme quelqu'un qui est dans le « tout, tout de suite ». Certains médecins sont prêts à accepter ce décalage temporel, d'autres pas. « La relation s'installe donc sur une discordance qui n'en constitue pas la limite, mais au contraire, la base d'un ajustement des rôles mutuels » (Milburn, 2002). Lors du premier contact, il appartient souvent au médecin, dans cette relation asymétrique, de définir quel type de relation pourra être développé avec le patient, compte tenu du rôle que chacun est, selon lui, tenu de jouer.

La première rencontre est l'occasion, pour le médecin, de présenter le dispositif, sa manière de travailler, le « cadre » qui est le sien et les éventuels ajustements de celui-ci. Cette première définition du rôle que chacun va occuper, définition établie en partie par le praticien, contribue à fixer les termes de la relation. Ainsi, bien souvent, après ce premier contact et cette définition du cadre et des rôles, des obligations du patient, certains patients ne passeront plus la porte du cabinet. Notons que ce « cadre » qui permettra l'échange constitue toujours d'un idéal suivi par le praticien.

Dans le cas des avocats ou des médiateurs, « le premier entretien, lorsqu'il est couronné de succès, arrête ce régime de la relation, qui suppose l'adhésion du client à

une démarche partagée » (Milburn, 2002). En médecine générale, ce n'est pas forcément le cas. Les premières interactions constituent un premier filtre et les usagers ne souhaitant pas entrer dans « le cadre » ne se présentent plus ; mais ce cadre est également amené à évoluer avec le temps et notamment avec l'expérience du médecin et la confiance qui se crée entre les deux parties.

Là où dans d'autres professions de la relation, le cadre et le fonctionnement du dispositif sont souvent ignorés ou mal connus par le client, dans le cas de l'usager de drogues, il a une connaissance fine du dispositif, des différentes structures, des différentes molécules qu'il a bien souvent testées au préalable « dans la rue ». Comme le notent les médecins, il est maintenant rare de rencontrer un usager n'ayant jamais consommé de « produits » de substitution : « Les nouveaux cas, ça n'existe pratiquement plus. La plupart des gens sont déjà sous méthadone ou ont déjà consommé de la méthadone, puis ont rechuté. Maintenant, les vrais nouveaux cas, ça n'existe plus où on doit doser, mesurer l'héroïne dans les urines pour être sûr qu'ils sont toxicomanes... Ils sont déjà chez le pharmacien, ils ont rechuté ou ils n'ont pas rechuté... Des nouveaux, je n'en vois plus ». Comme le disent la plupart des médecins rencontrés, les usagers « sont des pharmaciens de la rue ».

Cette première phase contribue donc à désigner les conditions de possibilité, voire d'impossibilité, de la relation. Comme nous le notions, la définition générale du régime relationnel ne s'arrête toutefois pas à ces premières interactions. La relation se définit donc non seulement à la première rencontre, mais aussi au fil de son déroulement. Selon Milburn, la seconde phase relationnelle « s'ouvre lorsque la confiance du client est peu ou prou acquise et la définition de l'intervention professionnelle stabilisée » (Milburn, 2002). Dans le cas de l'usage de drogues, certains patients n'auront jamais complètement confiance dans le médecin ou le médecin n'aura jamais totalement confiance dans le patient.

Si l'usager ne joue pas le jeu, n'est pas coopératif, refuse d'infléchir son comportement dans le sens qui lui est suggéré, les médecins réagissent de manières différentes. Certains acceptent « les entorses au règlement », d'autres sont « à cheval sur le règlement ». Les dérapages ont donc des conséquences différentes sur les soins en fonction du positionnement du médecin.

« Les identités et les rôles mutuels qui sont définis dans le cours de la relation participent d'une négociation dont les limites sont toutefois fixées par l'intervenant » (Milburn, 2002). Le praticien doit « veiller à ce que la définition de la relation se déroule sur le mode d'une négociation dont l'issue est par définition incertaine, mais dont l'intervenant maîtrise les modalités de déroulement » (Milburn, 2002). Sa compétence revoie donc à une technique de cadrage relationnel où le médecin exerce un ascendant sur le patient, ascendant aboutissant à un tri, une sélection des « bons » patients<sup>215</sup>. L'asymétrie de la relation est bien prégnante quoi que le patient dispose d'une marge de manœuvre. Les usagers ne sont pas privés de toute liberté d'action, ils peuvent opposer aux stratégies professionnelles que les médecins tirent de leurs ressources des *tactiques personnelles* (De Certeau, 1982) qui leur permettent de composer avec le cadre imposé et d'orienter la relation dans un sens qui leur semble plus approprié, à l'intérieur toutefois des limites définies par l'intervention professionnelle.

Ainsi, « pour que l'action se déroule, il est nécessaire de prêter aux autres des motivations. Les évaluations de motivations peuvent être tout à fait fausses ; il n'en reste pas moins que les actions s'enchaînent à partir de ces appréciations » (Strauss, 1992b, 51). « L'émergence de la confiance traduit l'ajustement de ces attributions mutuelles de motivation » (Milburn, 2002). C'est ainsi, comme nous le soulignons, que certains médecins disent avoir été « bernés » par des patients et s'en être rendus compte après plusieurs années de prise en charge.

Les métiers de la relation sont également marqués par une forte implication et la création d'un affectif fort de certains médecins. Cette affectivité définit les modes de travail du médecin et ses positionnements, mais également les difficultés de poser des limites claires à l'égard de patients « déviants », n'entrant pas dans le cadre établi. Le cadre, présenté théoriquement comme immuable, se mue pourtant dans la pratique en un positionnement « au cas par cas » en fonction de l'affectivité qui le lie au patient, de leur « histoire commune » et de la représentation d'une possible « rédemption » du patient.

La notion de confiance est ainsi au cœur de la pratique. On ne saurait affirmer que la confiance parfaite entre le praticien et le patient est obtenue en toute occasion, elle serait

---

<sup>215</sup> Cette sélection des patients a fait l'objet de plusieurs recherches sociologiques se centrant principalement sur le tri opéré à l'admission dans les hôpitaux. Voir notamment (Kuty, 1973), (Herzlich, 1973), (Dodier et Camus, 1997), (Vassy, 1997), (Vassy, 1999), (Castra, 2000).

davantage un horizon dont se dote l'intervenant pour structurer l'échange de manière pertinente et efficace.

Dans le cadre qui nous occupe, le praticien, de façon unilatérale, détermine les valeurs qui sont au fondement de la relation. La compétence de négociation est donc de fait bien souvent asymétrique et assure au praticien un contrôle des conditions de la relation. Elle permet ainsi, selon les analyses de Freidson, de « délimiter les ajustements *possibles* du professionnels et les ajustements *nécessaires* du client » (Freidson, 1984). La confiance constitue notamment le régulateur moral et affectif de la relation.

A la fois le médecin cherche à asseoir son autorité (prenant notamment la forme d'un contrôle de l'interaction), mais recherche également une indépendance.

#### 2.4. La confiance au regard des incertitudes

Le cadre des soins aux usagers de drogues ne correspond pas au modèle curatif classique car il peut y avoir une gestion à vie des consommations. Or une des règles fondamentales de l'éthique à laquelle sont formés les médecins entend privilégier le curatif. Les professionnels engagés dans une perspective médicale curative s'orientent alors exclusivement vers la « guérison », concept en soi difficile et ambivalent au regard des consommations de drogues et des dépendances. La notion d'incertitude est au cœur de la pratique du médecin généraliste avec tous ses patients, mais davantage encore avec l'usager de drogues.

##### *Les seuils de tolérance : jusqu'où aller ?*

Une partie des débats du groupe de travail a été orientée par la question des seuils et de la limite acceptée par le médecin généraliste dans sa pratique. A rapidement émergé la question du « trop », du « ras le bol », du « malaise », du « ça explose à un moment ou un autre ».

Tout d'abord, il a été question de la (difficile) gestion de la pratique et de l'incertitude quant à l'utilisation des traitements. « Je me demandais ce qu'il [le patient] faisait avec ses gélules : est-ce qu'il donnait vraiment à son frère ? Est-ce qu'il les revendait ? Est-ce qu'il en prenait plus ? ». Le médecin généraliste ne sait parfois pas « ce qu'il en est de la réalité de ses questions ». Cette incertitude crée un stress dans la pratique et pose la question : jusqu'où j'accepte d'aller ? « Il y a une limite qu'on ne sait

pas dépasser ». Cette limite est variable selon les médecins. A l'analyse de certains dossiers présentés lors des rencontres du groupe de travail, des participants se sont d'ailleurs exclamés : « Ma limite aurait été plus tôt », « Je ne saurais pas vivre ça non plus ».

Cette limite, synonyme pour beaucoup de l'arrêt du traitement, est atteinte pour l'ensemble des membres du groupe lorsque qu'un autre confrère prescrit simultanément et lorsque le contrat implicite entre le médecin et le patient est manifestement rompu. La limite est plus floue lorsque le patient revend le traitement, lorsque le médecin doute de la destination du traitement ou lorsque le patient revient plus tôt que la date de renouvellement prévue.

Ces questions semblent rester en suspens : « On essaie de savoir exactement quoi et on ne sait jamais si c'est eux-mêmes qui le prennent... même si on fait un contrôle dans le sang, je ne sais pas établir s'ils prennent vraiment la dose prescrite ou s'ils prennent la moitié. On se pose toujours la question : est-ce que réellement ils la prennent ou ils revendent et se font de l'argent ? (...) On est toujours mal à l'aise » (MG18).

Le seuil de tolérance varierait en fonction du praticien : « au niveau d'une même maison [cabinet de groupe], on aurait des seuils de tolérance qui ne seraient pas les mêmes et des moments où on va craquer qui ne seraient pas les mêmes » (MG40). Cette tolérance est également fonction du moment. Ce seuil peut être variable chez un même médecin. La question a alors émergé : « Qu'est-ce qui fait qu'on craque ? ». Le débat a alors introduit les notions de « haut seuil » et de « bas seuil » dans les soins, qui peut se résumer comme ceci : « Je balance toujours entre deux positions : est-ce que je fais du soin haut de gamme, c'est-à-dire est-ce que, comme certains confrères, je ne vais prendre que de bons élèves pour avoir de bons résultats et les autres, ils se débrouillent ? Ou est-ce que je prends des mauvais élèves quitte à avoir de mauvais résultats ? » (MG40). Ce médecin dit avoir « l'impression de toujours évoluer ». Ce seuil ne serait donc pas fixe : « D'un seul coup, je craque et je dis : « Je fais du haut de gamme. Dehors ! » et puis d'un seul coup, je me dis : « Attends, on ne va pas laisser sur le carreau sous prétexte de... ». La question, c'est : qu'est-ce qui fait qu'à un moment donné, c'est terminé ? ». Il y a la goutte qui fait déborder le vase ». Cette question de la limite est donc restée sans réponse. Les participants ne semblent pas clairs sur les limites qu'ils posent. La saturation peut être atteinte quel que soit le praticien, mais elle

est surtout fonction de sa trajectoire. Comme le note un autre médecin : « la difficulté est de dire où sont nos limites ».

Ces seuils, ces niveaux de tolérance seraient révélateurs d'un marché des soins répondant à des attentes différentes des patients. En fonction de ces seuils, des patientèles spécifiques se constitueraient selon le profil du médecin.

Face à ce stress, cette incertitude, les réponses sont variables. Les médecins semblent disposer de solutions, notamment ce qu'ils nomment « la triangulation » : « Si on rencontre de tels problèmes avec des patients, on leur demande d'aller tous les jours chez le pharmacien. Ils prennent même la dose devant le pharmacien et le problème est réglé en 15 jours : ou bien ils ne viennent plus parce que ça ne les intéresse plus d'être contrôlés, ou bien ils se rangent » (MG21). D'autres médecins prescrivent le traitement de manière fractionnée, le patient ne peut donc se faire délivrer le traitement qu'aux dates mentionnées sur l'ordonnance. D'autres encore réalisent des contrôles réguliers et mettent l'accent sur le dialogue autour de la rechute.

Cette incertitude devient source d'angoisse : « Une telle situation génère quand même un stress qui n'est pas gérable. On est inquiet quand même... Moi, je ne peux pas vivre... il faut quand même une certaine tranquillité aussi dans la journée » (MG18).

Toutefois, tous les participants s'accordent sur la relation qui se crée malgré ces situations d'incertitude et ce serait là le plus important, le facteur qui fait que « ça tient » : « On sentait qu'il n'y avait pas uniquement du commerce, il y avait une relation ». En effet, cette « parole », cette « rencontre », cette « histoire qui dure » sont synonymes, pour l'ensemble du groupe, de soins. « Il s'est quand même soigné quelque part », conclut un médecin français.

De même, cette incertitude quant à la destination du traitement peut être révélatrice d'une thérapie par les pairs. Le médecin est-il prêt à « jouer le jeu », à accepter qu'il « va aussi traiter toute une série de patients collatéraux, familiaux et non familiaux, des patients chez qui il y a de la revente, du don ou de l'échange » ? Intègre-t-il ou est-il prêt à intégrer dans sa pratique « les soins qui se font en économie souterraine » et auxquels il participe indirectement ?

Comme le disent les participants, le médecin « porte beaucoup ». Il ressent des malaises, du stress quant à ces situations d'incertitude auxquelles il répond

différemment en fonction de sa propre « expérience », de son parcours professionnel. Il revendique en effet une « tranquillité », la nécessité d'un certain apaisement dans la pratique. Un participant revient d'ailleurs sur « les soupçons » : « C'est vrai qu'on accepte même des soupçons. On a beaucoup de patients qui ne sont pas toxicomanes et chez qui on accepte les soupçons » (MG29). La question de la « confiance » semble d'autant plus prégnante dans les situations discutées car la prescription concerne un stupéfiant : « Ce n'est pas comme si je prescrivais de l'insuline à quelqu'un ».

La question se pose alors : peut-on pratiquer la médecine sans confiance vis-à-vis de ses patients ? Peut-on continuer à traiter quelqu'un lorsqu'on a des doutes, des soupçons ou lorsqu'on n'a pas de réponses à ses incertitudes ? Ce stress et cette incertitude ne sont toutefois pas le lot quotidien du médecin, les membres du groupe insistent sur leur caractère anecdotique et exceptionnel.

#### *Les soutiens du médecin généraliste*

La rencontre entre le médecin et le patient n'est pas uniquement interpersonnelle. Face à des situations d'incertitude, de crise, quels soutiens le médecin généraliste peut-il trouver ? Les médecins évoquent les difficultés liées à leurs pratiques, mais ils notent également les stratégies mises en place pour « porter moins » ou « gérer mieux ».

Pour certains, une hospitalisation est une aide importante. Toutefois, à l'unanimité, les médecins rencontrés évoquent des difficultés récurrentes liées à l'hospitalisation de patients dépendants. Est principalement ciblé le secteur psychiatrique qui ne voit pas en ces patients de possibles psychopathologies, mais se focalisent sur la dépendance aux produits. Les autres secteurs hospitaliers semblent également perméables à l'accompagnement de ces patients, notamment dans les services de maternité.

Le secteur psychiatrique a d'ailleurs fait l'objet de plusieurs critiques dans le groupe d'analyse. Il est présenté comme refusant les patients dépendants. Il serait un gros prescripteur de traitement : « ils ressortent avec des traitements très, très lourds ». Il « expérimente des opiacés comme thérapeutique de l'arsenal psychiatrique pour les patients psychotiques ».

Les centres de soins spécialisés en toxicomanie sont présentés comme un autre recours possible pour le médecin généraliste : « se réfugier dans un centre pour me protéger ». A cet égard, certains critiquent la structuration des soins aux usagers de



drogues en France. Selon eux, la « rédemption » naît d'une relation de confiance entre un soignant et un patient. Or l'offre de soins française, de par l'obligation d'une initialisation de la méthadone en centre, est responsable d'une rupture de l'accompagnement lorsque le patient passe en ville : « Quand on est bien dans une relation, on ne va pas changer de soignant parce que ça va mieux ». Le patient (et le soignant) est alors face à un dilemme : soit poursuivre les prescriptions en centre, induisant par là même des files d'attente, soit passer en ville en rompant une relation de confiance établie.

Les molécules, les traitements de substitution seraient également un soutien pour le médecin. Ainsi, la méthadone peut être un outil pour le médecin souhaitant traiter un dépendant à la cocaïne : « Cette molécule a servi à me soutenir ». Il peut ainsi arriver que ces molécules fassent « sortir le médecin des clous ».

La famille du patient peut également être un support pour le médecin. Elle joue un rôle central dans les carrières de consommations et de soins des patients. Dans un premier récit, le frère est présent tant dans les rechutes que dans les soins. C'est avec son frère que le patient a commencé à consommer de l'héroïne, mais c'est également avec son frère qu'il consulte un médecin généraliste et c'est encore avec son frère que le médecin suppose qu'il partage son traitement. Dans un deuxième récit, le patient se présente chez le médecin avec son père. Lorsqu'il rechute, ce sont sa sœur et son frère qui contactent le médecin pour qu'il réintègre le système de soins. De même, lorsqu'il décide de se resocialiser, il intègre une auto-école par le biais de son frère. Nous évoquions plus haut les soins par les pairs et une certaine économie souterraine. Les pairs sont donc aussi des soutiens dans le cadre des « sorties de la toxicomanie », pour reprendre l'expression de Castel.

#### *L'incertitude de l'utilisation du traitement : sécuritaire versus sanitaire*

Quelques patients éprouvent des difficultés à respecter le dosage prescrit. Selon certains médecins, ils ont peur du manque : « Elle [une patiente] a un peu peur du manque, donc elle préfère prendre une gélule supplémentaire ». Pour d'autres, « jouer avec le dosage » permet de gérer les périodes d'angoisse. Ces patients seraient dans un rapport compulsif au traitement et seraient dans la nécessité de « prendre quelque chose » dans ces moments d'incertitude : « Quand ça va mal, il faut prendre quelque chose et ce quelque chose, c'est ce qu'il y a sous la main. (...) Chez un certain

nombre de patients, je me suis rendu compte que ce n'était pas la quantité qui importait, mais c'était de prendre quelque chose à ce moment-là. (...) C'est plus un effet placebo qu'un effet thérapeutique réel. Or ce sont des gens, quand on leur demande, ils sont très vite rassurés d'avoir pris quelque chose » (MG40).

Selon les situations, certains médecins acceptent de prescrire plusieurs gélules pour permettre différentes prises par jour, d'autres préfèrent s'en tenir à une seule, quitte à ce que le patient « chipote » avec ses différents flacons de sirop ou la poudre des gélules. Certains patients d'ailleurs ne parviendront pas à abandonner cette habitude de prendre les gélules en plusieurs prises.

Les médecins font part des doutes qui subsistent quant à l'utilisation du traitement par les patients : « Est-ce que le patient ne vend pas une partie de son traitement ? ». Selon tous les participants au groupe d'analyse, cette angoisse est typiquement liée aux soins aux usagers de drogues. Comme le note un médecin, « je crois que c'est le seul traitement où le monde médical est aussi surveillant ». L'existence d'un marché noir de substitution conduit le médecin à prendre conscience que « tous nos patients seraient en possibilité de participer à ce marché noir ». Les traitements de substitution sont d'ailleurs souvent l'objet d'échange, de dépannage entre usagers. Ces échanges se comprennent notamment comme une « prolongation de la culture de l'héroïne ». Toutefois, tous s'accordent sur la relativité de ce marché noir. Il s'agirait selon eux davantage d'un « trafic de fourmi » que d'un trafic organisé à grande échelle.

Pour certains d'ailleurs, ce marché noir est un premier pas vers le soin. Comme le répète un militant des premières heures, le marché de la rue serait un « espace thérapeutique transitionnel » qui permettrait aux usagers de tester les traitements et de se faire une idée de ce qui leur convient avant de se rendre chez un « vrai » thérapeute : « le début de rupture avec l'héroïne se ferait tout d'abord dans l'espace de la rue ». Le 21<sup>ème</sup> siècle serait différent du 20<sup>ème</sup> siècle dans le sens où de plus en plus de patients ont déjà « essayé la méthadone ou la buprénorphine dans la rue, au marché noir avec des copains ». Toutefois, ce discours n'est pas audible par tous et les pouvoirs publics notamment le rejettent en force : « Ils ne peuvent pas imaginer ces histoires-là ».

Cette incertitude vient perturber le cadre posé par le médecin : « Je comprends bien la difficulté pour le médecin. Nous, on aime bien que les choses soient carrées, donc toujours la même posologie, la même durée. Et là, il y a des chevauchements

d'ordonnances quand il [le patient] prend plus de gélules. Donc oui, ce n'est pas bien déjà au niveau légal, mais est-ce que c'est vraiment gênant ? (...) En France, on est plus souvent confronté à ce problème parce que c'est la forme sirop. La gélule, c'est quand même compliqué : il faut l'ouvrir, il faut trier. (...) Moi, ça ne me gêne pas trop parce que sa méthadone, elle [une patiente] la prend. De temps en temps, elle se soigne elle-même, donc elle en prend un peu plus » (MG33). Toutefois, le malaise du médecin est d'autant plus perceptible que les dosages prescrits sont élevés.

Ainsi, pour certains, si le patient ajuste son traitement en fonction de ses angoisses, ce n'est pas gênant. Les patients sont de « bons pharmacologues » ayant tout essayé, ils peuvent « jouer » avec les gélules et le sirop. Ils prônent un aménagement des pratiques : « Je pense qu'une certaine tolérance doit être acceptée si le médecin est convaincu ». Toutefois, les difficultés de compréhension se marquent au niveau des instances de contrôle. La nouvelle législation belge ne rassure d'ailleurs pas les médecins en ce qu'elle propose de contrôler l'ensemble des prescriptions de méthadone, repérant notamment les chevauchements : « En terme de santé publique, eux [les pouvoirs publics], ça leur fait peur et du coup, ils vont mettre des limites qui vont avoir des répercussions sur notre pratique individuelle. On a beaucoup de mal à justifier vis-à-vis de certaines personnes qui ne sont pas toujours médecins non plus et qui ne se situent pas au niveau de l'humain. Ca, ça me fait très, très peur ».

Ainsi, si les questionnements « sécuritaires » prennent le dessus, le médecin ne ferait plus du soin : « Il faut qu'on arrive avec nos patients à quitter l'idée sécuritaire [et se poser la question :] est-ce que ce que je fais peut correspondre à de la clinique au sens médical ? Est-ce que je reste dans l'idée clinique ? Dans ces cas-là, ça tient. Couper une gélule en deux peut avoir un sens clinique. Mais si on commence à entrer dans le sens sécuritaire, (...) on n'est plus médecin » (MG40).

La confiance entre médecin et patient naît notamment de la représentation que le médecin a des drogues et de l'usager. En fonction de cette représentation, le médecin dresse un « portrait mental » de ces patients. Ainsi, certains praticiens, pour justifier leur positionnement, reprennent à leur compte le stéréotype<sup>216</sup> du « toxicomane ». La

---

<sup>216</sup> « Un stéréotype est une représentation sociale qui s'attache à une classe d'individus, pour en dresser un portrait unique, condensé et sans nuance. En général, un stéréotype a aussi une connotation morale tranchée, positive ou négative » (Peretti-Watel, 2005, 197).

question n'est pas de savoir dans quelle mesure la figure de l'usager de drogues correspond ou non à la réalité, mais bien de savoir en quoi la représentation de l'usager de drogues influence les pratiques.

Le cadre de la relation médecin-patient est ainsi posé. En fonction de la définition de cette relation par le médecin, de sa définition de la confiance, de l'implication dans la problématique, de sa perception des risques encourus, les médecins proposeront une prise en charge différente à l'usager de drogues qui le sollicite. Ce cadre relationnel éclaire les différents positionnements défendus par les médecins rencontrés au regard de notre objet.

### **3. Contrôle, régulation et balises : définitions de normes et aménagements de pratiques**

La pratique du médecin se négocie avec le patient dans certaines limites, celles-ci étant posées par des « structures contraignantes » faites de règles déontologiquement, administrativement ou légalement fondées. Bien que la profession médicale soit définie par son autorégulation, différentes instances interviennent pour poser le cadre et les normes. Ces cadres structurants de la pratique étant différents en France et en Belgique, nous ne pouvons faire l'économie d'une présentation distincte, celle-ci éclairera notamment la comparaison franco-belge et les différences de positionnements constatées entre les deux pays.

#### **3.1. Normes et cadres variés**

La France et la Belgique sont des systèmes de santé bismarckiens. Ils reposent sur les assurances sociales professionnelles, la protection sociale étant accordée en contrepartie d'une activité professionnelle. « Les modèles de type bismarckien reposent sur l'organisation de régimes obligatoires d'Assurance maladie, dont la gestion est confiée aux partenaires sociaux qui tirent leurs ressources de cotisations sociales, assises principalement sur les revenus professionnels » (Letourmy, 2000, 15). Les principes fondamentaux qui définissent ces systèmes de soins sont les suivants :

- (1) une protection exclusivement fondée sur le travail et, de ce fait, limitée à ceux qui ont su s'ouvrir des droits à protection par leur travail ;

(2) une protection obligatoire pour les seuls salariés dont le salaire est inférieur à un certain montant, donc pour ceux qui ne peuvent recourir à la prévoyance individuelle;

(3) une protection fondée sur la technique de l'assurance, qui instaure une proportionnalité des cotisations par rapport aux salaires, et une proportionnalité des prestations aux cotisations ;

(4) une protection gérée par les employeurs et les salariés eux-mêmes.

« Les bénéficiaires ont généralement une certaine liberté de choix au sein de l'ensemble des prestataires de soins conventionnés » (Letourmy, 2000, 15). Dans tous les pays qui ont adopté le modèle bismarckien, la protection s'est peu à peu généralisée par l'extension à des catégories de population initialement non protégées (employés, étudiants, travailleurs indépendants...) et à des « risques » non pris en compte à l'origine. Ainsi, en France, la création de la couverture médicale universelle (CMU) a ciblé les personnes sans couverture obligatoire ou complémentaire. Le modèle bismarckien implique aussi le paritarisme dans la gestion des caisses de sécurité sociale et bien souvent l'existence de différents régimes dont les plus importants sont le régime des salariés, le régime des indépendants et enfin le régime des agents de l'État.

Le système beveridgien, quant à lui, se caractérise par « la primauté d'un secteur public de soins, dont le financement est en principe majoritairement assuré par l'impôt » (Letourmy, 2000, 14). Il assure une protection sociale universelle, assurée par l'Etat.

Les principes fondamentaux qui définissent ce système de soins sont les suivants :

- (1) l'universalité de la protection sociale par la couverture de toute la population et de tous les risques sociaux ;
- (2) l'uniformité des prestations en espèces, fondées plus sur les besoins que sur les revenus ;
- (3) le financement par l'impôt ;
- (4) l'unicité, avec la gestion étatique de l'ensemble de la protection sociale.

Si dans le modèle bismarckien l'objectif est d'assurer un certain niveau de vie, la finalité du modèle beveridgien consiste à garantir une protection minimale de base,

l'amélioration éventuelle du niveau de protection étant laissée à la libre appréciation des individus.

Toutefois, bien que ces deux systèmes soient souvent présentés de manière distincte et opposée, certains auteurs notent un rapprochement entre eux : « les mesures prises en charge dans les pays bismarckiens pour réaliser une couverture universelle équitable semblent les rapprocher du modèle beveridgien » (Letourmy, 2000, 16).

Bien que notre objectif ne soit pas de proposer une analyse critique de ces systèmes, nous voulions souligner l'impact de l'appartenance de la Belgique et de la France dans le système bismarckien, à savoir notamment le choix du prestataire de soins et la couverture de populations hors des conditions initiales (notamment la gratuité des soins de santé à certaines populations).

\*

Dans les deux pays, le médecin suivant les usagers de drogues peut être confronté à trois instances distinctes poursuivant des buts divers : l'Ordre des médecins, les organismes assureurs et la justice. Des organismes indépendants visent également à la formulation et la diffusion de recommandations et de bonnes pratiques. Bien que notre objectif ne soit pas de proposer une analyse détaillée des différences entre les systèmes belges et français, nous posons les balises nécessaires à la compréhension de notre objet.

### **3.1.1. L'Ordre des médecins et le Code de déontologie**

L'Ordre des médecins est une instance déontologique. Son rôle est normatif et disciplinaire. Son objectif premier est d'élaborer les principes généraux et les règles relatifs à la moralité, l'honneur, la discrétion, la probité, la dignité et le dévouement indispensables à l'exercice de la profession. Ces règles et principes constituent le Code de déontologie médicale dont l'Ordre a, entre autres, pour mission de veiller à l'application et au respect.

En Belgique, il se compose d'un Conseil national, de Conseils provinciaux, d'un Conseil d'appel francophone, d'un Conseil d'appel néerlandophone. Le Conseil national, constitué d'une section francophone et d'une section néerlandophone, a pour missions principales d'établir le Code de déontologie et d'émettre des avis motivés sur toute question relative à la déontologie professionnelle. Les conseils provinciaux veillent principalement, d'une part, à dresser le tableau de leur juridiction et, d'autre part, au

respect des règles de la déontologie médicale et au maintien de l'honneur, de la discrétion, de la probité et de la dignité des membres de l'Ordre. Ils jouent ainsi un rôle disciplinaire : ils ont le droit d'instruire et de juger les plaintes qui leur sont adressées et de prononcer éventuellement des sanctions. La procédure disciplinaire ordinale débute donc devant le conseil provincial. Les peines disciplinaires prononcées peuvent aller de l'avertissement, la censure, la réprimande, la suspension du droit d'exercer l'art médical pendant un terme qui ne peut excéder deux années à la radiation du tableau de l'Ordre. L'Ordre des médecins jouit de la personnalité civile de droit public. Juridiquement, il n'est donc pas une association ou une organisation de droit privé à laquelle un médecin peut s'affilier librement. La personnalité civile de droit public de l'Ordre implique qu'il peut agir en justice et participer à la vie juridique, agissant par le Conseil national.

En France, l'Ordre<sup>217</sup>, disposant d'un rôle moral, administratif, juridictionnel et consultatif, se compose du Conseil national, de Conseils départementaux, de Conseils régionaux ainsi que de juridictions d'appel des décisions des conseils régionaux. Les principales missions du Conseil national sont similaires à celles de son homologue belge, à savoir étudier et revoir le Code de déontologie et étudier toute question en rapport avec l'exercice de la pratique médicale. Les Conseils départementaux ont des missions similaires aux conseils provinciaux belges, à savoir principalement, statuer sur les inscriptions au tableau de leur juridiction, veiller au respect des règles de la déontologie médicale et au maintien de l'honneur, de la discrétion, de la probité et de la dignité des membres de l'Ordre ou encore donner des avis sur des questions de déontologie médicale, d'initiative ou à la demande des médecins inscrits à leur tableau.

Les Conseils régionaux sont des juridictions professionnelles disciplinaires de première instance. Ils ont deux types d'attributions principales : d'une part, des attributions d'ordre administratif (ils sont saisis en appel des décisions du conseil départemental en matière d'inscription au tableau de l'Ordre, ils peuvent donc suspendre l'activité d'un médecin) et, d'autre part, des attributions d'ordre juridictionnel. Les peines disciplinaires prononcées peuvent être l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire d'exercer avec ou sans sursis ou l'interdiction permanente d'exercer une ou plusieurs ou la totalité de ses fonctions pendant un terme qui ne peut excéder trois

---

<sup>217</sup> Les attributions générales de l'Ordre des médecins sont définies à l'article L. 4121-2 du code de la santé publique.

années, la radiation du tableau de l'Ordre. L'Ordre des médecins est notamment représenté au sein de la Commission des stupéfiants et psychotropes et de la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie).

Dans l'ensemble, les missions de l'Ordre des médecins, de son instance nationale ou des instances locales sont relativement identiques en Belgique et en France. La principale différence se situe au niveau de son pouvoir disciplinaire. Alors qu'en Belgique, ce pouvoir est attribué, outre leurs autres missions, aux conseils provinciaux, la France a constitué une entité à part, les conseils régionaux, exerçant exclusivement cette tâche.

De part et d'autre de la frontière, les missions de l'Ordre ont donc principalement trait au Code de déontologie. Ce code a un statut particulier au regard d'autres codes en vigueur dans le droit (code civil, pénal, du travail, de la route,...), car il constitue un règlement professionnel appelé à régir, non pas l'ensemble des citoyens, mais uniquement les membres de la profession médicale. Dans les deux pays, l'Ordre est chargé de veiller au respect de ses dispositions. Les infractions à celles-ci relèvent de la juridiction disciplinaire de l'Ordre. Le statut du Code de déontologie diffère toutefois dans les deux pays.

En Belgique, il n'a pas force de loi. Comme l'indique son article premier, « la déontologie médicale est l'ensemble des principes, des règles et des usages que tout médecin doit observer ou dont il doit s'inspirer dans l'exercice de sa profession ». Les avis du conseil n'ont toutefois pas de valeur légale, mais sont considérées comme des recommandations. De plus, l'Ordre dispose d'instances disciplinaires « internes ».

L'un des membres du conseil provincial de l'Ordre du Hainaut a confirmé cette nuance : « Contrairement à l'Ordre français, notre code de déontologie n'a pas force obligatoire, ça veut dire que le Code de déontologie est une balise pour le médecin. Ça ne veut pas dire que le médecin doit s'en foutre parce que le juge peut très bien dire : « Tiens, ce médecin est tenu à respecter la déontologie et les articles du Code. Nous voyons qu'il ne respecte pas son code de bonne conduite ». Il n'a pas force de loi, mais en même temps, ça ne veut pas dire qu'il n'intervient pas. Il a quand même une réalité ». L'Ordre des médecins doit se conformer aux textes de lois : « L'Ordre ne peut pas donner des choses en plus que la loi ne donne pas. L'Ordre ne peut pas dire : « La loi dit de faire ça mais ne le faites pas, faites plutôt comme moi, je le dis ». La loi, c'est la loi



(...) Au niveau de la loi, l'Ordre ne peut pas l'ignorer. On est bien obligé, on ne peut pas mettre des choses en plus ou retirer des choses ». Toutefois, l'Ordre n'est pas consulté lors de la préparation des textes relatifs aux professions médicales.

Bien que non consulté et n'ayant aucune influence dans la sphère légale, le Conseil national a émis un avis concernant l'arrêté royal sur les traitements de substitution : « L'Ordre n'a pas à avoir une position vis-à-vis de la loi. La loi est la loi. Sur le site Internet<sup>218</sup>, il y a un avis du Conseil national [concernant l'arrêté royal de mars 2004]. C'est un avis, on commente. On dit simplement aux médecins : « Voilà, il y a cette loi-là. Vous ne devez pas avoir un trop grand nombre de toxicomanes, vous devez... ». (...) Et un avis, c'est quoi ? C'est un avis, je peux encore faire autrement. On n'a rien fait de plus ».

Encadré 1. Avis du Conseil belge de l'Ordre des médecins du 16 juillet 2005 concernant l'arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution

*Lettre à Monsieur Rudy Demotte, Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique*

En sa séance du 16 juillet 2005, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné l'arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution. Pour cette discussion, le Conseil national s'est fondé surtout sur les rapports des réunions d'une commission constituée par le Conseil national pour laquelle il a été fait appel à des experts externes<sup>[1]</sup>.

Partant de ces rapports, le Conseil national estime que, dans cette matière difficile, l'arrêté royal constitue un pas dans la bonne direction, lequel tient compte des différentes manières existantes en Belgique de dispensation de soins aux héroïnomanes qui sont traités avec des médicaments de substitution. Cela n'empêche qu'il subsiste certaines questions concernant les modalités d'application de l'arrêté.

Il est clair que tous les médecins qui traitent des patients à l'aide de médicaments de substitution doivent être enregistrés auprès d'un centre ou d'un réseau de prise en charge d'usagers de drogues ou d'un centre spécialisé (article 2, §2, premier alinéa). Ces centres doivent remettre à la Commission médicale compétente et à l'Institut pharmaco-épidémiologique de Belgique la liste des médecins enregistrés chez eux et qui répondent aux obligations visées à l'article 2. La commission et avec elle le Conseil national estiment qu'il ne suffit pas de répondre aux

---

<sup>218</sup> [www.ordomedic.be](http://www.ordomedic.be)

obligations de l'article 2 au moment de l'enregistrement, mais qu'il est nécessaire de continuer à satisfaire aux obligations qui découlent de l'article 2 (formation continue, participation à des activités spécifiques, agir suivant les recommandations scientifiques en vigueur, tenir un dossier médical conformément aux dispositions, etc.).

Il paraît cependant que certains médecins ne traitent qu'un seul patient par méthadone. Le Conseil national peut accepter que ces médecins ne doivent pas satisfaire à toutes les conditions de l'article 2, mais trouve fondamental qu'ils doivent régulièrement consulter un médecin qui est bien enregistré et qui satisfait aux conditions stipulées à l'article 2. La façon dont doit se poursuivre le respect des obligations de l'article 2 n'est pas claire. D'aucuns estiment que les centres qui enregistrent un médecin doivent aussi vérifier s'il respecte toujours les obligations auxquelles il s'est engagé et qu'ils sont censés lui retirer son enregistrement le cas échéant, tandis que d'autres pensent que les centres n'ont pas de mission de contrôle et que leur responsabilité ne peut certainement pas être mise en cause si une faute est commise par un des médecins enregistrés chez eux. Le Conseil national estime que la clarté est nécessaire au sujet de la responsabilité, afin que quiconque intervient directement ou indirectement dans le traitement de substitution, connaisse ses devoirs et les droits et conséquences qui en découlent. Le Conseil national se demande d'ailleurs si les Commissions médicales provinciales ne pourraient être chargées du contrôle et des sanctions éventuelles, et les centres être limités à une obligation de signalement aux Commissions médicales provinciales s'ils constatent qu'un médecin enregistré chez eux ne respecte pas les conditions de l'article 2.

Le Conseil national estime que la commission attire l'attention à juste titre sur l'article 7<sup>219</sup> qui dispose que le médecin prescripteur peut déroger aux dispositions essentielles de l'article 6<sup>220</sup> si la situation médicale ou psychosociale du patient le justifie. Cette disposition déforce largement le contenu de l'article 6. Tant la commission que le Conseil national estiment qu'il est nécessaire de fixer au moins comme condition complémentaire que le médecin traitant est tenu de mentionner dans le dossier médical du toxicomane la motivation à un mode s'écartant de délivrance et d'administration. En tout état de cause, le Conseil national reprendra cette règle dans le Code de

---

<sup>219</sup> « Art. 7. Par dérogation aux dispositions de l'article 6, le médecin prescripteur peut fixer d'autres règles pour l'administration du médicament si la situation médicale ou psycho-sociale du patient le justifie ».

<sup>220</sup> « Art. 6. Le médicament est administré, dans le respect de l'intimité du patient, si possible dans une partie de l'officine qui, pour le public, est hors de vue, quotidiennement, sous forme orale, soit en présence du pharmacien qui le délivre ou d'une autre personne agissant sous sa responsabilité, soit, dans un centre d'accueil, dans un réseau pour usagers de drogue(s) ou dans un centre spécialisé en présence d'un prestataire de soins se trouvant sous la responsabilité du médecin prescripteur ».

déontologie médicale, mais il estime important que l'arrêté royal soit adapté dans ce sens.

Enfin, le Conseil national se permet de vous remettre en annexe un certain nombre d'imprécisions dans le texte ainsi que des différences frappantes entre les textes français et néerlandais.

<sup>[1]</sup> Composition de la commission: professeurs Ansoms, Anseau, Casselman, Legein, Pelc, Van Bouchaute et Robinet en tant qu'experts, et docteurs Uyttendaele, Joset, Kesteloot et Coenen pour le Conseil national.

L'Ordre des médecins ne peut entamer de procédure à l'égard d'un médecin qu'à partir « du moment qu'il y a une plainte ». Mais concrètement, l'Ordre a peu de pouvoir. Il ne peut pas perquisitionner chez un médecin ou lui demander ses dossiers ou ses ordonnances. L'Ordre n'a d'ailleurs aucune information sur l'identité des médecins prescripteurs de substitution et sur leurs pratiques.

En France, comme l'indique son article premier, « le Code a une portée obligatoire puisqu'il revêt la forme d'un décret signé du Premier Ministre. Ses prescriptions ne sont pas de simples recommandations, mais des règles de droit qui s'imposent à ceux qui y sont assujettis et que les tribunaux sont tenus de faire respecter. (...) Ce n'est toutefois pas à la justice pénale qu'est confiée la charge de le faire respecter, mais à l'Ordre », et plus particulièrement aux juridictions ordinaires.

En France, aucun article du Code ne fait spécifiquement référence aux addictions. En Belgique, par contre, l'article 37 du Code porte sur les assuétudes et mentionne les traitements de substitution. La première partie de cette thèse a notamment rendu compte de l'évolution des modifications de cet article du milieu des années 1970 au milieu des années 2000. Les modifications de ce fameux article 37, le 17 décembre 2005, surviennent peu de temps après la parution de l'arrêté royal réglementant la prescription et la délivrance des traitements de substitution de 2004.

#### Encadré 2. Article 37 du Code belge de déontologie

**Art. 37 (modifié le 17/12/2005)**

a) Le médecin s'emploie à prévenir toute forme d'assuétude. Il attire l'attention du patient notamment sur le mauvais usage et

l'abus de substances qui peuvent conduire à une assuétude, et lui indique les risques d'une consommation de longue durée.

b) Le médecin s'efforce d'aider les patients qui souffrent d'assuétude ou qui abusent de telles substances. Il opte pour une approche multifactorielle de la problématique, tant sur le plan physique, psychique que social.

Si le traitement du patient requiert une compétence que le médecin ne possède pas suffisamment, celui-ci fait appel à un confrère ou une équipe pluridisciplinaire qui en disposent.

Lors d'un traitement avec des médicaments de substitution, le médecin vérifie régulièrement si ceux-ci peuvent être diminués ou supprimés.

c) Tout médecin qui prend en charge les assuétudes à l'aide de moyens de substitution doit être enregistré auprès d'un centre ou d'un réseau agréé pour l'accueil d'usagers de drogues ou auprès d'un centre spécialisé agréé à cette fin.

Le médecin est tenu de suivre une formation continue en la matière et de prendre part aux activités d'une des structures précitées.

Dans l'objectif d'une efficacité thérapeutique optimale, le médecin, avant d'initier un traitement à l'aide de médicaments de substitution, peut imposer au patient des conditions supplémentaires telles que l'enregistrement auprès de la Commission médicale provinciale.

Si le médecin qui prescrit des médicaments de substitution estime qu'il y a des raisons de déroger au mode d'administration d'un médicament de substitution fixé par les dispositions légales (sous forme orale et sous contrôle quotidien), il est tenu de noter au dossier médical le mode dérogatoire de délivrance et d'administration ainsi que sa motivation.

d) Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas à d'autres traitements médicalement justifiés et susceptibles d'induire une dépendance.

Cet article reprend en substance les grandes lignes de l'arrêté royal concernant notamment l'inscription du médecin dans un centre ou un réseau, la formation continue. Par ces modifications, le Code, et donc l'Ordre, s'alignent sur la législation alors qu'ils n'ont pas été directement consultés lors des travaux préparatoires à la rédaction de l'arrêté royal et de ses arrêtés d'application. Notons que cet article est moralement connoté puisqu'il stipule que le médecin doit tendre à la réduction voire à l'arrêt des traitements de substitution. Le dernier point (point d) mérite également toute notre attention puisqu'il indique que l'article ne s'applique qu'aux prescripteurs de traitements de substitution et non aux autres traitements susceptibles d'induire une

dépendance. Il est assez curieux en effet que ne soient pas visés d'autres traitements et d'autres problématiques, ce qui indique l'intention de l'Ordre de se limiter à celui-là. Il induit ainsi une stigmatisation du traitement qui ne sera pas sans conséquence sur l'implication des médecins dans la problématique.

### *Une spécificité belge*

La Belgique est également dotée d'une autre instance disciplinaire, les Commissions médicales provinciales (CMP), plus anciennes que l'Ordre des médecins, chargées, entre autres, de la validation des diplômes. Leur rôle essentiel est la défense de la qualité des pratiques médicales. Leur objectif est de garantir que l'offre de santé qui est proposée au patient correspond au standard de qualité. Elles regroupent toutes les professions de santé. La Commission n'a pas à proprement parler de pouvoir disciplinaire : elle peut prononcer un blâme, mais surtout retirer le visa d'aptitude à la pratique des médecins et aussi des autres praticiens de la santé. Elle veille notamment « à ce que les praticiens exercent leur art conformément aux lois et règlements ».

Avant 2002, en l'absence de cadre légal, la CMP appliquait les recommandations de la Conférence de consensus, comme le rappelle ce médecin de la CMP :

« On appliquait la conférence de consensus. A partir du moment où un médecin avec une formation correcte, complémentaire suffisante, prenait en charge un patient toxicomane avéré, avec des produits tels que la méthadone. Il n'y avait à l'époque que la méthadone, la buprénorphine on n'en parlait pas beaucoup... avec la méthadone dans un but de sevrage, avec un encadrement psychosocial correctement défini, on n'a jamais embêté aucun de ces médecins ».

Par le biais de l'Inspection de la pharmacie, récoltant via tous les pharmaciens du Hainaut tous les traitements qu'ils étaient amenés à délivrer, la CMP avait une connaissance de « l'identité des médecins prescripteurs, le type de traitement qui était envisagé, chez quel pharmacien, avec une identité partielle du patient, les doses... On pouvait ainsi voir une évolution de la prescription ».

D'après ce médecin de la CMP, les médecins convoqués sont ceux : (1) « qui ont un nombre astronomique de patients, (2) qui prescrivent des doses très élevées variant selon les moment, l'effet yoyo. Il [le patient] est à 10 mgs et le mois d'après, on voit qu'il monte à 120 mgs. Ca peut vraiment faire des gros yoyo. Et puis, il redescend à 40 mgs et puis, à 60 mgs et puis, il remonte à 120 mgs. Ca ne nous parait pas très cohérent. (3) Quand on voit aussi que les prescriptions se chevauchent. Donc il est amené à

prescrire 7 gélules pour une semaine et qu'on voit qu'au bout de 5 jours, il re prescrit 7 gélules. On attire aussi son attention et on met un peu en garde vis-à-vis d'une pratique trop facile, (4) qui prescrivent des associations de médicaments qui semblent peu correctes. Notamment nous avons de gros soucis avec le flunitrazépam. C'est un de nos soucis majeurs ».

En fonction de ces critères, « à partir du moment où l'on considère que ça concerne un tel nombre de patients ou que c'est suffisamment grave que pour avoir un colloque entre la Commission médicale, l'inspection de la pharmacie et lui, on l'invite à venir un peu s'expliquer ». Suite à la convocation, le médecin peut être invité à modifier sa pratique, mais la CMP peut également décider de transférer le dossier au parquet.

Les critiques principales des médecins à l'égard des instances de contrôle s'adressent à la Commission médicale provinciale. Ainsi, que le médecin s'investisse ou non dans les soins aux usagers de drogues, cette critique se cristallise sur l'incapacité de la CMP à signaler les doubles prescriptions, le nomadisme des patients : « Maintenant, il va y avoir un contrôle, on saura relativement rapidement qu'un patient toxicomane va chez plusieurs médecins. Parce qu'avec la Commission médicale provinciale, c'était très long. On nous disait de temps en temps : « Tiens, il y a Untel qui... », on le savait un an après... Et puis, ça ne veut pas dire grand-chose. Il est peut-être allé une fois chez un remplaçant si on n'était pas là. (...) En plus, un patient qui venait ici en province du Hainaut, s'il allait dans la province de Namur ou Bruxelles, ce n'est pas la même Commission médicale provinciale. Forcément puisque c'est par province. Donc là, on ne le sait pas ».

L'Ordre des médecins et le Code de déontologie ont donc des statuts différents dans les deux pays. Chacun s'est doté d'instances disciplinaires qui veillent différemment aux soins aux usagers de drogues, la Belgique semblant y mettre un accent plus appuyé. Le Code porte d'ailleurs une attention différente sur ces prescriptions dans les deux pays.

### **3.1.2. La Sécurité sociale et les organismes assureurs**

Les organismes assureurs, principaux financeurs du dispositif, sont de nouveaux acteurs dans le champ des addictions, mais sont fortement impliqués du fait des volumes financiers en jeu, constituant les remboursements de traitements. Ces organismes, nous l'avons noté, mettent ainsi en place depuis quelques années des actions de contrôle des

prescriptions, de surveillance des médecins trop généreux et du nomadisme des patients. En Belgique, la création d'un enregistrement des prescriptions, donc des patients en traitement de substitution et des médecins, va dans un sens plus prononcé qu'en France en faveur d'une logique plus sécuritaire, s'accompagnant d'une crainte des médecins, notamment au regard de leur autonomie et de la liberté thérapeutique. Ces contrôles maintiennent une forte suspicion à l'égard de l'approche substitutive et contrecarrent donc les tentatives initiales de normalisation des traitements de l'usage de drogues.

Les organismes assureurs ont un droit de contrôle sur les prescriptions des médecins. Ils enregistrent les prescriptions et les spécialités et, en cas de nomadisme ou de prescriptions abusives, informent le médecin. Ils peuvent également le convoquer et avertir le Conseil de l'Ordre ou les parquets. Toutefois, l'ensemble des médecins rencontrés affirme que ces contrôles n'ont pas lieu et qu'ils ne sont pas prévenus, ou très tardivement, du nomadisme des patients. Dans les faits, les organismes assureurs sont rarement à la base de ce genre de démarches.

Les médecins sont en demande d'un contrôle accru du nomadisme des patients et des doubles prescriptions. Ce type de contrôle n'empiète pas, à leurs yeux, sur leur liberté thérapeutique, il est par contre interprété comme la possibilité d'exercer dans de meilleures conditions. Ils envisagent alors le contrôle comme un soutien et non comme une entrave à leur exercice. « Depuis une paire d'années [par rapport aux doubles prescriptions], elle [la Commission médicale provinciale] ne fait plus rien. Ils nous poursuivent, mais ils ne nous aident pas (rires) ».

En France, par contre, l'attention des organismes assureurs, les caisses d'assurance maladie, a été attirée par le marché noir de substitution. En raison des coûts élevés liés à ces remboursements et au développement de ce marché noir, elles ont renforcé les contrôles et ont lancé un plan d'action spécifique débouchant sur l'arrêt des remboursements de certains patients et des contrôles pour « prescriptions frauduleuses ».

Dans sa nouvelle législation sur les traitements de substitution, la Belgique entend mettre en place un système d'enregistrement national des prescriptions de traitements de substitution, soit la méthadone et la buprénorphine. Les ordonnances de ces traitements ne suivront pas le circuit classique, elles seront transmises aux offices de tarification puis les données concernant les patients seront codées afin que ceux-ci ne soient pas identifiables. Ces données seront ensuite envoyées à l'Institut pharmaco-

épidémiologique belge (IPhEB), organisme privé, qui est en train de mettre en place cet enregistrement.

Selon la nouvelle législation donc, cet institut aura pour mission de centraliser les données, mais également d'avoir une base reprenant l'ensemble des médecins inscrits dans des réseaux ou des centres spécialisés. Cet enregistrement des médecins par l'IPhEB sera communiqué d'une part à la Direction générale Médicaments du Service public fédéral Santé publique et, d'autre part, à la Commission médicale compétente. « Lorsque l'IPhEB constate qu'un code identique de patient apparaît sous le nom de médecins différents, il alerte sans délai ces médecins et leur transmet le numéro de la prescription, ainsi que le nom et le numéro de téléphone du pharmacien qui a exécuté leur prescription afin que celui-ci révèle le nom du patient au médecin. L'IPhEB informe également la Commission médicale provinciale compétente des résultats de l'alerte » (extrait de l'arrêté royal de 2006). Ces données serviront également de base à des études épidémiologiques.

Les logiques de contrôle sont donc distinctes. La Belgique, contrairement à la France, est en train de se munir d'un système d'enregistrement et de surveillance spécifique. Ce système vu par quelques médecins comme une protection contre les « mauvais patients » ou les « patients manipulateurs » est perçu, par d'autres, principalement ceux déjà impliqués dans la problématique, comme une intrusion dans leurs pratiques, comme une entrave à leur liberté thérapeutique, mais surtout comme un moyen de contrôle permanent, une mainmise des pouvoirs publics sur leur exercice, faisant d'ailleurs fi de tout l'aspect relationnel et individuel de la situation. En effet, le système d'enregistrement sortira les données des médecins et des patients dont les dosages sont trop élevés, pour lesquels il y aura eu chevauchement, etc. La caractéristique première du colloque singulier entre deux particularités est à leurs yeux nié. Un des médecins belges participant à notre groupe d'analyse participe aux travaux relatifs aux décrets d'application de cette législation, il s'inquiète de cet enregistrement : « En terme de santé publique, eux [les pouvoirs publics], ça leur fait peur et du coup, ils vont mettre des limites qui vont avoir des répercussions sur notre pratique individuelle. On a beaucoup de mal à justifier vis-à-vis de certaines personnes qui ne sont pas toujours médecins non plus et qui ne se situent pas au niveau de l'humain. Ca, ça me fait très, très peur ».



En Belgique, un mouvement est d'ailleurs en train de se constituer contre cet enregistrement. Lors de colloques notamment, des précurseurs, Marc Reisinger notamment, le « père » de la buprénorphine haut dosage, appellent leurs confrères au boycott et les invitent à ne pas jouer le jeu de l'enregistrement.

L'ensemble de ces réactions rend bien compte de la difficulté des médecins généralistes d'accepter ce qu'ils envisagent comme une intrusion dans leurs pratiques. On voit donc ici la difficulté de l'articulation entre les logiques macro et les logiques micro, la difficile articulation entre des règles générales et les cas particuliers.

### **3.1.3. Les parquets et la justice pénale**

Les textes de référence pour les parquets au regard des soins aux usagers de drogues dispensés par les médecins généralistes sont, pour la Belgique, la loi de 2002 et la nouvelle mouture de l'arrêté royal sur les traitements de substitution de 2006. Pour la France, il s'agit du Code de santé publique.

Durant ce travail de thèse, différents médecins belges et français ont été inquiétés par la justice pour leurs prescriptions aux usagers de drogues. Un médecin belge est actuellement en maison d'arrêt à Valenciennes suite au décès de deux de ses patients. Un autre médecin et un pharmacien ont été jugés et acquittés pour des prescriptions similaires. Un médecin français a été suspendu pendant quelques mois et a maintenant repris son activité.

Lorsque nous avons contacté les parquets situés sur notre terrain de recherche, nous avons constaté une différence dans les réponses apportées entre la France et la Belgique. La Belgique, les parquets de Mons et de Tournai plus précisément, ayant été, il y a peu encore, marquée par différentes « affaires » nous a renseignée avec précision sur le nom des substituts ayant en charge ces dossiers. Nous les avons rencontrés.

Pour les parquets, il n'y a pas de discussion possible : « Nous, on respecte la loi et les arrêtés royaux », nous confie ce substitut. Ainsi, selon ces textes, les conditions sont les suivantes : « il faut que le médecin ait affaire à un toxicomane et il faut qu'il s'agisse d'un traitement thérapeutique visant à améliorer sa santé... ». Le substitut revient sur chacune d'entre elles. D'une part, « il faut que ce soit un réel traitement de substitution, c'est-à-dire qu'on ait affaire à un toxicomane et il faut vérifier qu'on a affaire à un toxicomane, sinon ce n'est plus un traitement thérapeutique mais c'est un deal

organisé ». D'autre part, « c'est une assuétude qui est créée lorsqu'on délivre de la méthadone à quelqu'un qui n'en a pas besoin. On risque de créer une assuétude plutôt que de soigner une dépendance à un produit stupéfiant. Donc il n'y a pas de but thérapeutique du tout ». Ainsi, « si ces conditions ne sont pas respectées, on a affaire à du deal par un praticien de l'art de guérir et pas à un traitement de substitution. (...) Les médecins ne sont pas de simples marchands, ils ne doivent pas satisfaire la clientèle. Ils doivent aussi amener cette touche de soins thérapeutiques sinon ce serait des commerçants et ils seraient soumis à la TVA. Ce sont des praticiens d'une profession libérale qui nécessitent une indépendance par rapport à celui qui vient les consulter. S'ils ne parviennent pas à garder cette indépendance, désolé, ils ne méritent plus d'être médecins. Donc ces gens-là, j'accepte de les casser ».

Les textes légaux sont donc leur guide, comme le confie ce substitut du Procureur belge : « La loi et les arrêtés royaux, ça fait partie de ce que je qualifie de l'ordre juridique qui s'applique à nous. Nous, on a l'obligation de les respecter. Celui qui prend la liberté de ne pas la respecter, il risque de devoir répondre selon que la rumeur publique le montre ou que le policier l'a constaté. (...) Ce n'est pas moi qui fais les lois, je ne fais que les appliquer. Qu'on me donne un autre texte et j'appliquerai un autre texte ».

Le parquet semble notamment très sensible au nombre de patients usagers de drogues suivis par un même médecin généraliste : « C'est l'excès qui fait qu'on se dit que ce n'est pas possible de gérer ça et donc, on ne se trouve plus dans une relation thérapeutique, mais on se trouve devant un distributeur automatique... Ca, je ne peux pas l'accepter ». Cet excès est défini par ce substitut : « Pour pouvoir gérer correctement les toxicomanes, il ne faut en avoir qu'une série très limitée, sinon on ne sait plus prendre de recul par rapport eux. Pour pouvoir gérer correctement des toxicomanes, il en faut grand maximum 15 à 20 parce que sinon, ils sont toujours à votre porte, quand ce n'est pas l'un, c'est l'autre... et on ne sait plus assumer ça ».

Leur objectif est de « faire respecter l'ordre dans la société ». « On doit jouer le rôle de dernier garde-fou. Les médecins, ce sont des gens intelligents, formés, qui doivent d'abord être guidés par leur formation, leur déontologie avant la crainte du droit pénal et de la sanction. Leur comportement, s'il est conforme à leur déontologie, à leur formation, il n'y a vraiment aucune raison que le droit pénal et la justice interviennent

dans leur manière d'agir... que ça soit pour le traitement d'une maladie bénigne ou pour le traitement de la toxicomanie et des assuétudes. Je ne dois intervenir que quand leur manière d'agir n'est plus conforme à ce que la société attend d'eux et qu'ils deviennent, par leur prestation, des troubles à l'ordre public ». Ces substituts insistent donc sur l'importance du respect de la déontologie : « Ce n'est pas la peur du gendarme qui doit guider votre comportement et en l'espèce votre art de guérir. Votre art de guérir, c'est avant tout, votre formation, votre choix du meilleur soin à prodiguer qui doit vous guider, ce n'est pas la peur du gendarme. Si vous travaillez normalement, selon les principes prudeniels qui sont les vôtres, je n'ai aucune raison d'intervenir, mais à partir du moment où vous dépassez toutes les limites, j'apprécierai s'il faut intervenir ou non ».

Ce sont d'ailleurs les médecins belges qui sont les plus critiques à l'égard des parquets, les médecins français ne les évoquant pas. La justice est ainsi évoquée tant par les médecins impliqués dans les soins aux usagers de drogues que ceux qui refusent et/ou relayent les patients. La justice est présentée comme une instance particulièrement répressive à l'égard des prescripteurs de substitution. La crainte d'une inculpation est d'ailleurs un argument souvent avancé par les médecins qui ne s'impliquent pas dans la pratique, pour justifier leur position.

Les médecins qui se sont impliqués dans la problématique et qui participent aux interventions ou aux réunions de réseau présentent les parquets comme abusivement répressifs. Selon eux, il y a deux poids, deux mesures et la justice traque le médecin isolé : « Vous êtes toxicomane et je vous prescris de la méthadone, mais vous en donnez à votre petit copain qui a 16 ou 17 ans... et ce petit copain crève parce que lui n'était pas toxicomane... C'est mes gélules à moi que vous avez données. Comme si j'étais responsable des gélules que je vous ai données et que vous avez été donner à quelqu'un d'autre. Ca n'a pas de sens » (MG14).

Ils se disent davantage « traqués » que les centres spécialisés : « Il y a le Dr X qui ne prend plus de nouveaux patients non plus parce qu'il a eu un problème. Je crois que c'est quand même le juge qui cherche des poux, même des morpions parce que franchement... une patiente qui donne des gélules à quelqu'un, en quoi est-il responsable de ce genre d'histoires ? C'est aberrant. Surtout que c'est arrivé dans un

centre spécialisé et là, il n'y a pas eu d'enquête alors que le patient est mort. (...) mais parce que c'est un médecin isolé, on cherche... » (MG20).

Ils pointent également les différences de traitement entre arrondissements, mais également au sein d'un même arrondissement judiciaire : « Il y a tellement de différences de comportements entre magistrats que vous vous dites que c'est vraiment une loterie la justice : vous tombez sur Untel, il va dire : « Lui, c'est un malade, il faut qu'il se soigne » et d'autres diront : « La méthadone, c'est de la merde » (MG21).

Les médecins impliqués se disent « diabolisés » par les instances judiciaires et déontologiques. Ils se comparent d'ailleurs aux psychiatres. Selon eux, lorsqu'un patient suivi par un psychiatre décède, ce dernier n'est pas inquiété. Par contre, lorsqu'un patient usager de drogues de médecine générale décède, le médecin est inquiété : « Il y a eu quelques décès, on en a tous... l'un ou l'autre parfois qui décède et on a toujours quand même la crainte qu'on soit mis sur le banc des accusés. Je me dis que certains psychiatres qui donnent régulièrement des antidépresseurs, il y a quand même des décès, des gens qui se suicident et on ne leur dira rien. A partir du moment où nous, on prend en charge un toxicomane et où il peut faire des bêtises, on est les premiers suspectés si pas les premiers coupables de leur décès. Je crois que c'est ça qui refroidit beaucoup... même nous-mêmes, il y a des moments où on se demande un peu quoi » (MG21).

Ils se sentent également instrumentalisés par ces instances qui, selon eux, seraient parfois contradictoires. Ainsi, lorsqu'un « gros prescripteur de méthadone » fut incarcéré, l'Inspectrice des pharmacies a tenté de relayer plusieurs centaines de patients chez certains médecins. Par la suite, elle les aurait mis en garde parce qu'ils en suivaient trop : « L'Inspectrice des pharmacies a téléphoné à X [centre de soins spécialisé] pour demander s'il y avait des médecins qui voulaient bien reprendre la clientèle du Dr Y [qui venait d'être incarcéré], pour qu'il n'y ait pas de problèmes dans les pharmacies. Donc là, on me demande d'en prendre et puis, après, on me dit : « Il faut les jeter ». Bon, c'est gentil mais... » (MG14).

Ils se posent en victimes d'un système qui ne leur correspondrait pas. Au cours de ces réunions, par l'expression de ces plaintes qui sont en même temps des craintes, se constitue une sorte de « communauté d'appartenance » où le médecin vide son sac, fait état de ses craintes et se reconnaît dans la situation de ses confrères. Nous reviendrons sur l'importance de cette communauté « pour décharger en partie son sentiment de

culpabilité [ou ses craintes au regard des « risques encourus »] sur le groupe de ses collègues » (Hughes, 1996, 89).

Les parquets français, ceux de Lille ou de Maubeuge, ont par contre eu plus de difficultés à nous orienter vers une personne particulière qui aurait une connaissance plus fine de ce genre de dossiers. Les membres du parquet avec lesquels nous avons échangé, ont signalé qu'ils n'avaient pas eu à traiter ce genre de plaintes au cours des dix dernières années. Il semble donc que « ces affaires » soient traitées par les instances ordinales, sans que la justice ne soit sollicitée. Seul le parquet de Valenciennes, actuellement occupé par une affaire de décès de jeunes par overdose de méthadone prescrite par un médecin généraliste, pouvait nous en dire plus, mais a préféré ne pas nous rencontrer pour respecter le secret de l'instruction. Nous avons d'ailleurs eu des difficultés à en savoir plus sur le dossier. Souhaitant rencontrer le médecin incarcéré (en préventive), toutes les démarches ont été effectuées de notre part et de la part du détenu, mais chacune de nos demandes d'autorisation de visite a été refusée en raison de la proximité entre l'objet de la recherche et les charges retenues contre ce médecin.

#### **3.1.4. Recommandations, consensus et autres guidelines**

Les normes qui s'imposent aux médecins sont également d'un autre ordre prenant la forme de recommandations, de guidelines. Freidson prévoyait, dans les années 1970, deux changements affectant directement « l'autonomie traditionnelle du praticien » dans le modèle français. Le premier avait trait à la perte d'indépendance des médecins en tant que « libres entrepreneurs sur le plan économique » notamment en raison du « besoin manifeste de n'importe quel gouvernement de contrôler à la fois le coûts et la qualité des soins » (Freidson, 1984, 54). Le deuxième changement était formulé de la sorte : « les praticiens individuels continueront à perdre aujourd'hui, et continueront à perdre à l'avenir, une grande partie de leur liberté d'exercice de la médecine fondée sur leur seul jugement clinique. C'est-à-dire qu'ils ne pourront plus s'appuyer sur le seul jugement personnel pour diagnostiquer, prescrire, ordonner un traitement et soigner leur malade. Leur activité sera déterminée par des normes et recommandations officielles » (Freidson, 1984, 55).

Comme il le notait, « l'Etat s'appuie alors sur une élite médicale, hautement reconnue au point de vue scientifique et qui exerce soit dans des hôpitaux, soit dans des laboratoires de recherche et il transcrit leur avis sous forme de règlements ou directives

qui restreignent l'autonomie thérapeutique des praticiens » (Freidson, 1984, 56). Toutefois, « ce sont toujours des médecins qui établissent les règles de la limitation de l'autonomie médicale. Comme profession, la médecine demeure une corporation qui garde l'autorité sur ses modes de fonctionnement et c'est son élite scientifique qui définit quelle est la substance du travail médical, qui l'accomplit et comment il doit être opéré » (Freidson, 1984, 56). Toutefois, « cette évolution élargit l'écart entre l'élite scientifique ou médicale et le médecin courant. La profession perd ainsi de sa cohésion et ses élites sont moins reconnues » (Freidson, 1984, 56).

Ces évolutions décrites dans le cas français sont tout à fait transposables à la Belgique.

Cette analyse éclaire à nouveau la situation belge car ce n'est plus tant la profession qui définit les règles du jeu, mais c'est bien le législateur qui dit au médecin comment pratiquer. Notons que les médecins généralistes n'ont pas été représentés lors des prises de décisions relatives à la parution de l'arrêté royal sur les traitements de substitution. L'empiètement de la justice ou d'un acteur non médical sur la régulation de la profession limitant l'autonomie professionnelle du médecin a donc l'effet d'une bombe.

Les médecins de ville sont considérés comme étant des acteurs de première ligne du fait de la place qu'ils occupent dans le système de soins. Pour guider leurs pratiques, en fonction des pathologies, des recommandations de pratique clinique – fondées sur l'analyse des résultats des études scientifiques publiées en fonction du niveau de preuve (*evidence-based medicine*<sup>221</sup>) - ont été élaborées par diverses institutions. Les autorités sanitaires incitent les médecins généralistes à les appliquer, mais ils ne sont ni mandatés ni reconnus par l'Etat pour entreprendre une telle démarche.

En codifiant l'exercice médical, ces recommandations et autres guidelines « cherchent à induire des normes communes à tous les praticiens » (Liberalotto et Bachimont, 2006). Or plusieurs travaux mettent en évidence les résistances des

---

<sup>221</sup> L'Evidence-Based Medicine (EBM), ou « médecine des preuves », est définie comme « the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients » (Sackett, *et al.*, 1996). Selon Timmermans et Mauck (Timmermans et Mauck, 2005, 18), reprenant d'autres auteurs, « The Institute of Medicine (IOM) defines *clinical guidelines* as systematically developed statements to assist practitioner and patient decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances » (Field et Lohr, 1990). Pour une histoire de l'evidence-based medicine, voir (Daly, 2005).

médecins à les appliquer de manière systématique (Durieux, 1994, Weill, 1990). Les situations de consultation et les relations aux patients seraient ainsi peu propices à une attitude standardisée des praticiens, au développement d'une médecine de plus en plus codifiée telle qu'elle leur est proposée (Bungener et Baszanger, 2002).

De rares travaux se sont penchés sur la diffusion et l'impact de ces recommandations sur les pratiques des professionnels de santé (Bachimont, *et al.*, 2006, Berg, *et al.*, 2000, Castel et Merle, 2002, Timmermans et Berg, 1997, Urfalino, *et al.*, 2001, Weill, 1990). La tentative de rationalisation des pratiques médicales via des recommandations est pourtant une tendance lourde depuis plus d'une décennie. Ces recommandations sont destinées à « induire une rationalisation des pratiques cliniques (via leur standardisation) dans un double souci d'efficience et de qualité de soins » (Bachimont, *et al.*, 2006, 78).

La littérature qui interroge la mise en place de ces « bonnes pratiques » décrit le peu d'enthousiasme que les médecins manifestent à l'égard de leur application, même si les raisons sont diverses et les positionnements différenciés (Durieux, 1994, Feder, *et al.*, 1999, Poindron, 2002). Dans tous les cas, la persistance d'une hétérogénéité des pratiques médicales se dégage des analyses.

Ces différentes recherches « tentent de déduire ou de prédire en quoi cette rationalisation bouscule ou risque de bousculer l'organisation des systèmes de santé en général et la place du médecin en particulier. Elles tentent d'apprécier en quoi l'autonomie dont bénéficiaient les médecins au sein des organisations de santé et dans le système de santé en général (Freidson, 1970, Smith, 1955) est remise en cause. (...) Plus spécifiquement, les recommandations de pratiques offrirait la possibilité aux tiers – patients et gestionnaires - de contrôler la pratique des médecins (Setbon, 2000) et limiteraient l'exercice du jugement individuel du médecin au profit de la conformité à des normes collectives (Ogien, 2000) » (Castel et Dalgalarondo, 2005, 7).

Certains disent que ce mouvement va à l'encontre du médecin, développant deux types d'arguments. D'une part, cette rationalisation se heurterait à la conception de la médecine, entraînant une dépersonnalisation des soins. D'autre part, elle provoquerait une réduction de l'autonomie médicale et une modification des relations de pouvoir entre le médecin et les autres acteurs de santé (Castel et Merle, 2002). Toutefois, d'autres auteurs, minoritaires ceux-là, défendent la thèse que les professionnels de santé

« tiennent une place prépondérante dans l'initiation de la démarche de normalisation » (Castel et Merle, 2002, 340), notamment en cancérologie.

La normalisation des pratiques médicales est présentée comme une composante du mouvement plus général de rationalisation du système de santé. Elle aurait été conçue pour « chasser les 'mauvaises' pratiques, éliminer les dépenses inutiles et rendre ainsi le système de santé plus efficient » (Kerleau, 1998).

« Les négociations autour de la mise en œuvre des recommandations – entendues comme des « règles » (de bonnes pratiques) – sont susceptibles de révéler les objectifs des médecins. Soit les médecins vont considérer les recommandations comme un outil pertinent pour atteindre leurs objectifs et ils vont alors essayer de les utiliser pour résoudre les problèmes et les obstacles qu'ils rencontrent, soit, au contraire, les enjeux pertinents sont ailleurs et les recommandations risquent d'être perçues comme accessoires » (Castel, 2006, 107).

Alors que ces standards sont décriés comme risquant de réduire potentiellement l'autonomie individuelle du médecin, certains relativisent cette « menace » en montrant que des médecins se servent de ces standards qu'ils élaborent eux-mêmes pour renforcer leur positionnement professionnel (Berg, *et al.*, 2000). Comme le note Castel, « les jeux autour de la mise en œuvre des recommandations permettent de mettre en évidence les 'zones d'incertitude' et les relations de pouvoir entre acteurs du système de santé » (Castel, 2006, 107).

L'étude de ces recommandations est aussi un moyen de mettre en lumière les incertitudes liées à l'état des connaissances médicales et à la capacité de maîtrise de ces savoirs (Castel, 2006). Elle est également propice à l'exploration des différences et des relations concurrentielles existant à l'intérieur de la profession médicale (Bucher et Strauss, 1961).

Concernant la toxicomanie, différentes conférences de consensus (CSH, 1994, CSH, 2000, FFA et Anaes, 2004, Conférence de consensus) se sont tenues depuis le milieu des années 1990 en France et en Belgique et différentes « recommandations pour la bonne pratique clinique » (ANAES et FFA, 2005) ont vu le jour. Les médecins sont assez critiques vis-à-vis de ces instances et ces recommandations. Seuls quelques rares généralistes participent à leur élaboration. Les lieux de définition de ces normes sont



davantage fréquentés par des « experts » reconnus comme tels. Nous verrons que la manière dont sont perçues ces recommandations et ces « bonnes pratiques » influence directement le positionnement des médecins à l'égard des usagers de drogues.

\*

A la présentation de ces cadres, l'inégalité de l'attention accordée à ces questions dans les deux pays est marquante. La France semble moins « sanctionnante » vis-à-vis de ces prescriptions, moins à l'affût. La Belgique, quant à elle, semble être à un tournant en mettant en place une législation et un organisme d'enregistrement des prescriptions, se focalisant sur ce « problème ». L'option prise par la Belgique semble d'ailleurs rendre compte d'un tournant sécuritaire suscitant des réactions diverses et avec des effets pervers, semble-t-il inattendus sur le terrain. S'agit-il de restreindre l'accès aux soins des usagers de drogues ? S'agit-il de contrôler une profession ou des patients « hors du commun » ?

### 3.2. La pratique du médecin généraliste : entre normes et aménagement

Le cadre de la pratique est donc précisé par le biais de ces normes édictées par différents acteurs dont l'influence est variable. Signalons d'emblée que nombre de médecins rencontrés n'ont pas connaissance de l'ensemble de ces normes. Non connues, elles n'entrent donc pas dans la définition des pratiques, et même lorsqu'elles sont connues, le médecin dispose de marges de manœuvre quant à leur application. De même, les médecins « ne se conforment pas à des règles, des droits et des devoirs qui seraient définis en toute clarté, mais ils les interprètent en fonction de cas jugés spécifiques dans un processus complexe tributaire de la compréhension que chaque professionnel a du jeu des autres dans des situations locales de travail » (Cresson, *et al.*, 2003, 120).

Ainsi, évoquer les règles et les instances de contrôle ne doit évidemment pas faire oublier la marge de manœuvre dont dispose le médecin à leur égard. En effet, les professionnels rencontrés « sélectionnent » les règles en fonction de leurs propres objectifs, de leur conception de la médecine générale. Ils en enfreignent en fonction des situations, peuvent également ne pas tenir compte de celles qui sont en contradiction avec leurs intérêts ou ceux du patient. Les règles qui organisent le champ et les pratiques ne sont pas appliquées de manière mécanique. L'essentiel de l'activité du médecin est

régi par la négociation avec le patient avec lequel il est en relation, mais aussi par les « croyances » du médecin. Les règles ne servent donc de guide et d'impératifs qu'à certains médecins ; les pratiques résultent plutôt de concertations avec le patient pour d'autres.

Le concept d'autonomie éclaire les récits recueillis. En fonction de leur définition de l'autonomie, les médecins accepteront ou non de se faire plus ou moins dicter leurs conduites et opteront pour un positionnement ou pour l'autre à l'égard des usagers de drogues. Le cadre structurant peut être vu comme contraignant et leur donne donc un argument pour ne pas s'investir.

La situation belge est à cet égard – à nouveau - éclairante. La plupart des médecins refusent le cadre imposé par la nouvelle législation. Les réactions sont de trois types : se soumettre au cadre imposé motivé par la crainte des sanctions ; ne plus s'investir dans la pratique ou l'investir à leur manière, « hors la loi » ; ou encore poursuivre la même activité en mettant en place des stratégies pour réduire les risques de contrôle et de sanction.

On l'a vu, la Belgique opte pour un plus grand contrôle de ces prescriptions orientées, ne l'oublions quand même pas, par le souci d'éviter les détournements et les déviances de quelques médecins. La France, par contre, met en place des contrôles moins réguliers et n'opte pas – ou pas encore - pour des solutions législatives.

Notons également que le patient est un acteur à part entière dans l'utilisation des règles. Le médecin, en fonction de la situation individuelle du patient, aménagera sa pratique et le cadre de celle-ci. Pour l'ensemble des médecins rencontrés, le patient prime souvent sur les règlements. Nous pouvons donc conclure en une influence réciproque du contexte structurel et des négociations avec des situations particulières dans la définition des pratiques.

Tout dépendra également de la perception qu'a le médecin des risques encourus par la non-conformité aux règles. Ainsi, certains ne souhaiteront pas se frotter à ce risque de pénalisation. D'autres entameront un calcul entre les risques potentiels et les bénéfices qu'eux-mêmes ou le patient peuvent en tirer. Une partie des médecins n'envisage pas le cadre réglementaire comme très contraignant ou comme représentant un risque potentiel :

« En France, on fait des lois, c'est très carré et c'est comme ça. C'est un cadre théorique. Le médecin qui veut faire différemment, il peut, je ne suis pas convaincu qu'il y ait des conséquences pour lui » (MG33).

Les dérogations à la règle semblent donc d'application chez certains, principalement lorsque le patient est stabilisé. Trois principaux cas de figure ont été présentés au cours des entretiens et des soirées du groupe d'analyse : dérogation à la règle de fractionnement des prescriptions, dérogation vis-à-vis de la durée légale de prescription ou encore dérogation à la règle de non chevauchement.

Toutefois, au sein du groupe d'analyse, ces dérogations à la règle et les libertés prises par quelques médecins prêtent à discussion. Un débat a émergé entre ce qui était permis ou non dans les prescriptions. Certains semblent s'attacher aux guidelines et diverses recommandations. Pour eux, les dérogations s'apparentent à contourner la loi et à risquer les ennuis : « Oui, la justice a les moyens d'agir si on est hors du cadre (...) En cas de pépin ou en cas d'interpellation, il peut y avoir de gros soucis » (MG41). Pour d'autres, les pratiques sont fonction du patient, ils n'hésitent d'ailleurs pas à les adapter. Il s'agit d'assurer un meilleur suivi.

En reprenant à notre compte l'utilisation de l'approche de Sykes et Matza faite par Peretti-Watel, nous émettons l'hypothèse selon laquelle le praticien peut très bien rester attaché au respect des lois et autres recommandations, tout en parvenant en certaines circonstances à les contourner, grâce à ce qu'ils appellent des « techniques de neutralisation », qu'ils présentent comme « les justifications d'un acte déviant jugées valides par le délinquant mais pas par les autorités, ou plus largement par le reste de la société » (Sykes et Matza, 1957). Ainsi, le praticien pourrait dériver entre la légalité et l'illégalité, hésitant à basculer d'un côté ou de l'autre, restant attaché aux normes en vigueur mais les enfreignant parfois, en jugeant qu'elles sont inapplicables, inadéquates ou sans importance (Peretti-Watel, 2005). Ainsi, un médecin généraliste nous explique avoir exceptionnellement enfreint la législation pour une patiente française de longue date qui était contrainte, pour des raisons professionnelles, de déménager. Pour lui éviter de se rendre dans un centre, il lui a envoyé durant plusieurs mois son traitement par voie postale. Il s'agit de la seule exception et il insiste sur le fait que c'était une patiente de confiance :

« On s'est arrangé. Elle était à la fin de son traitement donc c'est vrai que... illégalement, je lui ai envoyé ses gélules. Elle m'écrivait

une lettre de trois pages, on se téléphonait, etc. donc comme une consultation et je lui envoyais les gélules. Ca a duré pendant à peu près 7 ou 8 mois. (...) C'est arrivé une fois, rien qu'avec elle... Elle était en fin de traitement. Je la connaissais, elle était sérieuse. C'est quelqu'un qu'on pouvait se fier... C'est vrai que je ne l'aurais pas fait avec n'importe qui... » (MG21).

Cette technique de neutralisation permettrait donc à l'individu de ne pas se blâmer lui-même mais aussi d'échapper au blâme d'autrui. Cette perspective reprend donc à son compte la *rationalité cognitive* de Boudon : l'individu épouse une croyance ou la rejette selon qu'il dispose ou non de bonnes raisons pour la considérer comme valable (Boudon, 1989).

\*

Actuellement, au sein du système de santé de manière générale, et dans le domaine des addictions, nous assistons à une injonction au consensus, à la négociation, au travail en réseau, à la définition de « bonnes pratiques » reconnues par tous. On constate que la plupart des médecins généralistes rencontrés remettent en question ces recommandations et positionnements. Comme le rappelle Strauss, « les produits de l'activité professionnelle (code de déontologie, autorisations d'exercer, principales associations professionnelles) ne sont pas nécessairement des preuves de l'homogénéité et du consensus interne, mais reflètent plutôt le pouvoir de certains groupes » (Strauss, 1992a, 69). Ainsi, face à ces réglementations et à leur application, les médecins se positionnent de manières différentes. D'une part, certains sont dans une logique de disqualification de ces instances. D'autre part, certains médecins sont dans une logique d'obéissance aveugle, par peur des représailles, de convocations ou de possibles sanctions, comme l'évoque ce praticien belge : « je continue toujours à voir ce qui peut m'assurer une sécurité point de vue justice » (MG19). Dans les entretiens, une majorité des médecins disqualifie les lieux de discussion des normes. Pour beaucoup, concernant la problématique des drogues, l'Ordre des médecins n'a aucune compétence dans le domaine : « On voit qu'on a affaire à des gens qui ne suivent pas des toxicomanes et là, ils ne réalisent pas quels sont les problèmes » (MG20).

A côté des normes officielles fixant la toile de fond des pratiques médicales, « la production normative s'appuie sur le travail d'acteurs collectifs engagés à différents titres dans la pratique substitutive et porteurs d'intérêts spécifiques » (Feroni, 2004, 203). Les firmes pharmaceutiques sont également un acteur non négligeable dans

l'élaboration du cadre normatif. Réalisant un travail de promotion des molécules à l'échelle internationale, elles s'attachent à valoriser les aspects positifs des traitements et à proposer de nouvelles molécules pour pallier les limites de celles présentes sur le marché.

#### **4. L'autorégulation à l'œuvre**

La profession médicale est souvent présentée de manière réductrice comme une activité fondée sur la relation médecin-patient et encadrée par différentes instances. Or, comme le note Freidson, « la médecine contemporaine ne se pratique pas dans la solitude : c'est un vaste réseau de relations organisées dont la plupart renforcent le pouvoir des confrères et minimise celui des patients » (Freidson, 1984, 102). Ainsi, « le réseau de confrères est le prototype du dispositif informel qui régule la médecine libérale afin que la profession pratique l'autodiscipline qu'elle s'est fixée, les confrères se régulant les uns les autres » (Carricaburu et Ménoret, 2004, 56). A partir de ces conclusions et de ce que nous notions plus haut, il semble donc que les médecins acceptent davantage – ou soient moins opposés à – l'autorégulation que la régulation par une instance extérieure, telle que la justice par exemple.

L'étude de la relation entre médecins est complexe parce qu'elle repose sur deux fondamentaux de la profession médicale : l'autonomie professionnelle (et d'autant plus en médecine libérale de ville) et sa responsabilité individuelle. Pour Freidson, le caractère essentiel de la profession est son autonomie, soit le droit de contrôle des professionnels sur leur travail. L'autorégulation est donc la base de la profession médicale. Anne Véga, plus récemment, s'est intéressée à la question des collaborations professionnelles dans le cadre d'un travail portant sur les rapports professionnels et les types de clientèle (Véga, 2005). Elle ajoute à la question de l'autonomie professionnelle de Freidson, celle de la responsabilité. Selon elle, c'est le fil conducteur des collaborations professionnelles. Chez Freidson, « le sens de la responsabilité personnelle est ce qui détermine chaque jour le comportement professionnel du praticien, c'est à lui qu'il doit ce qui le qualifie réellement. Il y a toute chance que le médecin assume ses propres responsabilités sans s'occuper du travail de ses confrères, à moins que celui-ci ait une incidence directe sur le sien. C'est pourquoi il juge inutile de mettre son nez dans les affaires des autres » (Freidson, 1984, 190). Un médecin ne peut se passer de l'aide de

confrères pour certains patients qui nécessitent des soins qui ne sont pas de son ressort. Un moyen de coopérer et de lever ainsi cette ambiguïté est de s'échanger des patients entre médecins de confiance (ceux dont on sait qu'ils réadresseront le patient). Or dans le cadre de l'usage de drogues, des médecins relaient en espérant ne pas voir le patient revenir. Il s'agit pour eux de « déléguer le sale boulot ».

Selon Freidson, « le boycottage personnel est le mécanisme de contrôle le plus répandu chez les médecins et dans les autres professions. Il permet de comprendre que des personnalités scrupuleuses et consciencieuses puissent coexister avec leurs contraires à l'intérieur d'une même profession, sans causer de tensions ni de conflits importants » (Freidson, 1984, 191). Comme il concluait, « derrière la façade sereine de la 'profession comme un tout', [on trouve] une structure discontinue et fragmentée » (Freidson, 1984, 206), c'est d'ailleurs ce que soulignera la typologie des positionnements des médecins à l'égard des usagers de drogues qui sera présentée dans le chapitre suivant.

#### 4.1. Les soins aux usagers de drogues : la régulation par la réputation ?

Selon Freidson, la question que pose l'analyse des relations entre médecins est celle de l'autonomie professionnelle. Pour lui, cette question est ambiguë et il montre qu'un médecin n'est finalement jamais absolument autonome parce qu'il dépend toujours d'une façon ou d'une autre soit de ses patients, soit de ses confrères. Il dépend en effet de ses patients lorsqu'il essaie de se prémunir de la concurrence de ses confrères. Il tombe sous l'hégémonie de ses confrères lorsqu'il cherche à « s'unir [avec eux] contre la sélection tyrannique de la clientèle ».

Ainsi, ce médecin belge nous confie avoir été influencé dans sa pratique par les remarques de patients ou de confrères. Il a alors décidé, « pour garder la face », de réduire son activité avec les usagers de drogues :

« Ah oui, j'ai perdu un peu des patients, oui, oui... J'avais une mauvaise réputation (...) ... du prescripteur de drogues, qui soignait les drogués et les autres médecins me faisaient des petites remarques dans les réunions... Les gens bien pensant estimaient que ce n'était pas bien de faire ça, qu'il valait mieux éviter ce médecin-là qui soignait des toxicomanes » (MG15).

Tant les confrères que les patients influencent donc les pratiques du généraliste. Un médecin rencontré nous explique qu'un confrère était réputé pour ses « petites doses ».

Celui-ci refusait de prescrire au-delà de 30 milligrammes de méthadone. Ayant obtenu l'information par les patients, les médecins inscrits dans un réseau spécialisé, ont alors contacté ce confrère pour lui expliquer « les bonnes pratiques » :

« Lui, il est dans les petites doses. Enfin, maintenant, on lui a fait comprendre... parce qu'il prescrivait toujours dans les 30 milligrammes mais alors, ils [les patients] allaient tous chercher leur drogue en plus, donc c'était juste pour pouvoir faire le voyage en Hollande... Non, on l'observait parfois ici et puis, on lui disait... Je lui ai parfois téléphoné pour lui dire... (rires)... mais enfin il est gentil. Maintenant, il a compris » (MG26).

Les confrères peuvent également disqualifier un médecin lorsqu'il ne respecte plus les « règles du jeu ». Nous avons pu observer que, lorsque, dans le petit noyau de prescripteurs, l'un d'eux décide d'arrêter de pratiquer avec les usagers de drogues, quelles que soient ses motivations, il est directement discrédité par ses confrères. Un des médecins rencontrés a été durant plusieurs années un maillon central de la prescription aux usagers de drogues. Il a notamment initié des formations. Il y a quelques années, il a décidé de réduire cette activité et de ne plus accepter que quelques patients « triés sur le volet », entrant dans un cadre et habitant à proximité du cabinet. Certains de ses patients se sont alors mis à la recherche d'un autre médecin, sollicitant des confrères « réputés ». Rapidement, ce médecin s'est vu coller une étiquette et s'est vu affublé d'une « mauvaise réputation ». Il semble avoir été identifié comme un « traître » qui abandonne la pratique alors que peu de médecins s'y investissent. A leurs yeux, il n'est plus considéré comme un interlocuteur possible. Il est totalement discrédité notamment lors des réunions traitant de la thématique où l'on évoque souvent son nom : « De toute façon, il n'en prend plus », « Et en plus, maintenant, il m'envoie des patients ! ». Toutefois, suite à des ennuis avec la justice ou suite à la prise de la retraite, les confrères semblent plus indulgents et la logique de disqualification ne semble pas à l'œuvre. Ainsi, un autre médecin a pris sa retraite il y a quelques mois, mais participe toujours activement aux réunions locales organisées sur la thématique et prend son rôle à cœur. Ses collègues semblent l'intégrer aux réflexions. Nous assistons alors à des stratégies d'étiquetage des médecins entre les « bons » et les « moins bons », voire les « mauvais » médecins.

Cette autorégulation de la profession se cristallise, dans les entretiens, autour du terme de réputation. Celle-ci apparaît comme un enjeu central dans les motivations des

généralistes à suivre ou non les usagers de drogues. La réputation associée à la fois les patients et les confrères, tant les premiers que les deuxièmes pouvant l'influencer.

Il s'agit d'un argument avancé explicitement ou non par les généralistes pour ne pas prendre en charge d'usagers de drogues : « ne pas avoir cette réputation ». Certains médecins refusent donc de suivre ces patients en raison de la réputation qui risquerait de leur être attribuée :

« Ils [certains confrères] ont peur, au niveau clientèle, qu'il y ait des gens qui comprennent quand même que ce sont des toxicomanes qui sont dans la salle d'attente, et qui n'aiment pas » (MG15).

« Certains médecins diabolisent le médecin qui le [le toxicomane] prend en charge » (MG21).

Mais également, en raison de la représentation des usagers de drogues (« leur réputation ») dans la population générale. Ainsi, le désintérêt des médecins vis-à-vis de ces patients serait lié à la réputation des usagers de drogues :

« Parce que c'est une bande d'emmerdeurs. Ils ont cette réputation-là et malheureusement, certains l'entretiennent bien » (MG14).

La réputation est au cœur de la logique d'adressage des patients. « Etre connu » comme prescripteur de traitements de substitution est au cœur des logiques d'adressage des patients. Les médecins refusant de prendre en charge ces patients ont toujours entendu parler de l'un ou l'autre confrère « qui fait ça », ce qui leur permet de relayer le patient, de savoir où l'envoyer. Bien que lors des entretiens, les médecins refusant de recevoir les patients usagers de drogues dénigrent les pratiques de certains confrères, cette « mauvaise réputation » ne les empêche en rien d'adresser leurs patients lorsqu'ils les sollicitent. Cet adressage ne signifie pas que la personne qui délègue le travail, et donc quelque part le risque associé, est en accord avec la pratique et la conception de l'accompagnement du médecin relais. Elle est susceptible d'accuser les auteurs d'erreurs réelles ou supposées. Dans ce cadre, il serait intéressant de déterminer en quoi consiste ce qui est délégué et quels sont les attitudes et les sentiments en jeu des deux côtés.

La question de la réputation peut également se jouer d'une autre manière. Certains médecins investis dans la prise en charge des usagers de drogues disent avoir été influencés par le charisme et les pratiques d'un confrère qui les a sensibilisés à cette thématique :

« Je crois que j'ai été fort influencé par Dr X. J'ai vu qu'il faisait du bon boulot... parce que j'ai vu ses patients après... et puis, rien que par le fait qu'il ait fait bouger les choses. Je le connais quand même assez



bien, je le vois de temps en temps. C'est un gars qui est foncièrement honnête avec les patients... » (MG26).

Comme nous l'avons déjà mentionné, la réputation d'un médecin peut également se forger à partir des dires des usagers. « La réputation, comme forme d'évaluation fondée sur le jugement social, exerce des effets diversifiés. Comme médium généralisé, elle permet de classer des biens et des services, des personnes, des firmes et cela dans tous les domaines de la vie sociale » (Karpik, 1996, 534). D'une part, les usagers de drogues savent quel médecin consulter en fonction de ce qu'ils cherchent (des soins, du cadre, de la prescription sans contrôle, ...). Des listes informelles circulent entre médecins, mais également et surtout entre usagers. C'est ainsi que certains médecins tentent comme ils disent « de limiter la pratique avec ces patients-là » afin d'éviter d'être « submergé de demandes » : « On a peur d'en avoir des centaines qui s'amènent tout d'un coup... parce qu'ils se renseignent ». D'autre part, les médecins généralistes reçoivent des informations sur les pratiques de confrères par le biais des usagers. Plusieurs nous confient avoir reçu des informations sur des confrères par ce biais :

« Il [un confrère] avait des gens qui étaient en traitement normal et d'autres qui me racontent des traitements, enfin pas vraiment des traitements... des délivrances un peu rapides. Donc des gens qui viennent chercher de la métha, comme ça, en quantité et peut-être pour la revendre en France. Ca c'est certain, il y en a [des usagers de drogues] qui m'ont dit que certains [confrères] le faisaient » (MG19).

Par le biais de ces informations, ils peuvent décrédibiliser leurs confrères et ne pas leur envoyer de patients ou encore refuser les anciens patients de ces mêmes médecins.

Ainsi, « devant la déviance d'un confrère, le seul dispositif de contrôle qui corresponde aux normes de l'activité clinique ou de consultation est en effet cette proscription qui, compte tenu de son profil individuel, n'est sans doute pas le plus propre à régler les problèmes de travail médical à l'échelon de la profession toute entière. A côté d'une organisation officielle de la profession médicale se coordonne donc également une organisation *officieuse*, une organisation informelle, un état de la médecine qui, bien que n'ayant aucune réalité autorisée, construit néanmoins pour une large part son activité » (Carricaburu et Ménoret, 2004, 57).

« Le dispositif du boycottage personnel opère donc de façon paradoxale : en éloignant les collègues déviants, il les soustrait aux contrôles professionnels adéquats, et l'organisation officieuse de réseaux intrinsèquement homogènes, en les coupant les uns

des autres et en rendant toute interaction impossible, entretient et même renforce l'écart entre les normes propres à chaque groupe » (Freidson, 1984, 204-205). Le boycottage ne s'accompagne jamais de dénonciation auprès des instances ordinales ou judiciaires bien que certains membres de réseaux ou participants aux interventions critiquent ouvertement quelques-uns de leurs confrères. Quand ces médecins « déviants » sont toutefois inquiétés par ces instances, ils s'exclament : « De toute façon, ça fait longtemps qu'il faisait n'importe quoi ! » (MG26). L'intervention des instances ordinales et judiciaires semble alors légitime à leurs yeux bien qu'à leur niveau, ils aient déjà agi en opérant ce boycottage.

#### 4.2. Les soins aux usagers de drogues : un secteur de concurrence entre confrères ?

Dans le cadre des soins aux usagers de drogues, la concurrence entre médecins semble devoir être appréhendée de manière différente que dans d'autres pathologies. Patrick Castel, dans son article sur les relations entre médecins dans le cas de la cancérologie, s'attarde sur la concurrence entre médecins concernant l'activité et la définition du bon traitement. Ainsi, dans le cadre de la cancérologie, « les médecins considèrent être en situation de compétition avec un certain nombre de leurs collègues, qu'ils identifient plus ou moins précisément, pour prendre en charge des patients atteints d'un ou plusieurs cancers donnés et habitant sur un territoire donné » (Castel, 2005, 447). Castel identifie divers ressorts de cette concurrence. D'abord, à mesure des découvertes médicales, de nouveaux médecins, moins spécialisés, sont incités à s'investir dans la prise en charge. Ensuite, cette concurrence peut s'expliquer par le mode d'allocation de ressources dans le système de santé (rémunération à l'acte des médecins libéraux), incitant à accroître le nombre de patients pris en charge. Enfin, « les médecins considèrent généralement que plus ils traiteront de malades, meilleures seront leurs compétences » (Castel, 2005, 448). Outre l'intérêt scientifique, ces pratiques régulières permettent de développer une expertise valorisable au sein de la communauté médicale, d'acquérir du capital symbolique.

Dans le cadre des soins aux usagers de drogues en médecine de ville, nous sommes face à des libéraux rémunérés à l'acte, ce qui pourrait représenter une incitation à accroître le nombre de patients pris en charge, ce qui semble le cas d'une infime minorité. L'argument financier seul est peu pertinent à leurs yeux, sauf s'il est couplé à

l'acquisition de capital symbolique. Certains médecins généralistes développent l'argumentaire suivant, justifiant le nombre « important » de patients usagers de drogues suivis par rapport à leurs confrères : plus ils traiteront d'usagers, meilleures seront leurs compétences. Accroître son activité dans ce domaine signifie, aux yeux de quelques rares praticiens, acquérir de l'expérience dans un intérêt scientifique d'une part, mais également acquérir une expertise permettant de se distinguer au sein de la communauté scientifique. Ainsi, l'un des médecins rencontrés souhaite, avec quelques confrères, publier un ouvrage retraçant leurs pratiques avec les usagers de drogues et démontrant la légitimité et l'efficacité de « leur manière de faire ».

Toutefois, il ne semble pas se dégager des entretiens et des observations, une « mainmise » sur les patients. Les médecins ne semblent pas craindre que des confrères veuillent leur prendre ceux qu'ils considèrent comme « leurs » patients, comme c'est le cas dans le cadre de la cancérologie (Castel, 2005, 449). Les entretiens ne relatent pas ce que Castel nomme la « captation » ou le « détournement de clientèle », cet état de fait étant en partie lié à la rareté des médecins s'investissant. La concurrence est en effet faible et les médecins investis dans la problématique cherchent rarement à accroître leur file active avec ces patients. Toutefois, la captation et la concurrence sont abordées lorsque les médecins évoquent les centres spécialisés en toxicomanie. Ces centres seraient davantage dans une optique de concurrence, dans le « détournement de clientèle », notamment pour s'assurer une file active importante, et donc des financements réguliers.

Les inimitiés et les conflits entre médecins naîtraient davantage de différends sur « les bonnes pratiques », sur la « bonne » ou la « moins mauvaise » manière de traiter les usagers de drogues. Les désaccords concernent surtout le choix du traitement et ses modalités de prescription et de délivrance, notamment les dosages ou la prescription associée d'autres traitements. Ces désaccords donnent rarement lieu à des affrontements directs, mais plutôt à la construction de réputation ou de rumeurs à l'égard des pratiques de certains médecins ne correspondant pas aux critères de « bonnes pratiques » du médecin lançant la rumeur (effets d'étiquetage). En l'absence de dispositifs formels de classement (Karpik, 1996) des praticiens dans le cadre de cette problématique, les médecins ont recours à différentes stratégies pour accroître leur légitimité et leur crédibilité, ou au contraire, pour disqualifier des confrères. Ainsi, les entretiens sont

ponctués d'anecdotes au sujet de confrères. Celles-ci relatent des différends dans la manière de faire. Il s'agit pour le médecin de se différencier de ce qui est « inacceptable ».

Alors que bien souvent, les médecins n'ont qu'une vague idée de ce que font leurs confrères (à l'exception de ceux qui se rencontrent dans le cadre d'intervisions ou de réunions de réseaux spécialisés en toxicomanie), des informations leur parviennent de patients communs. Le patient peut alors être analysé comme une ressource : il est source d'information sur les pratiques des pairs. L'usager de drogues consulte bien souvent, dans sa trajectoire de recours, plusieurs professionnels, voire parfois plusieurs généralistes. Il apparaît donc comme une source d'information très riche pour connaître les pratiques de ses pairs, et pour décider avec qui le médecin souhaite travailler ou non dans le futur. Ces informations permettent au médecin de se faire une idée plus précise des compétences de confrères et parfois d'être à la base de réputations ou de rumeurs, comme nous l'avons mentionné.

Le patient joue également le rôle d'informateur quant au choix du traitement. Il n'est pas rare que les médecins belges relatent les propos de patients français se plaignant du Subutex®. Cette réputation du Subutex® oriente donc parfois le choix du praticien :

« C'est vrai qu'on reçoit pas mal même de Français qui viennent en disant qu'ils ont essayé pas mal de cures au Subutex®, et chaque fois, ça a échoué donc finalement, quand on entend ça, on n'est pas tenté d'en utiliser outre mesure » (MG21).

Il existe toutefois une interdépendance entre médecins pour la prise en charge de ces patients, notamment des adressages. Nous l'avons noté, les médecins refusant de suivre ces patients les relaient bien souvent vers un confrère ou un centre spécialisé. Bien que parfois, ils critiquent ces derniers, ils les orientent à quelques occasions :

« Des gens qui se spécialisent, qui aiment ça. C'est leur affaire, ils font bien ça (...) ce sont des médecins très courageux. Moi, je pense que les gens qui font ça sont très courageux. Je n'ai pas ce courage-là... Moi, je ne veux pas mais j'estime qu'heureusement qu'ils existent... [Ils me rendent service] Oui, ah oui ! Je ne le nie pas » (MG3).

Ainsi, les médecins ont recours à différents « dispositifs de jugement » pour structurer leurs échanges avec d'autres médecins. Certains dispositifs sont fondés sur la « confiance personnelle » (réseau de camarades de promotion, échanges de patients et d'informations, réputation, participation à des comités pluridisciplinaires et à des

groupes de travail) et d'autres sur la « confiance impersonnelle » (statut universitaire, diplômes spécialisés, publications, adhésion formelle à un réseau) (Castel, 2005, 457).

Concernant le segment plus investi dans la prise en charge des usagers de drogues, les logiques d'adressage semblent proches de celles décrites par Castel dans le cadre de la cancérologie. Selon lui, ce qui est recherché chez un médecin partenaire est de deux ordres. « D'abord, une compétence médicale, qui se décompose schématiquement en savoirs et savoir-faire techniques d'une part, et en une capacité à avoir de bonnes relations avec les patients d'autre part. Ensuite, ce qui compte également est d'avoir confiance dans le fait qu'ils ne chercheront pas à s'accaparer les patients qui leur sont confiés. En somme, les médecins partenaires sont choisis pour qu'ils soignent les patients avec un maximum de chances de les guérir, mais aussi pour que leur intervention ne risque pas de rompre la relation thérapeutique initiale en mécontentant le patient ou en le captant pour la suite de la prise en charge » (Castel, 2005, 456). Bien que la première condition semble primordiale dans notre recherche, la seconde ne semble pas se vérifier.

#### 4.3. Une mainmise locale ?

L'analyse rapide de notre terrain pourrait faire croire à une « domination médicale locale » de certains généralistes dans le cadre des soins aux usagers de drogues. Les médecins acceptant de les prendre en charge sont peu nombreux, notamment sur le terrain hennuyer investigué. Or lorsque l'on creuse, on se rend compte que certains médecins suivent les usagers par défaut. L'absence de relève et d'alternatives les conduit à accepter de plus en plus de patients. Ceux-ci sont demandeurs d'un allègement de leur charge de travail, mais le faible nombre de médecins généralistes dans les arrondissements les contraint, par idéalisme ou pour d'autres raisons, à poursuivre leur activité. Ainsi, ce médecin évite de prendre de nouveaux patients car « si on veut, on peut avoir... je ne vais pas dire toute la France mais... C'est trop, ce n'est pas possible » (MG19). Toutefois, si un nouveau patient du secteur se présente, il refuse difficilement car « un Belge, s'il est dans mon secteur de travail, je me sens moralement obligé comme malheureusement, il n'y a que moi qui ai une formation pour le traitement à l'héroïne [dans le secteur]... ». Une autre motivation qui le pousse à poursuivre cette activité est le faible nombre de médecins qui accepte de suivre ces patients. « On s'est

retrouvé un peu expert là-dedans (...) on est tous complet ». Définissant les usagers comme des patients, comme des malades, il souhaite les suivre :

« Je n'ai pas le cœur à arrêter le traitement parce qu'ils ne sauraient pas tellement où aller parfois... Et bon, j'intègre ça dans une médecine générale normale... Je ne vois pas pourquoi les médecins refusent parce que c'est quand même dommage. C'est ainsi qu'il y en a trop chez certains médecins » (MG21).

Dans le Hainaut, ces médecins se disent « contraints » de poursuivre l'activité en raison du désintérêt des rares jeunes médecins installés pour la problématique, mais également de leurs autres confrères. Tous disent qu'ils aimeraient « se décharger » quelque peu, mais ne voient pas de solution alternative :

« Ici à Mons, on est que peu de médecins, on est 4 ou 5 qui prenons en charge. (...) Nous, on ne demanderait qu'une chose, c'est que tout le monde puisse prendre quelques toxicomanes en charge, ce qui soulagerait tout le monde et ce qui aiderait encore un peu plus les toxicomanes... de ne pas tous aller chez Untel ou chez un autre » (MG21).

Les jeunes médecins ne semblent pas non plus intéressés :

« Même les jeunes médecins, on leur dit parfois mais c'est vrai que pour eux, ce n'est pas évident parce qu'ils vont se faire bernier directement... Mais personne ne veut se lancer là-dedans » (MG18).

« Tous les petits jeunes refusent... pour ne pas se faire emmerder... et en faire le moins possible, ça c'est un autre problème » (MG14).

« La relève, ce sera plutôt difficile. Ce sera peut-être difficile parce que, je ne vais pas médire... mais il y a beaucoup de jeunes confrères qui se cantonnent à un exercice de fonctionnaire. On est des anciens combattants, même ceux qui travaillent encore disent : « Ce n'est possible qu'ils rouspètent parce qu'ils sont de garde »... c'est une fois tous les deux mois ou tous les trois mois. C'est vrai qu'on a parlé de l'ère atomique, moi je crois que c'est la société des loisirs. On se le dit comme ça entre nous. On ne concevrait pas et on n'a jamais conçu comme ça de mettre son répondeur à 17H » (MG26).

Dans l'arrondissement de Mons, la pénurie de médecins généralistes ne permettrait donc pas d'assurer une relève ou un relais :

« On est en train ici sur Mons d'essayer de restructurer un peu les rôles de gardes parce que justement il commence à y avoir un nombre de médecins insuffisant dans certains secteurs ou des médecins vieillissants dans certains secteurs... Sur le Grand Mons entre guillemets, disons qu'il y a 115 médecins qui travaillent, il y en a 84 qui sont en âge de faire des gardes. Dans 5 ans, il n'y en a plus que 64.

Et dans 5 ans, il y en a encore 22 qui disparaissent... en sachant que depuis 5 ans sur le secteur, il y a eu 3 nouveaux... » (MG14).

Pour Freidson, le « milieu de travail » est décisif, notamment dans le contrôle des activités médicales. Les médecins exercent, de façon plus ou moins formelle, un contrôle permanent les uns sur les autres. « Partout le collège de pairs joue un rôle essentiel. L'influence des collègues est souvent décisive. En envoyant ou pas certains patients chez un confrère, en orientant ou non les malades à l'hôpital vers tel ou tel collègue, en boycottant ou non les médecins déviants, le collectif des médecins met en œuvre un autocontrôle généralement informel » (Dubar et Tripier, 2003, 124). La régulation la plus importante s'exercerait donc de manière informelle par le biais d'une autorégulation collective et informelle. D'après Freidson d'ailleurs, les commissions de contrôle n'auraient qu'un rôle limité. Cette assertion est à nuancer au regard de notre objet, notamment au regard des évolutions législatives belges, puisque la mise en place de la nouvelle législation a des effets directs sur l'investissement des médecins dans la problématique.

\*

La définition des normes et le contrôle de leur mise en application fait partie intégrante de la médecine générale. Que ces normes soient ordinaires, légales, qu'elles prennent la forme de recommandations ou d'une réputation, elles sont pensées comme des guides des pratiques. Face à ce cadre formel de la profession, les médecins jouissent d'une marge de liberté dont ils se servent ou pas. Certains se conforment en tous points au cadre, d'autres jouent avec les « règles » en fonction des situations. Ces marges de manœuvre peuvent s'appliquer tant aux lois, qu'aux avis ou aux guidelines, le médecin prenant distance avec l'un ou l'autre.

## **5. Les autres acteurs en présence**

Selon les positionnements des médecins généralistes, les modalités de leur travail avec les autres professionnels du champ – les médecins spécialistes, les hospitaliers, les paramédicaux, les services psychosociaux, les intervenants en réduction des risques,... – varient. Les autres professionnels du champ des addictions font l'objet d'une analyse distincte dans la mesure où ils éclairent le groupe professionnel étudié, les ressources auxquelles il peut avoir accès, leur apport étant essentiel pour la compréhension de la prise en charge des addictions.

Le champ des addictions est donc constitué de différents acteurs et ne forme pas un tout homogène. Il est en effet traversé par de nombreuses tensions que ce soit au sein de différentes professions ou « spécialités » ou au sein d'un même groupe professionnel.

Nous avons déjà évoqué la question des psychiatres dans ce chapitre et nous l'évoquerons encore par la suite. Concernant les soins aux usagers de drogues, il n'existe pas un « groupe homogène » de psychiatres. On remarque déjà une différence entre les psychiatres hospitaliers et les psychiatres de ville. Au cours de nos différentes recherches, les « psychiatres » sont bien souvent critiqués par les autres acteurs du champ. D'une part, ils dénoncent une mainmise sur le dispositif développant des arguments datés et hégémoniques. D'autre part, ils critiquent la réticence du secteur hospitalier à accueillir les usagers de drogues, que ce soit en urgence ou non. De nombreux médecins généralistes, intervenants en toxicomanie ou acteurs de la réduction des risques évoquent des difficultés de relais et d'admission dans ces services.

Dans la même optique, les professionnels spécialisés dans le champ des addictions rendent compte de difficultés majeures dans le relais des patients vers les services psychiatriques ou les psychiatres de ville. Un dialogue de sourds s'installe. Pour le psychiatre, le patient relève d'une autre spécialité car « il est toxicomane », le problème psychiatrique étant annexe à ses yeux. Pour l'interlocuteur, le patient relève de la psychiatrie avant de relever des soins aux usagers de drogues. Nous assistons alors à de véritables parties de ping-pong où chacun renvoie à l'autre le patient. Toutefois, il ne s'agit pas diaboliser ce secteur, certains services psychiatriques étant « réputés » pour leurs prises en charge des usagers de drogues. Ils sont d'ailleurs souvent victimes de cette réputation et les listes d'attente sont longues. De plus, la création de « lits addiction » dans ces services risque de changer la donne.

Concernant les psychiatres de ville, les tendances sont diverses, allant du professionnel qui s'est spécialisé dans les addictions à celui qui refuse ces prises en charge. A cet égard, leurs positionnements sont aussi variables que ceux des médecins généralistes. Les facteurs qui expliquent ces positionnements sont peut-être par contre à aller chercher ailleurs. Des leaders ont émergé au sein des psychiatres, apparaissant comme « experts » dans le champ des addictions. On pense évidemment à Claude Olivenstein ou Marc Reisinger. Actuellement, il s'agit de Marc Valleur ou de Jean-Pierre Jacques, pour ne citer qu'eux. Certains restent ancrés dans l'objectif d'abstinence



et considèrent toujours que la toxicomanie est la rencontre entre un individu, un produit et une culture ; d'autres y voient une souffrance physique et psychique. Cette émergence de leaders est également remarquable au sein de la médecine générale où quelques médecins se distinguent dans le champ des addictions.

Si l'on poursuit notre réflexion sur le secteur hospitalier, là encore, diverses tendances se dégagent, allant des services sensibilisés à la question, en relation avec des équipes mobiles et des réseaux ville-hôpital aux services qui assurent le service minimum. Au cours de nos différentes recherches, nous avons été confrontée aux récits d'intervenants rendant compte de leur désarroi face à ces réalités. Ils sont parfois contraints de trouver des solutions d'urgence. La peur de l'usager, sa réputation et le manque de formation de ces personnels suscitent dès lors le rejet plus ou moins rapide de ces patients. C'est le cas notamment des services de maternité où les divergences sont encore nombreuses quant aux suivis des mères usagères de drogues ou des mères en traitement de substitution. Là encore les tendances sont variables. Quelques maternités ont d'ailleurs été sensibilisées à la problématique dès l'apparition du sida et ont ouvert des unités spécialisées, nous pensons à l'hôpital Jeanne de Flandres de Lille qui compte, au sein de son équipe, l'un des pionniers de la réduction des risques. L'usager de drogues est bien souvent rejeté des institutions généralistes, l'hôpital ne fait donc pas figure d'exception. Ainsi, nombre de récits récoltés relatent cette difficile admission à l'hôpital. Pour certains, les urgences sont un sas dont le patient est très vite éjecté. Pour d'autres, relevant de services particuliers, l'accès y est difficile, le patient devant se soumettre aux exigences du service. Les médecins investis évoquent leurs difficultés avec les services de pédiatrie dans la prise en charge d'une femme enceinte sous traitement de substitution. Il n'est pas rare que son enfant lui soit enlevé dès l'accouchement. Il en va de même dans les services d'orthopédie où l'usager se voit parfois contraint de réaliser un « sevrage-bloc » car le service est opposé aux traitements de substitution.

Concernant le secteur spécialisé, les tendances sont de plus en plus variées allant du centre spécialisé acceptant les suivis presque sur le champ et assurant les relais en ville rapidement, aux centres toujours ancrés dans une optique de rétention des patients s'assurant ainsi une file active suffisante garantissant la pérennisation des financements. Les centres sont également diversement ouverts sur le secteur associatif et médical local,

certains toujours inscrits dans un schéma hégémonique, d'autres souhaitant diversifier les modes d'approche et les relais en ville.

Les médecins généralistes ont ainsi des difficultés à s'inscrire dans un champ dominé depuis longtemps par un type d'acteurs défendant leur expertise légitime et un paradigme dépassé, à savoir les psychiatres. Ainsi, « les difficultés de nombreux professionnels à entrer dans les formes de partenariat requises depuis une dizaine d'années trouvent un premier élément d'explication dans l'analyse des modes de prise en charge institutionnels qui prédominaient jusqu'alors. Le traitement individualisé des populations marginalisées, la création d'espaces professionnels spécifiques à ces catégories de population ont, logiquement, tendu à les éloigner des institutions sanitaires de droit commun. Il est, de fait, par exemple, que jusqu'au début des années 1990, peu de toxicomanes sont pris en charge dans les hôpitaux, hormis les cas d'urgence. Leur traitement est, depuis la loi du 31 décembre 1970, du ressort des spécialistes, toxicothérapeutes, qui oeuvrent en équipe au sein des centres de soins spécialisés en toxicomanie (CSST). Pathologie spéciale et inédite aux dires de ces soignants, la toxicomanie ne pouvait se contenter des méthodes de soins classiques. Elle s'est ainsi trouvée pourvue d'une clinique dont les soubassements, sur fond de psychanalyse, ont joué pour beaucoup dans le caractère spécifique attribué à cette prise en charge. Les nombreux débats entre spécialistes, leurs discours, leurs écrits relayés par les médias, à une époque où « la drogue » fait figure de véritable fléau social, ont sans nul doute contribué à l'ancrage de cette spécificité dans les représentations collectives. Enfin, la constitution progressive d'une chaîne thérapeutique (des centres de cure à ceux de postcure en passant par les centres d'hébergement) destinée à baliser le parcours de soins du toxicomane, a affiché aux yeux de tous la prise en main de ces individus hors des circuits traditionnels » (Gourmelon, 2004, 210).

Bien que la médecine libérale ait fait son entrée dans le champ, cela ne signifie nullement qu'elle ne soit pas traversée par des tensions au regard de cette problématique, c'est d'ailleurs ce que cette thèse vise à démontrer. Les médecins généralistes sont encore pour beaucoup, moins dans le discours que dans la pratique, ancrés dans le paradigme de l'abstinence, proposant un accompagnement dont la finalité est l'arrêt des consommations. Nombreux sont d'ailleurs ceux qui disent éprouver des difficultés avec les usagers qui sont dans une tentative de gestion des consommations,

c'est-à-dire ceux qui reconsomment à l'occasion. La question de la confiance et de la gestion des risques liés à la pratique est ainsi au cœur de leur malaise. Le médecin se voit quand même toujours comme « guérisseur » et moins comme « soulageant » les douleurs, sauf dans les pathologies incurables. Ces médecins généralistes disent éprouver des difficultés à travailler avec des professionnels d'autres secteurs, à savoir les maternités, le secteur psychiatrique et les hôpitaux généralistes pour ne citer qu'eux.

D'autres acteurs, centraux dans la problématique, sont les firmes pharmaceutiques et les organismes assureurs, nous y reviendrons plus longuement. Les familles et les proches des usagers constituent également des acteurs clé du dispositif sur lesquels les professionnels pourraient s'appuyer. Ils sont rarement présentés comme des supports par les professionnels rencontrés, sauf pour la réduction des risques. Ils sont rarement associés aux décisions prises, bien que, nous le soulignerons, des professionnels locaux tentent de les intégrer dans les suivis, assurant ainsi à l'utilisateur un soutien quotidien.

\*

Ce champ est donc traversé par différentes tensions, certaines ancrées dans des logiques de pouvoir, de territoire et de recherche de légitimité. Toutefois, quelle que soit la forme prise par les différents acteurs de ce champ (collaborations ou luttes), « les acteurs en présence sont des partenaires en ce qu'ils s'investissent autour des mêmes enjeux et donc qu'ils excluent la perspective d'une 'guerre totale', une guerre d'extermination : ils 's'unissent pour lutter' (Simmel, 1990) » (Cresson, *et al.*, 2003, 8).

Cette très brève description du champ des addictions souligne donc la disparité des éléments constitutifs et indique que les limites qu'ils énoncent ne constituent pas forcément des barrières infranchissables. Elle souligne également la rupture entre les mondes sociaux qui relèvent du curatif et ceux qui relèvent de la gestion des risques et de la promotion de la santé.

## **6. Le travail en réseau, envisageable en médecine générale ?**

Les politiques de santé publique s'accordent pour mettre en exergue la nécessité d'inciter les professionnels à travailler sous le mode de la coopération, prenant souvent la forme du réseau. Au niveau de la médecine, l'enjeu se situe notamment au niveau de l'articulation entre médecine générale et autres spécialités, entre pratiques ambulatoires et pratiques hospitalières. Cette partie ne vise pas à faire une sociologie des réseaux,

mais plutôt à rendre compte des différentes ressources dont dispose le médecin dans le champ de la toxicomanie.

Dans le monde de la santé, on remarque « une montée en puissance de nouveaux dispositifs d'intervention regroupés sous le terme générique de « réseau ». A un modèle vertical, il s'agit d'opposer un mode de travail transversal, susceptible de mobiliser les acteurs potentiels, de pallier les cloisonnements institutionnels et d'inventer des modalités d'intervention plus souples » (Jacob, 1997, 189). Dans le champ de la toxicomanie, tant en France qu'en Belgique, les pouvoirs publics incitent les professionnels à s'inscrire dans cette logique.

### 6.1. Une origine militante et une constitution empathique

L'origine des réseaux est double, à la fois héritiers des réseaux de lutte contre la tuberculose et des « réseaux sida » constitués spontanément dans le cadre de la diffusion de l'épidémie. Cette double origine est marquée du sceau du militantisme. Cette composante est également majeure dans la constitution des « réseaux toxicomanie » qui se sont peu à peu constitués sur base empathique. Les promoteurs de ces réseaux et leurs partisans étaient souvent animés par une vision d'une autre médecine, sur un registre proche de l'engagement militant.

Initiés par l'Organisation mondiale de la santé par l'intermédiaire d'un programme destiné à promouvoir les réseaux « Ville-Santé » en France, les réseaux ont été mis en place par les politiques de la ville avant d'être étendus au domaine sanitaire. « D'abord créé dans le cadre de la lutte contre le sida, en 1991, sur l'incitation des pouvoirs publics, les « réseaux Ville-hôpital » (Bungener et Poisson-Salomon, 1998) ont poursuivi leur développement dans le domaine de la toxicomanie avant d'être généralisés par les ordonnances de 1996 : « les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux et d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale »<sup>222</sup>. Ils se sont diversifiés dans des domaines aussi différents que l'alcoologie, la gérontologie, la cancérologie, la naissance ou les soins palliatifs » (Carricaburu et Ménoret, 2004, 38). L'objectif est de mettre à

---

<sup>222</sup> Ordonnance n°96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

mal le fonctionnement hiérarchique et cloisonnant des différentes professions de santé. Ainsi, « cet appel à la régulation des pratiques par la profession, sous la forme collégiale du réseau, entend généraliser les expériences récentes de mobilisation médicale dans le domaine du VIH (Fassin, 1994), dont sont en partie issus les médecins pionniers de la substitution » (Feroni, 2004, 199).

La réflexion sur les réseaux s'amorce à des périodes clés concernant les traitements de substitution : en Belgique, elle accompagne la conférence de consensus de 1994 et en France, la légalisation des traitements de substitution au milieu des années 1990. A ces périodes et même plus tôt, des médecins sollicités par des usagers de drogues se rencontrent et échangent, souvent à quelques-uns seulement, sur leurs pratiques en vue de « bricoler le moins mal possible ». La forme réseau jouit, à l'époque d'une certaine popularité auprès des tutelles eu égard à sa souplesse et son faible coût. Elle devait ainsi permettre d'accompagner les nouvelles pratiques médicales et de diffuser rapidement les connaissances scientifiques.

Avec le changement de paradigme et le passage à la réduction des risques, le travail en partenariat ne semble toutefois pas aller de soi. « Indissociable de cette nouvelle image de l'utilisateur de drogues [citoyen disposant de droits et de devoirs], l'introduction de nouvelles normes en matière de travail en partenariat est susceptible de poser problème dès lors qu'elles se heurtent aux valeurs plus anciennes qui fondent l'exercice professionnel. Perçues comme relevant de personnels spécialisés et de savoirs spécifiques, certaines déviances judiciairement répréhensibles de surcroît, comme la consommation de drogues, vont venir amplifier cet état de fait » (Gourmelon, 2004, 213).

« Le pari d'une homologie entre le champ du sida et des toxicomanies est fondé sur l'hypothèse d'un engagement volontaire des professionnels et de leur auto-organisation » (Feroni, 2004, 199). Prévoyant un contrôle « dur » par le produit (cadre légal et sanctions éventuelles), les pouvoirs publics misent sur un contrôle par les pairs, par la communauté professionnelle dont la mise en œuvre ne s'accompagne pas de pouvoir disciplinaire.

Ce qui est visé, dans le cas de la toxicomanie, c'est donc bien une meilleure gestion des pratiques, voire une autorégulation permettant à chacun d'avoir un regard sur l'activité de l'autre. « Le partenariat médecin/pharmacien, le recours aux pairs

expérimentés et l'inscription dans des collectifs tels que les réseaux spécialisés recommandés par les textes sont censés pallier tant le manque de connaissances médicales sur les pratiques substitutives et les addictions que le risque d'évasion ou de détournement du traitement par les usagers » (Feroni, 2004, 199)

## 6.2. Une injonction à « travailler ensemble »

Petit à petit donc, les pouvoirs publics belges et français se penchent sur cette organisation collégiale et énoncent des recommandations fortes en la matière. Ils se donnent pour objectif de promouvoir cette nouvelle offre de soins (Schweyer, *et al.*, 2002). « Les réseaux introduisent une réflexion en matière d'organisation et de division du travail et instituent la médecine ambulatoire comme partenaire des pouvoirs publics dans le cadre de politiques régionales de santé » (Schweyer, 2006). Ils entendent, en théorie, améliorer la qualité et la cohérence de l'offre de soins par une coopération organisée entre professionnels de santé de différents métiers, libéraux et hospitaliers. La métaphore du réseau « permet d'envisager un espace collectif d'échanges, voire de pratiques, qui supprime une logique fragmentée (héritée d'une conception cartésienne), voire concurrentielle, pour instaurer une logique de complémentarité qui dépasse la juxtaposition des compétences » (Denquin et Ferrand, 2004, 178). La problématique des drogues étant envisagée comme complexe, il est du ressort des autorités d'inciter à la pluridisciplinarité, d'autant plus auprès des médecins généralistes rapidement intégrés dans le dispositif de soins... tâche peu aisée pour des professionnels bannis auparavant de la problématique et ayant l'habitude de travailler « en solo ».

Alors que les incitations se font de plus en plus fortes, au niveau des acteurs de terrain, une représentation des réseaux domine comme un simple prolongement de l'activité professionnelle (chacun a son réseau, dit-on) et non comme une nouvelle organisation du travail qui suscite un apprentissage (Schweyer, 2006), créant par là même des résistances.

## 6.3. La marginalité des pratiques collégiales

Alors que les pouvoirs publics souhaitent créer de nouvelles dynamiques, inexistantes jusqu'alors ou difficiles à mettre en place, « les enquêtes révèlent que les réseaux qui fonctionnent sont des « dispositifs de confiance » officialisés par un financement, mais pas créés par lui. Ils systématisent les liens qui existaient déjà entre

professionnels. Par ailleurs, ce ne sont pas les procédures et les outils, certes nécessaires, qui structurent les réseaux. Ceux-là ont pour ciment symbolique une envie de travailler autrement, plus exigeante en terme de qualité, plus égalitaire aussi dans son organisation » (Schweyer, 2006).

Sur le terrain, bien qu'un consensus se dégage sur le bien fondé d'une coopération entre professionnels de santé dans le but d'améliorer la qualité des soins, force est de constater que les réseaux n'ont pas révolutionné l'offre de soins et ne suscitent pas une adhésion de masse (Cresson, *et al.*, 2003). Car le fait de travailler avec d'autres dans une logique de coordination suppose de prêter attention et crédit à d'autres logiques et oblige de dépasser les représentations spontanées, ses frontières, « l'entre soi professionnel sur lequel s'enracine une identité professionnelle » (Schweyer, 2006). Ce dépassement peut être inconfortable et conduit à un rejet par certains généralistes qui y voient une atteinte à leur autonomie, à leur indépendance.

L'injonction au travail en réseau par les pouvoirs publics a fortement égratigné l'empathie et le militantisme sur lesquels reposaient les premiers réseaux. « De l'entre soi militant favorable aux initiatives, sanctuaire de liberté, on passe au contrat, aux résultats attendus, aux délais à respecter. L'enjeu pour les réseaux est de ne pas faire fuir les libéraux qui contestent ce qu'ils perçoivent comme une forme de contrôle » (Schweyer, 2006). D'ailleurs se pose la question, au regard de la situation belge, des effets pervers de l'imposition d'une norme minoritaire.

Concernant les traitements de substitution, un petit groupe de médecins réalise la majorité des prescriptions de traitements aux usagers de drogues alors que la plupart des médecins ne prescrivent que de manière ponctuelle, voire pas du tout. La minorité de ces médecins s'investit dans les réseaux alors qu'une majorité ne s'y implique pas, pratiquant sans appuis ou relais externes et mettant en place de faibles collaborations avec des confrères ou d'autres professionnels. Ces réseaux formés sur base empathique au départ restent donc marginaux. Toutefois, en Belgique, la tendance semble s'inverser en raison de l'injonction à l'inscription dans un réseau décrétée par la nouvelle législation. Ce dispositif est donc quelque peu instrumentalisé par les médecins qui souhaitent se conformer aux normes légales. En France, ce dispositif peut également être instrumentalisé par les autorités ordinales ou judiciaires en vue de « normaliser » les pratiques ou éviter les déviances.

Alors qu'« une partie du travail des réseaux de toxicomanie est ainsi consacrée à l'élaboration de règles de bonnes pratiques, de nosologies et de savoirs pratiques » (Feroni, 2004, 204), certains réseaux lillois représentés comme la figure des « bonnes pratiques » se sont notamment vus solliciter, à la fin des années 1990, par l'Ordre des médecins pour remettre des « brebis égarées » sur le droit chemin.

« Donc on n'a jamais eu de problèmes [les médecins du réseau] ni de... l'Ordre [des médecins] nous a jamais limités en bons de toxique. On n'a jamais eu d'ennuis de ce côté-là.

***Les médecins hors [du réseau] ?***

Les contrôles étaient chez les médecins hors [du réseau]. C'est vraiment ennuyeux parce que l'Ordre... L'Ordre était comme la Sécu, c'est-à-dire qu'il était capable de relever les fautifs mais incapable de les punir et c'est très emmerdant pour un adulte de dire : « Monsieur, vous êtes en faute mais je n'ai pas de punition ». On ne va pas le virer, on ne peut pas lui interdire d'exercer, je ne sais pas pourquoi... La Sécu disait : « On ne peut pas l'exclure de la convention », ils auraient pu. L'Ordre disait : « Je ne veux pas l'exclure de la médecine », ils auraient pu. On ne veut pas le punir, bon et donc ces médecins étaient sommés de venir se former [auprès du réseau].

***Ah oui ?***

Comme si on allait les laver. Donc on se retrouvait tous les ans avec deux, trois spéciaux.

***Injonction de... ?***

En injonction de l'Ordre, en injonction thérapeutique ».

D'après Isabelle Feroni, cette partie du travail des réseaux, à savoir la constitution de « bonnes pratiques » ne reçoit pas un écho positif majeur au sein de la profession. Ces recommandations ont peu d'impact sur les pratiques. Le caractère minoritaire de l'appartenance à un réseau ne permet pas « d'assimiler les règles de conduites préconisées par ces acteurs collectifs à des normes largement partagées. Les comportements des médecins aux différents moments de la prise en charge peuvent alors être affectés par des caractéristiques individuelles, telles que la formation, l'expérience acquise, ou les modalités d'exercice, comme par des caractéristiques locales de l'offre de soins spécialisés » (Feroni, 2004, 205).

Toutefois, l'appartenance à un réseau « paraît contribuer au partage des représentations communes du traitement et des patients par les médecins. Les généralistes travaillant en réseau sont plus susceptibles que les autres d'apporter une réponse « thérapeutique » aux comportements problématiques qui interrogent la frontière entre traitement et addiction. (...) relevons toutefois que l'expérience,



appréciée par le nombre de patients substitués ou le nombre d'ordonnances établies au cours de l'année étudiée, est associée à des stratégies thérapeutiques similaires à celles observées chez les médecins en réseau » (Feroni, 2004, 206). Ces résultats portant sur les Bouches-du-Rhône peuvent se généraliser à notre terrain de recherche.

L'injonction au travail en réseau ne semble donc pas remplacer les partenariats basés sur l'empathie et la proximité. « En réalité, lorsqu'ils fonctionnent, la plupart des réseaux tendent à s'organiser autour du plus petit dénominateur commun : on travaille avec celui dont on se sent proche (dont on partage les valeurs et les modes de faire) sur un plan théorique et/ou pratique, en vue de résoudre un problème partagé. Du même coup, ce qui devait servir à l'ouverture d'un vaste espace pluridisciplinaire ne fonctionne au mieux qu'avec un nombre restreint de professionnels, ce qui ne permet pas d'appréhender ces problématiques complexes dans leur globalité » (Gourmelon, 2004, 213-214).

« Si l'avènement spontané des premiers réseaux locaux visait à répondre empiriquement à des problèmes bien identifiés par un ensemble d'acteurs avertis et dans le cadre de collaborations désirées, organisées, ce n'est vraisemblablement plus le cas dès lors que ces dispositifs sont généralisés par le haut et appliqués sur des contextes divers sans concertation préalable de l'ensemble des professionnels. Finalement, l'enjeu n'est plus tant ici dans la communication et le partage d'un certain nombre de valeurs que dans l'application de réseaux, contenant qui à eux seuls sont censés définir les contenus de l'action » (Gourmelon, 2004, 214).

Ainsi, comme le conclut Feroni, « le dispositif collégial, s'il s'est avéré efficace pour l'élaboration de normes cliniques, n'a pas fait ses preuves pour la qualification des professionnels du champ » (Feroni, 2004, 207). La pratique semble davantage « abandonnée au volontariat qu'à l'organisation et à la qualification professionnelle » (Feroni, 2004, 207).

## **Conclusion**

Ce chapitre visait à resituer les pratiques des médecins généralistes à l'égard des usagers de drogues dans un ensemble plus vaste, un ensemble de ressources et de contraintes dans lequel ils se positionnent. Nous nous sommes donc arrêtée sur le cadre de travail du médecin que nous avons décliné à partir de notre objet. En effet, sa

pratique ne se résume pas à un diagnostic qui peut conduire à une prescription ou à des recommandations.

Tous les usagers de drogues n'entament pas de démarches d'information ou d'aide en rapport avec leurs consommations. Ceux qui les entament ont recours à diverses ressources allant d'Internet aux différents cercles de sociabilité (famille, amis, travail), des pairs aux dispositifs de réduction des risques, des professionnels généralistes aux institutions spécialisées. Ainsi, nous avons souligné que tous les usagers ne consultent pas de médecin généraliste. Toutefois lorsqu'il est sollicité, c'est davantage pour sa proximité géographique et/ou relationnelle et ses compétences supposées, mais aussi et surtout pour son pouvoir de prescription. Lorsque la rencontre a lieu, un ajustement s'opère entre les représentations qu'a le patient du « bon médecin » et celles qu'a le médecin du « bon patient », un ajustement mutuel entre les attentes supposées des uns et des autres. Le bouche-à-oreille et les pairs jouent un rôle primordial dans cette orientation vers tel ou tel médecin.

La pratique médicale se caractérise notamment par la rencontre entre un professionnel et un patient. Elle est donc profondément relationnelle. La conception de la relation médecin-patient, dans le cadre des soins aux usagers de drogues, a un impact direct sur la définition des pratiques et du comportement des acteurs en présence. Que le médecin s'inscrive dans un modèle plutôt paternaliste, informatif, interprétatif ou délibératif, sa conception de la « maîtrise de l'interaction » orientera son cadre d'exercice, sélectionnant de fait les patients qui entrent ou non dans ce cadre. La notion de confiance est ainsi au cœur de la pratique, elle constitue notamment le régulateur moral et affectif de la relation. A la fois le médecin cherche à asseoir leur autorité (prenant notamment la forme d'un contrôle de l'interaction), mais recherche également une indépendance. La gestion de l'incertitude de la relation est déterminante du positionnement du médecin à l'égard des usagers. Cette dernière est renforcée par l'existence d'un marché noir de substitution auquel certains acceptent de se confronter et d'autres pas. En fonction de la définition de cette relation par le médecin, de sa définition de la confiance, de l'implication dans la problématique, de sa perception des risques encourus, les médecins proposeront une prise en charge différente à l'utilisateur de drogues qui les sollicite. Ainsi, loin de l'idéal d'une égalité de traitements entre tous

patients, la sélection réciproque des patients et des médecins configure le champ des pratiques et les positionnements des médecins.

La profession est encadrée par différentes normes édictées principalement par trois types d'instances : l'Ordre des médecins ou les organismes professionnels, la justice et les organismes assureurs. Alors qu'elles sont méconnues de certains médecins, elles sont suivies de manières diverses par d'autres, les médecins disposant d'une marge de manœuvre non négligeable à leur égard qu'ils font jouer en fonction des situations. Ces normes ne sont pas appliquées de manière mécanique, l'essentiel de l'activité du médecin est régi par la négociation avec le patient, mais aussi par les « croyances » du médecin. Les règles ne servent donc de guide et d'impératifs qu'à quelques médecins ; les pratiques résultent plutôt de concertations avec le patient pour d'autres. En fonction de leur conception de l'autonomie professionnelle et de la problématique, les médecins accepteront ou non de se faire plus ou moins dicter leur conduite et opteront pour un positionnement ou pour l'autre à l'égard des usagers de drogues.

Tant les patients que les confrères influencent donc les pratiques du généraliste. Cette autorégulation de la profession se cristallise, nous l'avons souligné, par le biais d'une réputation donnant lieu, à l'occasion, au boycottage de certains médecins. Cette réputation se constitue sur les dires des patients, des confrères, mais aussi les rumeurs ou les sanctions infligées par les instances de contrôle. Le champ des soins aux usagers de drogues ne semble pas être un champ de concurrence entre confrères, mais plutôt entre idéologies et spécialités. Les conflits entre médecins naissent davantage de différends sur « les bonnes pratiques », sur la « bonne » ou la « moins mauvaise » manière de traiter les usagers de drogues. Les désaccords concernent surtout le choix du traitement et ses modalités de prescription et de délivrance, notamment les dosages ou la prescription associée d'autres traitements. Ils donnent rarement lieu à des affrontements directs, mais plutôt à la construction de cette réputation.

La constitution des réseaux spécialisés dès les années 1990 peut être envisagée comme une ressource mobilisable par les médecins, mais également comme un dispositif de contrôle entre pairs et de définition de « bonnes pratiques », instance de normalisation de l'exercice. A cet égard, ces réseaux sont différemment perçus par la profession et sont peu investis. L'injonction des pouvoirs publics au travail en réseau ne

semble donc pas remplacer les partenariats basés sur l'empathie et la proximité, créés dès les années 1980.

Cet espace de ressources et de contraintes dans lequel le médecin évolue est marqué de plus en plus du sceau de la normativité. Les perspectives normatives qui se dessinent semblent davantage s'inscrire dans une logique sécuritaire. Les pratiques ne risquent-elles pas de souffrir de cette tendance et de trouver une place par défaut entre un contrôle des usagers et un contrôle des praticiens ?

### CHAPITRE 3. LES PRATIQUES SOUS TOUTES LEURS FORMES

La construction des pratiques par le médecin ouvre la voie à des approches médicales qui peuvent être très diversifiées. Les médecins les élaborent en fonction de leurs expériences passées et de leurs connaissances, de leur définition de l'usage de drogues et des prises en charge, de leur représentation des réglementations, puisant dans les ressources disponibles et s'inscrivant dans un cadre imposé.

Dans ce chapitre, nous tenterons d'analyser et de comprendre la variabilité des pratiques au regard de facteurs individuels et structurels. Isabelle Feroni, dans son étude sur les prescriptions de buprénorphine haut dosage dans les Bouches-du-Rhône, pointait différents facteurs structurels et personnels augmentant significativement les chances de prescrire de la BHD : la précarité du secteur d'exercice, l'offre locale de soins spécialisés ainsi que la précarité de la clientèle, le suivi d'une formation spécialisée, l'investissement du médecin dans le champ de la toxicomanie, le haut niveau d'activité du médecin, l'exercice en cabinet de groupe, le sexe du médecin ainsi que le fait d'avoir un usager de drogues dans l'entourage. Notre échantillon rend-il compte de l'influence de ces mêmes facteurs ? Les pratiques semblent instables, mais en fonction de quoi fluctuent-elles ? La question centrale de ce chapitre est donc : Quels sont les facteurs influençant les pratiques et quelles sont les logiques d'action qui les sous-tendent ?

Nous tenterons de comprendre comment l'évolution des politiques publiques interroge l'évolution des pratiques et les adaptations des médecins généralistes à l'égard des usagers de drogues. Cette analyse rend compte des positionnements des médecins en fonction de configurations particulières : les contraintes qui pèsent sur les pratiques, les ressources dont ils disposent (formation, réseaux personnels et réseaux spécialisés,...), le rapport aux confrères, sans oublier l'importance des expériences passées sur la configuration actuelle (qui sera l'objet du chapitre suivant).

Les médecins généralistes se positionnent différemment dans l'espace de ressources et de contraintes présenté dans le chapitre précédent. En fonction de ce positionnement,

trois types de profils différents se distinguent. Notre analyse se base notamment sur le concept clé de Freidson d'autonomie professionnelle. Ainsi, nous soutenons que la variabilité des pratiques de notre échantillon n'est pas uniquement liée à des critères individuels, mais est également et fortement influencée par le structurel, et notamment les politiques publiques. La variabilité des pratiques sur les deux territoires, français et belge, et les spécificités selon les territoires sont directement liées à l'influence des politiques publiques actuelles en matière de répression et de réduction des risques.

Proposer d'analyser les pratiques des médecins généralistes, c'est développer une optique qui les resitue dans un ensemble plus vaste. Ces pratiques ne sont pas vides de sens pour les individus. Le regard n'est plus posé sur la consommation de certains produits psychotropes, mais plutôt sur les différentes logiques d'actions des acteurs des soins.

Le but de cette partie n'est pas d'établir d'une manière psychologisante des relations de causalité entre certaines variables et des pratiques professionnelles. Il est plutôt de construire quelques outils conceptuels propices à ordonner, comprendre et analyser un matériau empirique complexe. Ce qui nous intéresse avant tout, ce n'est pas la reconstitution d'une biographie ou d'un psychisme, mais d'une trajectoire comme l'articulation du biographique et du structurel. Si notre approche s'inscrit dans ce projet de comprendre comment s'imbriquent l'individuel et le structurel dans des pratiques, il est nécessaire de construire une approche propice à la mise à jour de quelques régularités. C'est ici que l'approche typologique peut constituer un premier outil efficient : elle doit permettre de dresser quelques ponts significatifs entre les analyses macrosociologiques et les récits de pratiques. L'intérêt de l'utilisation de la typologie est donc analytique : elle part du constat d'une variabilité des pratiques et cherche les facteurs explicatifs de celle-ci.

## **1. La typologie comme outil méso-sociologique**

Si « la compréhension sociologique se donne pour ambition de substituer à l'incohérence du monde humain des images intellectuelles, des relations intelligibles ou, en d'autres termes, de remplacer la diversité et la confusion du réel par un ensemble intelligible, cohérent et rationnel » (Schnapper, 1999, 1), la démarche typologique « a pour enjeu la construction d'îlots d'intelligibilité qui se définissent comme autant

d'outils privilégiés de cette substitution » (Chantraine, 2002, 126). C'est un instrument privilégié de la compréhension sociologique. Il s'agit bien d'un instrument et ce n'est pas le but de recherche, mais « le moyen de rendre intelligibles les relations sociales que l'enquête peut analyser » (Schnapper, 1999, 15) (p15). La typologie forme donc une « grille de lecture sociologique » (Chantraine, 2002).

Le deuxième intérêt de l'outil typologique réside en son potentiel à relier le « pôle historique du pôle expérimental » (Schnapper, 1999, 14). Il permet de « se poser en une étape intermédiaire d'une sociologie des contraintes, macro-sociologie, et une sociologie des marges de manœuvre, micro-sociologie » (Chantraine, 2002, 127). Comme le souligne Chantraine, de cette démarche doit émerger une réflexion historique et une analyse spécifique des données empiriques. Notre typologie doit donc se construire à la fois sur la base de l'analyse des enjeux des soins aux usagers de drogues et sur celle de l'analyse des entretiens.

Préalablement à la présentation de la typologie des pratiques des médecins généralistes à l'égard des usagers de drogues, une rupture s'impose, permettant de donner au chercheur les moyens d'en apprécier la complexité. Cette rupture consiste d'abord à mettre à distance la notion de liberté des acteurs. Ainsi, il faut rompre avec l'idée que l'acteur est totalement libre. L'individu, nous l'avons dit, est pris dans des systèmes de ressources et de contraintes. En fonction de ces contraintes, des ressources et des aspirations de l'individu, il devient acteur des choix pour lesquels il opte, à travers les marges de manœuvre définies par rapport à ces contraintes. Notre intention est donc de proposer, à travers notre approche, une construction typologique qui forme un outil intermédiaire entre réalités macrosociologique et microsociologique.

L'un des objectifs de cette thèse est de comprendre les logiques qui sous-tendent les pratiques des médecins généralistes à l'égard des usagers de drogues. Méthodologiquement, il s'agit, en saisissant leurs pratiques, de comprendre quelles sont les conceptions de la médecine générale et de l'usage de drogues qui organisent ces pratiques. Ainsi ancrés dans une perspective de sociologie compréhensive, le présupposé de base est qu'il est « possible et nécessaire de saisir, par reconstitution interne (se mettre à la place de), le sens visé d'une action, et que celui-ci peut se rattacher à une forme de rationalité qui est compréhensible parce que typique, c'est-à-

dire modélisable par rattachement à un tableau global de pensée (idéal-type) » (Demazière et Dubar, 1997, 101).

Notre thèse cherche à comprendre la diversité des pratiques des médecins généralistes à l'égard des usagers de drogues, nous avons essayé de rencontrer des médecins inscrits dans des positionnements les plus divers dans le but « d'avoir une vue globale du champ étudié, suffisante en tout cas, pour inclure progressivement dans l'échantillon des groupes diversifiés satisfaisant aux critères [de l'enquête] » (Demazière et Dubar, 1997, 55).

### 1.1. Les segments et les types

Selon Grémy et Le Moan, « élaborer une typologie consiste à distinguer, au sein d'un ensemble d'unités (individus, groupes d'individus, faits sociaux, etc.), des groupes que l'on puisse considérer comme homogènes d'un certain point de vue. Le contenu de cette notion d'homogénéité varie selon les auteurs et les domaines d'application ; elle se fonde généralement sur une certaine ressemblance définie à partir d'un sous-ensemble de caractéristiques servant à décrire les unités étudiées » (1977, 15). Selon ces auteurs, une typologie doit satisfaire à deux exigences supplémentaires : l'exhaustivité et l'exclusivité des types. Cette notion d'homogénéité renvoie directement, selon nous, au concept de segment professionnel de Strauss.

#### *Le concept de segment professionnel*

Le monde médical est analysé, par Strauss, comme un monde non homogène en constante évolution, composé de « segments » porteurs chacun de conceptions différentes quant à la spécificité de leurs pratiques et de leurs activités centrales, porteurs aussi d'identités différentes, et qui se forment, se maintiennent se développent et/ou disparaissent. L'organisation générale d'une profession est modelée par la compétition et les conflits entre les segments en mouvement (Strauss, 1992a, 21-22).

Cette approche des professions en termes de processus se distingue de celle du fonctionnalisme<sup>223</sup> parce qu'elle met l'accent avec insistance sur les conflits d'intérêts et

---

<sup>223</sup> « Pour le fonctionnalisme, une profession est pour l'essentiel une communauté relativement homogène dont les membres partagent identité, valeurs, définition des rôles et intérêts. Cette conception laisse certes la place pour une certaine diversité et une différenciation, pour des membres hétérodoxes, et même pour des conflits ; mais, de manière générale, la profession est définie par un noyau central, et les écarts par



sur les changements. Strauss utilise le terme de « segment professionnel » pour désigner des groupements qui émergent à l'intérieur d'une profession (Strauss, 1992a, 67).

Nous l'avons dit, le point de départ de la perspective de Strauss et Bucher (Strauss, 1992a, 67-86) n'est pas l'unité communautaire d'une profession, mais au contraire, les « conflits d'intérêt et les changements ». Cette perspective ne définit pas une profession comme « le partage d'une même identité ou de valeurs communes », mais comme « un conglomerat de segments en compétition et en restructuration continue » (Dubar et Tripier, 2003, 106). Ce qui domine dans cette perspective, c'est « la diversité, les clivages et les mouvements ». Des processus de segmentation sont toujours à l'œuvre qui amènent la confrontation et parfois l'affrontement de « définitions différentes des activités de travail ». Chaque segment a, en fait, sa propre définition de ce qui fait « le centre de sa vie professionnelle » et ces définitions sont fortement structurantes des identités professionnelles. Ce qui distingue les segments entre eux, ce ne sont donc pas des définitions officielles, des classifications établies, mais une « construction commune de situation » et des croyances partagées sur le « sens subjectif de l'activité professionnelle ».

« Les traits qui semblent rassembler tous les membres d'un groupe professionnel – comme la confraternité ou l'esprit de corps – sont aussi ceux qui contribuent le plus à les dissocier en segments ». En fait, les seuls vrais « confrères » sont ceux qui partagent la même identité professionnelle et appartiennent, de ce fait, au même segment (Dubar et Tripier, 2003, 106). Cette notion de confrères ou de collègues est à creuser. « De la position occupée dans la profession dépend en dernière analyse la liste de ceux qui sont considérés comme collègues. Si on définit la confraternité comme une relation caractérisée par un haut degré d'intérêts partagés et de symboles communs, tous les membres d'une profession sont rarement confrères, même potentiellement. L'alliance se distingue de la confraternité à l'intérieur d'une profession. Les alliances mettent fréquemment en évidence le fait qu'une partie d'une profession peut avoir davantage en commun avec certains éléments d'une profession voisine qu'avec ses propres collègues » (Strauss, 1992a, 69). Ainsi, la notion de confrère permettra d'analyser les dissensus au sein de la profession. Les notions de « réputation » et de « concurrence »

---

rapport à celui-ci constituent seulement des ruptures temporaires. La socialisation des nouveaux membres consiste à les initier à ce noyau central » (Strauss, 1992a, 68).

sont des analyseurs intéressants de ces définitions communes de situations et permettent de rendre compte des définitions établies par les différents segments repérés.

L'approche de Strauss analyse les professions comme « agrégations de segments poursuivant des objectifs divers, plus ou moins subtilement maintenus sous une appellation commune à une période particulière de l'histoire » (Strauss, 1992a, 67). La notion de segment renvoie donc à des identités organisées. Selon ces auteurs, les segments professionnels sont des « communautés invisibles » qui ne deviennent visibles qu'en organisant des actions collectives visant, par exemple, à s'approprier des positions de pouvoir dans les associations ou les comités officiels (Dubar et Tripier, 2003, 107).

Strauss analyse les caractéristiques de segments de la profession médicale qui n'appartiennent pas à d'autres. Il examine quelques-unes de ces valeurs qui ne sont pas partagées par tous les segments, et sur lesquelles peuvent porter des conflits. Nous allons les énumérer :

- (1) le sens d'une mission, les activités de travail (« conceptions différentes de ce qui constitue le centre de leur vie professionnelle – l'acte professionnel qui en est le plus caractéristique »),
- (2) les méthodologies et les techniques,
- (3) les clients (« les relations entre « médecin – patient » sont extrêmement variables »),
- (4) les confraternités (« meilleur indice de segmentation au sein d'une profession »),
- (5) les intérêts professionnels et les associations,
- (6) ainsi que l'unité apparente et les relations publiques (« les produits de l'activité professionnelle (code de déontologie, autorisations d'exercer, principales associations professionnelles) ne sont pas nécessairement des preuves de l'homogénéité et du consensus interne, mais reflètent plutôt le pouvoir de certains groupes ») (Strauss, 1992a, 69).

Ainsi, dans cette thèse, nous analyserons les caractéristiques des segments repérés, ceux-ci étant définis en fonction de leur conception des soins aux usagers de drogues. Strauss analyse l'effervescence des segments par analogie avec les mouvements sociaux. « L'identité professionnelle peut être considérée comme l'homologie de

l'idéologie d'un mouvement politique : en ce sens, les segments possèdent une idéologie : ils ont des missions, tendent à développer un sens de la confraternité avec les collègues, des phénomènes de domination, des formes d'organisation et des tactiques pour renforcer leur position » (Strauss, 1992a, 82).

Tout comme Strauss, notre objectif est d'analyser d'une part, la variété des processus de segmentation des mondes sociaux et leur interaction au travers de processus d'intersection, et d'autre part, les processus de légitimation qui se développent dans une telle « matrice sociale » (Strauss, 1992a, 50-51). Ainsi, d'une part, nous proposerons une typologie des pratiques et, d'autre part, nous analyserons les discours de justification présentés par les différents médecins rencontrés.

En construisant une typologie des pratiques, chaque type regroupera une conception propre des soins aux usagers de drogues, différente des autres segments. Ce « sous-ensemble de caractéristiques communes » à chaque type, décrit par Grémy et Le Moan, renvoie donc, dans cette thèse, au « sens subjectif de l'activité professionnelle » et à la représentation de l'usage de drogues par les médecins généralistes. A chaque type correspondrait un segment.

Selon Grémy et Le Moan, le recours à la constitution d'une typologie est motivé, entre autres<sup>224</sup>, d'une part, par « l'impossibilité d'aboutir à un modèle unique », l'objectif étant de segmenter l'ensemble des unités sur lesquelles portent les observations et de proposer un modèle explicatif pour chaque segment et, d'autre part, par « la dynamique interne du système étudié, qui impose de penser en termes de typologie » (1977, 17). Ce deuxième motif semble plus prégnant dans le cadre de cette thèse. En effet, « dans l'étude d'un phénomène évolutif, on est amené le plus souvent à identifier des forces antagonistes, dont les interactions permettent d'expliquer la dynamique du système ; ce peuvent être des intérêts opposés, des aspirations contradictoires, des objectifs incompatibles, etc. L'analyse des coalitions et des conflits conduit naturellement le chercheur à classer les unités qu'il étudie (individus ou groupes sociaux) *en groupes distincts, s'opposant actuellement ou susceptibles de s'opposer*<sup>225</sup> »

---

<sup>224</sup> Les autres motivations présentées par les auteurs sont les suivantes : (3) les exigences de l'application, (4) l'importance du volume des données à traiter et (5) l'inefficacité du modèle explicatif général (16-17).

<sup>225</sup> C'est nous qui soulignons.

(1977, 17). Le lien entre la démarche typologique et l'analyse en termes de segment professionnel semble donc évident.

Dans cette optique, nous pouvons nous référer aux trois méthodes de construction de typologies dans les sciences sociales identifiées par Grémy et Le Moan (1977) : les types-idéaux (1), la réduction de l'espace d'attributs (2) et l'agrégation des unités (3).

(1) La première (la plus abstraite), dans une tradition webérienne, consiste à « construire des cas « typiques », c'est-à-dire des notions abstraites permettant de rendre compte des phénomènes réels » (Grémy et Le Moan, 1977, 19). Weber explique que les types-idéaux sont des « formes pures », c'est-à-dire « révélant l'unité cohérente d'une adéquation significative aussi complète que possible » des structures mentales avec ces formes sociales « absolument idéales » (Weber, 1971, 18). Celles-ci sont des « utopies » que l'on obtient « en accentuant, par la pensée, des éléments déterminés de la réalité » (Weber, 1965, 180). Ce sont des modèles abstraits, des « tableaux de pensée homogènes » qui fournissent des « objets idéels » de comparaison « extérieurs à la réalité » et par rapport auxquels on peut situer les « objets réels » dans l'univers des possibles défini par les dimensions retenues a priori. C'est dans la combinaison de ces dimensions que l'on déduit les types-idéaux. La théorie fixe les dimensions structurantes de la description des données ; c'est elle qui précède et détermine le travail empirique, de sorte que cette démarche est nettement déductive.

(2) La deuxième procédure de construction de typologie se décompose en deux phases. La première consiste en « une phase d'analyse des concepts de base en leurs dimensions, afin d'élaborer un cadre de description des unités étudiées (« espace d'attributs »). La seconde est une phase de réduction de l'espace ainsi défini à un petit nombre de dimensions et de modalités sur ces dimensions, aboutissant à la typologie souhaitée » (Grémy et Le Moan, 1977, 24). Elle consiste à « structurer l'univers étudié à partir des dimensions servant à décrire les unités », ou à effectuer « une réduction de l'espace d'attributs ». L'espace d'attributs est « un cadre de description des unités étudiées » résultant de l'analyse des concepts de base de la recherche (souvent appelée sa « problématique ») en leurs dimensions. Il résulte donc d'une combinatoire a priori des dimensions logiquement possibles de tous les concepts pouvant rendre les données intelligibles. L'opération typologique de base

est une réduction de l'espace ainsi défini a priori pour le faire « coller » à la distribution empirique des unités observées (selon ces dimensions...).

(3) La troisième procédure consiste à « regrouper des unités autour d'un petit nombre d'entre elles choisies comme noyaux de la typologie (agrégation autour d'unités-noyaux)» (Grémy et Le Moan, 1977, 18). Elle consiste donc à opérer une comparaison empirique des unités observées. Elle part du présupposé que « la réalité est complexe, mais non indifférenciée, il est possible d'en dégager une partition 'naturelle' » (Grémy et Le Moan, 1977, 49). D'après les auteurs, elle est presque la seule utilisable lorsque l'on dispose « d'informations particulièrement riches et structurées concernant un nombre assez petit d'unités : monographies de communautés, biographies, entretiens individuels en profondeur » (Grémy et Le Moan, 1977, 34).

Bien que Grémy et Le Moan soulignent l'interdépendance de ces méthodes, la troisième méthode de constitution des typologies semble particulièrement s'adapter au matériau récolté.

Les discours des médecins recueillis par récits de pratiques, quelle que soit leur qualité, doivent être rapportés à la situation dans laquelle ils ont été produits et analysés à partir de leurs logiques argumentaires : il ne s'agit pas de l'énoncé de la réalité sur ce que font les médecins, mais d'un argumentaire à usage d'un enquêteur étranger à ces pratiques, et sans légitimité. A partir de là, certains médecins produisent un discours qu'ils estiment socialement admis, c'est donc une norme sociale qui est utilisée comme référence pour produire un discours sur les pratiques. Or, si cela paraît intéressant, certains entretiens ne permettent d'obtenir qu'un exposé de cette norme. D'autres entretiens ont donné lieu à des exposés plus riches. Notre objectif est bien entendu de rendre compte de cette norme, mais aussi de dépasser ces discours en rendant compte de résultats plus nuancés et complexes, analysant le matériau de manière systématique.

## 1.2. Schèmes spécifiques et matrices communes

L'analyse de ces récits est fondée sur les principes exposés par Demazière et Dubar : « C'est dans l'usage qui est fait de la langue par le sens que réside le moyen d'établir les sens possibles de ce qu'il dit. La parole, dans cette perspective, n'est ni transparente, ni opaque, elle est véhicule de sens (...). La parole possède trois fonctions

imbriquées dans l'entretien mais analysables séparément : une fonction référentielle (elle dit comment sont les choses) ; une fonction modale (elle dit ce qu'on pense des choses) et une fonction d'acte (elle vise à altérer l'état de l'auditeur) » (Demazière et Dubar, 1997, 93). Distinguer entre ces trois fonctions du récit<sup>226</sup> permet de toujours distinguer ce qui est de l'ordre du récit ou de la description de ce que font les médecins, de ce qui est de l'ordre de la norme exposée par le médecin et enfin ce qui relève d'arguments à destination de l'enquêteur.

Selon Demazière et Dubar, « s[i] le sociologue] veut éviter aussi bien la posture illustrative, consistant à découper arbitrairement quelques passages d'entretiens servant d'illustration à sa présentation personnelle, que l'attitude restitutive, consistant à reproduire les (des) entretiens retranscrits considérés comme « parlant d'eux-mêmes », il doit tenter de résoudre la question des cohérences internes à son corpus lui permettant de diviser l'ensemble des entretiens en autant de « tas » présentant un degré suffisant d'homogénéité ». Ils proposent donc de « condenser chaque entretien au moyen d'un schème spécifique » (Demazière et Dubar, 1997, 103). Leur démarche se fonde sur le codage de chaque entretien en trois niveaux de descriptions:

(1) Le niveau des fonctions correspond aux séquences, aux épisodes du récit. Il renvoie aux unités qui décrivent des événements, actions ou situations rencontrées par le locuteur et présentés comme des informations sur les faits.

(2) Le niveau des actions renvoie aux éléments qui mettent en scène des actants, des personnages qui agissent, interviennent, jouent un rôle dans le récit.

(3) Le niveau de la narration reprend les thèses, les arguments, les propositions destinées à convaincre l'interlocuteur, à défendre son point de vue, à inventorier l'univers des possibles. Il s'agit des unités contenant un jugement ou une appréciation sur un épisode, sur un intervenant ou tout autre objet.

La constitution de ces schèmes spécifiques « formalise l'ordre catégoriel intériorisé par les sujets. Il s'agit donc moins de repérer des expériences communes partagées par plusieurs individus, et d'identifier des épisodes biographiques similaires, que de dégager des logiques sociales compréhensibles, repérables dans l'articulation entre les trois

---

<sup>226</sup> Soit, comme le proposent les auteurs, systématiquement, en codant les différentes séquences du récit ; soit plus simplement, en essayant, au fur et à mesure de l'analyse, de conserver cette distinction.

niveaux de l'analyse des récits biographiques (les séquences, les actions des personnages et les argumentations) » (Demazière et Dubar, 1997, 211). Selon eux, il s'agit de découvrir les *univers de croyances* des sujets.

Partant de ces considérations, l'analyse des entretiens devait se réaliser en deux temps, l'objectif étant de révéler la logique interne des entretiens tout en permettant la comparaison entre eux. Dans un premier temps, chaque entretien a été codé individuellement et systématiquement en trois niveaux : les fonctions, les actions, la narration. Ce codage n'a rencontré aucune difficulté. Chaque entretien étant singulier et contenant des informations différentes, nous disposions de renseignements inégaux pour chacun de ces niveaux en fonction des entretiens.

Ensuite, chaque entretien devait être condensé en un *schème spécifique* qui « met en évidence le jeu des disjonctions/oppositions et des conjonctions/corrélations entre les mots clés utilisés dans l'entretien pour désigner la structure du *monde vécu* et la *position du sujet parlant dans ce monde* » (Demazière et Dubar, 1997, 271). Il s'agit de rendre compte des logiques sociales typiques qui l'organisent. Cette analyse consiste donc à distinguer les trois fonctions du récit, et à analyser de manière séparée les deux premières fonctions (référentielle et modale). Considérant la mise en œuvre de la méthode comme systématique, nous comptions prendre chaque entretien et réaliser un schème pour chacun avant de les comparer. C'est ici que les difficultés se sont fait sentir. En effet, pour débiter, nous avons pris un entretien relativement bien mené et riche d'informations « pour se faire la main ». Dès le départ, il nous est paru difficile de mettre en évidence ce fameux jeu des oppositions et des corrélations. Ayant été formée à l'analyse structurale, cet exercice nous était familier, mais au vu de l'entretien, nous ne parvenions pas à dégager ces couples. Ceux-ci étaient, d'une part, très nombreux et, d'autre part, nous semblaient peu cohérents, les oppositions rendant compte de différents niveaux d'analyse. Après ce premier essai, nous disposions donc d'une liste très longue d'oppositions « ne nous parlant pas », c'est-à-dire ne semblant pas rendre compte de la logique interne de l'entretien. Nous avons ensuite réitéré l'exercice avec d'autres entretiens. Ainsi, nous sommes parvenue à réaliser ce schème à chaque fois que l'analyse d'entretien donnait un résultat suffisamment riche pour arriver à ce niveau de formalisation de l'information. Toutefois, l'exercice a été concluant pour moins d'une dizaine d'entretiens (sur un corpus de plus de cinquante...). Nous partions de l'idée que

les entretiens de ce type constituaient les entretiens noyaux, que nous pouvions, d'une part, comparer entre eux et, d'autre part, comparer aux autres entretiens moins riches. A ces entretiens noyaux, nous avons agrégé, à partir d'analyses de discours, les autres entretiens. Dans un deuxième temps, selon la méthode de Demazière et Dubar, les entretiens devaient être comparés entre eux, ou plus exactement les schèmes spécifiques devaient faire l'objet de cette comparaison. Nous avons donc été confrontée au faible nombre de schèmes réalisés et à leur hétérogénéité.

Partant de ce constat, nous avons alors décidé de mettre en œuvre une méthode hybride, s'inspirant de celle de Demazière et Dubar, mais correspondant davantage au matériau recueilli. Ainsi, nous sommes repartie de l'analyse en trois niveaux réalisée précédemment. A partir d'une lecture répétée de ces analyses, nous avons mis en œuvre la méthode des tas<sup>227</sup> (Demazière et Dubar, Grémy et Le Moan), comparant ainsi les entretiens entre eux. Ayant ainsi réalisé un premier découpage, nous avons ensuite sélectionné différents critères permettant de différencier les entretiens, à savoir (1) le rapport à la loi, aux normes, (2) la définition de l'usager de drogues, (3) la conception de l'identité professionnelle du médecin (et notamment son rapport à l'autonomie professionnelle), (4) les critères de sélection de leur patientèle et (5) les actes posés ou non.

## **2. Oui, non, pourquoi pas... : variabilité des positionnements**

Avant de présenter les différents types de pratiques repérés, rappelons que nous nous démarquons d'une optique classificatoire : notre typologie classe des processus, des tendances, mais jamais des individus. L'objectif n'est donc pas de faire entrer les récits de pratiques dans des cases qui seraient définies par cette construction typologique. Celle-ci, « résumé particulier d'une portion spécifique de résultats de la recherche »

---

<sup>227</sup> La première phase consiste à condenser les informations relatives à chaque entretien sur une fiche. Il est essentiel que les indications de la fiche soient le produit d'une analyse « objectivante » du discours (les schèmes spécifiques). L'étape suivante consiste à répartir l'ensemble des fiches dans des tas (d'où l'appellation courant de « méthode des tas ») à partir du choix d'unités-noyaux qui auront la fonction d'attracteurs dans l'opération d'agrégation et de classement des discours. Au bout de ces opérations, chaque fiche se trouve dans un tas et un seul et toutes les fiches ont été classées (Demazière et Dubar, 1997, 276). Il s'agit bien « d'une tâche de classement par essais et erreurs ». Il convient de répartir un matériau hétérogène en un petit nombre de sous-ensembles homogènes et bien distincts. C'est bien la structure interne du corpus (l'ensemble des fiches-résumés) qui guide la typologie et lui impose la mise en forme la plus économique. En ce sens, il s'agit bien d'une démarche inductive qui ne présuppose aucune catégorie a priori mais fait émerger les catégories jugées pertinentes de la structure du matériau (277).



(Chantraine, 2002, 131), a plutôt pour vocation de permettre au lecteur de se donner une grille de lecture à partir de laquelle il pourra davantage appréhender les processus complexes, parfois singuliers, à l'œuvre dans le déroulement des différents récits de pratiques des médecins généralistes.

Trois principaux types de positionnements se dégagent de l'analyse des entretiens : le refus affiché, l'acceptation réservée et l'acceptation assouplie. Dans le cadre d'une approche comparée, nous proposons de distinguer, au sein de cette typologie, les similitudes de pratiques entre les médecins français et les médecins belges, mais également de pointer les différences en tentant de les comprendre au regard de nos hypothèses. Le tableau ci-dessous reprend, schématiquement, ces types qui seront détaillés dans les pages suivantes. Pour faciliter la lecture, chaque fois que nous présenterons un nouveau type, ce schéma indiquera au lecteur à quel niveau il se situe.

Médecins généralistes et usagers de drogues	« Refus Affiché »	Refus permanent (0 MG b & 0 MG f)	Adressage systématique	
		Refus avec exceptions (11 MG b & 4 MG f)	Accueil (familles et usagers) Dépannage Suivi (selon les produits)	
	« Acceptation réservée »	Sous conditions strictes (6 MG b & 13 MG f)	Solo   Initiation	Réseau   Rôle de relais
			X	
	« Acceptation assouplie »	Sous conditions souples (9 MG b & 8 MG f)	Solo   Cadre formel	Réseau   Cadre informel
			X	

Tableau 1. Typologie des pratiques des médecins généralistes

## 2.1. « Non » ou « non, mais... » : le refus affiché

### 2.1.1. « Je tâche de les refuser »

Onze médecins belges et quatre français correspondent à ce profil<sup>228</sup>. On y retrouve la majorité de l'échantillon féminin belge (5 femmes sur 6) et un tiers de l'échantillon féminin français (2 femmes sur 7). La moyenne d'âge est de 43 ans pour les Belges (on

<sup>228</sup> MG 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 23, 31, 35, 48, 51.

y retrouve les deux médecins les plus jeunes de l'échantillon, deux femmes) et de 55 ans pour les Français (on y retrouve le plus âgé de l'échantillon). Bien que la plupart de ces médecins aient toujours refusé l'accompagnement des usagers de drogues, deux médecins militants français des années 1970 qui prescrivaient, à l'époque, du Palfium® à une dizaine d'usagers correspondent à ce profil. Tous ces médecins ont déjà été appelés lors de gardes et ont parfois dépanné, mais ils refusent les suivis réguliers.

*« Ce n'est pas de la médecine... »*

L'ensemble de ces médecins s'accorde sur le fait que le suivi des usagers de drogues n'entre pas dans les attributions du médecin généraliste. Pour certains, des centres de soins spécialisés ont été créés à l'intention de ces patients, il leur est donc dévolu de les prendre en charge. D'autres refusent de « mélanger les genres » et ne souhaitent pas que leur « patientèle habituelle » soit confrontée à ce « genre de patients ». En définitive, les patients dépendants à l'héroïne, la cocaïne ou au crack ne sont « pas des patients pour la médecine générale ». La médecine générale traite des pathologies « classiques », elle n'est pas une spécialité. L'accompagnement des usagers de drogues nécessite une pluridisciplinarité que le médecin généraliste ne peut offrir.

Dans l'ensemble, ils considèrent la pratique avec les usagers de drogues comme une spécialité, un « créneau » :

*« Eux font ça en plus de la médecine générale » (MG10), « Il y a des généralistes qui se sont spécialisés là-dedans. A priori, ce n'est pas... moi, je suis médecin du sport et généraliste. Chacun son créneau, ce n'est pas le mien » (MG12). « Je pense que quand on a un tropisme particulier comme ça, il faut se former et être plus généraliste spécialisé entre guillemets... » (MG13).*

Certains médecins évoquent un idéal de la médecine de famille qui n'est pas en concordance avec l'idée de soigner « ces gens-là » : « A la base, je n'avais pas fait médecine pour faire ça » (MG31). D'autres évoquent un manque d'intérêt : « Ce n'est pas intéressant. Ce n'est pas de la médecine... » (MG9). « Moi, ça ne m'intéresse pas de m'occuper. Je suis peut-être égoïste, mais je n'aime pas m'occuper de gens qui se droguent, c'est tout. Je préfère m'occuper de pédiatrie, je préfère m'occuper des enfants (rires) » (MG2).

Ainsi, pour un de ces médecins belges, il est incompatible d'être médecin de famille et de prescrire des traitements de substitution au même patient : « Je me rends compte

qu'il est difficile d'être à la fois le médecin traitant et le médecin qui suit le sevrage ou en tout cas la substitution » (MG12). Cette double casquette amènerait à des situations inconfortables :

« Je n'aime pas cette dualité. On est là comme médecin traitant et en même temps, comme prescripteur de drogue de substitution. Quand ils sont malades et qu'ils viennent à la consultation, ça se passe autrement que quand ils viennent pour les médicaments. (...) Je ne trouve pas que ça va nécessairement ensemble... je ne sais pas comment pensent les autres, mais moi, en tant que médecin traitant, je ne voudrais pas... De temps en temps, il faut décider de descendre ou refuser une médication qui est demandée... Mais en réalité, on sent parfois que le médicament qu'ils demandent à côté, ce n'est pas pour eux. Ils veulent le donner à quelqu'un d'autre, parce que quelqu'un d'autre est hébergé pour le moment... non je trouve ça... Non, on perd confiance » (MG12).

Un seul des médecins de ce profil évoque un seuil de tolérance aux patients « psys » :

« Je suis obligé de soigner des gens qui sont en danger immédiatement, mais sinon dans ma clientèle de médecine générale, dans ma patientèle, je peux très bien dire à des gens : « Je ne veux pas vous soigner parce que c'est comme ça ». Il y a des tas de déprimés, comme je suis gentil et que j'écoute les gens... moi, les déprimés, les psychosomatiques, je les attire déjà. Vous voyez ? C'est peut-être ça en fait le fond du problème... c'est que j'en ai assez de ces psys entre guillemets parce que je les attire. Je ne sais pas pourquoi, enfin si, je vous ai dit pourquoi je les attirais. Et pour mon équilibre... je ne suis pas au bord du burn-out, je ne connais pas. Je sais jusqu'où je peux aller et si je commence à m'impliquer là-dedans et bien, ça va me prendre la tête, comme on dit en France, et je ne vais pas être bien » (MG23).

« *Pas ceux-là* »

Leurs critères de sélection sont donc clairs : « Je ne prends pas de toxicomane », « pas de drogué », « je ne prescris pas de traitement de substitution ».

Différents arguments sous-tendent leur positionnement. (1) L'argument phare est lié à l'absence de confiance en l'usager de drogues, une relation patient-médecin ne peut donc pas s'établir sur cette base. (2) Lié à ce premier argument, tous ces médecins pointent l'incertitude de l'utilisation du traitement et la possibilité de participer à une économie souterraine. (3) Ce n'est peut-être pas tant le fait d'y participer qui les inquiète, mais davantage la possibilité « d'avoir des ennuis » avec l'Ordre des médecins ou la justice. (4) La majorité dit ne pas croire en la « rédemption » de l'usager de drogues (« C'est vrai que je n'ai pas beaucoup d'espoir quand on en est au stade de

l'héroïne, qu'on voit le milieu et comme ça revient »). L'objectif premier du médecin étant de « guérir » les patients, ils ne voient pas l'intérêt de s'investir dans un accompagnement voué à l'échec et réputé comme chronophage (« C'est quand même un des trucs les plus décevants, je crois. On guérit plus de cancers que de dépendances ») (5) Refuser de suivre les usagers de drogues est également vu par certains comme un moyen de protéger leur famille qui vit sous le même toit ou comme une protection liée à la situation isolée du cabinet médical.

(1) Les expressions employées par ces médecins pour décrire les consommateurs de drogues illicites sont : « clients difficiles », « patients qui dérapent », « manipulateurs », « violents », « agressifs », « non respectueux ». « On ne peut jamais leur faire confiance », « c'est une bande d'emmerdeurs ». « Ils ne sont pas de bonne foi ». La relation médecin-malade est, pour certains, impossible, la confiance étant absente :

« Le drogué, par la force des choses, est obligé de tromper le médecin, les gens qui le soignent et la définition de la consultation médicale, c'est la rencontre d'une conscience et d'une confiance. Je trouve que c'est une excellente définition, mais la confiance, ça marche dans les deux sens. Il faut que le patient ait confiance dans le médecin et le médecin ait confiance dans le client. S'il va faire autre chose avec dès que vous avez le dos tourné... » (MG51).

« D'abord, il faut qu'on les aime, il faut qu'il y ait une certaine... or je n'ai pas confiance en eux. Si je n'ai pas confiance en eux... même un diabétique, il me fait des... je vais avoir les jetons, il va se flinguer ce gars. Je vais essayer de ne plus le soigner » (MG35).

Pour ce médecin hennuyer, « il ne s'agit pas de patients comme les autres et d'une relation médecin-patient classique ». De par les histoires relatées par des confrères, il se rend compte qu'on peut difficilement avoir confiance en eux et que

« la relation est différente de celle qui s'établit entre un médecin et un malade somatique. C'est un rapport biaisé car certains patients sont roublards et ne visent pas le même objectif que le médecin » (MG10).

Selon lui, il s'agit d'une prise en charge qui nécessite beaucoup d'énergie et qui impose au médecin de rester sur la défensive.

(2) La question de l'incertitude de l'utilisation du traitement est également évoquée, la peur d'être « complice » d'une économie souterraine :

« Alors nous, on se trouve vraiment coincé dans un système où on est quand même vraiment au moins un peu complice... Supposez que j'ai un client sous Subutex®, officiel et au bout d'un certain temps, j'apprends que ce gars n'a jamais été héroïnomane. On lui donne le

Subutex®, il vient chercher son Subutex® régulièrement. Le gars n'a jamais été héroïnomane, il n'en a rien à cirer du Subutex® et son but, c'est de revendre le Subutex®. Le médecin qui se fait avoir, il est quand même complice » (MG51).

Le refus est donc pour eux le meilleur moyen de ne pas risquer de mettre le pied dans ce « jeu ».

(3) D'autres refusent de s'impliquer car ils interprètent le cadre règlementaire de la pratique comme des mesures de sécurité liées à une pratique « dangereuse ». Ils mettent donc l'accent sur la responsabilité qui leur incomberait en cas de « pépins » : « C'est aussi très dangereux médico-légalement parlant... » (MG35). Le danger évoqué n'est pas réellement associé à un risque pour le patient, mais bien à un risque pour le médecin.

(4) La question de la « croyance » en la pratique ou dans les traitements proposés est également centrale :

« Croyant avoir bon cœur, le médecin ne doit pas donner un truc auquel il ne croit pas. Il faut être sûr et c'est des clients avec lesquels on n'est jamais vraiment sûrs (...) Je vois surtout le problème du côté médical, du côté des médecins... souvent ils ont l'impression de rendre service aux gens et ils font de gros efforts eux-mêmes pour rendre service aux gens... rendre service entre guillemets. Est-ce que c'est leur rendre service ? » (MG9).

Désabusés par des expériences antérieures, certains médecins disent : « De toute façon, je n'y crois pas ». Nombre d'entre eux ne croient pas en la resocialisation des « drogués » : « De toute façon, (...) les drogués restent des drogués, c'est rare qu'ils s'en sortent ».

La croyance dans son exercice révèle également des logiques de prise en charge distinctes. Il n'est ainsi pas d'action sans croyance (Peretti-Watel, 2005). Le médecin, défini comme un acteur rationnel, s'oriente vers des pratiques qui font sens pour lui. Les pratiques des médecins sont ainsi endossées et maintenues en raison de certaines croyances à l'égard des usagers de drogues, des traitements, mais aussi des risques encourus.

Pour certains, s'investir signifie « dépenser » du temps et de l'énergie sans résultat et sans gratification :

« Ils ont tendance à replonger et puis, il faut toujours leur dire la même chose et puis parfois, on parle pour ne rien dire parce qu'ils

écoutent à moitié et ils n'en font qu'à leur tête. Des fois, on s'use pour rien à répéter les mêmes choses, à dire que ce n'est pas bon. On n'est pas toujours récompensé... C'est comme les gens qui boivent, c'est pareil (rires). Il y en a un sur deux qui s'en sort et ils replongent tout le temps » (MG10).

Les traitements de substitution ne font pas l'unanimité, certains médecins y restent opposés et les assimilent à « une drogue » :

« Je ne suis pas encore un convaincu absolu de la méthadone et du Subutex®. Même sous ses produits-là, on a encore des drogués qui se droguent en plus, qui vont chercher de l'héroïne ou autre chose. Donc ce n'est pas certainement la solution miracle (...) Je n'ai pas envie de faire du commerce de méthadone. Ce n'est pas du tout mon but » (MG12).

« Je remarque que dans la pratique, les gens recherchent dans la méthadone ce qui est recherché dans l'héroïne, c'est-à-dire de planer un peu. (...) Pour moi, c'est une drogue de substitution, c'est une drogue » (MG3).

« La méthadone, c'est une drogue, oui... mieux canalisée peut-être parce qu'il ne doit pas voler... C'est un domaine que je ne maîtrise pas tellement, mais enfin c'est ce que je vois. En tout cas, c'est une bombe à retardement... tout ce système ne marche pas puisque... Il faut trouver d'autres solutions (rires) » (MG9).

Parmi ces médecins, certains développent des arguments extrêmes. Selon l'un d'eux, les traitements ne sont pas efficaces, les « toxicomanes » sont des personnes qui « veulent gagner de l'argent sans rien faire ». Ces types de traitements sont relativement coûteux et cet investissement ne serait pas rentable :

« Les toxicomanes vont une fois par semaine chez le médecin, ils donnent une vignette souvent. Une vignette vaut quand même le prix de... 800 francs belges [20 euros] puisqu'ils sont VIPO<sup>229</sup> souvent. Chaque vignette vaut 800FB [20 euros]. Financièrement, ça mange de l'argent. Pour le médecin qui le fait, c'est bien, mais pour la société en général, est-ce que ça vaut vraiment la peine d'investir là-dedans ? On pourrait faire un beau stade d'athlétisme à la place (rires) » (MG9).

(5) La situation personnelle du médecin joue un rôle dans son positionnement. Qu'il exerce seul ou en cabinet de groupe, qu'il soit installé à son domicile ou dans un autre endroit, que son cabinet soit isolé ou en centre ville a un impact sur sa pratique.

---

<sup>229</sup> Le statut VIPO (actuellement BIM) désigne les personnes dont les revenus sont inférieurs à un certain plafond et qui ont statut social spécifique (veuve, invalide, pensionné, orphelin, etc.). A ce titre, elles bénéficient d'un tarif préférentiel (intervention majorée) dans le remboursement des soins de santé, médicaments, etc.

La présence de la famille à proximité du cabinet pousse quelques médecins à éviter cette activité. Au fil des années, ils se sont inquiétés pour la sécurité de leur famille :

« Je vis dans la maison. J'avais ma femme et mes enfants dans la maison, donc je n'aurais pas accepté que ces gens-là fassent une pression déplaisante sur ma famille (...) [Avoir son domicile sur son lieu de travail] Ca joue dans la mesure où on ne peut pas dire que vous êtes en sécurité. Les gens savent où vous êtes, les gens savent où est votre famille. Vous avez toujours éventuellement peur. Ca reste quelque part l'idée de vengeance ou bon... un cabinet de groupe, c'est beaucoup plus sécurisant, vous avez toujours quelqu'un et puis, quand vous partez, les gens ne savent pas où vous êtes. Tandis que là, ceux qui viennent carillonner à n'importe quelle heure et à l'époque, c'était du jour ou de la nuit... on se trouvait seul face à un danger et si refus il y a, vous pouvez toujours vous dire que s'il veut... moi, je me suis toujours dit, il y en a un qui peut me balancer si je laisse ma fenêtre ouverte et le bazar allumé et puis, ils foutent le feu. Ils sont tellement tarés [si vous refusez de leur donner ce qu'ils veulent] que ça va vite » (MG48).

Le fait que leurs enfants grandissent peut également peser dans la balance. Certains craignent de « tenter » leurs adolescents :

« Parce qu'il faut voir aussi le médecin et sa famille... Dans l'esprit de protection de la famille, ça entraîne le rejet (...) Parce que mes enfants, quand ils étaient plus grands, c'était aussi plus embêtant parce que les enfants pouvaient devenir des drogués » (MG6).

D'autres avancent des arguments liés à la situation de leur cabinet médical, isolé :

« J'ai toujours su mettre le haut-là, mais mettre le haut-là quand vous avez à faire à un type baraqué à 19h en hiver et qu'il n'y a plus un commerce d'ouvert, vous risquez quand même un coup de couteau... » (MG35).

A ces différents arguments, ajoutons celui de l'incertitude de la rémunération. Comme le notent différents sociologues, des médecins tentent d'éviter les patients précaires : « L'observation des réactions des praticiens à l'égard des patients appartenant aux milieux défavorisés et précaires et relevant d'une affiliation non contributive (CMU notamment) apparaît éclairante. Certains de ces praticiens ont souvent « choisi » d'exercer dans des espaces sociogéographiques ou des institutions où ces populations sont fortement représentées. A l'inverse, certains médecins, s'installant dans tel quartier ou telle agglomération, tentent de se prémunir de ce « type » de patients. Ainsi, certains médecins généralistes sont agacés par la montée de l'assistantat et des démarches administratives associées. Ceux-là s'orientent donc, en partie, vers « un aménagement de leur mode d'exercice leur permettant d'avoir une clientèle composée essentiellement

de patients affiliés par la participation contributive (de nombreux médecins, y compris parmi ceux exerçant en zone défavorisée, procèdent en effet à un filtrage actif de leur clientèle, car ils ne souhaitent pas avoir à prendre en charge des bénéficiaires de la CMU ou de l'AME) » (Bouchayer, 2004, 87).

La mobilisation du concept d'autonomie permet de comprendre l'argumentation développée par ces médecins. Ils souhaitent conserver une certaine autonomie vis-à-vis de patients qu'ils présentent comme « pressés », « demandeurs », « manipulateurs », « qui vous prennent pour une andouille »... Plusieurs médecins évoquent ainsi la possibilité d'être instrumentalisés, d'être réduits à un rôle de prescripteur :

« Le fait d'être manipulée donc ne pas être considérée comme médecin. Etre considérée comme un vulgaire [prescripteur]... C'est une question aussi d'orgueil personnel... être juste considérée comme : « Bon, c'est toi qui peux prescrire, moi, je ne peux pas donc tu le fais parce que je te le demande et si tu ne le fais pas, tu es mauvaise ».

Ils souhaitent conserver un certain contrôle de la situation et conserver la maîtrise des échanges : « Le problème, c'est qu'on ne les suit pas. On les voit et c'est : « Tu prescrites ça ». Je n'appelle pas ça suivre... Donc beaucoup de gens... On est toujours bouche-trou » (MG6).

Ils souhaitent également s'affranchir de réglementations liées à la prescription de stupéfiants ou assimilés. Quelques-uns refusent de s'impliquer en raison de « l'imposition de manières de faire » qui briderait leur liberté thérapeutique. La perte d'autonomie dans la pratique est ainsi décriée. Certains n'ont ainsi jamais souhaité participer aux réunions de réseau organisées sur la thématique :

« C'est organisé par l'Etat, par des institutions et on est là pour écouter la bonne parole et ce qu'on doit faire. On ne peut pas dire qu'on fait autre chose. (...) je n'ai pas envie d'aller à des réunions de bourrage de crâne (...) c'est expliquer la bonne parole. Ils nous formatent (...) Je ne vois pas pourquoi j'irais à une réunion où je sais ce qu'on va me dire de faire alors que je n'ai pas l'intention de le faire » (MG51).

Ils souhaitent enfin limiter les risques d'être confrontés à leurs confrères ou à leurs patients, par le biais d'une « réputation » ou d'une convocation des instances ordinales. Deux craintes les confortent dans leur positionnement. Premièrement, ils disent avoir « peur de perdre des patients », ils souhaitent éviter de confronter leurs propres patients « à des zigotos ». Ils évoquent, deuxièmement, des risques d'ennui vis-à-vis des



instances de contrôle (médicales, ordinales, judiciaires). La question de la réputation est au cœur de leur argumentation. Ces médecins sont particulièrement soucieux de ne pas endosser une « mauvaise réputation » aux yeux de leurs propres patients (« ils faisaient fuir mes patients »), mais également aux yeux de leurs confrères.

« Je ne tiens pas spécialement à avoir une réputation de quelqu'un qui va aider ces gens-là parce que j'ai déjà trop de travail donc ça me mangerait trop de temps et je n'ai pas envie que ma vie soit mangée par mon métier, c'est déjà trop le cas... donc je ne veux pas avoir cette réputation-là. J'aime bien aider les gens, ce n'est pas ça, mais je ne veux pas non plus que mon métier me mange » (MG13).

Bien qu'ils ne s'investissent pas dans cette problématique pour conserver une certaine autonomie, leur discours est emprunt de la nécessité de contrôler ces pratiques. Ils prônent davantage la spécialisation de quelques médecins dans le domaine des toxicomanies à qui reviendraient les responsabilités des prescriptions :

« Ce serait peut-être pas mal qu'il y ait des médecins qui se consacrent à ça. Je pense que ce serait avantageux. La qualité certainement en gagnerait peut-être aussi et en disponibilité surtout. Parce que mélanger et porter toutes les casquettes à la fois, c'est un peu difficile » (MG10).

*« Tous des menteurs »*

L'ensemble des médecins du « refus affiché » s'accorde sur une même représentation de l'usager de drogues, le décrivant en des termes négatifs. Aucun médecin n'en parle comme d'un patient potentiel ou d'une personne en souffrance, preuve qu'ils ne le considèrent pas comme relevant de la médecine. Ils mettent l'accent sur la perversité de leur personnalité, sur les manipulations dont « ils sont capables », sur les mensonges répétés, leur instabilité et les fréquentes rechutes :

« On s'aperçoit vite que le toxicomane... hélas est capable de faire n'importe quoi, de mentir comme un arracheur de dents, je ne parle pas du nombre de cachets qui auraient été volés, d'ordonnances perdues » (MG48)

« Mais le toxico a ça pour moi de désarmant et de très désagréable, c'est d'être à l'origine un menteur... je parle des drogues dures... est à l'origine un menteur » (MG48).

« On n'est jamais sûr que la personne est sincère » ; « on vous raconte des salades, on vous prend pour une andouille, on vient ici en étant crasseux et après, vous êtes obligé d'aérer... » (MG6).

Leur agressivité est également soulignée, principalement par les femmes : « Vous êtes d'accord qu'ici [dans son cabinet un peu éloigné de la salle d'attente], quelqu'un

me file un coup de couteau, ce n'est pas ceux qui sont dans la salle d'attente qui vont pouvoir réagir ni m'aider... et même si je ne suis pas tuée, je vais souffrir, je vais avoir un arrêt de travail, je vais perdre mes patients... » (MG35).

La question de l'incertitude, de la manipulation et du risque est donc au cœur de leurs définitions. Ces médecins ne veulent pas être manipulés, ils veulent maîtriser l'échange et acceptent difficilement l'incertitude évoquée dans le chapitre précédent.

« Au début, je pense que j'ai quand même été bon public, c'est-à-dire que j'ai essayé de bien faire et puis, je me suis aperçue que de toute façon, ils ne cherchent pas du tout à être aidés, ils cherchent à ce qu'on leur balance ce qu'ils vous demandent, c'est tout » (MG35).

Ils établissent une distinction entre « ceux qui veulent s'en sortir » et « ceux qui veulent leur produit, qui font des scénarios ». Malgré cette distinction, ces médecins ne tentent pas, dans les faits, d'aider « ceux qui veulent s'en sortir ». Ils les distinguent mais leur proposent le même régime.

Des médecins rencontrés savent que quelques-uns de leurs patients consomment des drogues, mais ils ne leur posent pas de question. Ils distinguent alors « ceux qui demandent de l'aide » et « ceux qui ne demandent pas d'aide ». Ils savent ainsi que certains de leurs patients sont des consommateurs qui « ne demandent pas d'aide », « des gens qui se sentent bien dans leur usage, donc ils ne viennent pas demander d'aide pour ça ». Avec ces patients, « s'ils m'en parlent mais sinon je ne leur en parle pas, non ».

L'usager de drogues est présenté comme un « fainéant », qui « profite du système ». Il est dépeint comme un délinquant et nullement en des termes médicaux. Il n'entre donc pas dans la catégorie des personnes à soigner. Ces médecins se sont approprié ce discours de l'usager de drogues comme malade et délinquant, ne retenant que la deuxième partie de l'expression. :

« Quand on vient après 18h30 chez un médecin qu'on n'a jamais vu alors que je suis fatiguée de les voir se balader en ville, il n'y a aucune raison que ce soit moi qui prenne la responsabilité de leur prescrire un traitement » (MG35).

Leur représentation de l'usager est principalement basée sur quelques contacts lors de gardes ou sur les dires de confrères. Nombreux médecins nous disent : « On m'a dit que... » ou « Quelqu'un m'a raconté que... ». L'effet de réputation et le bouche-à-

oreille jouent donc un rôle important dans cette définition de l'usager comme malade ou délinquant.

### *Le passé décliné au présent*

Leurs premières expériences les ont « désabusés complètement sur la nature humaine du drogué » (MG48). D'ailleurs, cette logique de rejet se marque principalement chez des médecins relatant des expériences qu'ils qualifient de négatives avec un usager de drogues ou une instance de contrôle (Ordre des médecins, Inspection des pharmacies, justice) en début de carrière, nous y reviendrons dans le chapitre suivant.

### *Normes et règlementations*

Ces médecins refusant ces « patients » méconnaissent bien souvent la problématique des drogues et le cadre légal concernant les traitements et les soins aux usagers de drogues. Ils ont entendu parler de formations spécialisées et se retranchent d'ailleurs derrière cet argument : « Je ne suis pas formé. Je ne peux pas les prendre en charge ». Les règlements et la législation en vigueur sont davantage instrumentalisés pour défendre leur position. Pour d'autres, ils sont interprétés, du fait de leur caractère légal, comme une pratique « risquée ».

Nous le notions, du fait que les pouvoirs publics belges et français aient investi la problématique à des périodes différentes, notamment par la création de réseaux ou de centres spécialisés, certains médecins y ont vu une intrusion dans leur sphère de compétence et s'en sont alors désinvestis.

### *L'orientation souhaitée*

Ces médecins « tâchent de refuser » les usagers de drogues qui les sollicitent. Leur optique est donc de relayer le patient vers des centres ou des médecins « qui font ça ». Leur logique est celle de la délégation du « sale boulot » (Hughes, 1996) à d'autres : la logique d'adressage est alors prégnante sans qu'un quelconque suivi ne soit assuré. Ils fournissent les coordonnées d'un médecin ou d'un service, souvent le seul qu'ils connaissent, et c'est au patient d'entreprendre les démarches. La « connaissance » du relais par le généraliste est souvent très limitée :

« On sait qui s'en occupe et qui ne s'en occupe pas. Je sais qu'il s'occupe... je ne sais pas ce qu'il fait avec ça. Je ne sais pas s'il prend la main de son drogué, s'il discute avec lui pendant ¾ d'heure, s'il lui

donne des conseils, s'il fait attention à lui... je ne sais pas comment il est » (MG10).

Toutefois, certains acceptent de recevoir l'usager et échangent avec lui. Ainsi, ce médecin hennuyer n'a jamais été sollicité par ses propres patients. Des parents l'interpellent à quelques rares occasions au sujet des consommations supposées de leur enfant. Il conseille les parents et tente de rencontrer le jeune s'il le souhaite. Lorsque celui-ci se présente, il nie souvent la dépendance. Si, après discussion, il se rend compte que c'est « une assuétude longue et importante nécessitant une prise en charge substitutive », il conseille de consulter des confrères « spécialisés ».

Ne pas répondre à la demande de l'usager leur permet de s'assurer de ne plus les revoir. Ils mettent donc en place différentes stratégies pour s'assurer que le patient ne sera pas tenté de revenir :

« Quand je vois des personnes que je ne connais pas, qui semblent consommer des produits stupéfiants ou vouloir des somnifères en quantité industrielle, j'ai plutôt tendance à les orienter vers le centre E ou à la rigueur vers un autre médecin » (MG31).

Certains médecins l'affirment donc : « le gars n'était pas satisfait et il ne reviendra jamais et c'est tout ce que je cherche » (MG35).

Ces médecins refusant les suivis sont tout à fait conscients de l'importance de s'investir dans la problématique, mais ils préfèrent en laisser le soin à d'autres :

« Tant qu'il y en a d'autres qui le font... Le jour que... c'est un peu lâche peut-être mais bon... le jour que... J'espère qu'il n'arrivera pas ce jour-là mais si un jour vraiment, il n'y a plus personne... A partir du moment où je sais que quelqu'un le fait et le fait à mon avis bien... à mon avis parce que c'est difficile de savoir... et que moi, je n'ai aucune envie de le faire, je ne vais pas m'y mettre. Je vous dis, je ne me sens pas ce devoir-là... » (MG10).

### *Refus belge et français ?*

Dans l'ensemble, nous ne constatons pas de différences notables entre les arguments avancés par les médecins belges et les médecins français, ni dans les actes qu'ils posent. Les questions de la croyance, de l'incertitude, de la confiance et de l'autonomie sont aussi prégnantes pour les uns que pour les autres.

Toutefois, les médecins belges insistent davantage sur les arguments suivants pour défendre leur positionnement : le manque de formation des médecins généralistes,

l'importance de l'investissement en temps demandé, ainsi que le risque de se voir attribuer une « mauvaise réputation ». Ces arguments sont directement liés à la situation de ce pays. Nous le notions, l'arrêté royal de 2004 et sa nouvelle mouture de 2006 imposent des conditions spécifiques à la prise en charge. Celles-ci ont trait à l'inscription dans un réseau, au suivi de formations, etc. Les médecins rencontrés reprennent donc l'ensemble des conditions légales pour justifier leur positionnement. De même, la question de la « mauvaise » réputation est directement liée à la vague d'inculpation de médecins hennuyers faisant suite à la parution de cette législation.

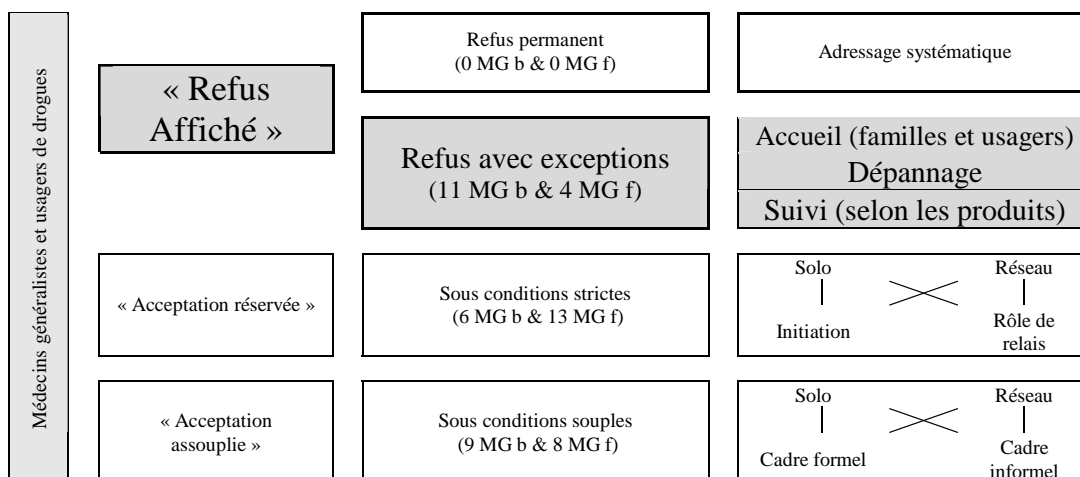
Un des effets pervers de cette nouvelle législation tient justement en son caractère dissuasif à l'égard des médecins ne souhaitant pas s'investir dans la pratique. Elle semble avoir attiré l'attention sur des risques intrinsèques et spécifiques à cette pratique, la stigmatisant quelque peu. Le médecin non impliqué n'y voit pas des balises pour le protéger, mais plutôt un outil pour le punir et le sanctionner. Dans ces conditions, l'attrait pour ces pratiques est largement réduit. Sur le terrain, on constate d'ailleurs une raréfaction des médecins s'investissant dans la problématique. Ce qui est marquant, c'est que les médecins du profil « refus affiché » sont plus enclins à prendre en charge les usages non stipulés dans la loi sur les traitements de substitution. Ils semblent interpréter la législation : si ces traitements et ces usages ne sont pas repris dans la loi, il y a sans doute moins de risques à pratiquer avec eux, le médecin étant plus apte, utilisant non pas des outils ou des traitements spécifiquement associés à l'usage de drogues, mais ses « outils thérapeutiques classiques ».

\*

Bien que « généralistes », « les médecins peuvent chercher à acquérir différents types de spécialisations qui contribuent à des choix thérapeutiques proposés aux patients. D'autres formes de « spécialisation » s'exercent à travers des modes de sélection de la patientèle, par exemple par le lieu d'installation et par le biais de diverses stratégies. Les pratiques des médecins généralistes (comme celles d'autres professions médicales et paramédicales) peuvent comporter des mises à distance de certains patients « indésirables ». Ainsi, les choix thérapeutiques mis en avant par le praticien peuvent être présentés comme supposant une complaisance et une responsabilité suffisante de la part des malades ; qualités qui ne sont pas attribuées à tous. D'autres fois, les médecins font état de leur propre capacité à mieux soigner tel ou tel type de patientèle en fonction

de la confiance et de la compassion éprouvée à leur égard. Ces professionnels estiment alors qu'un travail de soin ne peut être réalisé qu'en empathie, situation qu'ils ont du mal à ressentir envers certains patients. Ces difficultés relationnelles sont évoquées à l'égard des vieilles personnes, comme à l'égard des alcooliques, des Rmistes, des CMU, des « psy », etc. » (Pennec, 2006). Ainsi, certains médecins cherchent à renvoyer, à adresser ces patients vers d'autres confrères plus spécialisés dans ces problématiques. La mise en place de réseaux spécialisés, comprenant pour la plupart des médecins généralistes, contribue également à déléguer la pratique médicale à l'égard de ce public à quelques professionnels qui les investissent.

### 2.1.2. « Non mais » : les exceptions à la règle



Bien que refusant d'accompagner les usagers de drogues, la plupart de ces médecins est sollicitée par des familles ayant des doutes sur les consommations de leur enfant. Ils restent ouverts à ces patients et tentent de les conseiller et de les rassurer. Certains, plus rares, proposent de rencontrer le jeune bien que la démarche aboutisse rarement. Ils se disent attentifs aux familles :

« Les familles en souffrent parfois aussi, surtout... malheureusement, moi, c'est plutôt cet aspect-là que je vois... J'essaie de les aider à garder le moral, j'essaie de donner des petits conseils quand même pour que ça ne dégénère pas de trop » (MG 13).

Les demandes de parents concernent principalement les consommations de cannabis. Certains médecins se sentent plus à l'aise :

« Le cannabis, on a quand même beaucoup de parents qui arrivent avec quelques inquiétudes à ce niveau-là. Là, je me sens quand même

plus à même d'aider ces gens-là et d'aider les parents... et les ados, quand il y a une demande. Mais enfin, eux, c'est moins eux que leurs parents... » (MG48).

D'une part, ils connaissent les parents, ce sont leurs propres patients et, d'autre part, ils se sentent investis du rôle de les informer car ils ne savent pas qui d'autre le ferait :

« Ce qui fait la différence... d'abord parce que ce sont des gens de ma clientèle, donc je me sens sans doute beaucoup plus impliquée. Ce sont des gens que je connais bien, qu'on suit... Donc ces gens, on a quand même envie de les aider. Quand j'ai des parents en plein désarroi qui arrivent ou qui m'appellent parce que leur enfant a tout cassé chez eux ou qu'ils sont agressifs ou qui répondent... les parents sont très peu préparés à ça. Là je trouve quand même qu'à partir du moment où nous, on est là... je ne sais pas ces gens chez qui ils iraient finalement, les parents... il n'y a pas beaucoup d'écoute » (MG10).

Ils offrent une écoute aux parents et au jeune. Il leur arrive de prescrire des antidépresseurs, « mais je ne suis pas convaincu ». Ce rôle d'information, certains médecins le poursuivent en proposant, dans leur salle d'attente, des brochures sur les différentes drogues, souvent fournis par des amis investis dans la réduction des risques : « Je trouve qu'ils sont très, très bien faits parce qu'ils n'ont pas du tout le côté moralisateur. Ils informent : le vrai et le faux dans tout... tout le vrai et tout le faux » (MG10).

Bien qu'affichant un refus catégorique d'accepter des usagers de drogues dans leur patientèle, dans les faits, le refus n'est pas toujours si tranché. En effet, ces médecins acceptent, sous certaines conditions : (1) de dépanner des patients ou des confrères, (2) de se préparer à une éventuelle demande ou encore (3) de prendre en charge les usagers de certaines drogues illicites.

(1) « Les dépannages ? Peut-être... »

Les médecins refusant les usagers de drogues se disent rarement sollicités pour des traitements de substitution, bien qu'à quelques occasions, des patients viennent leur demander une prescription de Subutex® ou de méthadone. Tous acceptent les dépannages, en s'inscrivant toutefois dans des logiques différentes. Il y en a qui refusent les patients « venant de nulle part ». Ne les connaissant pas, ils les orientent. Ils acceptent toutefois de dépanner ponctuellement quelques rares patients « quand le médecin est absent ». Ils acceptent également de rendre service à quelques confrères : « Des fois, on a des demandes de confrères ou d'amis (...) Selon la personne qui me le

demande, des fois on ne peut pas dire non. (...) un dépannage temporaire » (MG51). Toutefois, ils affirment le faire par confraternité et non par souci du patient : « C'est rendre service à un confrère. Effectivement, le but n'est plus de rendre service au drogué ».

Certains sont donc amenés à dépanner quelques patients en période de vacances, bien qu'ils ne croient pas en la substitution et n'ont pas de confiance en l'usager de drogues :

« La majorité dont je suis, tâche de les refuser. De temps en temps, on a des cas qu'on ne refuse pas, mais je ne les garde pas. Je dirais que c'est un dépannage. J'accepte un dépannage, mais je ne les garde pas et en général, c'est un dépannage quand le médecin est absent, dont je sais qu'il est absent. Donc c'est ça que je fais parce que je n'ai aucune confiance en eux. Toutes les histoires que j'ai suivies, que j'ai vues, ça se passe très mal parce qu'ils nous racontent des histoires » (MG6).

Ils se disent « prudents » dans ces dépannages et n'acceptent pas « n'importe quoi » :

« J'ai eu des patients que je ne connaissais pas et qui me demandaient du Subutex® et je leur ai dit : « Moi, écoutez, ne vous connaissant pas, je suis un peu embêtée... ». Mais en général, ils avaient un pharmacien que je connaissais. Donc je donnais un coup de fil au pharmacien pour savoir effectivement s'il consommait bien du Subutex® et à quelle dose... On me disait : « Vous pouvez donner », c'est parce que leur médecin traitant n'était pas là. (...) Par contre, s'il dit : « Non, je ne connais pas ce patient », je dis : « Ecoutez, allez voir un autre confrère ou vous attendez votre médecin traitant, mais moi, il est hors de question que je vous donne » (MG31).

D'autres acceptent de soutenir un confrère, mais uniquement dans le court terme :

« Selon la personne qui me le demande, des fois on ne peut pas dire non. (...) La suivre des fois un certain temps... un dépannage temporaire. (...) Je n'ai jamais prescrit un trimestre complet de Subutex® » (MG51).

(2) La préparation au cas où...

Bien qu'étant rarement sollicités et uniquement en garde, des médecins entreprennent quelques timides démarches pour s'informer sur la problématique au cas où :

« Le jour où quelqu'un va venir : « Docteur, je me drogue, je veux arrêter. Quoi faire ? », je me suis dit qu'il fallait autant s'informer... je n'ai pas encore eu un drogué hard devant moi » (MG9).

Ils participent de manière ponctuelle à quelques réunions spécialisées sur la thématique des drogues « au cas où j'aurais quelqu'un devant moi ».



Bien que jusqu'à présent ils aient toujours refusé et qu'ils « n'aime[nt] pas trop [s]'occuper de cas comme ça », ils ne se disent pas opposés à suivre des usagers de drogues qu'ils connaissent. Toutefois, ils attendent que l'occasion se présente et ne cherchent pas à la provoquer en affichant un quelconque souhait d'aider ces usagers. Ils ne se disent pas fermés à la problématique mais n'y sont pas confrontés par le biais de leurs patients... et ne cherchent pas forcément à l'être.

(3) « Ecstasy et cannabis, oui, mais pas les autres drogues ! »

Bien que les « drogués » ne soient pas, de leur point de vue, des patients potentiels pour le médecin généraliste, certains se disent favorables à l'accompagnement des consommateurs de cannabis ou d'ecstasy. Ils établissent une distinction entre les produits : d'une part, ce qu'ils appellent les « drogues », les « drogues dures », et d'autre part, les « drogues festives » : « Ainsi, le médecin généraliste peut être d'une aide pour le cannabis et l'ecstasy festifs, mais pas pour le reste » (MG48). Ils sont convaincus que le généraliste peut apporter une aide à ces jeunes consommateurs, qu'il est « équipé pour ».

Ils établissent une distinction entre différentes drogues, entre « drogues dures », synonymes de danger et « drogues douces » ou « drogues festives » pour lesquelles différentes solutions sont possibles. C'est comme si, en commercialisant un traitement pour la dépendance aux opiacés, cette pratique était devenue une spécialité alors que les consommations illicites pour lesquelles il n'existe pas de substitut feraient partie de la pratique générale. La marge de manœuvre du médecin serait également plus large en raison de l'absence de règles légales strictes à ce sujet ou de recommandations particulières.

Ainsi, ce médecin généraliste lillois reçoit à quelques occasions des consommateurs d'ecstasy :

« Ecstasy, je sais qu'il y en a qui en prennent... si vous voulez, généralement, ce n'est pas eux qui m'en parlent, c'est quelquefois les parents qui me les amènent les ayant trouvés dans un état qu'ils jugent un peu bizarre. Généralement ceux-là ce sont des consommateurs du samedi soir de la rave en Belgique ou de certaines boîtes techno. (...) J'essaye de discuter avec lui, j'écoute tout le monde et puis, je dis aux parents que j'aimerais bien rester seul avec le jeune. Et puis, je discute avec lui et j'essaye de lui expliquer que dans l'ecsta, on peut mettre n'importe quoi, que ça peut être mortel et très dangereux. J'aime

mieux qu'ils prennent quelque chose d'autre, à la limite le pétard, que de prendre ça. Au moins le décrocher de ce truc-là » (MG48).

Pour lui, consommer du cannabis de manière occasionnelle, n'est pas « dangereux », à l'opposé des drogues dures :

« Vous m'excuserez, je suis peut-être dans l'erreur, mais je fais partie des gens qui pensent que fumer un pétard une fois par mois n'est pas plus toxique que de boire un coup tous les jours (rires). Je suis absolument contre tout ce qui est injectable, tout ce qui est crack, tout ce qui est ecsta... on peut mettre de la mort au rat dedans » (MG48).

Sa conviction vient du fait qu'il a côtoyé, dans sa jeunesse, des personnes qui fumaient du cannabis et qui, avec le temps, ont arrêté :

« Il y a beaucoup de jeunes que j'ai vus à l'époque qui fumaient deux ou trois ou quatre pétards par jour, voire plus et qui maintenant ont totalement arrêté ». Pour lui, il s'agit de réduire la consommation de cannabis, mais pas de substituer : « J'essaye de leur demander de diminuer un peu. Je ne substitue pas. (...) Non parce que je pense qu'on peut sans substitution arriver à... je vous dis, tous les jeunes que j'ai vus et de très près puisque j'ai trois garçons dont deux qui ont fait la chose avec toute une ribambelle de copains autour... je les vois maintenant, il n'y en a plus un qui fume » (MG48).

Ainsi, le médecin généraliste peut être une ressource pour les usagers de cannabis et d'ecstasy festifs, mais pas pour les autres drogues. Ils sont convaincus que le généraliste peut apporter une aide à ces jeunes ayant notamment connu des personnes qui « s'en sont sorties »:

« Qu'est-ce qu'on peut apporter ? Tout dépend de la drogue. Moi, je dis et je vous l'ai déjà dit, tout ce qui est herbe, on peut apporter parce que l'herbe, je sais qu'on peut s'en sortir. L'ecsta en prise hebdo, je peux apporter aussi. Tout ce qui est héro, crack, coke et tout ce qu'on veut, si vraiment les gens sont accros à plusieurs doses par jour, je ne peux rien » (MG48).

C'est au centre d'endosser ce rôle : « Pour moi, si vous voulez, à part les petites choses dont je vous ai parlé, le centre est très important, l'accompagnement psycho aussi est très important. Parce que essayer de sevrer quelqu'un, à moins d'avoir une volonté de fer, et de vouloir vraiment, vraiment... on n'est jamais sûr que la personne est sincère » (MG51).

\*

Ces médecins ont une conception de la médecine générale qui n'inclut pas certaines déviances relevant davantage, à leurs yeux, d'institutions spécialisées ou de médecins

experts cadrés par des réglementations spécifiques. Les notions de risques et d'autonomie sont au cœur de leur positionnement. Refuser de suivre les opiacés-dépendants signifie conserver une autonomie acceptable vis-à-vis des patients, des confrères et des instances de contrôle extérieures à la profession. Ces médecins souhaitent maîtriser les échanges.

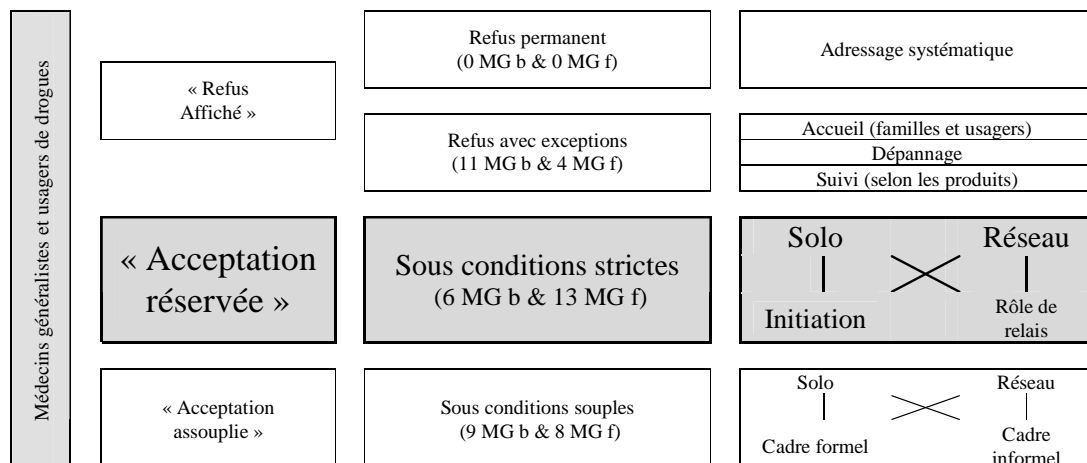
Différents facteurs permettent de comprendre ces positionnements : la définition de l'identité professionnelle du médecin allant de pair avec sa conception de l'autonomie, la conception de la relation médecin-patient basée sur la confiance, la croyance dans les pratiques allant de pair avec la connaissance de personnes qui « s'en sont sorties », le calcul des risques encourus pour soi et pour ses proches (lieu d'exercice, proximité de la famille,...) ainsi que le cadrage et la régulation de la pratique.

L'ambivalence des politiques publiques se traduit dans ce profil. La France, de par sa législation et sa longue tradition, oscillant entre une définition de l'usager de drogues comme délinquant ou malade, influence la conception des médecins. En légiférant en la matière, les pouvoirs publics empiètent sur le domaine de compétences jusqu'alors cadré par la profession elle-même, se traduisant par un retrait des médecins impliqués dans la problématique ou le non investissement des médecins hors du champ à l'égard d'une pratique « risquée » et « dangereuse ».

## 2.2. « Oui, mais... » : l'acceptation réservée

« On est bien obligé de s'en occuper, mais on est bien obligé aussi de ne pas tout accepter » (MG45)

« J'ai toujours été aussi ferme quitte à avoir zéro patient. Je préfère avoir zéro patient que 10 patients qui ne sont pas des patients... » (MG34)



Six médecins belges et treize français correspondent à ce profil<sup>230</sup>, un seul médecin de l'échantillon féminin belge (1 femme sur 6) et près de la moitié de l'échantillon féminin français (3 femmes sur 7). La moyenne d'âge est de 52 ans pour les Belges (on y retrouve la femme la plus âgée de l'échantillon ayant eu un compagnon dépendant aux psychotropes) et de 51 ans pour les Français (on y retrouve la femme la plus âgée de l'échantillon). L'ensemble de ces médecins a suivi une formation spécialisée sur la problématique des drogues.

On retrouve des médecins qui ont été sollicités par des personnes de leur quartier ou des membres de familles qu'ils soignaient ou encore des médecins ayant eu une connaissance personnelle (ami ou famille) consommant des drogues dans les années 1980. Certains de ces médecins sont installés dans des quartiers « sensibles » dans lesquels les consommations d'héroïne « ont explosé » dans les années 1980-1990 et qui se sont trouvés, quelque peu « contraints » de suivre des patients : « Ici, on ne peut pas ne pas les voir. Ici, vous passez à 18h dans la rue et vous allez en voir... vous ne pouvez même pas passer en voiture, ils sont en double, en triple position à vendre » (MG49). Enfin, de par leur lieu d'installation à proximité de centres spécialisés, d'autres médecins ont été sollicités par ces derniers pour réaliser des suivis.

*« Le médecin généraliste soigne tout le monde »*

Pour ces médecins acceptant sous condition, le médecin généraliste « fait de tout ». Son rôle est de « soigner tout le monde » : « C'est une maladie aussi. C'est comme plein d'autres maladies ». Il serait d'ailleurs le mieux placé pour traiter ses propres patients usagers de drogues en raison de l'histoire qui les lie, de la connaissance de la personne et de son entourage. Les traiter fait notamment partie de la « mission sociale » des médecins. Dans cette logique, ils ne devraient soigner que ses propres patients. Ils insistent sur l'importance de ne pas se spécialiser. Les arguments en faveur de la non-spécialisation sont liés à la possible réputation vis-à-vis des patients et des confrères, l'importance de garder une pratique de généraliste et les risques liés aux soins à ces patients (overdose, trafic, interventions des instances de contrôle, surcharge de travail).

Pour ces médecins, il s'agit d'accompagner des « patients en souffrance ».

---

<sup>230</sup> MG 8, 11, 15, 16, 17, 22, 24, 27, 29, 30, 32, 34, 37, 38, 39, 44, 45, 46, 47, 49.

« On est médecin, on est là pour aider les gens en difficulté. La toxicomanie, c'est une approche de notre pratique, mais on a d'autres situations aussi... il n'y a pas que la toxicomanie » (MG29).

« Le médecin généraliste peut apporter ce qu'un médecin peut apporter à la demande d'un patient. Je pense que c'est exactement pareil. C'est quand même quelqu'un qui consulte un médecin, donc il souffre. C'est la souffrance qui lui fait venir chez le médecin. Je crois que c'est la base de toute relation thérapeutique, mais ce n'est rien d'autre » (MG49).

Bien que non initié au départ au suivi des usagers de drogues et n'y voyant pas une vocation, les accompagner fait partie des « devoirs du médecin » tout en refusant d' « en prendre beaucoup ». Pour eux, l'idéal serait que chaque médecin prenne en charge quelques patients. On retrouve d'ailleurs les revendications des premiers médecins investis dans la problématique : « Moi, je ne cherche pas plus [de patients]. Mon but, ce n'est pas d'avoir plus de clients toxicomanes ». Il est important d'intégrer cette pratique dans une « médecine générale normale ». Leur souci est « de les intégrer dans une patientèle traditionnelle », « de les insérer dans la vie, qu'ils soient rangés, qu'ils ne volent plus, qu'ils n'aillent plus consommer, qu'ils arrêtent leur consommation et leur petit deal... ». Ils ne souhaitent pas « avoir une salle d'attente avec que des patients toxicomanes ». Il s'agit d'« apporter une certaine souplesse au patient » en opposition aux centres de soins, de ne pas le stigmatiser :

« D'une part, une déstigmatisation, de redevenir une personne avec une difficulté particulière. Et le médecin généraliste va pouvoir apporter une espèce de compétence un peu à la croisée des chemins avec une bonne connaissance des produits, une assez bonne connaissance de l'environnement social de par son statut d'être dans la cité... et puis, une disponibilité, une réponse par rapport à toute une série de problèmes » (MG49).

Différents arguments justifient cette acceptation. Premièrement, il est du rôle du médecin généraliste de prendre en charge toutes les pathologies. Selon eux, « un médecin généraliste, ça fait de tout ».

« On ne peut pas les laisser tomber parce que sinon, ils iront voir qui ? Parce que maintenant, il faut avoir un médecin pour tout mais bon... » (MG24).

« C'est très difficile et je pense que, de toute façon, on est obligé de le faire. Si tout le monde se retranche derrière la facilité, qui est-ce qui va faire ? » (MG15).

« Ces patients difficiles font partie du métier de médecin généraliste puisqu'on reçoit la population générale, on aura forcément des gens violents, des gens qui ont des addictions, des gens qui mentent, des gens... (...) Moi, je ne suis pas là pour dire cette personne est bonne, cette personne n'est pas bonne. On est là pour soigner, c'est tout » (MG30).

En lien avec ce premier argument, ils considèrent les usagers de drogues comme des « personnes en souffrance » : « Ce sont des malades qu'il faut aider ». Pour certains, il s'agit de « sortir de la routine » : « Ca me branche particulièrement d'aider ces personnes. Je trouve ça plus intéressant que de soigner une grippe ». D'autres revendiquent un véritable « intérêt pour la problématique » : « C'est une partie de mon activité médicale qui me plaît le plus ». Enfin, les quartiers dans lesquels quelques-uns de ces médecins exercent sont particulièrement touchés par les consommations de drogues, accepter d'accompagner ces patients est alors pour eux une nécessité liée à l'importance de la problématique.

Certains se sont donc investis dans la pratique par compassion vis-à-vis de patients de longue date, par humanisme, d'autres pour « sortir de la routine habituelle », d'autres encore ont été sensibilisés par un confrère. Plus rares, des médecins souhaitent éradiquer le trafic de drogues ou tout au moins l'enrayer à leur niveau :

« Je n'ai jamais arrêté... parce que je veux aider... je ne veux plus qu'il y ait de toxicomanes. Je trouve qu'il faut... c'est une maladie comme une autre et il faut les soigner, on doit les soigner. On ne peut pas laisser une population de jeunes comme ça dans une pareille addiction. Ce n'est pas possible. Ils ne peuvent pas arrêter sans rien, c'est impossible » (MG49).

L'usager de drogues serait un patient comme les autres : « L'aspect qu'ils ont, ça peut être très variable. Quelque part, on colle facilement une étiquette et puis finalement, ce sont des gens comme les autres ». Toutefois, ils distinguent différentes catégories d'usagers de drogues : « ceux qui n'ont pas de demande », « les toxicomanes qui ont une réelle envie de s'arrêter et il n'y a pas de problème » (= « les toxicomanes sincères »), ceux qui « essaient de manipuler le médecin et là, on n'arrive jamais à rien » et « tous les autres qui sont peut-être un peu ambivalents. Ils ne savent pas très bien et puis ils reprennent une dose une fois de temps en temps ». Selon eux, ce sont ces patients « ambivalents » qu'il est difficile de traiter, « c'est avec eux qu'on ne sait pas très bien où on est ». Cette distinction entre les patients les guide dans leur sélection de « patients sincères ».

Du moment qu'un cadre est posé mais surtout qu'il est respecté, il n'y a pas de raison de refuser :

« Je ne vois pas pourquoi eux, je les refuserais alors qu'on reçoit aussi un diabétique. Je ne vois pas pourquoi eux, il faut les tuer. C'est une personne qui a besoin d'aide, donc je ne vois pas pourquoi on ne doit pas l'aider. Je crois que s'il y a une demande, il doit y avoir une réponse. Je ne vois pas pourquoi il faut refuser ces personnes et pas une autre. En mettant les limites qu'on peut se mettre, ça marche bien » (MG37).

Si l'objectif de la médecine est de guérir la maladie, son « objectif réaliste, concret est en fait de contrôler, autant que faire se peut, son évolution ou au moins ses symptômes et leurs conséquences » (Baszanger, 1986, 11). L'objectif peut être de normaliser les situations qu'elle ne peut supprimer. Certains médecins tendent donc à une normalisation de ces patients, correspondant selon Goffman, aux actions des « normaux » qui « s'efforcent de traiter les personnes stigmatisées comme si elles ne l'étaient pas » (Goffman, 1975, 44). L'idéal de normalité n'est pas seulement un point de vue d'ordre individuel ou familial, il est prédéfini par la médecine et les médecins (Carricaburu et Ménoret, 2004, 105). Prônant un modèle médical de la « normalité », ce modèle de gestion de l'usage de drogues est profondément élitiste.

« *Selon certaines conditions* »

Ces médecins n'acceptent pas tout usager de drogues qui se présente au cabinet. Ils définissent des critères de sélection, variables selon le médecin. (1) Certains prônent une proximité avec le patient, qu'elle soit géographique et/ou relationnelle. (2) Pour d'autres, la sélection est liée à la compliance et au suivi strict des exigences posées par le médecin. (3) Un autre critère de sélection est lié au nombre de patients déjà suivis pour cette problématique. (4) D'autres enfin sont sensibles à la réputation du patient et à celle du médecin qui le relaie. En posant le cadre de la sorte, ils assurent leurs pratiques :

« Il y a des adresses de médecins qui prescrivent sans discernement pour 28 jours et puis, on sait aussi que malheureusement... ce n'est pas leur faute... c'est des toxicomanes qui font du nomadisme et qui prétendent vouloir se sevrer par le Subutex®, mais en fait ils ne le prennent pas, ils le revendent pour acheter de l'héroïne ou de la cocaïne. Ça c'est connu et hyper connu. Pour éviter ça, la seule façon, c'est d'être très sévère et de dire : « Tu le prends à la pharmacie ici juste à côté et sinon tu prends un autre médecin. Ce n'est pas un problème. Il y a sûrement quelqu'un de plus complaisant que moi dans

la ville ». Moyennant cela, je n'ai pas trop de pépins, mais j'en ai quand même... c'est-à-dire quelqu'un prend à la fois le Subutex® et de temps en temps, l'arrête, le vend, le met dans la bouche et le recrache en sortant, etc. On voit de tout, vous savez » (MG47).

#### (1) La proximité relationnelle et/ou géographique

Certains médecins insistent sur l'importance du lien à créer avec le patient, de la proximité géographique et relationnelle :

« Je vais soigner uniquement les gens que je connais, ou les gens qui connaissent quelqu'un que je connais, ou les gens qui sont proches de mon rôle de garde, c'est-à-dire qui n'habitent pas plus loin d'une dizaine de kilomètres de chez moi » (MG15).

« J'accepte ponctuellement des traitements ou des prises en charge si ce sont des patients que je connais depuis longtemps et où j'estime que je peux peut-être les aider parce que je les connais depuis tout petit, je connais toute la famille. J'essaie de faire plus un travail comme ça, mais c'est tout. Ca ne va pas au-delà » (MG39).

« Les patients qu'on prend en charge, ce sont des locaux, que des gens proches, on prend moins les gens éloignés, les gens à problème, les gens qui n'écoutent pas, les gens qui n'en font qu'à leur tête » (MG30).

Leur objectif est « la réinsertion du patient », celle-ci passe notamment par le fait de côtoyer les autres patients dans la salle d'attente. Il s'agit pour ces médecins « de ne pas fermer ma porte aux toxicomanes, (...) de m'occuper des toxicomanes de ma patientèle ou [du village] en tout cas, sans en faire une activité principale » (MG11).

Cette proximité permettrait d'établir une relation médecin-patient optimale et d'avoir une certaine maîtrise et connaissance de la situation de la personne, pouvant demander des informations à l'entourage et conserver un ascendant sur le patient :

« En général, on les connaît mieux, on les croise tout le temps. On n'est pas seulement le médecin qui prescrit ça [le traitement de substitution] mais le médecin tout court. On connaît leur famille, on connaît... Moi, je sais tout sur eux. Comme on est ici dans le quartier et qu'on sait tout sur tout, ils ne peuvent pas nous mentir ni sur leur passé, ni sur la prison, ni sur leurs magouilles, ni sur ce qu'ils font. Ici, tout se sait donc ça apporte un plus quand même parce qu'ils ne peuvent pas me raconter d'histoires. Moi, je sais par la mère, par les sœurs, je sais exactement ce qu'il fait » (MG49).

Ces critères de sélection leur permettraient d'éviter les « dérapages ». Ils semblent en effet sensibles aux ennuis judiciaires de confrères et se disent « stricts », « cadrés » dans leur pratique pour éviter les sanctions.



## (2) La compliance et la soumission au cadre

D'autres médecins prônent l'imposition d'un « cadre strict ». Ce « cadre » est défini de différentes manières selon les médecins. Certains sont sensibles au suivi pluridisciplinaire ou « travail en équipe », d'autres à des passages réguliers à la pharmacie ou en centre, d'autres encore à la réalisation de tests réguliers. Ce cadre définit les règles du jeu. C'est en fonction de celui-ci qu'évolue la prise en charge. Si le patient « ne joue pas le jeu », dévie du cadre, il y a sanction qui se traduit soit par un « resserrement » du cadre, soit par l'arrêt du suivi :

« Je leur dis que c'est moi qui commande et que ce n'est pas à eux de venir faire leur marché. S'ils ne respectent pas le rendez-vous ou la procédure, c'est nient et puis c'est tout » (MG49).

Parmi ces médecins, nous devons distinguer ceux qui acceptent d'initier le traitement et ceux qui refusent l'initiation tout en acceptant le relais.

### *Le cadre strict*

« Je mets un cadre. La régularité... le fait d'aller chez le pharmacien régulièrement... l'analyse d'urine qui peut tomber un petit peu comme ça et puis... Oui, c'est ça, c'est ça le cadre » (MG45).

Ces médecins exigent le passage quotidien du patient à la pharmacie, durant parfois plusieurs années. Si un patient ne se présente pas à la pharmacie, s'il rate un rendez-vous sans prévenir ou s'il relate à plus d'une reprise la perte du traitement, ces médecins mettent fin au suivi. Ce cadre passe également par des consultations d'une certaine durée. Ainsi, l'un des critères qui permet de sélectionner les patients de ce médecin belge est la durée du premier entretien. De plus, il ne donne jamais de rendez-vous immédiatement après la sollicitation :

« Je mets des limites un petit peu à l'entrée déjà. Ils savent qu'ils vont avoir rendez-vous, qu'il faudra bien sûr respecter ce rendez-vous et qu'on en aura pour ¾ d'heure. Déjà, il y en a quelques-uns qui ne vont pas venir... Automatiquement je crois qu'en faisant ça, la plupart du temps, je mets sur rendez-vous et donc s'ils ne respectent pas trop les rendez-vous... automatiquement, ils s'excluent un peu, c'est vrai » (MG24).

Ils mettent en place un « programme » que certains veulent « sévère » pour éviter le nomadisme des patients et la revente du traitement :

« On demande au toxicomane quelle est sa consommation habituelle d'héroïne, combien de grammes il prend et après, on voit s'il a besoin d'une forte dose. Après, on leur dit que ça va être un programme, on va les mettre au 8 mg pendant un certain nombre de

mois et après, si tout va bien, on va décrocher en passant de 8 mg à 6 mg à 4 mg à 2 mg à 0,4 mg et basta » (MG27).

Poser ce cadre assure au médecin une sélection rapide :

« Mais je vous dis qu'en étant exigeante au départ... j'en ai peut-être 20 [qui se présentent], mais les 20 ne restent pas. Ils vont prendre un cachet [à la pharmacie], mais le lendemain, ils n'y vont plus. Donc je leur disais au départ : « Moi, je ne veux pas galérer, donc il n'y a pas de gag. Tu vas tous les jours. Si tu oublies un jour, si tu n'y vas pas, tu es viré de mon programme et puis, c'est tout. On ne se dispute pas, mais tu vas voir ailleurs ». Ce qui fait que ceux qui n'avaient pas l'intention de se soigner ont été découragés par cette sévérité que j'ai mis d'entrée » (MG49).

« Ils viennent et je leur dis comment je fonctionne. Je peux vous dire qu'il y en a quelques-uns que je n'ai pas revus. Ca, c'est clair. La première fois, je leur explique comment je fonctionne et puis, quand on loupe le premier RV déjà... les premières fois, je ne donne jamais pour un mois, c'est une semaine à peu près... pour qu'on voit... s'il est d'accord avec mon principe, on se voit la semaine suivante, ils sont d'accord. Si on ne les voit plus, c'est tout » (MG34).

Ceux qui acceptent d'initier le traitement ont toutefois recours aux centres ou à d'autres confrères en cas de problème : « Le centre, ils [les patients] ne voulaient pas [y aller]. Ils ne veulent toujours pas d'ailleurs. C'est difficile de les faire aller au centre. Ils y vont en définitive, quand vraiment ils ont usé mes nerfs au point que je ne veux plus m'en occuper, je leur dis : « La seule solution pour que je me réoccupe de toi, c'est que tu ailles voir le Dr X ou le Dr Y [au centre ou à l'hôpital]. Tu fais une consultation là-bas et après, je te reprends » (MG49). Cette alternative est « utilisée » pour recadrer le patient.

Un seul des médecins rencontrés joue sur l'argument financier pour sélectionner une partie de ses patients. Pour les questions de dépendance, en raison de la durée de la consultation, il double ses tarifs :

« Puisque c'est ça, on va contourner la chose, je double la consultation ». (...) Déjà d'emblée quand des gens viennent, (rires) ils disent tout de suite : « Ah il faut payer ? » (rires) [en référence aux patients étant exonéré du ticket modérateur]. Je dis : « Monsieur, quand vous faites le total d'un gramme de cocaïne ou une gramme d'héroïne par jour, d'accord, ça vous coûte tant pour 15 jours. Moi je vous vois une fois tous les 15 jours. (...) Moi je n'ai pas l'intention de perdre mon temps. Si vous voulez vous investir, vous vous investissez ou vous ne le voulez pas et vous allez jouer ailleurs. On pourrait dire que c'est vache mais croyez-moi, cela permet d'éliminer tous les gens qui viennent en ravitaillement » (MG32).

Posant cette condition financière, ce médecin s'assure donc une patientèle d'un certain niveau de revenus, voire d'un certain niveau social.

### *Le rôle de relais*

Quelques médecins ne souhaitent pas initier les traitements, mais acceptent d'accompagner les patients dans un second temps. Avant d'accepter les prises en charge, tous ont d'abord suivi une formation spécialisée et seulement par la suite, ont accepté de prescrire. Il s'agit nullement d'accepter n'importe quel relais. Ils associent la « bonne prise en charge » au « cadre » et à la « prise en charge en équipe ». Ils insistent alors sur l'importance de « ne pas travailler seul » et sur la nécessité de la « pluridisciplinarité » : « Ce n'est pas une personne qui peut prendre en charge un toxicomane, c'est toute une équipe » (MG34).

Ils pratiquent de manière relativement similaire. Le patient doit s'adresser au médecin avec une lettre du centre ou d'un confrère. C'est donc souvent le centre ou le relais qui établit les règles de prescription et le médecin poursuit le traitement. « De toute façon, c'est toujours le centre X qui initie. Je les laisse initier et après, sur leurs conseils, je poursuis » (MG47). Certains exigent que l'initiation et le suivi se poursuivent pendant quelques mois avant de revoir le patient et assurer le suivi « Le centre les suit pendant deux ou trois mois et puis, il me les envoie » ; d'autres se satisfont d'une lettre et d'un passage unique auprès de l'initialisateur. De même, une fois le relais établi et la première prescription réalisée par le médecin, certains n'exigent pas de visites régulières au centre. Il s'agit plutôt d'une porte de sortie en cas de difficultés au cours du traitement : « Oui, je me repose sur le centre, mais le centre disparaît à la longue. Quand ils sont bien insérés, je ne les renvoie pas au centre » (MG30). D'autres imposent le passage auprès du relais lors de la diminution du traitement. D'autres encore exigent que le patient se présente au centre toutes les semaines.

Selon eux, travailler en relais présente plusieurs avantages. Premièrement, ce mode de travail permet d'avoir accès à des compétences supplémentaires et à des services diversifiés (psychologues, assistants sociaux, éducateurs, dépistage, etc.) : « Je pense qu'un centre, c'est quand même mieux, sans pouvoir le justifier parce qu'ils ont plus de savoir-faire. Je ne pense pas que nous, les médecins, on soit vraiment très bien formé » (MG30). Cela permet également d'évacuer les problèmes et de se constituer une porte

de sortie : « Comme ça, si j'ai un doute, je peux toujours me reposer sur le centre (...) Ou si je vois qu'il dévie trop et que je ne peux plus contrôler, je lui propose de repasser au centre pour le cadrage » (MG27). Troisièmement, ce mode de travail permet au médecin de ne pas être isolé dans la pratique, de ne pas se laisser « envahir par l'affectivité des situations », d'éviter « de mettre la main dans l'engrenage », de s'assurer une sécurité dans la pratique et de se poser des « garde-fous » : « Ca m'apporte une petite assurance quand même. On est quand même dans des produits compliqués... et par rapport à la loi, une assurance dans mon travail » (MG29). Enfin, il s'agit de « poser un cadre différent par rapport à la relation patient-malade habituelle » (MG49).

Ce « rôle de relais » est spécifiquement posé par les médecins français de l'échantillon. En Belgique, aucun médecin ne met en place de telles pratiques. Ce profil est en lien direct avec les politiques publiques et l'« histoire française ». Les médecins généralistes y ont longtemps été tenus à l'écart des soins aux usagers de drogues, d'une part, en raison de la mainmise du secteur psychiatrique sur le dispositif et, d'autre part, de par l'obligation du passage en centre lors de l'initiation du traitement méthadone. La Belgique, de son côté, n'a privilégié aucun type de prestataire et aucun type d'institution pour l'initiation ou l'encadrement de ces traitements, les médecins étant d'emblée impliqués à tous les stades du suivi. Ce « rôle de relais » est donc lié à une intériorisation de la législation à l'ensemble des traitements. Servir de relais est donc d'une part, une manière de se protéger et de ne pas prendre les décisions liées aux doses d'induction, aux diminutions de traitement, etc. (c'est-à-dire réduire les risques), et, d'autre part, une manière de se conformer à la législation en l'extrapolant à l'ensemble des prescriptions aux usagers de drogues.

### (3) Le nombre de patients

L'ensemble de ces médecins se fixe un nombre maximum de patients usagers de drogues à suivre, variable selon les médecins. Lorsque ce nombre est atteint, ils orientent vers des centres spécialisés ou d'autres confrères. Ce nombre de patients oscille entre 5 et 15, rarement 20 :

« Moi, j'ai toujours considéré que c'était plus important d'en avoir 10 et de bien s'en occuper que d'en avoir 200 et ne pas s'en occuper correctement. Si chaque généraliste s'occupait des patients de son environnement, c'était bien l'objectif de départ... Je m'y suis globalement toujours tenu » (MG11).

Par cette limite, ils entendent se prémunir de possibles « dérives » et d'une perte de contrôle sur l'activité :

« Je fais dans l'artisanal ... donc 10-12 patients maximum parce que je trouve que ça, c'est gérable. Je fais de la médecine générale, j'ai toujours voulu faire de la médecine générale... je ne vais pas ne faire que des toxicomanes... ce n'est pas mon but. Moi mon but au départ, c'était d'aider les toxicomanes du coin » (MG15).

Certains praticiens rencontrés assurent d'ailleurs que « chaque médecin a un point de saturation pour chaque type de patients ». Une fois ce seuil de tolérance atteint, le médecin serait tenu, par principe et pour poursuivre une activité de qualité, de refuser les nouveaux patients :

« J'en avais un petit nombre. A cette époque-là, je pensais qu'on avait une certaine capacité de patience et de générosité. Quand on avait notre compte, on refusait de nouveaux patients. (...) C'est pareil avec les crades. On a des patients extraordinairement crados. On a la patience d'en voir un petit nombre de patients comme ça, mais on ne peut pas en voir 20. On ne va pas supporter d'en voir 20. (...) Vous avez la patience pour un certain nombre de drogués, un certain nombre d'alcooliques, un certain nombre de délinquants ou de gens bizarres, mais si vous en avez trop d'une catégorie, vous allez les refuser » (MG45).

Ce nombre, quelques médecins le fixent a priori, en fonction de ce qu'ils ont lu, entendu ou de leurs représentations. D'autres se l'imposent en fonction des situations et de leurs limites personnelles, elles aussi variables :

« [Le nombre limite] Je ne me le fixais pas, c'était ma tolérance. On a une certaine tolérance à un certain nombre d'emmerdeurs, de gens déplaisants : des sales, des malpropres, des méchants, des alcooliques... Quand vous en avez trop, vous ne les supportez plus » (MG37).

« Moi, j'ai des règles... quand ma limite est atteinte, je dis aux gens : « Là, vous avez atteint ma limite ». C'est comme ça que je l'exprime. Je ne me fâche pas facilement. Ça ne sert à rien de se fâcher. D'abord parce que se fâcher contre un monsieur qui va être un peu sous produits et violent, on n'est pas sûr d'être le plus fort donc il ne faut pas... (...) Non, moi je dis que ma limite est atteinte et que maintenant, c'est fini. J'ai des gens qui reviennent : « Je ne veux plus vous suivre », alors ils essayent de parlementer mais j'ai décidé : « Non, je ne vais plus suivre. De toutes façons, ce n'est pas les médecins qui manquent » et puis voilà, c'est fini » (MG29).

L'acceptation de nouveaux patients est fonction du nombre de patients déjà suivis :

« Non, ça dépend du nombre de patients que j'ai... J'essaye de ne pas sélectionner (rires). Ils ont tous le droit à avoir un traitement. Non,

je ne fais pas de sélection, c'est le nombre de patients que j'ai qui fait que je dis : « Non »... » (MG11).

(4) Le refus ou la méfiance vis-à-vis des patients de « mauvais » médecins

Cette sélection est plus prégnante en Belgique, notamment dans le Hainaut qui a connu l'inculpation de plusieurs « gros » prescripteurs réputés pour leurs pratiques « peu cadrées ». Ainsi, ce médecin nous confie :

« En fait, c'est quand il y a eu l'histoire du Dr Z, j'ai été obligé de jouer cette carte-là [du refus de ces patients] parce que si je m'étais écouté quand le Dr Z a été en taule, j'en aurais 300 [patients] maintenant » (MG16).

Lorsqu'un patient se présente comme un ancien patient de ce Dr Z, ce médecin vérifie ses sources :

« L'avantage aussi de l'anamnèse systématique, quand quelqu'un vient, particulièrement de Dr Z... mais systématiquement, je lui demande le dernier pharmacien qu'il a vu et je téléphone » (MG16).

« Je mets des limites au nombre de nouveaux qui arrivent. Et c'est vrai que chaque fois que le Dr X ou Y ont des problèmes qui en avaient des centaines [d'usagers de drogues dans leur patientèle] et chaque fois qu'ils arrêtaient, il y en a [des patients] qui cherchaient désespérément à gauche ou droite, mais alors là, c'est beaucoup à la fois. Moi, je ne sais pas prendre 10 ou 15 nouveaux patients sur une semaine de temps, ce n'est pas possible. Donc automatiquement, je mets des limites au nombre de nouveaux... Je ne mets pas un quota pour la quantité totale, mais je vois un peu dans la semaine ou les quinze jours qui viennent le temps que j'ai pour en prendre... Au fond, c'est ça la limite (...) Je choisis des gens qui habitent tout près. C'est généralement les patients qui habitent le plus loin que je vais proposer d'aller chercher ailleurs » (MG24).

« A un moment, quand le Dr Z a arrêté [son activité], il y a eu énormément de patients justement qui ont cherché un médecin, mais je n'ai pas voulu prendre, j'ai refusé parce que ce n'était pas possible d'encadrer des patients qu'on voyait comme ça une fois tous les mois, qui avaient des bouteilles [de sirop de méthadone] d'un mois. Moi, je n'ai jamais accepté ça » (MG11).

La question de la réputation est au cœur de cette sélection des patients. Cette réputation est fonction des dires des patients, mais également de rumeurs ou encore de sanctions attribuées par les instances ordinales ou judiciaires.

Quelques médecins cumulent ces critères de sélection, d'autres s'attachent à l'un ou l'autre. Les premiers se disent les plus « stricts », « rigides », « cadrés ». Chacun à leur

manière, de par la définition de différents critères de sélection, ces médecins recherchent une certaine autonomie vis-à-vis des patients en voulant rester « maître du jeu » et définir les « bons » patients. Le recours à ces critères de sélection permet de conserver une maîtrise sur la pratique. Ces médecins tentent ainsi de se protéger contre des dérives possibles, des risques liés à cette pratique. Ainsi, ces conditions sont directement en lien avec la question de l'incertitude et de la confiance en ces patients. Il s'agit, par l'imposition de ces règles, de « ne garder que les patients qui veulent se soigner », de sélectionner ceux qui leur semblent être les « bons » patients : « Je ne garde que les bons éléments qui sont susceptibles de vouloir se soigner » (MG49). Il s'agit également de prendre en charge de façon « prudente » et « réservée » afin de ne pas créer de demande injustifiée chez le patient. Derrière ce positionnement se cache la volonté de ne pas rendre le patient dépendant du médecin prescripteur. Ces médecins font preuve d'une forte volonté d'éduquer le patient et de le responsabiliser, le responsabiliser vis-à-vis de son corps, de sa prise en charge, de sa santé. Cette responsabilisation va de pair, pour eux, avec une sortie de la toxicomanie. L'attitude des médecins face à des patients qui ne prennent pas cette responsabilité et qui « ne jouent pas le jeu » peut conduire à des pratiques qui relèvent clairement de la « sanction ».

#### *Un patient difficile ?*

Bien que l'usager de drogues ne soit pas tout à fait « un patient comme les autres », ces médecins le définissent plutôt comme un « patient difficile » qu'en des termes péjoratifs tels les médecins du profil précédent : « C'est vrai qu'ils sont là, ils font un scandale... il y en a qui sont pénibles. Ce n'est pas une clientèle facile de toute façon. Ils sont très demandeurs, ils mentent, ils sont manipulateurs, grands menteurs et donc il faut savoir fonctionner avec eux » (MG34). Ils insistent sur une souffrance, un mal être,... des éléments qui leur permettent de les définir en termes médicaux et de les inclure dans leurs pratiques.

Ils établissent bien souvent un parallèle entre les alcooliques et les usagers de drogues qui les consultent :

« Pour moi, un usager de drogues, c'est quelqu'un qui est en difficulté... comme les autres patients... quelqu'un qui a des problèmes avec l'alcool, c'est aussi compliqué » (MG29).

« Pour moi, c'est moins difficile qu'un alcoolique parce qu'un alcoolique, on n'a pas de produit de substitution tandis que pour les

héroïnomanes, on a deux produits de substitution et ça aide quand même bien ». Selon eux, la plupart des médecins suivent des alcooliques, ils ne voient donc pas pourquoi ils refuseraient de prendre un usager de drogues en charge : « Bah les toxicomanes... moi je dis que les alcooliques, c'est pas mieux (rires) » (MG24).

Cette comparaison permet aux médecins acceptant les usagers de drogues sous condition de rendre compte du « niveau de difficulté » de prendre en charge ces pathologies, mais également d'insister sur le fait que ce sont des patients que tout médecin est amené à côtoyer et à prendre en charge avec les outils dont il dispose.

#### *Rapport aux normes et à l'autonomie professionnelle*

Leur positionnement par rapport aux normes et leur définition de l'autonomie professionnelle divergent. Nous pouvons distinguer deux profils de médecins : du travail en réseau à la pratique en solo.

#### *L'autorégulation comme principe*

Il s'agit de prendre en charge de façon « responsable », « réfléchi » et « sensée » pour être en accord notamment avec les bonnes pratiques cliniques ainsi qu'avec celles des confrères. Ces médecins souhaitent respecter les règles de prescription standardisées et validées dans un contexte d'incertitude. Comme nous le notions, certains de ces médecins se sont trouvés « contraints » à accompagner ces patients, de par leur lieu d'exercice ou de par les sollicitations de patients proches géographiquement et/ou relationnellement. Ils ont accepté les suivis mais ils souhaitent réduire les risques de cette pratique. Ils suivent donc à la lettre les guidelines, les recommandations, les conférences de consensus et les diverses réglementations.

Le « travail en réseau » caractérise le mode de prise en charge de quelques-uns. Ils participent aux intervisions et sont bien souvent membres d'un réseau spécialisé. Ces médecins travaillent souvent avec un seul centre ou un seul confrère. Il n'y a pas de réelles diversités dans les relais, il s'agit principalement de contacts avec des personnes bien précises. Ces réseaux sont donc fonction des relations interpersonnelles du médecin.

Selon eux, il est impensable de travailler seul :

« Je suis contre le fait que le médecin généraliste soit isolé. Et les mecs qui se sont laissés emporter dans des spirales infernales, sont des gens qui se pensent omnipotents, qui ne sont pas obligatoirement



formés et qui pensent vraiment tout savoir, tout connaître et tout gérer » (MG39).

Il y a nécessité de s'intégrer dans un réseau en participant aux interventions et, en cas de souci, de s'appuyer sur l'équipe d'un centre. Le réseau permet aussi de s'assurer une porte de sortie avec une connaissance du relais.

Leurs pratiques sont directement inspirées des recommandations médicales « pour que la prise en charge soit bonne et pour éviter les dérapages, il vaut mieux obtenir de ce patient qu'il aille chercher chaque jour son Subutex® à la pharmacie parce que quand on leur en donne directement pour 14 jours, on n'est jamais sûr qu'ils ne vont pas en vendre, qu'ils vont en prêter à quelqu'un » (MG49). Ce médecin français suit donc les recommandations à la lettre : « Je prescris pour deux semaines, en prise quotidienne à la pharmacie ».

Ils insistent donc sur l'importance de ne pas pratiquer seul et prônent une certaine autorégulation par les pairs. Ils ne recherchent pas l'autonomie absolue vis-à-vis des confrères, mais sont à la recherche d'une collégialité qu'ils définissent comme une « protection » vis-à-vis d'une pratique incertaine, bien que cadrée : « [Ca m'apporte] une petite assurance quand même. On est quand même dans des produits compliqués... et par rapport à la loi, une assurance dans mon travail » (MG24).

Le réseau est donc le lieu de discussion des « bonnes pratiques » : « Moi, je fonctionne comme ça, je le dis au réseau pour savoir ce qu'en pensent les collègues parce qu'on est souvent seul quand même dans son cabinet. Si on n'y va pas dans ces réseaux-là, moi, je peux vous dire qu'on peut faire 10 ans sans non seulement changer son comportement, mais 10 ans sans savoir si ce qu'on est fait est bon ou pas... » (MG34).

Les médecins français acceptant les usagers de drogues sous condition sont d'ailleurs opposés à la primo-prescription de méthadone en médecine de ville :

« Je suis contre. Je pense que ça doit être fait à l'hôpital. C'est plus délicat. (...) Je pense que c'est plus fort la méthadone. Donc je pense que c'est mieux qu'ils l'initialisent à l'hôpital peut-être en plus court parce que là, pour l'instant, je pense qu'il leur faut un mois... pendant un mois, ils les font venir tous les jours. Je pense qu'il faut continuer dans ces démarches-là parce que les jeunes sont plus impressionnés par l'hôpital. Le fait d'aller dans une structure comme ça, attendre son tour, ils sont vus par plusieurs médecins, ils sont reçus par un staff, ça les impressionne et ils se rendent compte que finalement, ce n'est

pas... Je leur dis que c'est une chance de pouvoir être suivi comme ça en méthadone. Donc ils en sont conscients et ça aide quelque part. Alors que nous [médecins généralistes], on a moins de poids. Ils nous mentent plus facilement. Ah oui, là, ils n'osent pas. Il faut continuer comme ça pour la méthadone... même pour le Subutex®, on aurait dû faire comme ça, mais bon... Ca aurait été plus sérieux plutôt que de laisser des médecins qui au départ ne connaissaient rien à la question. On n'a pas été formé... et qui, d'autre part, avant même d'avoir eu le temps de se former, ils ont prescrit presque sans savoir. On s'est lancé. On a lu des choses, moi j'ai lu des choses, mais bon je n'avais pas de recul » (MG34).

Ils utilisent les guidelines et autres recommandations dans le but de réduire les risques de l'activité. Les guidelines sont donc instrumentalisés, utilisés comme garde-fous dans la pratique. Ce sont des défenseurs des guides de bonne pratique et ils adhèrent à leurs objectifs. « The purpose of EBM [Evidence-Based Medicine] and practice guidelines is to provide a stronger scientific foundation for clinical work, to achieve consistency, efficiency, effectiveness, quality, and safety in medical care » (Timmermans et Mauck, 2005, 19).

Pour eux, « standards are seen as a panacea for the problems of rising costs, inequity, and variability plaguing the health care field. For this group [EBM's supporters], the promised benefits of EBM are self-evident: It ties clinical practices to scientific standards of evidence, thereby providing a means of measuring the efficacy of those practices. (...) EBM promises to create better-informed patients and clinicians by offering collectively agreed-upon and publicly available information about treatment options. Guidelines also provide a strategic advantage by empowering clinicians to counter managerial decisions to alter their practices that may not be in patient's best interest. (...) Finally, EBM should provide a scientific basis for the construction of public policy » (Timmermans et Mauck, 2005, 20-21).

Pour eux, les guidelines sont une manière de gérer les incertitudes et les risques inhérents à cette pratique avec les usagers de drogues. Mais de manière plus large, la pratique médicale doit être cadrée par la profession médicale. La définition des pratiques est sous-tendue par la norme implicite du « bon patient », idéalement obéissant et soumis, se remettant dans les mains du praticien.

Ce qui est central, c'est que ce soit la profession elle-même qui définit et évalue les connaissances techniques nécessaires à l'activité (Freidson, 1984). Ainsi, « proponents

of EBM view practice guidelines as a solution to the persistent problem of practice variation that is attributable to clinical uncertainty. How can a profession maintain its special occupational status if practice varies seemingly randomly? From this perspective, constructing scientifically optimal clinical practice guidelines by clinicians for clinicians is necessary for the credibility of medicine, because a specialized knowledge base forms the core of professionalism » (Timmermans et Mauck, 2005, 21).

### *La pratique en solo*

La majorité prône l'application des recommandations et s'y conforme, nous l'avons souligné. D'autres, par contre, revendiquent une autonomie dans le travail et sont opposés aux réunions de réseaux. Ainsi, ils préfèrent travailler seuls avec leurs patients et ne souhaitent pas s'investir dans des réunions thématiques sur la toxicomanie. L'investissement demandé leur paraît démesuré par rapport au faible nombre de patients qu'ils traitent :

« J'ai une dizaine de patients. Ce n'est quand même pas énorme pour avoir des recyclages pour dix patients... Prescrire de la méthadone, ce n'est quand même pas si compliqué » (MG15).

« Maintenant, je travaille un peu sur mes acquis. Peut-être qu'il faudrait que je les remette à niveau. La méthadone, c'est comme certains médicaments, on travaille un peu au feeling en jouant un peu avec les doses. Ce n'est pas très compliqué » (MG24).

Cette attitude est typique de l'échantillon belge. Les médecins belges semblent en effet moins « stricts ». Ils n'établissent pas de contrat, ni d'analyse. Ils préfèrent travailler seuls avec leurs patients et ne souhaitent pas s'investir dans des réunions thématiques sur la toxicomanie. Ce qui les distingue de leurs confrères français, c'est notamment leur réticence vis-à-vis de l'exigence d'assurer un suivi psychosocial. Les pratiques diffèrent également quelque peu entre les deux territoires en termes de file active. Il semble en effet que quelques médecins belges aient des files actives plus importantes, (chez trois d'entre eux, jusqu'à une cinquantaine de patients). Leurs revendications à l'autonomie est à mettre en lien avec le récent cadre légal encadrant les traitements de substitution. Ils veulent résister à cette intrusion du judiciaire dans le domaine médical. Ils semblent toutefois méconnaître le cadre légal quant à la prescription aux usagers de drogues : « Je n'ai pas le temps de lire les lois... Je n'ai pas envie et je n'ai pas le temps. Ce n'est pas mon domaine, la loi ». Cette méconnaissance tient au fait qu'ils sont convaincus que leurs pratiques ne relèvent pas du judiciaire.

\*

A l'analyse de ces pratiques, ce profil de médecins acceptant les usagers de drogues sous condition est à mettre en relation avec le *paternalistic model* ou du *parental model* décrit par Emanuel et Emanuel. « In this model, the physician-patient interaction ensures that patients receive the interventions that best promote their health and well-being. (...) The physician presents the patient with selected information that will encourage the patient to consent to the intervention the physician considers best. (...) In the paternalistic model, the physician acts as the patient's guardian, articulating and implementing what is best for the patient. As such, the physician has obligations, including that of placing the patient's interest above his or her own and soliciting the views of other when lacking adequate knowledge. The conception of patient autonomy is patient assent, either at the time or later, to the physician's determinations of what is best » (Emanuel et Emanuel, 1992, 2221). Dans ce modèle idéal-typique, l'obligation du médecin est de promouvoir le bien-être du patient indépendamment des préférences du patient. Le médecin se donne pour rôle celui de *guardian* (Emanuel et Emanuel, 1992, 2222).

Ces médecins acceptent donc le suivi des usagers de drogues sous conditions. « La relation malade-médecin est une relation inégale présentant un praticien détenteur d'un savoir scientifique et un profane en position de faiblesse. Cette structure inégalitaire semble difficilement dépassable et a permis de justifier une doctrine traditionnelle : le paternalisme médical qui fait dépendre la guérison d'une remise de soi absolue du malade au médecin » (Routelous, 2006). Toutefois, nous constatons une hétérogénéité des critères de sélection (proximité, compliance, nombre de patients, réputation du confrère adresseur). Cette hétérogénéité se marque également dans les pratiques mises en œuvre ainsi que dans le rapport que ces médecins entretiennent avec les normes.

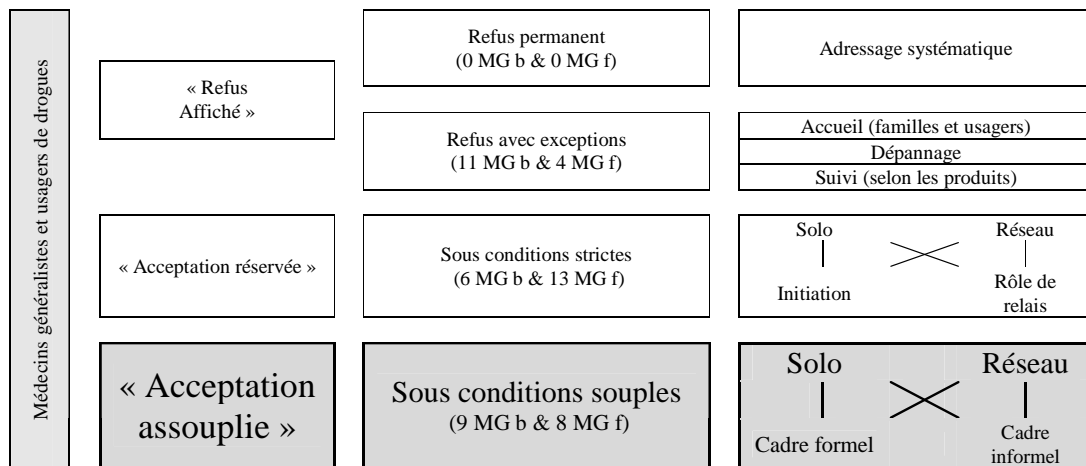
Cette hétérogénéité contrebalance l'importance unanime accordée au cadre, l'importance de fixer des limites pour réduire les risques et éviter les dérives. Pour justifier cette importance du cadre, la plupart des médecins évoquent les ennuis judiciaires ou les sanctions ordinales de confrères qu'ils ne connaissent pas directement, mais par le biais de rumeurs ou de la presse. L'influence des confrères se marque principalement par le fait de refuser « les anciens patients du Dr X » rendant compte de l'influence de la réputation.

L'argumentaire de ces médecins repose sur une définition de la médecine générale comme une profession n'excluant aucun patient... dans certaines mesures. Ainsi, de par le « cadre » qu'ils posent, ils ne conservent que des patients « haut de gamme ». Pourrait-on parler d'une élite « cadrée » pour l'élite des patients ?

Les femmes de ce profil ont été influencées par des confrères de la même promotion, pionniers de la réduction des risques, ou par une sensibilisation via un usager de drogues, membre de leur entourage proche. Cette sensibilisation et cette connaissance plus fine de la problématique leur ont permis de dépasser les préjugés de leurs confrères du profil précédent, tout en souhaitant maîtriser l'échange. D'autant plus qu'elles considèrent qu'être une femme prenant en charge cette problématique est plus risqué que pour leurs confrères.

### 2.3. « Oui, il faut être pragmatique ! » : l'acceptation assouplie

« Des fois les règles je ne les respecte pas du tout, mais moi ce que je fais, je l'assume complètement » (MG33)



Neufs médecins belges et huit français correspondent à ce profil<sup>231</sup>, dont deux médecins de l'échantillon féminin français (2 femmes sur 7) et aucun médecin femme belge. La moyenne d'âge est de 54 ans pour les Belges (on y retrouve deux des médecins les plus âgés) et de 51 ans pour les Français.

<sup>231</sup> MG 4, 7, 14, 18, 19, 20, 21, 25, 26, 28, 33, 36, 40, 41, 42, 43, 50.

Les militants et pionniers de la première heure, à la base des premières formations ou de la constitution de réseaux spécialisés, composent en partie ce profil. Partant d'un sentiment d'impuissance face à des patients en souffrance, en demande d'aide, ils se sont investis dès la fin des années 1980-90 dans cette pratique, tout d'abord auprès de patients « locorégionaux » puis en recevant de nombreux patients plus éloignés géographiquement. Leur objectif de départ, à la fin des années 1980, est de « réveiller les confrères » qui ignorent la problématique. Ils occupent, pour certains à l'heure actuelle, une place de leader dans le champ. On retrouve également des confrères des mêmes promotions que ces derniers qui se sont « laissés entraîner dans l'aventure ». L'ensemble de ces médecins a une « carrière longue et importante » dans la problématique. Le plus ancien français dit avoir accompagné entre 200 et 300 patients, un autre médecin belge se présente comme l'un des plus gros prescripteurs de traitements, ayant accompagné plus de 600 patients. Parmi ces médecins se trouvent ceux de l'échantillon qui ont été le plus inquiétés par la justice ou les instances ordinaires, certains ayant été acquittés, d'autres condamnés voire incarcérés.

*« Il n'y a aucune raison de refuser »*

Selon ces médecins, « il n'y a aucune raison de refuser » de prendre en charge les usagers de drogues, s'inscrivant dans une logique de « devoir de soins ». Le généraliste serait « armé » pour ces problématiques. Ils revendiquent une expérience en la matière liée aux années de pratique ainsi qu'au nombre de patients pris en charge. Ils ne se présentent pas comme des spécialistes, quelques-uns toutefois soulignent leur expérience sans employer le terme « spécialiste » :

« En gros, je ne suis pas un spécialiste mais j'ai quand même une relative expérience. Je sais faire, c'est tout » (MG4).

*Des critères souples*

Ils ne se fixent pas de critère de sélection en tant que tel. Aucun ne se fixe un nombre maximum de patients usagers de drogues à suivre, ils disent d'ailleurs éprouver des difficultés à les refuser : « Ca devient de plus en plus difficile de diminuer ». Sur quels critères se baser ?

« Mais il faut savoir que pour dire non, vous en avez pour un quart d'heure, vingt minutes facilement, avec les autres qui attendent dans la salle d'attente (rires)... les autres patients et les autres toxicomanes. (...) Ils ne font pas pression, mais ils sont pressés d'être vus, etc. Et puis quelquefois, s'il y en a un qui amène un nouveau, alors je lui dis

oui à lui parce que lui, il est déjà inscrit et je dois dire non à l'autre, donc ce n'est pas toujours évident » (MG20).

« Il est difficile de refuser. (...) Il faut pouvoir les aider ». « On a du mal de se limiter. Quand on se dit qu'on veut les aider, on veut leur rendre service, on veut arriver à quelque chose. Ce sont des gens qui travaillent, qui ont des problèmes... ou ils ont des enfants ... Est-ce qu'il faut les rejeter ? Ce n'est pas facile » (MG25).

« On s'est retrouvé un peu expert là-dedans (...) on est tous complet » (MG19).

L'argument financier est brièvement évoqué comme une motivation bien qu'il soit rapidement relativisé en raison d'un nombre non négligeable de patients qui ne règle pas la consultation :

« Pfff... ça joue en partie, oui. Mais j'ai quand même pas mal de patients qui ne me payent pas, ce n'est pas pour ça que je les mets dehors » (MG4). « Non. On ne va pas cracher sur l'argent qu'on nous donne mais... je pense que l'argument y soit, oui peut-être oui... mais enfin, un chirurgien qui demande des suppléments parce qu'il opère, etc. Ça joue aussi. On ne va pas dire que non, ça joue quand même. S'il y en avait aucun qui me payait, je crois que... (rires) » (MG33).

« S'ils ont la CMU, il n'y a aucun problème. S'ils bénéficient de l'exonération de ticket modérateur parce qu'il a une pathologie sévère, il n'y a aucun problème... S'ils travaillent, ils paient. Le problème, ce sont ceux qui ne travaillent pas, qui n'ont pas le CMU, qui n'ont pas de sous... alors soit je fais gratuit parce que je les connais ; soit je fais ce qu'on appelle un tiers payant. Voilà, et puis ils ne paient pas, ils ne paient pas. Je n'ai jamais arrêté un traitement pour problème d'argent, jamais... » (MG41).

Tous comme leurs confrères, ils évoquent le cadre de la pratique, mais s'opposent à l'imposition d'un « cadre strict » qu'ils considèrent comme voué à l'échec. Ils disent d'ailleurs « ne pas être policier ».

« Je pense que se donner beaucoup de mal, ça ne va pas changer grand-chose. (...) Il [le patient] arrive, il a son ordonnance, et bien voilà, je ne discute pas des heures » (MG33).

Une différence se marque dans la présentation du « cadre » de pratique. Pour certains, prescrire à la première rencontre ou assouplir les règles ne signifie pas qu'il n'y ait pas de « cadre ». Selon eux, le médecin doit « rester ferme » et « se comporter en médecin et non pas en valet du toxicomane ». Ils insistent sur le respect des rendez-vous et sur la régularité des visites. Leur objectif est de resocialiser le patient, de réduire sa souffrance et celle de son entourage.

« Ils ont des heures pour arriver, ils viennent dans ces heures-là, il n'y a aucun problème. Ils viennent en-dehors des heures, il y a un problème. C'est aussi une des manières de les responsabiliser et de ne pas faire des horaires à la carte parce que si je veux, il y en a certains qui arrivent à n'importe quelle heure, n'importe quel jour et n'importe comment... Donc moi, je dis : « Non, ça, pas question. Tu viens quand je suis là et quand je décide que je suis là »... Oui, il y a des exceptions, si on me téléphone suffisamment longtemps à l'avance, comme pour n'importe qui d'autre. Il y a des rendez-vous, ça, sans problème... mais il ne faut pas... se pointer aujourd'hui à deux heures parce qu'on a envie de passer aujourd'hui à deux heures. Si je dis oui, ça oui mais si je ne suis pas au courant, c'est non... même si je suis là... » (MG14).

D'autres, par contre, mettent en place une pratique assez souple notamment au point de vue des heures de rendez-vous. Lorsqu'un patient se présente chez eux hors de consultations : « si je suis là, je les vois et si je ne suis pas là, on essaye de se débrouiller » (MG20). Leur optique est celle de prendre le patient au moment où il se présente.

« Parfois, avec la pharmacienne, ce qu'on fait quand je ne suis pas là, elle avance des gélules... pas à tout le monde d'ailleurs... mais elle avance 7 ou 8 jours et le patient revient et je represcris les gélules. Légalement, on ne peut pas faire ça » (MG4).

Ils accordent une importance relative aux dosages comparativement aux confrères des autres profils, c'est-à-dire qu'ils ne se donnent pas de dose maximale à prescrire, tout dépend du patient et de la situation. Toutefois, un désaccord se marque au niveau de la destination du traitement. Certains médecins guettent les détournements, les chevauchements et les sanctionnent ; d'autres les envisagent sous un angle différent :

« Je suis certain que dans mes patients, il y en a certainement l'un ou l'autre qui deale. Ca, c'est certain. Forcément. Et qui revend la méthadone que je lui prescris... oui. Ca ne me dérange pas trop qu'ils revendent de la méthadone parce que soyons sérieux, un toxicomane à l'héroïne, s'il prend de la méthadone quand il n'a pas d'héroïne, et bien il paye sa méthadone. S'il a vraiment beaucoup de sous, il va acheter de l'héroïne, il ne va pas acheter de la méthadone au marché noir. Il y en a qui se dépannent les uns les autres, ce qui complique d'ailleurs le suivi du traitement parce que vous comptez... (...) Ca complique évidemment les traitements, ça c'est sûr. Bon il faut jouer un peu avec » (MG20).

Outre venir en aide aux patients, ils visent notamment à réduire le trafic d'héroïne :

« Ce qu'il faut, c'est casser le marché. Il faut quand même bien se rendre compte que c'est le deuxième marché économique mondial après les pétrodollars... Je trouve qu'on doit, en tant que citoyen, essayer de casser le marché de la toxicomanie, ne fut-ce qu'en cassant les prix. Et quelque part... je me dis parfois que le toxicomane qui me



trompe... c'est toujours ça de pris sur le marché, c'est-à-dire... malheureusement s'il utilise l'héroïne et la méthadone en parallèle... quelque part, c'est toujours autant de doses d'héroïne qu'il n'achètera pas... » (MG50).

La question de la normalisation des malades chroniques, évoquée plus haut, est donc au centre des pratiques de ces médecins. L'autonomie du patient est ici au cœur de leurs démarches. Ces médecins considèrent quelque part ces patients comme des « autosoignants », soit le malade qui « cesse d'être 'soigné' pour devenir un 'soignant' : soignant de lui-même, 'autosoignant' » (Herzlich et Pierret, 1984, 261). L'autosoignant, pour Herzlich et Pierret, renvoie à celui qui « par sa conduite, affirme son droit à tenir sur son corps malade un discours spécifique et proclame l'efficacité de la prise en charge autonome de son état » (Herzlich et Pierret, 1984, 265). Ces patients revendiquent une autonomie que les médecins de ce profil acceptent, voire revendiquent. Cette autonomie peut prendre des formes diversifiées allant de l'appropriation du savoir médical comme ressource face à l'incertitude, de la maîtrise technique d'un traitement sophistiqué, du refus du contrôle médical a posteriori, mais aussi de la « non compliance » argumentée (Conrad, 1985). L'autosoignant est défini comme un patient qui a conquis une certaine autonomie vis-à-vis de l'autorité médicale. Il renvoie notamment aux situations de patients atteints de maladies chroniques qui sont amenés à réaliser davantage les actes médicaux nécessaires à leur traitement. Au regard de notre objet, l'autosoignant peut être considéré comme l'utilisateur qui fait lui-même le choix de son traitement, le teste dans un cadre non médical au départ et conserve, pour certains, des habitudes de non compliance et une gestion personnelle du traitement, définissant les prises, les quantités,...

Ces médecins ne sont pas dans une optique de diminution rapide du traitement, ni dans le sevrage à tout prix. Ils envisagent que quelques patients soient « des substitués à vie », mais ils insistent sur la rareté de ces cas :

« Mon seul intérêt est qu'il ne consomme plus. Moi, ce que je veux, c'est zéro consommation. Je préfère qu'ils prennent toujours leurs 8 milligrammes de Subutex® plutôt que de leur imposer de baisser. Je préfère qu'ils prennent leur Subutex®, c'est une assurance tout risque » (MG 50).

« Je me suis rendu compte qu'il était illusoire de baisser la dose de Subutex® chez la plupart de ces personnes... je n'ai pas compris pourquoi, mais curieusement le fait de baisser un peu leur apparaît comme impossible... et si on réduit, ils reviendront plus vite et donc il

y aura un chevauchement d'ordonnance. Je suis dans l'idée qu'il faut donner la même dose tant que la personne n'exprime pas le désir de baisser, ce qui arrive parfois » (MG43).

### *Un malade chronique*

Ces médecins considèrent l'usage de drogues comme une « maladie chronique » plaçant au cœur de leur pratique l'expérience subjective du patient :

« C'est vraiment comme si j'avais un diabétique devant moi. C'est réellement la même démarche » (MG43).

« Je n'ai pas plus de difficultés avec un toxicomane qu'avec un diabétique. Quoi avec les diabétiques, ils n'ont pas des difficultés les médecins ? Si, c'est phénoménal. Ce n'est pas gratifiant du tout de soigner un diabétique de type 2, un obèse parce qu'il ne suit jamais son régime, il vous ment à longueur de journée... plus que certains toxicomanes qui vous disent : « Docteur, j'ai épuisé mon traitement plus tôt que prévu et j'ai pris de l'héroïne ». Voilà, ils vous le disent à partir du moment où il y a une relation établie » (MG14).

De cette comparaison découle que « cette prescription s'est complètement banalisée » dans leurs pratiques.

« J'ai toujours trouvé que c'était comme une autre maladie, que ce n'était pas un vice, ce n'était pas une tare, c'était un problème qui était propre à un patient qui souffre et qu'il fallait le soulager de toute façon » (MG28).

« Ce sont des patients normaux, sauf qu'ils ont un problème chronique comme un hypertendu, comme un diabétique, comme un dépressif, mais c'est des patients normaux » (MG41).

Certains considèrent la toxicomanie comme une « maladie chronique ». En opposition à une maladie aiguë présentant un début, un déroulement et une fin débouchant sur la guérison ou sur la mort, la maladie est dite chronique « dans le sens où elle va durer aussi longtemps que la vie de la personne » (Carricaburu et Ménoret, 2004, 93). La grande diversité de ces maladies chroniques dans une société où l'espérance de vie ne cesse de croître, constitue un enjeu capital tant du point de vue médical, que du point de vue économique et social. Nous parlons ici de maladie chronique, au moins au sens sociologique du terme, sachant que médicalement cela peut être sujet à discussion.

Lorsque la question des détournements de traitement ou de la non compliance des patients est abordée, ces médecins les comparent à leurs autres patients :

« [Certains médecins parlent des usagers de drogues] comme si c'est des patients à part. C'est vrai que c'est un peu des patients à part, mais je crois qu'on s'en sort que si on essaye de les considérer, si on voit ça d'une manière médicale quand même... Or, j'ai des patients qui ne se soignent pas bien non plus pour autre chose, ce n'est pas pour ça que [je les mets dehors] Et si vous avez une mauvaise prise de sang et que je vous demande d'aller chez le cardiologue... est-ce que la fois suivante, je vous fous dehors parce que vous n'y êtes pas allé ? Alors, c'est retomber dans le fait de différencier les patients... » (MG50).

Ils présentent l'usager de drogues comme un « patient à part entière », « des gens qui peuvent vivre et on les laisse crever là », « des naufragés ». C'est pourquoi ils prescrivent à la première consultation après avoir ou non réalisé de test d'urine :

« Moi, quand un patient rentre, il sort avec sa méthadone. Point. Il n'y a pas de raison d'attendre, aucune » (MG25). Selon eux, « aucun médecin ne guérit un toxicomane. Personne ne guérit le toxicomane. C'est le toxicomane qui, à un moment donné, se sent mieux, trouve autre chose dans la vie, etc. et arrête, sort du circuit » (MG25).

Ces médecins prescrivent immédiatement à la première consultation pour « éviter le manque » et permettre à l'usager d'entrer dans une logique de soins :

« Logiquement, quand une personne prétend avoir besoin d'un traitement de substitution, il faut effectivement faire un contrôle des urines immédiat... mais encore faut-il qu'elle le fasse. Est-ce que dans ce cas-là, il faut dire : « Revenez avec une analyse positive »... bien souvent, on s'en tient avec l'idée qu'on veut bien le croire... et donc on prescrit » (MG41).

Ces prescriptions « systématiques » sont toutefois réalisées de façon à ce que le patient ne puisse trafiquer son ordonnance, comme nous l'explique ce médecin belge :

« Alors j'ai une particularité, je fais les ordonnances de façon spéciale. Je fais des ordonnances... que ce soit sirop ou gélules, c'est de la même façon. Je mets chlorhydrate de méthadone, la quantité totale. Je mets du carboxyle éthyle cellulose, il paraît que maintenant il faudra mettre autre chose, mais enfin, on ne sait pas encore très bien. La quantité de carboxyle pour faire autant de gélules à autant. Ce qui fait qu'une fois que j'ai noté tout ça, pour aller me trafiquer mon ordonnance, ce n'est pratiquement pas possible. Parce que j'ai des confrères qui font des ordonnances de ce style : chlorhydrate de méthadone 60 milligrammes pour faire une gélule, dt 10... mais il n'y a rien qui ne vous empêche de remettre un chiffre ici, de remettre un chiffre là. Il y a peu de détournement mais enfin, ça arrive » (MG20).

Pour ces médecins, la démarche du patient de consulter est motivée par une souffrance et face à cette souffrance, le patient vient demander réparation. Leur logique correspond à montrer leur compassion, leur humanisme et reconnaître la légitimité du

recours aux soins. Prescrire permet au médecin de « soulager les symptômes » et de « répondre à la demande du patient ». La prescription est assimilée au témoignage de respect du patient. En prescrivant, le médecin reconnaît également la légitimité de la démarche du patient, ce qui permet, par la suite, de le fidéliser.

Contrairement à leurs confrères, ils utilisent rarement d'adjectifs péjoratifs pour décrire l'usager de drogues : « une personne qui au départ a un problème psychologique et social qui l'a conduit à faire usage de drogues ». Ils n'ont toutefois pas une vision homogène des usagers de drogues. Bien souvent, ils établissent des distinctions entre différents types d'usagers : celui « qui se moque du monde... qui se sert des médecins pour obtenir ce qui ne faut pas... », celui « qui veut vraiment guérir », ou encore celui « qui est en phase d'alternance entre la consommation et la non-consommation... ». Ils émettent des réserves quant au suivi de ces premiers usagers bien qu'ils ne refusent aucun patient de prime abord.

#### *L'autonomie à tout prix ?*

Dans l'ensemble, ces médecins prônant le pragmatisme s'opposent aux « bonnes pratiques » et à une imposition de normes de prescription. Ils prônent la négociation avec le patient. Certains ne souhaitent pas remettre leurs pratiques en question personnellement ou en les confrontant à celles de confrères. Selon eux, leur « expérience » est suffisante pour leur servir de guide.

Ces médecins sont opposés à l'imposition de bonnes pratiques. Ils sont d'ailleurs opposés à l'utilisation de guidelines. « In addition to the many scientific problems of creating sound guidelines when evidence is weak, they stress the destructive effects of standards at the local level. In an age of mandated cost control and resource limitation under managed care, this group tends to see medicine in traditional terms: It is a “craft” or an “art”, in which individual expertise and technique are allowed to shine through and ultimately result in a higher standard of patient care. (...) Instead of revolutionizing care, EBM therefore threatens to bring about stagnation and bland uniformity, derogatorily characterized as “cookbook medicine”. Ironically, EBM may also result in a lower standard of safety by deskilling practitioners. Instead of using clinical judgment, practitioners will be encouraged to follow protocols that treat all patients as essentially interchangeable » (Timmermans et Mauck, 2005, 21). Ces guidelines iraient, selon eux, à l'encontre de la liberté thérapeutique du médecin, de son autonomie. Les risques liés à

la standardisation des pratiques vont de pair avec leurs craintes que la loi ne vienne s’immiscer dans leurs pratiques. Ils tentent donc de lutter contre toute atteinte à leur autonomie professionnelle en prenant distance avec les recommandations ou avec la législation en vigueur. « Opponents [of EBM], however, are wary of the clinical transparency exposed by guidelines. They note that professions do not practice in isolation but are part of a system of countervailing powers (Light, 2000). They fear the emergence of third parties using guidelines against professionals’ interests. In this professional doomsday scenario, guidelines reinforced by financial or legal incentives might become coercive tools to change clinician’s behaviour, curtail treatment choice, limit practitioners’ autonomy, and further undermine public confidence. From this point of view, systematically publishing scientifically sound evaluations of clinical practice is similar to revealing professional trade secrets and may result in the further “deprofessionalization” of medicine » (Timmermans et Mauck, 2005, 21).

Ces opposants aux guidelines contestent le contrôle et l’évaluation de l’activité médicale par des non médecins. Ils soutiennent le concept d’autonomie tel que décrit par Freidson et revendiquent une autorégulation par les pairs, aussi relative que possible.

Toutefois, quelques médecins de ce profil sont membres de réseaux, d’autres pas. Les avis divergent à l’égard de ce dispositif.

Certains prônent le travail en solo, pouvant « se débrouiller seuls ». Ils ne s’inscrivent d’ailleurs pas dans une logique de réseau : « Je suis un grand garçon, je fais tout tout seul ». Ils revendiquent « une pratique indépendante ». Ainsi, « je n’ai pas de raisons d’en parler à qui que ce soit. Pour moi, un toxicomane, c’est un patient que je traite tout seul comme un grand, comme n’importe quel malade » (MG50). Le médecin serait suffisamment « armé » pour traiter cette problématique. Ils font toutefois appel à des spécialistes lorsqu’ils se sentent « dépassés » par la problématique du patient : « Je ne vais pas lui dire d’aller voir un centre dont on donne l’adresse. On peut tenter par soi-même de le prendre en charge, d’autant qu’on peut avoir de très bons résultats » (40). Ils orientent donc « en cas d’échec uniquement. Moi, je pense que le médecin généraliste peut parfaitement suffire normalement » (MG36).

D’autres cotisent à un réseau ou participent à quelques interventions, mais davantage par sympathie pour les personnes qui s’y impliquent que par conviction. Ils y participent également par « intérêt » et pour se couvrir en cas de pépin. Ainsi, les Belges qui

s'impliquent dans les réseaux le font moins par intérêt que par nécessité de se couvrir au regard de la loi :

« C'est parce qu'on est un peu imposé par le gouvernement... On devait faire partie d'un réseau, etc. donc c'est un peu en fonction de ça qu'on a été. Mais avant, on avait nos propres réunions... vraiment des interventions une fois tous les deux mois... mais finalement, on s'est aperçu qu'on n'était plus que deux ou trois à y aller. Donc c'est tombé à l'eau » (MG21).

Ils instrumentalisent le dispositif :

« Pour écouter les autres. (...) Pour pouvoir le dire quand ils me foutent en taule... Pour pouvoir le dire s'ils m'emmerdent, et dire : « Moi, j'y étais. D'ailleurs, j'ai signé toutes les feuilles » (MG25).

« Pour ne pas être seul. Comme ça si on a un problème, on voit un peu... On va là-bas pour ne pas être seul, c'est surtout pour ça. C'est une obligation aussi. C'est une obligation d'avoir des cours, de se recycler mais aussi pour ne pas être seul... » (MG19).

La plupart des médecins belges de ce profil approchent de près ou dépassent le nombre légal d'usagers de drogues admis par médecins, soit 150 patients :

« Ca me fait mal quand je dois leur dire non. Maintenant, il y a des mesures... on ne peut pas en prendre plus qu'autant, etc. On dépasse les normes, c'est vrai qu'on est dans l'illégalité... Bien souvent, s'ils peuvent, s'ils ne travaillent pas, je leur dis : « Allez dans un centre ». Ca, je les stimule à aller mais il y en a toujours l'un ou l'autre qui revient parce qu'il n'y a pas d'autre moyen (...) Il y a des transporteurs, j'ai des policiers, des agents de sécurité qui viennent. Ils sont toxicomanes mais ceux-là arrivent à s'en sortir de par leur profession, de par leur travail et tout... Je crois qu'il faut pouvoir les aider » (MG21).

On constate d'ailleurs une différence sur ce point. Les médecins français ont des files actives moins importantes, d'une vingtaine à une cinquantaine de patients. Nous pouvons formuler une hypothèse à cet égard : cette différence de file active serait due à une défection des médecins généralistes belges à prendre en charge cette problématique et un effet de bouche-à-oreille de patients qui sollicitent un nombre réduit de médecins hennuyers réputés pour ces pratiques.

« Il y a un confrère, je lui envoyais régulièrement des patients jusqu'au jour où quelqu'un est venu et il m'a dit que c'était lui qui me l'avait envoyé... alors je lui ai téléphoné et je lui ai dit : « C'est tout ? Tu es débordé ? » et il m'a dit : « Oui ». Donc je ne peux plus lui envoyer ».

« A Mons, c'est la même chose. En dépannage, ils acceptent encore bien mais... on est tous un peu complet. C'est ça le problème » (MG19).

« Je n'ai pas le cœur à arrêter le traitement parce qu'ils ne sauraient pas tellement où aller parfois... Et bon, j'intègre ça dans une médecine générale normale... Je ne vois pas pourquoi les médecins refusent parce que c'est quand même dommage. C'est ainsi qu'il y en a trop chez certains médecins » (MG21).

Ces médecins envisagent d'ailleurs avec inquiétude l'arrêt de leur activité ou celle d'un confrère prescripteur de méthadone :

« Si tout d'un coup, je ne travaille plus, qu'est-ce qu'il se passe ? Où ils vont ? Les autres sont déjà débordés. J'envisage avec inquiétude qu'un des médecins qui en a quand même un paquet, tout d'un coup, je ne sais pas, un accident ou une maladie... arrête ou soit arrêté... » (MG14).

Aucun ne reconnaît l'utilité thérapeutique d'un contrat. Certains refusent d'en réaliser:

« Il n'y a pas de contrat... Vous avez déjà signé un contrat avec votre médecin ? Pour quoi faire ? Pour quoi faire ? Qu'est-ce que je vais mettre dans le contrat ? » (MG50).

Pour d'autres, il s'agit davantage d'une pièce du dossier pour couvrir le patient ou se couvrir eux-mêmes en cas de contrôle :

« Il vaut peut-être mieux si j'ai des problèmes, que je puisse montrer quelque chose » (MG19).

« C'est uniquement pour montrer que j'ai dit quelque chose au patient. Eventuellement, le contrat peut leur être utile quand ils passent la frontière, etc. pour montrer qu'ils sont suivis. Ca a un intérêt. Mais le contrat entre le médecin et le patient, ce n'est pas le papier » (MG18).

Toutefois, certains d'entre eux remettent un document au patient en début de traitement pour le mettre en garde contre les dangers de la méthadone.

Cette logique de « couverture » peut également prendre la forme de la distribution d'un document à tout nouveau patient, le mettant en garde contre une mauvaise utilisation du traitement. Un médecin hennuyer distribue ainsi le document reproduit ci-dessous à tout nouveau patient qui se présente au cabinet pour un traitement méthadone. Sur ce document figure son adresse et son numéro de téléphone personnel (qui ont été supprimés dans un souci d'anonymat) permettant au patient d'avoir un contact rapide et direct avec ce médecin « en cas de pépin ».

## **Méthadone = Danger !!!**

**La métha** est un excellent remède mais une très mauvaise « dope » : **elle peut tuer**

### **Deux mots d'histoire**

La méthadone a été inventée pendant la seconde guerre mondiale par les Allemands parce qu'ils n'avaient plus le contrôle de la route de l'opium et ne pouvaient donc plus fabriquer de morphine pour leurs soldats blessés.

### **Dosage « normal »**

**Utilisée comme antidouleur**, la méthadone était prescrite **à la dose de dix à quinze mg par jour**, ce qui était largement suffisant pour un adulte.

### **Dosage dans le traitement de l'héroïnomanie**

Un héroïnomanie est un « **bizarre** » qui, parce qu'il a habitué son cerveau à l'héroïne, peut supporter des doses anormalement élevées de méthadone. **Il vous faut cependant et bien évidemment essayer de respecter les doses prescrites.**

## **Danger** de la métha **pour les non toxicomanes**

La méthadone peut déjà tuer, quoique exceptionnellement, une personne « non consommatrice d'héroïne » **à la dose de 50 mg** prise en une fois.

La méthadone prise à la dose de 1 mg par kilo (une personne de 80 kg qui prend 80 mg), **par quelqu'un qui ne consomme pas d'héroïne, tue souvent** (au moins une fois sur deux et beaucoup plus encore quand elle est associée à d'autres produits, particulièrement ceux qui « endorment le cerveau » : alcool, Rohypnol, Tranxène 50, Valium, Lexomyl, etc...)

**La méthadone à la dose de 2 mg par kg, prise par quelqu'un qui n'était pas consommateur d'héroïne, tue toujours.** (Une gélule de 120 mg, par ex., pourtant toute petite, et à l'air malheureusement inoffensif, tuera à coup sûr un jeune de 60 kg qui ne souhaite qu'une défonce ... sans se douter qu'il va en mourir ... sauf si on intervient très rapidement (hôpital).



## **Interruption et reprise de la méthadone** **par un héroïnomane = danger de mort**

Si vous avez arrêté toute prise de méthadone pendant quelque temps (vacances ou prison, par exemple), sachez que **vous pouvez mourir en reprenant d'emblée la dose de méthadone que vous preniez auparavant. Vous ne devez donc remonter que très progressivement votre dose.**

En pratique, si vous n'avez **plus de manque physique** (ce qui est la preuve que votre cerveau s'est déshabitué de l'héroïne) mais que vous avez **encore envie** de consommer, vous devez recommencer à vous soigner mais vous ne devez commencer la méthadone qu'à la dose de 20 mg le premier jour et remonter progressivement la dose de 20 mg tous les jours.

### **Danger de mort pour les enfants**

Nous avons dit que la méthadone pouvait tuer à la dose de 1 mg par kilo de poids. Il est donc évident qu'**un enfant qui avale une gélule ou un flacon de méthadone est en pratique toujours en danger de mort.** Si c'est le cas ou simplement si vous le soupçonnez, n'hésitez en aucun cas et partez immédiatement à l'hôpital avec l'enfant où on pourra le sauver si vous arrivez à temps.

Faites aussi très attention à l'endroit où vous rangez votre remède (toujours dans une armoire fermant à clé).

Enfin, sachez qu'il ne faut jamais mesurer une dose de méthadone dans un biberon. N'oubliez pas qu'une dose de méthadone de 3 mg peut déjà tuer un nouveau né.

**VOUS DEVEZ DONC ETRE TRES VIGILANT A L'USAGE QUE  
L'ON POURRAIT FAIRE DE VOTRE METHADONE.**

### *La négociation au cœur des pratiques*

Pour ces médecins, la négociation avec le patient s'impose et s'oppose donc à l'imposition, à la reddition ou encore à la persuasion, cette terminologie s'apparentant davantage à la description du modèle paternaliste et donc aux médecins imposant un « cadre strict ».

« On est très vite rentré dans cette médecine de dialogue et d'objectif à proposer au patient qu'il peut atteindre et tâtonner avec lui, chercher avec lui les solutions que lui peut mettre en place, et non pas celles que moi je voudrais qu'il mette en place » (MG36).

Ils défendent un aménagement de leurs pratiques. Des négociations autour des prescriptions sont courantes. Ce cadre allégé peut s'apparenter à une volonté de fidéliser

le patient ou de renforcer la crédibilité professionnelle. « La négociation participe de l'engagement du patient dans sa prise en charge, la contre partie est la prise de responsabilité du patient. (...) Le patient est amené à intervenir au cœur du processus thérapeutique, sans pour autant être celui qui dirige. La médecine contrôle les conditions de la prise en charge thérapeutique. Promouvoir l'autonomie de l'individu et valoriser sa capacité de raisonnement, n'exclut pas une certaine capacité de contrôle de la médecine. Il s'agit d'un côté de reconnaître aux individus la possibilité d'agir librement, et en particulier de choisir les risques qu'ils veulent courir, de l'autre il s'agit de produire des règles qui vont limiter cette liberté en tentant de faire respecter les exigences qui s'imposent médicalement. Ici, la norme n'est plus la culpabilité, mais la responsabilité et l'initiative, l'individu est sous le contrôle de lui-même, qu'il exerce en partie au regard de repères professionnels » (Routelous, 2006).

Les négociations, principalement françaises dont le cadre de prescription est plus contraignant, ont principalement trait aux durées de prescriptions notamment pour les personnes « insérées », des patients de longue date ou lors des périodes de vacances.

« Le fait qu'ils travaillent sous méthadone... Je ne vous cache pas que je pense que la règle des 14 jours est trop dure pour ces patients-là... C'est-à-dire que le type qui est bien équilibré depuis 2-3 ans et qui travaille à Valenciennes... je ne vais pas le faire venir tous les 14 jours. Je le vois tous les mois. Ce n'est pas officiel ce que je dis là, mais en pratique, il a 14 jours, mais la 2<sup>ème</sup> ordonnance est de 14 jours... Il a un acte gratuit et il le gère lui-même, c'est-à-dire qu'il le remet au pharmacien et le pharmacien doit délivrer 14 jours » (MG40).

En période de vacances, les dérogations sont parfois plus longues :

« Pendant les vacances, je fais encore plus. Pour le reste, je reste au mois, mais il m'est arrivé d'aller un peu plus parce que c'est les vacances ou parce qu'il est très bien et il a toujours bien géré. L'autre qui a perdu son ordonnance une fois, il n'aura que 14 jours à chaque fois » (42).

« J'ai un patient qui est parti en Algérie, il prend 60 ou 70 milligrammes, il ne part qu'un mois, j'ai mis 140 milligrammes pendant 14 jours et puis c'est bon. Non il fait être un peu pragmatique » (MG33).

« Les derniers [patients], j'ai monté la posologie... ils ne partent pas longtemps en vacances » (MG20).

Tant pour le Subutex® que pour la méthadone, ces médecins allègent les contraintes, prônant un certain pragmatisme :

« Le Subutex®, j'ai plein de patients, je ne les vois pas... Ils téléphonent, je leur laisse l'ordonnance... Il faut être pragmatique. Moi, je n'ai pas de temps... Je ne suis pas là à leur dire, voir comme ça tous... Il y a un gars qui prend du Subu depuis longtemps... depuis 1998. Je le vois deux fois par an. Il téléphone et c'est sa femme qui vient chercher l'ordonnance. Pourquoi je le verrais ? Alors, bon il y a des gens qui diraient : « C'est scandaleux, ce n'est pas de la médecine sérieuse », etc. mais bon il faut être logique. On considère ça, on considère que c'est un médicament comme les autres... c'est comme ça qu'on disait, les savants... et maintenant on dit que c'est un médicament comme les autres, mais qui n'est pas comme les autres... Non, je... ce n'est pas une activité, ce n'est pas une activité importante... On pourrait dire 30 ou 30, donc tous les quatorze jours, etc., ça fait autant... Mais non, les trente, je ne les vois pas tous les mois, loin de là. Quand je pars en vacances, quand ils partent en vacances, je monte la posologie... Il faut être logique : s'il prend trois milligrammes de subu, moi je lui donne quatre ou cinq, puis délivrance, il voit... oui... C'est pareil pour les métha » (MG33).

Ils croient en la parole du patient et ne sont pas dans la recherche de preuves (pas de test, etc.) :

« Lorsque le patient présente le double de son ordonnance... il a l'ordonnance, c'est vrai ou ce n'est pas vrai... avant j'aurais appelé, il y a quelques années, maintenant, je ne m'embête plus avec ça ». Avec l'« expérience », ils ont assoupli leurs exigences. Leur discours est d'ailleurs marqué par une distinction entre un « avant » associé à un « cadre strict » et un « après » associé à un « pragmatisme » (MG36).

« Quelqu'un qui substitué depuis 1996, je vais être lucide, parce que y a des gens qui disent : « Oui c'est une affaire financière »... donc quelqu'un qui est sous métha, il ne vient pas à chaque fois, il faut être franc... je laisse l'ordonnance... il y a énormément d'actes gratuits. Quelqu'un qui est sous métha, que je connais depuis longtemps, je lui donne deux ordonnances d'un coup... C'est quatorze jours, et on connaît cette personne depuis 10 ans, vous n'allez pas le voir tous les 14 jours, vous n'avez pas grand-chose à lui dire... Je leur remets couramment deux ordonnances d'un coup » (MG40).

Certains médecins français établissent également « des combines » pour des passages méthadone en ville plus rapides grâce à leur réseau interpersonnel :

« De par le réseau relationnel, ça va assez vite... J'ai des combines et ça va très, très vite. En huit jours, ça peut être fait, même pas... On va dire que ce n'est pas légal, mais bon, il y a hum, hum... la loi, on oblige en fait à passer par un centre, mais elle ne dit pas la durée. Il suffit d'avoir une recherche d'opiacés dans les urines, une recherche de méthadone et de voir un centre. Après, le médecin du centre, il met ses tampons : 40 milligrammes, délivrance en pharmacie, d'emblée en

ville...et après vous faites ce que vous voulez. Alors, c'est à la limite de la légalité » (MG33).

A plusieurs reprises, ils évoquent des pratiques à la limite de la légalité tout en les justifiant par le fait qu'ils veulent aider ces patients. Ainsi, « respecter les lois à 100%, ce n'est peut-être pas si bon que ça ». Poser un cadre au patient est important mais, « à mon avis, un cadre trop rigide, ce n'est peut-être pas si bon que ça aussi... parce que la vie, ce n'est pas des cadres rigides... » (MG50).

Ils ne sont pas fervents de l'abstinence à tout prix. Ils visent en priorité le bien-être du patient. Ils sont d'ailleurs opposés à l'arrêt net d'un suivi. Ils refusent également d'imposer la diminution régulière du traitement :

« S'ils veulent en rester là, on en reste là et s'ils veulent baisser, on baisse et puis voilà... mais je ne me prends même plus la tête... c'est vrai que ça fait longtemps que je n'y ai plus réfléchi (rires) » (MG43).

Ils ne sont donc pas opposés à des prescriptions de substitution à vie pour certains patients :

« Je ne demande qu'une chose, c'est qu'ils puissent arriver un jour à arrêter mais s'ils ne diminuent pas, s'ils veulent continuer et qu'ils sont bien avec ça, etc., tant pis. On les compte sur les doigts de la main, ceux-là » (MG50).

« Le mieux, c'est évidemment d'arrêter, mais j'aime mieux qu'ils soient sous méthadone qu'ils prennent de l'héroïne... J'essaie de descendre, je vois un peu les dates, j'essaie de descendre régulièrement » (MG18).

« Moi, je préférerais qu'il y ait une gélule de plus, quitte à bien reconstruire après... mais qu'ils ne reprennent pas de l'héroïne. Mon souci est qu'ils ne soient pas en manque... en manque, on en vient à braquer les mutualités et des trucs comme ça... parce que franchement, si vous avez quelqu'un qui est en manque et lui dire : « Revenez après le WE ». Il va vous dire le lundi : « J'ai repris un gramme pour tenir le coup ». Qu'est-ce qu'on fait ? On recommence... C'est plutôt une régression » (MG4).

Ce profil est très proche du *deliberative model* décrit par Emanuel et Emanuel. « The aim of the physician-patient interaction is to help the patient determine and choose the best health-related values that can be realized in the clinical situation. (...) At the extreme, the physician and the patient engage in deliberation about what kind of health-related values the patient could and ultimately should pursue. (...) the physician aims at no more than moral persuasion; ultimately, coercion is avoided, and the patient must

define his or her life and select the ordering of values to be espoused » (Emanuel et Emanuel, 1992, 2222). Le médecin se donne pour rôle celui d'ami ou de professeur.

La place du patient devient centrale dans l'orientation des actes médicaux. La pratique de ces médecins tient compte de la spécificité du patient et de sa conception. « L'individu est bien ici un sujet autonome, au sens où on lui reconnaît, parmi ses qualités pertinentes, une volonté et une liberté. Le médecin réserve des moments de la visite à l'expression spontanée de l'individu et lui délègue la décision, non pas dans une situation d'incertitude, mais comme principe d'action. Il ne s'agit pas d'une définition de la liberté comme non-ingérence, mais il s'agit d'être reconnu comme capable de faire des choix. (...) ce qui est médical n'est pas déterminé seulement par le médecin. L'unilatéralité de la définition du bien n'est plus de rigueur, la conception libérale favorise l'autonomie des individus dans la définition de ce qui est bon pour eux » (Routelous, 2006). Les acteurs sont reconnus capables, individuellement, de définir de nouveaux espaces de négociation et de nouveaux enjeux à la finalité thérapeutique.

Le médecin n'exerce pas de jugement sur l'attitude et les choix des patients : le patient non compliant n'est pas directement associé au « mauvais malade ».

*Normes et législations, incompatibles avec l'autonomie ?*

Du côté belge, ces médecins sont opposés au nouvel arrêté royal et revendiquent une liberté thérapeutique : « On est un petit peu coincé par les patients. Qu'est-ce qu'il faut faire ? Notre rôle, c'est plutôt les patients qu'il faut aider et pas le ministère... ».

« Pour moi, c'est nul [l'arrêté royal]. On est déjà même tous déjà en-dehors... devoir, obliger les gens à aller tous les jours à la pharmacie, des trucs comme ça, ce n'est pas possible aussi bien pour l'utilisateur que pour le pharmacien. On ne tient pas compte s'il travaille ou s'il ne travaille pas. Pour nous, c'est individuel, on ne peut pas dire, faire un règlement général, ça n'a pas de sens. Qu'on préconise, qu'on donne des pistes, qu'on donne des idées mais vraiment imposer que... non » (MG21).

L'arrêté royal s'inscrirait davantage dans une optique sécuritaire que sanitaire :

« Il y a quand même deux ou trois choses qui sont un peu anti-déontologiques dans cet arrêté... D'abord le fait de devoir communiquer une liste, le fait de devoir jouer au flic vis-à-vis d'autres confrères qui déraperaient, des machins de ce genre-là. C'est comme dans tout... il faut mettre certains gardes fous mais enfin là, je crois que ce n'est pas des gardes fous, c'est carrément des barrières en béton... Il y a les deux conceptions de la toxicomanie, il y a l'aspect

purement médical et puis après l'aspect purement répressif... C'est l'aspect purement répressif qui a pris le dessus » (MG14).

Toutefois, depuis la parution de cette nouvelle législation, les médecins belges correspondant à ce profil ont quelque peu fait évoluer leurs pratiques pour se couvrir « en cas de plaisanterie ». Comme le note ce médecin belge : « je continue toujours à voir ce qui peut m'assurer une sécurité point de vue justice » (MG19).

Certains tentent de se conformer au nombre légal bien qu'ils éprouvent des difficultés à refuser des patients, comme nous l'avons souligné (« Un Belge, s'il est dans mon secteur de travail, je me sens moralement obligé comme malheureusement, il n'y a que moi qui ai une formation pour le traitement à l'héroïne... ») :

« Comme j'ai deux ou trois démêlés avec Madame la Justice, certains magistrats m'ont fait remarquer qu'il existait des quotas. Donc si jamais j'ai encore une fois des emmerdes, je ne tiens pas à ce qu'ils puissent me foutre dedans rien que par cet aspect-là... par un bête chiffre. Ce n'est pas important en soi mais c'est important lorsqu'un magistrat voudra mettre son nez dans certains trucs » (MG14).

D'autres signalent les nouveaux patients à la Commission médicale provinciale « pour se couvrir, pour dire : « Il est d'accord. C'est lui qui a voulu... au cas où la CMP me demanderait des explications ».

« J'essaie quand j'ai des problèmes, quand j'ai quelqu'un de nouveau qui arrive, quand je prescris à la place d'un médecin qui est en vacances et tout ça, j'essaie d'envoyer un courrier à la Commission médicale provinciale. J'essaie de le faire le plus possible parce que j'ai l'impression que même s'ils disent qu'ils sont là pour qu'on n'ait pas d'ennuis, mais qu'ils sont un peu aussi... » (MG4).

D'autres encore établissent un contrat de suivi avec leurs patients en intégrant les divers articles de l'arrêté royal et les différentes recommandations de l'Ordre des médecins :

« Dans la pratique, je ne voyais pas à quoi ça servait. (...) Alors un autre confrère qui a dû passer plusieurs fois au tribunal et il a toujours été acquitté jusqu'ici... comme quoi, on est vite au tribunal... au moindre truc, on est poursuivi. Et alors, il m'a dit : « Crois-moi, un contrat de traitement bien fait est un des éléments qui a fait que... ». Ca a été un élément à sa décharge. Alors, j'ai conçu un contrat de traitement que maintenant, je fais signer à tout le monde » (MG19).

D'autres enfin se conforment à l'obligation de participer aux réseaux.

Bien que tentant de s'y conformer, ces médecins instrumentalisent également la nouvelle législation pour réguler leurs pratiques :

« C'est vrai que ça m'arrange parfois pour certains de leur dire : « on n'a plus droit qu'à 150 patients » mais c'est un peu un petit frein. Ou alors je leur dis : « Maintenant, on peut en prendre 150, tu fais l'imbécile, mais alors je ne pourrai pas continuer parce que tu prives quelqu'un d'autre de soins, quelqu'un qui sera sérieux ». C'est vrai que j'en ai... certains, je les ai mis au pied du mur. J'arrive à canaliser un peu » (MG14).

Pour éviter d'être « submergé », d'être manipulé par les patients, un autre médecin hennuyer se sert de l'expérience de confrères incarcérés ou inculpés pour rappeler ses patients à l'ordre :

« Ca me sert aussi d'arguments... Il y a toujours des gens qui parfois veulent ceci, demandent plus, demandent pourquoi je demande et je leur montre l'article [article de presse relatant l'incarcération d'un médecin borain prescrivant de la méthadone] et leur dit : « Ecoutez, je ne veux pas aller en prison non plus. Donc il faut quand même... » (MG21).

« Je ne dépasse pas le nombre réglementaire qui est de 150. Je suis en dessous mais ça, ils n'ont pas à le savoir. Moi, je dis que je suis au maximum... je pourrais encore en prendre, je crois que je suis à 120. Donc je pourrais théoriquement ou légalement en prendre encore trente. Quand il y en a un nouveau qui me sonne, je dis : « Non, c'est fini. J'ai mon quota ou mon nombre maximum est atteint ». Je dis : « Non, je ne prends plus de nouveaux. Point final ». Je n'ai pas toujours à me justifier » (MG14).

Toutefois, d'autres médecins résistent et refusent de se conformer bien qu'ils craignent que cette épée de Damoclès leur tombe dessus un jour ou l'autre.

#### *France/Belgique : même souplesse ?*

Les médecins belges correspondant à ce profil sont avant-gardistes et ont une représentation de l'utilisateur comme « un naufragé ». Ils accordent peu d'importance aux dosages et à la destination du traitement. Même si celui-ci est revendu ou détourné, l'important est que le patient entame une démarche. Ils sont souples au niveau des heures et des rendez-vous. Ils évoquent des pratiques à la limite de la légalité en se justifiant par l'aide qu'ils souhaitent apporter. Les médecins français insistent tout de même sur l'instauration d'un cadre avec des règles non immuables. Ce qui les sépare, c'est principalement cette « spécialisation informelle ». Elle est motivée en Belgique par la perspective d'un bénéfice symbolique et l'acquisition de positions de pouvoir dans

l'espace social de cette pratique. Elle peut produire une valeur marchande en procurant une visibilité nouvelle au praticien. L'engagement dans une démarche de spécialisation peut aussi être lié à un sentiment d'incompétence auquel le médecin généraliste souhaite remédier.

Les pratiques françaises sont beaucoup plus marquées du sceau de la psychiatrie et de la psychothérapie. D'ailleurs, l'ensemble des médecins français de ce profil ont suivi des formations ou des stages en hôpital psychiatrique ou ont des formations en psychothérapie.

« En terme de pratique, c'est faire des consultations où l'enjeu n'est pas l'ordonnance, mais la parole... alors un médecin généraliste est payé à l'ordonnance théoriquement et il est formé à faire de l'ordonnance ou une lettre d'hospitalisation ou une lettre à un spécialiste. Là non, c'est être payé pour parler avec des gens... être psychothérapeute. Tiens, c'est quoi les psychothérapies ? Je me suis formé en thérapie systémique, en hypnose erylsonnienne, on a fait aussi de l'ethnomédecine ... ce matériel-là, on avait besoin pour comprendre ce que voulaient nous expliquer les patients... pour qu'on puisse aussi les renvoyer dans leurs histoires familiales, pour qu'ils aillent chercher le matériel qui fera qu'eux, ils seront moins mal... » (MG30).

Selon eux, comme dans les troubles psychiatriques, un médecin généraliste formé peut très bien faire l'affaire :

« Je me passionne pour la psychiatrie. Je traite moi-même des psychotiques alors que beaucoup me disent qu'ils envoient vers un psychiatre ou l'hôpital psychiatrique. Pratiquement, mes malades mentaux, je les soigne moi-même. On a des médicaments merveilleux. J'ai des psychotiques que j'ai parfaitement stabilisés comme des schizophrènes, des personnalités qui sont gravement perturbées... Je pense que le médecin généraliste devrait être toujours le premier intervenant au niveau des soins, à tous niveaux, s'il le peut... Si je me sens capable, compétent pour régler un problème, je suis heureux de le régler » (MG50).

Le paradigme de l'abstinence et le retard français en matière de réduction des risques ont laissé des traces, ainsi que la mainmise du secteur psychiatrique dans la problématique.

\*

Ces médecins prônent la négociation et l'assouplissement des normes de prise en charge des usagers de drogues. Ils définissent la médecine générale comme apte à prendre en charge toute pathologie, nécessitant à certaines occasions le partenariat avec



des spécialistes. Ils revendiquent un savoir faire de longue date et une expertise, supérieurs aux réglementations et impositions de bonnes pratiques. Ce profil montre la capacité des médecins généralistes à s'extraire de la culture paternaliste dans le travail médical et à intégrer des éléments de l'histoire personnelle dans la prise en charge.

Ce profil pose la question de la spécialisation en médecine générale, spécialisation en tant que processus informel et non réductible à la finalité institutionnelle que constitue l'obtention d'une spécialisation reconnue. Peut-on parler de « spécialisation informelle » (Giami et Levinson, 2006) à l'égard de ce profil ?

Le dictionnaire définit le terme de *spécialisation* de manière informelle : « Fait de s'exercer, d'évoluer dans un champ, dans un domaine particulier » ou encore « Fait de privilégier dans les activités humaines un secteur particulier par souci d'approfondissement, de maîtrise, de perfection » (Trésor de la langue française). On pourrait en effet parler pour ces médecins belges de spécialisation informelle<sup>232</sup>, telle que décrite par Giami.

« La question de la spécialisation en médecine est souvent abordée en rapport aux institutions médicales et à l'organisation sociale et politique de la médecine qui constitueraient le lieu central des processus sociaux de la spécialisation médicale et ceci sous l'influence de différents facteurs (scientifiques, techniques, économiques, politiques). La problématique socio-historique de la spécialisation en médecine apparaît ainsi dans une relative complexité (Pinell, 2004) et à différents niveaux du champ social » (Giami et Levinson, 2006) :

« 1 – La spécialisation est un processus de division du champ médical en sous-ensembles de pratiques susceptibles au départ de revêtir des formes variées et aboutissant ou non à la constitution d'une spécialité instituée et reconnue comme légitime par les institutions dominants le champ.

2 – Les facteurs qui déterminent l'émergence d'un sous-espace spécialisé ou qui interviennent sur son développement pour en modifier le cours peuvent être de tous

---

<sup>232</sup> Nous empruntons cette expression à Alain Giami et Sharman Levinson (Giami et Levinson, 2006) tirée de son analyse sur l'appropriation d'un domaine d'activité par les médecins généralistes, la sexualité. Il développe une approche de la spécialisation en tant que phénomène informel et non réductible à la finalité institutionnelle que constitue l'obtention d'une spécialisation reconnue.

ordres (scientifiques, techniques, économiques, politiques, etc.) et différents selon les sous-espaces.

3 – Le processus de division en sous-espaces spécialisés est en partie déterminé par l'état existant des connaissances, des techniques, des institutions et de la structure des rapports de position des agents au sein du champ médical.

4 – Ce processus, en introduisant de nouvelles divisions au sein du champ médical, en modifie la configuration (changeant de ce fait les conditions d'exercice de la médecine et les conditions de production du savoir médical) ; autrement dit, il tend à modifier les conditions mêmes de sa poursuite » (Pinell, 2005).

Dans une analyse pluridisciplinaire, la question de la spécialisation est traitée à trois niveaux différents, qui sont liés à des niveaux d'approche : du point de vue sociologique, la spécialisation est traitée comme l'expression des « intérêts égoïstes des professions » ; du point de vue médical, la spécialisation apparaît comme une « réponse naturelle au progrès scientifique et technique » et d'un point de vue économique, la spécialisation est construite comme la « conséquence des demandes croissantes du marché » (Hofoss, 1986). Dans la lignée de la sociologie marxiste, la spécialisation est parfois pensée comme une forme d'acquisition d'un pouvoir social et/ou symbolique (Turner, 1987).

Selon Giami et Levinson, « le processus de spécialisation comprend l'appropriation de connaissances médicales et scientifiques au travers de la participation à des formations dans le domaine de spécialisation portant sur des organes, des fonctions et des traitements. Cette formation peut être suivie au moment de la formation initiale du médecin ou comme formation continue et en cours d'exercice professionnel. La démarche de spécialisation peut conduire à l'obtention d'un diplôme qui aura une valeur qualifiante et/ou une valeur marchande en procurant une visibilité nouvelle au praticien. Elle peut aussi être motivée par la perspective d'un bénéfice symbolique et l'acquisition de positions de pouvoir dans l'espace social de cette pratique. Elle peut aussi ouvrir la possibilité à des modes de rémunération plus élevés. (...) La spécialisation peut être motivée par d'autres facteurs, en répondant à une forte demande de la clientèle liée au lieu d'installation professionnelle ou à des sollicitations de l'industrie pharmaceutique ou d'autres institutions du champ de la santé et de la médecine. La spécialisation peut conduire à l'enfermement dans un type de pratique ou sur la focalisation sur un type de

problème médicalisé dont le praticien devient spécialiste par la voie du bouche-à-oreille (IVG, traitements de substitution de la toxicomanie, délivrance de médicaments ou d'arrêts de travail, traitements du VIH, etc.) » (Giami et Levinson, 2006).

« Les formes de spécialisation peuvent résulter d'un choix et d'une démarche entreprise en vue de l'obtention d'une spécialisation ou bien résulter d'une adaptation à une situation de fait liée à la demande de la clientèle, à l'emplacement de l'installation professionnelle ou aux sollicitations de l'industrie pharmaceutique » (Giami et Levinson, 2006). Au regard de la définition de Giami<sup>233</sup>, ces pratiques participent à une spécialisation de l'activité. Au regard de cette problématique, elle correspond à la réponse des médecins à une frustration vécue en début d'installation.

« C'est vrai que j'avais toujours un peu ce pincement au cœur (rires) quand je devais renvoyer quelqu'un... » (MG21). « C'est vrai que j'ai toujours été fort au contact des gens, savoir essayer de les aider au maximum dans tous les domaines... Franchement, moi, ça ne m'allait pas de dire : « La porte est là » ou « Allez à l'hôpital »... Me décharger, non, ça ne m'allait pas. Disons que c'était plutôt rendre service. Ce que j'ai toujours aimé, c'est rendre service aux gens » (MG18).

Elle peut également correspondre à une recherche de reconnaissance symbolique :

« J'en suis très fier [d'avoir été à l'origine de la première formation en toxicomanie en Belgique] parce que c'est à partir de ce moment-là que plus personne n'a osé dire que les généralistes n'étaient pas impliqués dans la prise en charge des toxicomanes... Donc j'ai été connu et reconnu pour ça... » (MG25).

Le bouche-à-oreille, via l'échange du carnet d'adresses entre usagers et l'échange d'expériences entre pairs, est sans nul doute le vecteur essentiel de cette spécialisation informelle. « Au niveau plus psychosociologique faisant appel à la subjectivité ou à l'expérience du médecin généraliste, l'engagement dans une démarche de spécialisation peut aussi être lié à un sentiment d'incompétence auquel le médecin généraliste souhaite remédier. La spécialisation peut aussi s'inscrire dans un processus de construction ou de consolidation d'une identité professionnelle et de recherche de reconnaissance symbolique. Le processus de spécialisation peut conduire à l'obtention d'une spécialité reconnue et sanctionnée socialement. Il n'est cependant pas réductible à cette finalité institutionnelle » (Giami et Levinson, 2006).

---

<sup>233</sup> « la 'spécialisation' de l'activité professionnelle sur un groupe de la population, un type de pathologie, des types de traitements, ou des types d'intervention.

« Elle [cette spécialisation] ne vise pas nécessairement à l'obtention d'une reconnaissance institutionnelle. Elle peut viser à l'amélioration du sentiment de compétence ou de maîtrise du médecin généraliste et à une meilleure gestion de la relation médecin-patient au travers de l'acquisition d'un langage et d'attitudes appropriées. Elle ne se manifeste pas nécessairement par l'exclusion ou l'évitement d'autres domaines du champ de la médecine au profit d'une centration exclusive dans le domaine d'intérêt. La spécialisation informelle peut constituer les prémisses d'une transformation en profondeur de l'activité du médecin généraliste ou de sa reconversion comme spécialiste patenté, ou encore de son abandon de la pratique médicale » (Giarni et Levinson, 2006).

Ce profil de médecins prônant le pragmatisme et la négociation avec le patient rend compte des distinctions les plus importantes entre la France et la Belgique. Pour les comprendre, nous formulons une hypothèse quant à la parution tardive de la législation dans un cas et le développement des pratiques parallèlement à la législation dans l'autre cas. En France, la législation a devancé les pratiques, serions-nous tentés de dire. Les médecins semblent plus à même à s'y conformer. Ils ont d'ailleurs défini et construit leurs pratiques en tenant compte de ce cadre. En Belgique, les pratiques ont par contre précédé la législation. Les médecins de ce profil, précurseurs dans la problématique, ont construit leurs pratiques dans un flou règlementaire, ont « bricolé » et se sont « formés sur le tas ». La parution d'une législation, et par là même l'imposition d'un cadre, se heurte à la relative tolérance qui s'était installée sur le territoire. Le sentiment d'un risque pour l'autonomie professionnelle est donc d'autant plus fort pour ces médecins qui se sont installés dans leurs pratiques avec des « réussites » auprès de certains patients.

## **Conclusion**

L'objectif de ce chapitre était de comprendre la variabilité des pratiques des médecins généralistes à l'égard des usagers de drogues au regard de facteurs individuels et structurels. Alors que ces pratiques semblent instables, nous posons la question : en fonction de quoi fluctuent-elles ? A partir d'une analyse des contraintes qui pèsent sur les pratiques, des ressources dont ils disposent, de leur rapport aux confrères, trois types de profils différents se distinguent.

La première conclusion - évidente - est que la médecine générale n'est pas un tout homogène, qu'elle est traversée par différentes tendances liées aux contraintes que subit le médecin et aux ressources dont il dispose,... Trois segments se distinguent concernant les enjeux liés à la médicalisation de l'usage de drogues. Les traits de ces différents segments ont été grossis pour une meilleure compréhension de ces enjeux, mais nous avons également tenté de rendre compte des multiples nuances qui les traversent. Notons que notre échantillon est assez équilibré : 15 médecins correspondent au segment du refus, 17 au segment spécialisé et 19 au segment moins spécialisé.

Différents facteurs permettent de comprendre la variabilité des pratiques des médecins généralistes à l'égard des usagers de drogues : le contexte législatif et son interprétation, la représentation des drogues, la conception de l'identité professionnelle, les logiques de recours des usagers de drogues, le lieu d'installation, les liens entre le médecin et les autres professionnels médicaux, l'expérience personnelle du médecin, la valeur accordée aux résultats des traitements, le sexe du médecin, son origine et son environnement social, la possibilité de renvoi ou non sur des confrères ou des centres spécialisés, l'empathie à l'égard de certains patients ainsi que l'influence de l'univers des croyances du médecin.

La question de la « génération » a été peu abordée dans ce chapitre, mais semble centrale au regard de notre objet. En effet, nous avons noté que la « jeune génération » de médecins généralistes est réticente à l'accompagnement des usagers de drogues alors que, de notre échantillon, elle est celle qui a été sensibilisée et formée à ces questions dans le cursus universitaire (bien que cette formation reste très réduite). A cet égard, nous émettons l'hypothèse que la question de l'investissement est moins une question de génération (ou de période de formation) qu'une question d'identité professionnelle. Les jeunes médecins généralistes auraient ainsi une conception différente de la médecine générale que leurs aînés, souhaitant préserver une scission entre vie privée et vie professionnelle, aménageant les horaires professionnels dans ce sens. Il semblerait que la (les) génération(s) précédente(s) (constituant notre échantillon) vivai(en)t davantage la profession sur le mode de la vocation, s'impliquant fortement dans son (leur) travail. Le facteur expliquant donc cette frilosité des jeunes médecins serait donc davantage la disponibilité accordée aux patients et la conception de la médecine

générale plutôt qu'une idéologie particulière ou une expérience professionnelle différente. Ainsi, le fait que la génération précédente appartienne à la génération dite « baba cool » ne permettrait pas uniquement d'expliquer la sensibilité ou l'investissement dans la problématique. Les facteurs centraux seraient donc ceux d'une conception différente du métier de médecin généraliste, mais aussi de l'usage de drogue et du rapport à autrui. On constate donc, une fois de plus, que ces pratiques avec les usagers de drogues sont au croisement de la profession, de la santé, mais aussi des politiques publiques.

La question du genre sera davantage développée dans le chapitre suivant. Nous avons noté que la peur et l'appréhension des risques est au cœur des trajectoires des médecins femmes, permettant de comprendre, en partie, le faible investissement de ces médecins dans la thématique, ou tout le moins l'absence d'investissement fort et marqué.

Les pratiques ne peuvent donc pas être comprises comme une réaction mécanique aux cadres règlementaires, ni comme des choix totalement libres. Elles sont donc bien la résultante d'une combinaison entre facteurs structurels et individuels, intégrant indissociablement facteurs contraignants et personnels. Les politiques publiques semblent au cœur des logiques d'action de deux segments, le segment spécialisé et le segment refusant ces patients. Le tri opéré par les médecins est d'ailleurs révélateur de cette influence structurelle, nous en avons souligné les effets pervers. Les ambiguïtés des politiques publiques à l'égard des usagers de drogues se traduisent d'ailleurs dans la variabilité des pratiques : l'utilisateur de drogues comme délinquant, l'utilisateur de drogues comme malade, l'utilisateur de drogues comme acteur/citoyen.

La combinaison de quatre concepts permet d'éclairer ces pratiques. La confiance est au cœur de cette profession relationnelle. Le médecin éprouve des difficultés à pratiquer dans un cadre relationnel instable et qu'il n'a pas l'impression de maîtriser, du moins en partie. Certains tentent de maîtriser cet échange, d'autres acceptent les doutes. L'autonomie professionnelle est aussi centrale pour comprendre les différentes logiques d'action. En fonction de la manière dont le médecin définit son cadre de travail et les limites posées, il accepte ou non l'influence d'acteurs extérieurs à la profession sur son propre travail. La croyance dans son exercice révèle également des logiques de prise en charge distinctes. Il n'est ainsi pas d'action sans croyance (Peretti-Watel, 2005). Le médecin, défini comme un acteur rationnel, s'oriente vers des pratiques qui font sens

pour lui. Les pratiques sont ainsi endossées et maintenues en raison de croyances à l'égard des usagers de drogues, des traitements, mais aussi des risques encourus. Enfin, l'incertitude, le risque, constitutifs de la pratique médicale sont gérés de manières différentes par les médecins.

L'accompagnement des usagers de drogues, nous l'avons souligné, induit un certain nombre de risques. Les médecins évoquent notamment les risques d'overdose ou le détournement du traitement. Pour les médecins qui refusent le suivi (pour des raisons techniques, économiques, psychologiques, institutionnelles ou encore éthiques) et qui les adressent aux confrères, le risque est directement lié à la pratique. Il s'agit d'une pratique « dangereuse », notamment liée à la personnalité de l'usager de drogues qui est vu comme un « manipulateur », « une personne en qui on ne peut pas faire confiance »,... Ces médecins ont une représentation assez homogène de l'usager. La logique d'adressage semble donc répondre à une logique de réduction des risques. D'autres médecins acceptent de suivre les usagers de drogues et mettent en place diverses stratégies en vue de réduire les risques liés à la pratique. Ces risques sont de deux ordres : les risques pour le professionnel et les risques pour les patients. Les risques pour le professionnel renvoient à trois types de situations : les sanctions attribuées par les différentes instances de contrôle (Ordre des médecins, Inspection des pharmacies, Commission médicale provinciale, justice, etc.), mais également les « sanctions » attribuées par les confrères prenant la forme d'une « mauvaise réputation » ; les actes de violence ou de délinquance ; et la non maîtrise de la pratique, le « risque d'être manipulé ». Les risques pour les patients sont évoqués dans une moindre mesure par les médecins rencontrés. Il s'agit du « danger d'overdose » ou de la « mauvaise utilisation du traitement, notamment la revente ».

Les stratégies mises en place par les médecins rencontrés pour réduire ces risques (réels ou imaginaires) sont diverses. Quelques exemples ont été cités : la mise en place de contrats de suivi avec les patients, l'application à la lettre des recommandations ou autres règles légales, le refus systématique de patients adressés par des confrères ayant « mauvaise réputation », la distribution de mises en garde à chaque nouveau patient.

Les facteurs explicatifs des positionnements ne sont pas uniquement à chercher dans une application des contextes législatifs, mais aussi dans un calcul de la probabilité d'être poursuivi ou d'avoir des ennuis dans cette activité. A la fois, les médecins

souhaitent ne pas « frauder », mais ils cherchent aussi à se protéger. Le calcul stratégique corrèle d'une part, la conception du médecin des réponses en terme de soins à apporter à la situation, et d'autre part, la capacité du système à engager des poursuites. Ainsi, peu de médecins généralistes sont prêts à aller jusqu'au conflit ou à le risquer. Notre échantillon, bien que non représentatif, et les autres recherches sur le sujet, montrent d'ailleurs que peu nombreux sont les médecins correspondant au profil d'accord assoupli. Ce calcul stratégique conduit certains médecins à se conformer presque à la lettre aux réglementations en vigueur (ou à celles qu'ils imaginent en vigueur). D'autres mettent en place des stratégies de réduction des risques correspondant à leurs calculs. Les médecins étant prêts à aller jusqu'au conflit sont d'ailleurs les mêmes qui établissent les stratégies les plus élaborées anticipant d'éventuelles inculpations ou convocations. Certains d'entre eux ont d'ailleurs préparé des dossiers et contacté des patients prêts à venir témoigner de leurs « bonnes pratiques ». Ceux qui sont prêts à aller jusque là sont d'ailleurs les plus conscients des risques réels et sont ceux qui ont été confrontés à ceux-ci par le biais d'inculpation, d'incarcération ou de sanctions.

Ce calcul stratégique permet également de comprendre leur positionnement vis-à-vis de l'accompagnement des consommateurs d'autres drogues telles que le cannabis ou l'ecstasy. Ils établissent une distinction entre les drogues dures (celles notamment reprises par la loi telles que l'héroïne, la cocaïne ou encore crack) et les autres pour lesquelles selon eux, ils risquent moins d'ennuis dans la prise en charge et pour lesquelles ils seraient donc « naturellement » plus aptes à proposer un traitement.

Ces risques sont recalculés au fil du temps, souvent lorsque le médecin est confronté à une situation particulière ou à ce que nous appellerons, dans le chapitre suivant, un « événement marquant » (ou une succession d' « événements marquants »). Ces calculs évoluent et entraînent chez certains des changements de pratiques et des glissements d'un profil à l'autre, s'ajustant à la définition de la situation. Outre ce calcul des risques, un autre facteur permet également de comprendre ces changements d'orientation ou les renforcements de positionnement : l'influence des confrères.



## CHAPITRE 4. DEFINITIONS ET REDEFINITIONS

La présentation de notre typologie pourrait laisser croire à des pratiques stables et définies une fois pour toutes par le praticien. Or le matériau recueilli ne permet pas de le conclure. Les pratiques évoluent avec le temps, certains « événements » étant au centre de ces évolutions. Celles-ci sont multiples allant dans des sens différents selon le parcours du médecin généraliste. Ce quatrième chapitre propose donc de revenir sur les moments de remise en question des pratiques et des orientations qui en résultent. Nous tenterons de comprendre comment des médecins inscrits dans un type de pratiques en viennent à pratiquer de manière différente, voire radicalement opposée, mais aussi de comprendre les renforcements de certains ou les non remises en question des autres. L'hypothèse défendue dans ce chapitre prolonge celle précédemment évoquée : le positionnement du médecin généraliste et ses pratiques sont la résultante d'un processus<sup>234</sup> associant des facteurs professionnels, structurels et personnels dont nous proposons d'analyser le poids et l'influence dans les trajectoires des médecins rencontrés. Le positionnement du médecin ne se fixe peut-être jamais : il accompagne la carrière du médecin faite de changements, de réorientations, de réaménagements,... Les deux facteurs qui semblent principalement l'orienter sont l'influence des confrères et l'intervention directe ou indirecte de ce que nous avons appelé les instances de contrôle. Le calcul des risques liés à la pratique est également au cœur des (re)définitions de pratiques.

Les différents segments présentés dans le chapitre précédent et les positionnements défendus par les médecins rencontrés ne peuvent se comprendre qu'en retraçant leur trajectoire. Le médecin au cours du temps évolue, ses pratiques changent ou se renforcent. Dans cette partie, nous souhaitons revenir sur ces trajectoires et le sens

---

<sup>234</sup> Nous considérons les pratiques des médecins généralistes à l'égard des usagers de drogues comme un processus, comme « un enchaînement de phénomènes successifs supposés constituer une chaîne causale et dynamique » (Akoun et Ansart, 1999, 423).

qu'elles ont pour l'acteur. Ainsi, dans le prolongement de notre hypothèse, les individus sont vus comme réflexifs, créatifs et actifs. Les individus actifs répondraient créativement aux événements qu'ils rencontrent. Pour Strauss, « ces réponses, actions individuelles et/ou collectives, ne peuvent s'analyser que comme enchâssés dans des ensembles de conditions eux-mêmes antérieurs affectant la situation présente et qui sont affectés par ces actions, les conséquences présentes devenant à leur tour les conséquences de l'action à venir » (Strauss, 1992a, 21).

La notion d'« événement marquant » est au cœur de cette réflexion. En effet, au cours des entretiens, nous retraçons la trajectoire du généraliste, depuis son premier contact (professionnel ou personnel) avec les drogues jusqu'à sa pratique actuelle avec les patients qui le sollicitent à ce sujet. Les médecins ne présentent pas leur trajectoire comme un « long fleuve tranquille », comme « aplatie ». Leur récit est bien souvent tout en nuance.

Bien qu'au cours de l'entretien, il s'agisse souvent pour le médecin rencontré de « ne pas perdre la face » (Goffman, 1974) en livrant un récit qui pourrait paraître incohérent à l'auditeur d'aujourd'hui, la tentation est de « se faire l'idéologue de sa propre vie » (Bourdieu, 1986, 69) en organisant le récit autour d'une logique significative pour soi mais aussi pour ceux qui écoutent (Bertaux, 1980). L'ensemble des éléments que le médecin relate, doit donc s'intégrer plus ou moins bien dans la justification de sa logique actuelle (Bidart, 2006, 30). En toute bonne foi bien souvent, l'acteur réordonne les épisodes, rehausse certains faits ou en écarte d'autres dans une mise en intrigue (Ricoeur, 1983). Dans bien des cas donc, les procédures de narration et d'analyse contribuent à unifier le parcours, à lui donner une forme de trajectoire et à le rendre cohérent. Pourtant, les ruptures de trajectoires sont fréquentes et loin d'être exceptionnelles. Ainsi, en relatant son parcours, le généraliste s'arrête sur des événements marquants qui ont influencé sa pratique ou des événements clés qui permettent de comprendre son positionnement actuel à l'égard des usagers de drogues. Ces événements peuvent être des épisodes relatés en des termes négatifs (agressions physiques ou verbales, vols, etc.) et qui ont eu comme impact de restreindre son activité avec les patients usagers de drogues ou d'y mettre un terme. Ils peuvent également correspondre à des influences de confrères l'ayant sensibilisé à la problématique, ou encore des décès de patients liés directement ou non à ses prescriptions. Ces événements

touchent directement ou non le médecin. Ainsi, le système de justification des pratiques des médecins généralistes rencontrés est parfois constitué autour d'« événements marquants ». Certains médecins justifient leurs pratiques actuelles en relatant des événements survenus dans le passé et qui ont orienté leurs choix futurs.

Dans les entretiens, les événements sont le plus souvent des moments intermédiaires qui influencent les pratiques présentes et futures. Nous ne souhaitons pas, comme c'est le cas d'un certain usage sociologique, « gommer » les traces des événements singuliers pour ne s'attacher qu'à l'allure générale des trajectoires sociales qu'elles illustrent. Il ne s'agit pas de les ignorer ou de les rejeter dans les marges ou dans l'inexplicable. Il est dès lors nécessaire de conceptualiser la notion d'événement qui le plus souvent, en sociologie, est « un terme de base dans son champ lexical, non défini, dont le sens va apparemment de soi » (Leclerc-Olive, 1997, 9).

Comme nous l'avons déjà noté, l'objectif de la thèse est double. D'une part, nous souhaitons analyser les pratiques des médecins généralistes en termes de segments professionnels, en repérant les différents segments et en typologisant les pratiques des médecins correspondant à chacun d'eux. Cette perspective plus macro est orientée par les travaux interactionnistes de Hughes et de Strauss principalement. D'autre part, dans une visée plus micro, nous souhaitons analyser les trajectoires des médecins généralistes et étudier les moments de redéfinition de leurs pratiques. La notion d'événement serait alors un analyseur de l'évolution de ces pratiques et nous permettrait de comprendre la configuration de la profession vis-à-vis de la problématique des toxicomanies. C'est donc en poursuivant cet objectif que nous souhaitons définir des moments charnières, ces points de bifurcation ou encore les événements qui amènent à repenser la pratique.

Nous faisons l'hypothèse, à l'instar de Bidart (2006), que l'analyse de ces événements marquants est souvent plus riche d'informations sur les mécanismes de régulations sociales et les structurations des parcours que celle de trajectoires linéaires ou réduites à leurs états de départ et d'arrivée. Dans les moments de crise notamment ou les moments de redéfinition de la pratique se révèlent des enjeux, des systèmes de contraintes et des logiques de choix qui resteraient invisibles dans le cours tranquille des choses. Dans ces moments-là apparaissent la pluralité des mondes sociaux en coprésence, ainsi que les enjeux de positionnement.

A partir de cette analyse des événements marquants, l'objectif est d'intégrer à notre réflexion la forme du processus, ses changements de rythme. La sociologie interactionniste est, à cet égard, attentive aux intentions des acteurs, à leurs représentations, à leurs environnements complexes, mais surtout dynamiques. Ainsi pour Menger qui identifie les dimensions temporelles de l'action : « le cours de l'action est l'occasion d'un apprentissage qui, tant qu'il se poursuit, provoque une évaluation incessante des actions déjà effectuées et une réorganisation des choix et des comportements. Ces mécanismes sont particulièrement à l'œuvre dans les situations problématiques, ambiguës, qui révèlent le plus manifestement l'incertitude du futur et les risques d'erreur. C'est dans ces situations malaisément prévisibles que se fait l'apprentissage par essai et erreur, par correction, par tâtonnement, par reformulation des objectifs et révision des modalités de l'engagement » (Menger, 1997, 60).

Nous souhaitons à la fois repérer ces moments de bifurcation et de quoi ils sont constitués, mais également comprendre leur influence sur les choix futurs du médecin. Ainsi, à chaque événement marquant s'ouvriraient des espaces de possibles pour le médecin qui désigneraient autant de nouveaux espaces qu'il pourrait investir. Nous nous intéressons aux facteurs qui l'orientent vers tel ou tel espace, c'est-à-dire vers la mise en œuvre de telle ou telle pratique. Le médecin pourrait alors être perçu comme un acteur stratégique calculant les coûts/bénéfices en se dirigeant vers telle ou telle pratique.

## **1. Événements et remise en question des pratiques**

### **1.1. L'événement en sociologie**

La sociologie se trouve, sur le plan théorique, un peu désarmée pour donner du sens à l'idée « qu'une séquence d'action l'issue plus ou moins imprévisible peut avoir des conséquences « importantes » (quelles que soit la façon dont cette importance est évaluée) » (Grossetti, 2006, 6). Les sociologues se méfient de l'événement et du contingent (Fassin et Bensa, 2002) qu'ils ont appris à déconstruire au profit d'explications plus « rationnelles ». Or, nous souhaitons construire un modèle prenant en compte des situations comportant une part de contingence et d'imprévisibilité.

Dans la littérature sociologique, quelques auteurs classiques font référence à cette notion d'événement. Nous allons, dans un premier temps, revenir sur les concepts et les définitions proposés par ceux-ci. Ensuite, nous les discuterons au regard de notre objet

et proposerons notre propre définition du concept dans son acceptation telle que développée dans cette thèse.

Tout chercheur s'intéressant à la notion d'événement se tourne vers l'ouvrage de Michèle Leclerc Olive. Elle emploie l'expression « événement biographique » pour désigner les « événements importants, marquants, les tournants de l'existence » (Leclerc-Olive, 1997, 58). Selon elle, à l'occasion d'événements marquants se renégocient une identité pour soi et une identité pour autrui. Elle situe sa réflexion « sous la juridiction du couple conceptuel méta-historique de *champ d'expérience / horizon d'attente*, forgé par R. Koselleck (Koselleck, 1990), qui souligne que la réception du passé et les anticipations du futur sont dans une tension elle-même en perpétuel mouvement. (...) Un événement biographique majeur, un tournant de l'existence, est un moment où se noue une nouvelle modalité d'articulation entre une expérience réélaboree et de nouvelles attentes » (Leclerc-Olive, 1997, 11-12). Sans s'en tenir toujours aux héritages, aux contraintes structurelles ou aux déterminations macrosociales, certains sociologues cherchent donc à montrer que des tendances peuvent se dessiner dès le début de l'itinéraire. Une critique de cette perspective porte sur le fait que « se perdent quelque peu la dimension temporelle, l'hétérogénéité des épisodes et l'impact des événements contingents sur cette trajectoire « aplatie » (Bidart, 2006, 30).

Les sociologues américains d'inspiration interactionniste se sont beaucoup intéressés aux carrières, conçues comme des enchaînements de séquences. Les transitions entre ces séquences ont fait l'objet d'un texte fondateur de Hughes sur les « tournants de l'existence » (*turning points*). Des carrières des individus et de leurs problèmes personnels naîtraient « des événements plus ou moins importants qui affectent [leur] vie » (Hughes, 1996, 165). Dans *Le Regard sociologique*, Hughes étudie les cycles de vie et notamment les rites qui les accompagnent. Il évoque le passage d'un statut à un autre et l'importance sociale qu'il recouvre. Il parle de l'institutionnalisation de ces ruptures, de ces passages d'une étape de l'existence à une autre. En bref, il évoque les « rites institués qui permettent aux individus de surmonter les crises et de passer d'une étape de l'existence à une autre » (Hughes, 1996, 168). Il s'agit, pour lui, d'un moment de réorientation dans le parcours de vie d'un individu. Toutefois, son ouvrage offre peu d'exemples concrets de ces tournants de l'existence. Il développe l'idée que ces phases

de transition peuvent être plus ou moins imprévisibles, plus ou moins brèves, plus ou moins ritualisées, plus ou moins institutionnalisées.

Les auteurs ayant travaillé sur les carrières utilisent cette notion de « tournant », la définissant comme la transition d'une séquence à une autre. Ils « se sont surtout centrés sur le caractère plus ou moins institutionnalisé de ces transitions et les perceptions qu'en ont les acteurs selon les contextes » (Grossetti, 2006, 12-13). Pour Hareven et Masaoka (1988), par exemple, les *turning points* sont des marqueurs perceptibles du cours de vie<sup>235</sup>. Ils interviennent comme des éléments correcteurs du parcours de vie.

Dans cette même tradition interactionniste américaine, les individus actifs sont vus comme répondant créativement aux événements qu'ils rencontrent (Strauss, 1992a, 21). Dans *la trame de la négociation*, Strauss évoque un modèle dynamique de l'action. Ainsi, un événement peut influencer sur la carrière de l'individu de manière plus ou moins longue et plus ou moins irréversible, certains événements ou faits peuvent donc avoir des effets « historiques » dans les parcours de vie, c'est-à-dire que des événements qui se sont produits à un moment donné ont eu des effets à plus long terme, alors même que leurs causes, quelles qu'elles soient, aient disparu » (Grossetti, 2006, 15). Dans *Miroirs et masques*, il évoque lui aussi des « moments critiques ». Ceux-ci constituent, pour lui, « des moments décisifs dans le déroulement de la vie et de la carrière d'une personne » (Strauss, 1992b, 99). Dans son ouvrage, l'objectif n'est pas de décrire en détail ce qui se passe « dans ces moments-là ». Il suffit, selon lui, d'une part, de rendre compte de la fréquence de ceux-ci et, d'autre part, d'évoquer « le besoin d'éprouver son nouveau moi, d'explorer et d'affirmer ses nouvelles conceptions, au demeurant souvent passionnantes ou effrayantes ». Il en propose une typologie et y associe des « changements d'identité » (Strauss, 1992b, 99). En réponse à ces moments critiques, l'individu adopterait de nouvelles attitudes et procéderait à des réadaptations. Strauss précise cette définition : « Ces crises sont des moments du développement d'un individu où il faut faire le bilan, réévaluer, réviser, revoir et juger à nouveau. Il s'agit d'un processus socialisé et socialisant. Les formes d'incidents qui précipitent la remise en question d'une identité ont de larges chances de se produire et d'avoir la même signification pour d'autres personnes appartenant à la même génération, profession, ou

---

<sup>235</sup> « A turning point is a process involving the alteration of life path, of a « course correction ». A turning point requires, therefore, certain strategies and choices » (Hareven et Masaoka, 1988, 274).

classe sociale. Ceci revient à dire que, dans la mesure où les expériences et leurs interprétations sont socialement structurées, le développement de l'identité l'est également » (Strauss, 1992b, 106). On constate donc qu'à la fois il utilise la notion de « moment », mais aussi d'« incident » ou encore de « crise ». A ses yeux, c'est davantage la reconfiguration de l'identité de l'individu qui importe que de définir avec précision ce concept de « moment critique ».

Andrew Abbott a renouvelé la réflexion sur les « tournants » en se situant sur un registre explicitement théorique et en partant d'une posture plus objectivante (Grossetti, 2006, 13). Il critique l'approche standard fondée sur le modèle causal et caractérise les approches séquentielles, supposant la conception d'au moins deux temporalités distinctes, celles des séquences et celles des processus dans lesquelles elles s'enchaînent. Sa définition des tournants est la suivante : « Des changements courts, ayant des conséquences qui réorientent un processus. Le concept est inévitablement narratif, puisqu'un tournant ne peut être conçu sans que l'on puisse établir une nouvelle réalité ou direction, ce qui implique au moins deux observations séparées dans le temps. Tous les changements soudains ne sont pas des tournants, seulement ceux qui débouchent sur une période caractérisée par un nouveau régime » (Abbott, 2001, 258). Les tournants ainsi présentés seraient alors proches des bifurcations développées par Grossetti.

Pour Grossetti, la notion de bifurcation est proche de celle que donne Abbott des *turning points*, mais en mettant davantage l'accent sur l'imprévisibilité des situations. « Elle est aussi moins systématiquement associée aux approches biographiques que *turning point*, moins chargée d'histoire que les « révolutions » au sens de Kuhn ou les « événements » au sens de Sewell » (Grossetti, 2006, 15). Les bifurcations dans les parcours de vie ne doivent toutefois pas, pour cet auteur, être associées à « un contraste absolu entre des phases où rien ne change et d'autres où tout serait possible » (Grossetti, 2006, 15). Toutefois, la notion de bifurcation induit la mise en rapport d'au moins deux niveaux de temporalités et l'acceptation de l'hypothèse déjà formulée que « le temps « court » peut influencer sur le temps « long » et que ce qui se passe dans ce temps « court » est, au moins partiellement, imprévisible » (Grossetti, 2006, 16). En croisant une analyse

en termes de (ir)réversibilité<sup>236</sup> et d'(im)prévisibilité de séquences d'action (le carrefour, la crise, le changement d'état programmé et le risque anticipé), Grossetti construit une typologie des situations sociales. Le registre de la routine renvoie à « des situations prévisibles et sans grande conséquence « significative », sans création d'irréversibilité. (...) Elles maintiennent l'ordre social, rendent les actions prévisibles et réduisent le processus de décision ». D'autres séquences sont fortement imprévisibles et ne produisent pas de changement significatif (« risque sans conséquence, accident 'évité de justesse' »). Le rituel ou le changement graduel renvoie à des séquences très prévisibles débouchant sur des irréversibilités fortes. Enfin, la bifurcation est définie comme « des séquences comportant une part élevée d'imprévisibilité produisant des irréversibilités importantes » (Grossetti, 2006, 21).

Bidart, quant à elle, définit la bifurcation biographique comme « l'apparition d'une crise ouvrant un carrefour biographique imprévisible dont les voies sont elles aussi au départ imprévues – même si elles vont rapidement se limiter à quelques alternatives -, au sein desquelles sera choisie une issue qui induit un changement important d'orientation » (Bidart, 2006, 32). A l'instar de Grossetti, la bifurcation n'est donc ni une « transition » biographique dont la survenue est en général prévisible, ni un « carrefour » dont les issues sont limitées et structurées (Bidart, 2006, 31). Toutefois, son modèle se rapproche de celui de la crise chez Grossetti, celle-ci débouchant « sur des carrefours en ouvrant alors une série de « nouvelles voies » à considérer ... dont la voie bifurcative. (...) L'important est ici de considérer que ces bifurcations n'étaient en rien programmées ni même envisageables avant la combinaison précise des facteurs plus ou moins contingents qui les ont, à un moment donné, rendues possibles » (Bidart, 2006, 32).

De Coninck et Godard ont analysé minutieusement les formes de causalité et les conceptions des temporalités à l'œuvre dans les travaux biographiques empiriques, ce qu'ils nomment « les formes de compréhension des processus d'enchaînement des événements » (Coninck de et Godard, 1989, 26). Ils distinguent trois modèles d'analyse

---

<sup>236</sup> Pour l'auteur, « les irréversibilités sont toujours relatives. Ce qui a été construit peut être construit. Rien n'est définitif. Les éléments créés ne sont irréversibles que dans la mesure où ils survivent à leur moment de création et où ils interviennent dans des situations ultérieures. La notion d'irréversibilité implique toutefois que déconstruire ce qui a été construit ou défaire ce qui a été fait n'est pas revenir au point de départ » (Grossetti, 2006, 20).



prenant en compte le temps : le modèle archéologique, le modèle structurel et le modèle du cheminement. Le premier tente de « repérer le point initial d'où l'essentiel découle » (Coninck de et Godard, 1989, 31), le problème principal étant de définir « l'événement fondateur ». L'approche structurelle pose que « l'organisation de chaque existence est confrontée à des scissions extérieures. Chacune de ces confrontations crée des conjonctures où les agents sont provoqués ou convoqués et où s'ouvrent des espaces de possibles qui désignent autant de nouveaux cours de l'existence ou de nouvelles trajectoires et autant de nouveaux espaces symboliques d'autoreprésentation de la vie » (Coninck de et Godard, 1989, 41). Nous sommes plus proches du modèle du cheminement, bien que notre approche emprunte aux autres modèles. Ainsi, une des questions centrales est celle de la transition d'un état à un autre. Les auteurs proposent quatre sous-modèles selon la manière dont on considère le temps. Un premier sous-modèle « considère que le temps lui-même, en tant que durée ou que chronologie, produit le changement » (Coninck de et Godard, 1989, 34). Dans les autres cas, on observe davantage comment les transitions s'inscrivent dans le temps. Si le temps est appréhendé comme homogène, le changement peut se produire à tout instant. « On qualifiera simplement la probabilité qu'il a de survenir à chaque instant » (Coninck de et Godard, 1989, 34). Les deux autres sous-modèles envisagent le temps comme hétérogène. Le sous-modèle dit bifurcatif étudie donc les moments de ruptures en eux-mêmes et le sous-modèle dit énergétique étudie les investissements nécessaires pour produire ces ruptures (Coninck de et Godard, 1989, 34-35). Nous souhaitons davantage étudier les moments de rupture en eux-mêmes, selon les modèles dits bifurcatifs. « Dans ce cadre, chaque existence se divise en tronçons calmes, où les choses suivent leur cours, et en moments décisifs où tout est remis en jeu, où les destinées bifurquent les unes des autres » (Coninck de et Godard, 1989, 36). Bien que nous ne soyons pas dans une visée biographique, cette description d'événements bifurcatifs semble correspondre à l'un des objectifs de la thèse : repérer dans la trajectoire professionnelle et personnelle du médecin les événements qui ont eu un impact sur ses pratiques à l'égard des usagers de drogues. Dans les entretiens, les médecins citent des événements marquants et, entre ces événements, ils semblent pratiquer de manière plus ou moins homogène, ce qui correspondrait à ces « tronçons calmes ».

De Coninck et Godard présentent la bipartition classique des approches prenant en compte la temporalité : « d'un côté, les démarches objectivantes qui cherchent avant

tout à tracer des trajectoires ou des cheminements indépendamment du sens que les sujets leur confèrent et, d'un autre côté, des démarches qui, au contraire, mettent en avant le sens que les acteurs donnent à leur vie ou à leur action » (Coninck de et Godard, 1989, 30). Nous nous trouvons davantage dans la deuxième optique.

## 1.2. Le choix de la notion d' « événement marquant »

La plupart des notions présentées sont issues de travaux biographiques. Dans cette thèse, nous nous intéressons aux trajectoires professionnelles des médecins généralistes à partir d'une problématique particulière qui est l'usage de drogues. Nous n'avons pas la prétention de dire que nous avons récolté des récits de vie ou des récits biographiques car les données récoltées concernent principalement la sphère professionnelle du médecin. Nous nous détachons donc de cette approche biographique dans le sens où les récits réalisés avec les médecins généralistes abordent presque exclusivement leurs pratiques avec les usagers de drogues. Des éléments personnels et familiaux sont évoqués mais notre objectif n'est pas de réaliser des récits de vie. Notre approche se centre donc moins sur les bifurcations biographiques ou sur les redéfinitions identitaires de l'individu. En effet, dans les travaux de Leclerc Olive ou encore de Strauss, les auteurs évoquent des remises en question de l'identité de l'individu. Or notre approche se centre exclusivement sur les remises en question des pratiques du médecin, le champ est alors réduit. Ainsi, l'approche de Strauss en termes de « moments critiques » développe davantage les transformations de l'identité et le besoin pour l'individu, suite à ces moments, « d'éprouver son nouveau moi, d'explorer et d'affirmer ses nouvelles conceptions » (Strauss, 1992b, 99). Cette approche associe ces moments clés aux changements d'identité (Strauss, 1992b, 99), ce qui ne correspond pas à notre optique. Nous ne considérons pas ces événements marquants comme des moments de restructuration de l'identité du médecin, mais davantage comme des moments influant sur ses pratiques et non sur son moi. Toutefois, nous concevons ces événements comme de *possibles* déclencheurs de nouvelles attitudes, comme amenant *parfois* le médecin à procéder à des réadaptations. Toutefois, tout en nous démarquant des travaux biographiques, nous reprenons l'hypothèse de Grossetti selon laquelle « le temps 'court' peut influencer le temps 'long' et ce qui se passe dans ce temps 'court' est, au moins partiellement, imprévisible » (Grossetti, 2006, 16). Nous optons donc pour la

terminologie d'événement marquant que nous allons ici définir et adapter à notre champ de recherche.

En mobilisant la notion d'événement marquant, nous souhaitons étudier les variations de pratiques des médecins généralistes à l'égard des usagers de drogues au cours de leur carrière. La notion d'événement doit donc être appréhendée comme un analyseur de l'évolution de ces pratiques dans le temps. Nous la définissons comme un élément (prévisible ou non) qui interroge la configuration des pratiques.

L'événement marquant engage diversement l'acteur selon qu'il se présente comme un projet, comme une crise, comme un choix ou comme un événement extérieur. Ces divers ordres de causalités sont cependant le plus souvent imbriqués et mêlés. Intervient sans aucun doute la notion de contingence dans ces réflexions sur les pratiques.

Nous envisageons l'événement comme perturbant la pratique, dans le sens d'une remise en question d'une configuration établie. Nous nous démarquons ainsi de la notion de bifurcation qui renvoie, dans le langage commun, à un tournant et a souvent une connotation de changement radical. Ainsi, nous nous démarquons de Bidart pour qui les bifurcations induisent « un changement important d'orientation ». Ici, nous souhaitons aborder des éléments qui font que le médecin remet en question sa pratique et la modifie *radicalement* ou plus *modestement*, voire *pas du tout*. Notons que deux médecins généralistes peuvent être confrontés au même événement et reconfigurer de manière différente, parfois opposée, leurs pratiques.

A partir de ces éléments (directement ou indirectement liés à l'individu), la pratique est alors repensée et parfois réorientée dans un sens ou un autre. Elle est ainsi appréhendée comme un « bricolage » du médecin généraliste, combinant à la fois des éléments professionnels, structurels et personnels. La pratique est donc instable, pouvant évoluer au cours du temps.

Nous n'envisageons pas les changements de pratiques comme irréversibles. Les pratiques des généralistes étant, nous l'avons dit, par définition labiles, le résultat d'un bricolage, elles peuvent correspondre à des allers-retours, à des essais et erreurs et déboucher sur une rédéfinition des pratiques telles que mises en œuvre dans le passé. Ainsi, la pratique du généraliste est à la fois au croisement du passé, du présent et du futur. Comme l'évoque Leclerc Olive, un événement survenant à un médecin généraliste

peut lui faire repenser sa pratique présente et future. Il peut également anticiper des événements et reconfigurer ses pratiques pour qu'elles correspondent aux objectifs qu'il s'est fixés.

Les événements que nous tenterons de mettre en évidence à partir des entretiens réalisés avec les médecins généralistes constituent des « éléments charnières » entre un passé et un futur dans la trajectoire de l'individu. Le passé n'est donc jamais échu et révolu dans les récits de pratiques. Il est « remanié, revisité par le point focal du présent qui du même coup donne à repenser le futur » (Negroni, 2005, 314). Le passé est d'ailleurs largement sollicité, réapproprié à la lumière du présent.

Notre objectif est donc de repérer, dans les récits de pratiques, ces événements. A travers les entretiens, nous avons pu en identifier différents types qui n'ont pas tous le même statut, mais qui toutefois font sens pour l'individu. Il s'agit donc ici de préciser les éléments qui interviennent et interfèrent dans les pratiques des médecins généralistes. L'événement est donc en soit informel, il bouleverse une configuration en introduisant, *dans certains cas*, de la discontinuité dans les pratiques.

Ainsi, les récits de pratiques donnent à voir des événements marquants qui remettent en question les pratiques, ils peuvent être définis comme introduisant une discontinuité dans le récit. « Il advient, dans le réel, quelque chose qui est en rupture avec le déroulement régulier des phénomènes et auquel nous accordons de l'importance. Quelque chose qui 'fait événement' » (Zarifian, 1995, 22). Cet événement ouvre sur un espace de réactions possibles, celles-ci pouvant avoir un impact dans le long terme. A l'instar du modèle du cheminement dit bifurcatif de Coninck et Godard (1989), nous souhaitons observer ce qui provoque ces événements marquants, mais principalement vers quoi ils ouvrent. Ce « fait non ordinaire » débouche soit sur une rupture dans les pratiques, soit sur un renforcement de celles-ci. Il est assez rare, dans notre échantillon, que les événements qualifiés d'importants par les médecins n'aient aucun impact sur la pratique.

Les événements que nous évoquons peuvent être extérieurs, mais sont bien souvent liés à des autres significatifs. Ces autres peuvent être définis comme des supports de remise en question. En effet, la configuration des pratiques est, en partie, liée à la réaction des confrères, de l'entourage, de la famille ou encore des patients.

A partir d'une analyse en termes d'événement marquant remettant en question les pratiques du généraliste, notre objectif est de faire émerger les enjeux, les systèmes de contraintes sous-jacents, de mettre à jour l'influence des confrères et les acteurs en présence dans la redéfinition ou non des pratiques.

Nous définirons ce que recouvrent ces « événements marquants » pour les médecins rencontrés. Nous rendrons également compte de leur impact sur chaque trajectoire, en proposant de comprendre leur influence sur les choix futurs du médecin. D'une part, ils peuvent être à l'origine de modifications de pratiques. Certains événements perturbent donc la pratique dans le long terme et aboutissent à une reconfiguration du travail. D'autre part, ils peuvent ne pas modifier les pratiques et renforcer le médecin dans les pratiques qu'il met en œuvre. Il s'agit d'un « carrefour » où différents espaces des possibles s'ouvrent au professionnel. Ainsi, nous supposons que ce « fait non ordinaire » débouche sur des voies imprévues, ouvrant sur des alternatives au sein desquelles sera choisie une orientation ayant un sens pour le médecin généraliste. Dans la tradition de De Coninck et Godard (1989, 30), nous souhaitons à la fois tracer les cheminements tout en accordant une attention au sens que les acteurs donnent à leur action.

## **2. Des pratiques statiques ? Evolution des positionnements**

Est-ce que l'attitude du médecin lors de son premier contact avec la question des drogues prédispose et détermine les pratiques qu'il mettra (ou non) en œuvre à l'égard des usagers de drogues qui le solliciteront par la suite ? Pas vraiment.

On pourrait croire que les médecins appartenant au segment plus spécialisé dans les soins aux usagers de drogues, ayant des files actives de plus de cent ou deux cents patients actuellement, ont toujours été sensibilisés à la problématique. Or ce n'est pas le cas. Ainsi, certains fervents opposés à la médicalisation de l'usage de drogues en sont venus à accepter les suivis. De même, les pionniers des années 1970 sont vus, dans le sens commun, comme sensibilisés « à vie » à la problématique. Or certains d'entre eux ont totalement abandonné cette partie de l'activité. Comment expliquer ces revirements de situations et ces redéfinitions de pratiques ? De notre échantillon émergent quatre types de (re)configurations de pratiques :

- (1) les médecins qui conservent la même attitude au fil du temps ;
- (2) les médecins qui se renforcent dans leur positionnement ;

- (3) les médecins qui redéfinissent radicalement leurs pratiques ;
- (4) les médecins qui évoluent, occupant des positionnements variables dans le temps.

Soulignons d'emblée qu'être attaché à un positionnement ne signifie pas que les pratiques du médecin s'inscrivent dans ce positionnement. Par exemple, l'un des médecins français rencontrés était opposé à l'assouplissement des pratiques. Or, il a été contraint, en remplacement, d'exercer comme le médecin en poste, soit de manière très souple. Par la suite, il a remis les pendules à l'heure et lorsqu'il a ouvert son cabinet s'est mis à pratiquer « à sa manière ».

### 2.1. Une ligne de conduite non ébranlée : le positionnement immuable

Trois médecins belges de notre échantillon<sup>237</sup> campent la même position depuis leur premier contact avec les drogues. Tous les trois refusent de traiter ces patients et s'y sont toujours refusés. L'une d'entre eux accepte toutefois les dépannages lors de gardes, mais se dit « prudente » et tente de relayer le patient vers des services spécialisés ou d'autres médecins généralistes. Ces médecins semblent ne jamais avoir remis leurs pratiques en question et aucun événement n'est venu renforcer leur positionnement.

Le Dr D (MG9) s'est installé dans une petite ville hennuyère au milieu des années 1980. Au départ, il n'est pas sollicité et n'entend d'ailleurs pas parler de consommations de drogues dans la région. A la fin des années 1980, « on a commencé à parler un peu de drogues où il y avait vraiment dans la cité ici plus loin, un groupe de jeunes qui a commencé à consommer du cannabis ». Dès le début des années 1990, au cours de gardes, il est sollicité pour des traitements, mais il refuse de se déplacer et de prescrire et oriente vers les urgences. Sa patientèle est majoritairement rurale et il a « quelques patients toxicos, pas beaucoup... je ne les traite pas moi-même ». Il trouve que la problématique prend de l'ampleur, que les toxicomanes ne souhaitent pas se soigner, se complaisent dans leur situation et que les traitements sont inefficaces et chers. Actuellement, il est toujours sollicité lors de gardes. De plus, il est parfois appelé le dimanche matin par la police de l'autoroute pour faire des prises de sang lors de contrôles à la sortie des boîtes de nuit. Le Dr D n'a jamais prescrit de traitements. Actuellement, n'étant pas confronté fréquemment, il « n'approfondit pas les choses ».

---

<sup>237</sup> MG 9, 10, 23.

Ce médecin s'est donc toujours refusé d'accompagner les usagers de drogues et a maintenu la même ligne de conduite au fil du temps. Aucun événement n'a eu suffisamment de poids pour redéfinir ses pratiques, n'est venu perturber son système de pensée et de croyance.

Le Dr C (MG23) s'est installé comme généraliste en 1975 dans une ville du Hainaut occidental. Il est sollicité par quelques patients pour des consommations de drogues, principalement en garde le week-end. Il appelle alors les urgences ou les fait hospitaliser, mais n'assure aucun suivi et « ne prend pas de [leurs] nouvelles ». Il les oriente vers les hôpitaux car, selon lui, « en général, ce sont des situations de crise, ce n'est pas une demande ».

Il considère une seule de ses patientes de longue date comme une « droguée ». Il la soigne depuis plusieurs années pour différentes pathologies : « J'en ai une que je soigne depuis des années qui prend du Valtran®<sup>238</sup> parce que son mari est impossible. Voilà, c'est sa drogue et c'est une droguée. (...) Donc elle, c'est du Valtran®. Donc là je pense qu'on est quand même à la limite de la drogue. Je lui en prescris six flacons tous les mois pour qu'elle puisse vivre ». Quand on lui demande pourquoi accepter cette patiente, il répond : « Ah parce que elle, en fait, ça s'est passé comme ça. Je la soigne depuis longtemps, elle a eu des problèmes orthopédiques, elle a eu des problèmes de colonne [vertébrale], elle a eu des problèmes de genoux et puis, elle a commencé avec du Valtran® et puis, elle s'est accoutumée. Donc elle a augmenté la dose. Pour l'instant, elle a vu des alcooliques, des psys, etc. qui ont essayé de la désintoxiquer mais ça n'a pas été. Dès qu'elle retourne chez elle, elle reprend son Valtran®. A première vue, c'est le seul cas que je vois... d'une droguée que... que j'entretiens mais comme ce n'est pas un stupéfiant, je n'ai pas d'ennui avec l'Inspection des pharmacies, etc. ». Son argumentation est principalement liée à la connaissance de cette patiente, à ses difficultés de vie ainsi qu'au fait que le traitement prescrit n'est pas un stupéfiant et donc qu'il ne risque pas d'ennui avec les autorités médicales ou judiciaires.

Il se dit ignorant sur les questions des drogues et des traitements. Il se dit peu, voire pas du tout sollicité et, si le cas se présente, il oriente les patients vers des psychiatres ou psychologues.

Ce profil concerne uniquement des médecins belges. Leurs arguments sont ceux développés dans le chapitre précédent, à savoir : les risques liés à la pratique, la

---

<sup>238</sup> Tilidine avec de la naloxone, analgésique morphinique.

représentation de l'utilisateur comme potentiellement dangereux et non demandeur de s'en sortir, l'absence de confiance ainsi que le désintérêt pour la problématique. Ces médecins n'ont jamais été sollicités par leurs propres patients ou par des proches. La problématique reste donc, à leurs yeux, très théorique, sans concrétisation. La conjoncture belge actuelle ne leur donnera sans doute pas l'occasion de remettre ce positionnement en question.

## 2.2. Une ligne de conduite renforcée : le renforcement du positionnement

Notre échantillon rend compte de trois types de renforcement des pratiques au fil du temps<sup>239</sup>. Un premier profil correspond aux médecins qui refusaient l'accompagnement et qui ont vu leurs convictions se consolider au fil du temps. Un deuxième profil rend compte du raffermissement des conditions de suivi au fil du temps. Enfin, le troisième profil regroupe les médecins qui se sont de plus en plus impliqués dans les soins aux usagers de drogues et ont renforcé ces pratiques.

### 2.2.1. La consolidation du refus

Alors que dès leur première confrontation avec la question des drogues, ils ont refusé ou tenté de refuser l'accompagnement, cinq médecins ont vu leurs convictions se renforcer au fil du temps. Ce renforcement du refus est lié à deux types d'« événements ». D'une part, ce qu'ils nomment les « mauvaises » expériences avec certains patients, à savoir des agressions physiques ou verbales, des vols d'ordonnances, des pressions, etc. D'autre part, les mises en garde d'instances de contrôle, telles que l'Inspection des pharmacies, l'Ordre des médecins ou encore la police, au regard de la prise en charge des usagers de drogues. Ces deux types d'événements leur ont fait prendre conscience d'un calcul à faire entre les risques encourus ou les « désagréments subis » à suivre ces patients et le bénéfice qu'ils pourraient en tirer. Pour eux, les risques encourus et les désagréments n'ont fait que se confirmer au fil de situations auxquelles ils ont été confrontés, leur faisant maintenir, voire appuyer, cette position de refus ou de relais des patients.

Au cours de ses études de médecine générale, dans les années 1990, le Dr C (MG3) a « eu une petite formation » sur les questions de toxicomanies : « pas énorme, durant quelques heures, en quatrième

---

<sup>239</sup> MG 1, 2, 3, 6, 11, 12, 13, 20, 24, 25, 27, 29, 31, 34, 36, 38, 39, 41, 49.



doc, en dernière année ». Durant ses stages à Bruxelles, elle pratique notamment « chez des médecins qui recevaient des usagers de drogues, mais ce n'était pas l'essentiel de leur travail mais enfin ça pouvait arriver ». Dès le départ, son sentiment est que « ce n'est pas pour moi ce genre de choses. Je ne me sens pas la carrure de prendre en charge ce type de patients ».

Le Dr C a commencé à exercer en maison médicale, à la fin de ses études. Une de ses consœurs prenait en charge quelques patients par méthadone. Elle se voit donc sollicitée par ces patients lorsque sa consœur est absente. Elle est donc amenée « par obligation » à prescrire de la méthadone, mais n'a jamais initié de traitement, « c'était du renouvellement de traitement ». « Les patients débarquaient comme ça sans prévenir, j'ai dû les prendre en charge de manière tout à fait ponctuelle ». Ces prises en charge ponctuelles ne sont pas relatées comme des « expériences particulièrement positives ». Selon elle, « ces consultations en catastrophe » ne sont pas « structurées ». Elle se dit sollicitée par des patients « qui dérapaient, qui débarquaient à un moment où leur médecin habituel n'était pas là ». A cette époque, elle connaît « quelques problèmes » avec ces patients tels que des vols de carnets d'ordonnances.

Depuis lors, depuis son installation en cabinet privé, « je ne prescris pas de méthadone notamment, je ne prends pas en charge les problèmes de toxicomanie ». Lorsqu'un de ses patients la sollicite pour un traitement, elle lui explique pourquoi elle refuse de prescrire, elle l'oriente vers la maison d'accueil socio-sanitaire (MASS), elle lui communique les coordonnées d'un service de proximité et le laisse faire les démarches seul.

Depuis qu'elle exerce en cabinet privé, elle a été sollicitée par certains de ses patients. Elle ne relate pas ces événements comme « des expériences positives ». D'une part, « un patient s'est endormi dans la salle d'attente, il avait un peu abusé et donc j'ai dû appeler une ambulance et ça fait vraiment la catastrophe ». Elle évoque également « des patients qui étaient un peu plus agressifs... verbalement pas spécialement vis-à-vis de moi mais vis-à-vis de la durée de l'attente ou des choses comme ça ». D'autre part, elle fut appelée en urgence car un de ses patients « non demandeurs » avait fait une overdose. Elle s'est rendue sur place et a appelé le Samu. « Il s'en est bien sorti et il ne demande pas... il continue son petit chemin, il ne demande pas spécialement d'aide par rapport à ça ». Enfin, elle s'est déjà sentie menacée par un patient « très, très agressif » souhaitant une injection de Valium® « à tout prix et je lui ai fait l'injection parce que ça dégénérait. Donc je lui ai fait l'injection de Valium® et je lui ai dit que je ne voulais plus le voir. Je m'étais quand même sentie un peu, un peu menacée ».

Les « accroc » auxquels ce médecin a été confrontée au cours de sa carrière ne font donc que confirmer son idée de départ, à savoir « ce n'est pas pour moi ce genre de choses. Je ne me sens pas la carrure de prendre en charge ce type de patients ».

Le Dr D (MG6) termine ses études de médecine au milieu des années 1980. Elle s'installe dans une petite ville hennuyère. Dès le deuxième mois d'installation, lors de deux week-ends de garde espacés de 15 jours, elle reçoit deux appels de personnes souhaitant se faire prescrire du Burgodin®<sup>240</sup> et un autre stupéfiant. Elle le prescrit mais prend des précautions quant au nombre de comprimés prescrits : « Parce que je connaissais la façon de faire, j'avais prescrit un comprimé ou deux comprimés ». Quelques jours plus tard, elle reçoit un coup de téléphone de l'Inspecteur des pharmacies qui la met en garde contre ce genre de prescription : « Il m'a dit : « Ecoutez, vous êtes jeune médecin, vous venez de commencer et je vois que sur les trois premiers mois, vous avez eu deux week-ends de garde et vous avez prescrit deux fois... toujours en petites quantités. Faites attention parce que les usagers de drogues savent ça dans le réseau que vous êtes nouvelle, que vous commencez donc que vous n'avez pas beaucoup d'expérience... et ils vont essayer ». Suite à cette mise en garde, elle refuse de suivre des usagers : « Oufi Seigneur... Moi, l'inspecteur des pharmacies qui me téléphone... mais j'ai deux sœurs pharmaciennes et elles disent que c'était vraiment le gars qui cassait... Je pouvais voir un drogué, il pouvait me demander ce qu'il voulait, c'était : « Niet ». Lorsqu'elle est à nouveau confrontée au problème lors de gardes, elle les dépanne et les réoriente vers leur médecin traitant.

L'intervention des instances judiciaires, médicales ou déontologiques ont pour effet, chez certains praticiens, de les conforter dans l'idée que cette activité est « dangereuse » et que prescrire comporte des risques. Une fois le calcul réalisé entre les risques de sanctions ou d'ennuis et la poursuite de l'activité, ils préfèrent s'assurer un risque zéro et refuser l'accompagnement.

### **2.2.2. Le raffermissement des conditions**

Certains médecins, en début d'activité, ont accepté les prises en charge sous certaines conditions. Les conditions n'ont fait, pour quelques-uns, que se renforcer au fil du temps, des confrontations et des expériences. Ce renforcement est lié notamment à des « expériences difficiles », à des « épisodes difficiles à gérer ».

---

<sup>240</sup> En Belgique, le Burgodin®, analgésique actif par voie orale, a été retiré du marché. En tant que substitut de l'héroïne, sa durée d'action plus courte que la méthadone en faisait un produit moins intéressant que la méthadone. Il présentait cependant l'avantage de provoquer une moins grande dépendance physique que la méthadone. Comme la méthadone : analgésique actif par voie orale. (Sources : <http://users.skynet.be/toxicomanie/sevrage.htm>)

Après ses études, le Dr M (MG27) s'installe en tant que praticien hospitalier. Pendant 10 ans, il remplace quelques semaines par an deux confrères généralistes lillois. L'un d'eux « faisait énormément de suivi toxico ». Le Dr M est alors confronté à la problématique mais, en tant que remplaçant, il pratique de la même manière que le médecin : « Quand je remplace, je fais comme le médecin que je remplace. Je m'adaptais ».

Lors de l'AMM des traitements de substitution, le médecin qu'il remplace reçoit rapidement une cinquantaine de patients sous Subutex®. En 2002, le Dr M reprend le cabinet de ce médecin : « Moi, je les [les usagers de drogues] voyais arriver carrément en manque et avec, sur un petit morceau de journal, l'adresse de mon prédécesseur ». N'étant pas toujours en accord avec les pratiques de son prédécesseur (« Je ne partageais pas du tout sa façon de faire parce que je trouvais que c'était trop facile... enfin, c'est facile de faire une ordonnance »), le Dr M décide de « faire le ménage » : « Dès que je me suis installé, j'ai voulu être extrêmement ferme face à ça ». Il accepte de suivre les patients usagers de drogues de son prédécesseur, mais leur impose, dans les deux mois, de se présenter dans un centre lillois : Ainsi, « beaucoup sont partis spontanément ». Les nouveaux arrivants doivent d'abord eux aussi se présenter au centre, avant d'envisager une quelconque prescription. Alors que son prédécesseur suivait une cinquantaine de patients usagers de drogues, le Dr M se retrouve avec une file active d'une dizaine de patients. Il se dit « hyper strict » et est contre la prescription sans cadre de traitement de substitution. Ne pas respecter les règles est synonyme d'arrêt de suivi.

Suite à cette mise au point, dans l'année qui a suivi son installation, « il y a eu deux pétages de plomb ». Le Dr M est agressé à deux reprises (notamment avec vol d'ordonnanciers), à deux mois d'intervalle, par des patients de son prédécesseur qui ne se conforment pas au nouveau cadre établi et qui sont donc exclus de la prise en charge. Il porte plainte contre ses deux agresseurs qui, par la suite, sont condamnés à quelques mois de prison ferme.

Alors que d'autres médecins auraient pu changer leur fusil d'épaule suite aux deux agressions, le Dr M a souhaité renforcer son positionnement et le faire savoir en portant plainte et allant jusqu'au bout de sa démarche pour que les patients soient inquiétés. En agissant de la sorte, il a ainsi voulu mettre en garde les autres patients de sa détermination. Il s'agissait pour lui de réguler la patientèle : « Ca calme tout... vous n'en voyez plus après ».

Fin des années 1980, le Dr L (MG34) termine ses études. Il débute des vacances en milieu psychiatrique. Confronté en gardes à des usagers de drogues, le Dr L se forme auprès des équipes d'infirmiers. Il se forme « sur le tas », par le biais de l'expérience de ses confrères du service psychiatrique. De plus, durant les vacances, il réalise des

remplacements en ville. Il est alors confronté aux demandes de prescriptions de stupéfiants : « Toutes mes vacances, j'allais remplacer et je sais que quand on va remplacer... Dès qu'on remplace un médecin, le premier jour, il y a aussi la salle d'attente pleine en disant : « Votre chef me donnait, donc je voudrais » et je dis non. Là aussi, ça m'avait permis déjà d'adopter ma stratégie. Je dis : « Peut-être qu'il vous donnait, mais moi, en tant que jeune, je ne peux pas vous donner ça ». Il accepte de prescrire si le patient lui apporte la preuve qu'il est déjà suivi. Même s'il n'approuve pas les méthodes de certains confrères qu'il remplace, il se base sur les ordonnances précédentes : « Si on m'apporte la preuve que le médecin faisait comme ça, je renouvelle, c'est son traitement habituel. Il ne faut pas changer le traitement et refuser le patient qui est suivi régulièrement par le médecin remplacé. Non, ça c'est une rupture de soins ».

Ces cinq années durant lesquelles il est confronté à différentes expériences, lui permettent de réfléchir à sa future pratique de généraliste : « avec ces 5 années où je faisais les deux [hôpital psychiatrique et médecine de ville en remplacement], ça m'a permis de me dire : « Quand je vais m'installer, c'est de telle manière que je vais fonctionner » parce que je les voyais et je voyais leur comportement ».

Le Dr L s'installe ensuite en médecine de ville au milieu des années 1990, il savait déjà comment procéder : « moi, c'était réfléchi à l'avance ». Au début, il est principalement sollicité pour des demandes de Tranxen® et de Rohypnol®. Il ne les considère pas comme des demandes de soins. Il refuse ces prescriptions et établit au fil du temps des contrats de suivi de plus en plus cadrés et précis.

Ce renforcement des conditions d'accès va de pair avec une rigueur des médecins mais aussi avec l'angoisse d'être inquiété par les instances de contrôles ou d'être confronté à des situations où le patient risque sa vie. Là aussi, le renforcement des conditions peut être vu comme le résultat d'un calcul entre risque pour soi (le médecin), risque pour autrui (le patient) et le bénéfice de l'activité.

### **2.2.3. Le renforcement de l'implication dans la prise en charge**

D'autres médecins encore ont, au fil du temps, renforcé leurs pratiques de soins à l'égard des usagers de drogues. Installés depuis les années 1970-80 pour la plupart, ils se disent frustrés de ne pas avoir pu aider, faute d'outils thérapeutiques adaptés, les « toxicos » qui se présentaient à eux dès les années 1980. Quelques-uns ont d'ailleurs été confrontés aux décès d'héroïnomanes de leur patientèle. Souhaitant dépasser cette frustration et développer une connaissance et des outils en la matière, ils se sont très tôt impliqués dans des formations et dans la prise en charge de patients. Cet engouement n'a pas faibli au fil du temps bien que certains aient été ébranlés par des inculpations ou

des incarcérations. Ils se disent précurseurs et dans l'impossibilité de réduire cette activité, faute notamment de médecins impliqués.

Le Dr T (MG20) s'est installé comme généraliste dans un petit village belge à la fin des années 1970. Il est sollicité pour la première fois par un toxicomane dans les années 1985-86. Le fils d'une de ses patients lui téléphone. Il se rend chez lui et le fils « est descendu avec sa 22 long rifle pour avoir quelque chose, mais je ne lui ai rien prescrit du tout ». Quelque temps après, ce même patient le recontacte « pour lui faire des injections pour l'empêcher de partir chercher quelque chose en Hollande ». Le Dr T accepte de le traiter. Par la suite, jusqu'au début des années 1990, il soigne une dizaine de patients, « des patients locorégionaux, de ma patientèle et des gens que je connaissais, qui ne sont pas forcément de ma patientèle mais assimilés... ». Dès cette période, il organise l'une ou l'autre conférence à destination de médecins de l'entité. Il se rend rapidement compte qu'il est un des seuls à prendre en charge les toxicomanes et souhaite par ce biais « réveiller » ses confrères.

Il s'inscrit à la première formation organisée en Belgique sur l'accompagnement des toxicomanes « parce que ça m'intéressait et que j'avais quand même des patients et je voulais voir un peu...on se mettait en ordre. Il y avait un consensus. Ce n'était pas légal mais enfin...Je voulais voir ce que les autres faisaient... Pratiquement, vous savez la formation, une fois que vous avez quelques patients toxicomanes, la formation... c'est se rencontrer avec les collègues, voir ce qu'ils font, etc. Après, on se forme sur le tas ». Suite à cette formation, le Dr T est davantage sollicité : « ça a surtout grossi à partir de la formation » jusqu'à suivre 100-150 patients. A cette même période, sa vie personnelle est chamboulée. « J'ai divorcé. J'étais parti bien avant, je suis revenu. Je me suis retrouvé SDF puis, j'ai logé pendant 4 mois dans un home et puis j'ai loué une maison à la limite de l'insalubrité... donc ça m'a peut-être fait comprendre la misère du monde différemment ». Ces événements lui ont « fait comprendre que je devais continuer et aller plus loin ». D'ailleurs, lors de l'ouverture d'un centre spécialisé dans sa région, il est sollicité pour y travailler. Il accepte.

Lorsqu'un confrère arrête son activité ou est contraint, pour une période, de la réduire, il accepte de prendre davantage de patients. C'est ainsi que lors de l'arrestation d'un confrère, l'Inspectrice des pharmacies tente d'orienter les patients chez différents médecins consentants. Le Dr T voit donc sa patientèle augmenter de 70 à 80 patients.

Ses expériences personnelles et professionnelles le confortent dans son positionnement et lui font poursuivre son activité avec davantage de convictions.

Le renforcement de la conviction et des soins aux usagers de drogues est lié à la fois à des expériences personnelles et une implication affective forte vis-à-vis de ces patients. L'influence de confrères impliqués dans la problématique explique également cette persévérance. On peut également y voir l'attrait pour un capital économique et un capital symbolique lié à l'expérience découlant des années de pratiques.

La plupart de ces médecins ont été confrontés à un moment ou un autre à la justice ou aux instances ordinales. Qu'est-ce qui pourrait expliquer leur persévérance ? Cette réflexion suscite d'emblée une question : qu'est-ce qui fait que certains médecins sont prêts à se confronter à ces risques, à flirter avec eux et d'autres pas ? Nos analyses permettent de formuler différentes hypothèses à cet égard. En fonction de la manière dont ils envisagent la pratique avec les usagers de drogues, les médecins prêts ou non à s'investir.

Pour certains médecins, il peut s'agir d'en tirer un capital économique non négligeable. Comme ils le disent : « Ce n'est pas difficile de prescrire et d'accepter tous ceux qui se présentent » (MG11). Toutefois, même si cet argument est présent dans leur discours, il ne semble pas expliquer à lui seul cette « prise de risque ».

Il peut s'agir de tirer un capital symbolique de cette activité. Certains médecins, bien qu'ayant eu des ennuis avec la justice et ayant été incarcérés à plusieurs reprises en raison de leurs pratiques avec les usagers de drogues, persévèrent dans des pratiques hors-la-loi pour prouver que « ce sont les autres qui se trompent. J'ai de très bons résultats avec ma méthode » (MG25). L'un d'eux est d'ailleurs en train de rédiger un ouvrage sur sa pratique (en opposition avec les recommandations actuelles), résultats chiffrés à l'appui.

Le lien affectif créé avec le patient peut justifier, aux yeux de certains, une prise de risques non négligeable. Les médecins disent s'attacher à leurs patients et souhaitent les aider dans leur détresse.

D'autres prônent un idéal de médecine humaniste permettant à tous d'accéder aux soins, même s'ils ne se conforment pas aux recommandations en vigueur, même s'ils détournent le traitement. Il s'agit pour eux d'une « thérapie par les pairs » et d'un premier pas vers une démarche plus structurée. Pour ce médecin français, la prise en charge des usagers de drogues est un défi et il se moque du qu'en dira-t-on :

« En tout cas, je suis très fier de ce que j'ai pu faire parce qu'il fallait souvent beaucoup de courage face aux toxicomanes, face à l'Ordre des médecins, face à la Sécurité sociale, face à la réputation désastreuse que cela provoquait par rapport aux autres patients... On disait souvent qu'ici, il n'y avait que des bouniours toxicomanes. C'était des phrases que j'entendais dire. Moi, je suis absolument hostile à toute forme de racisme et donc j'ai préféré être fidèle à mes idéaux de la médecine d'humanité » (MG50).

Enfin, l'hypothèse forte que nous soumettons est que le soutien des confrères peut permettre à certains de poursuivre leur activité et d'assumer les risques encourus. Cette notion de risque permet aux médecins prescripteurs de former une sorte de communauté. Hughes, dans *Mistakes at work*, évoque les erreurs commises par des professionnels dans le cadre de leur activité. Selon lui, « certaines erreurs sont plus lourdes de conséquences que d'autres, pour celui qui les commet, pour ses collègues, ou pour les personnes sur qui elles sont faites » (Hughes, 1996, 88). Nous reprenons son raisonnement en l'étendant non pas aux erreurs potentielles commises par les médecins généralistes à l'égard des usagers de drogues, mais aux risques potentiels qu'ils encourent : « Puisque la probabilité théorique de faire un jour une erreur est accrue par la fréquence même des opérations qui nous font gagner notre vie, il est normal de développer des justifications pour se soutenir dans cette épreuve. On doit s'attendre également à ce que ceux qui sont soumis aux mêmes risques de travail se forment un système commun de justifications qu'ils se répètent les uns aux autres pour garder courage, et à ce qu'ils constituent des défenses communes vis-à-vis du monde profane » (Hughes, 1996, 89). Ainsi, les risques évoqués (overdose, détournement ou revente du traitement) par les médecins prescripteurs les unissent. Au cours des réunions de réseau auxquelles nous avons assisté, il est effectivement courant d'entendre les médecins se dire entre eux « tu sais ce que c'est, hein. Ça peut arriver à tout le monde » ou encore « Ça nous pend tous au nez [le décès d'un usager de drogues], je ne vois pas pourquoi ils [les autres médecins ou les instances de contrôle] nous jugent là-dessus ». Ainsi, comme le note Hughes, les justifications et les défenses relèvent d'une logique qui est similaire à celle de l'assurance, dans la mesure où elles tendent à répartir les risques psychologiquement (en rappelant que cela peut arriver à n'importe qui) et moralement. Il s'agit selon lui de « mécanismes que l'individu invente pour décharger en partie son sentiment de culpabilité sur le groupe de ses collègues » (Hughes, 1996, 89). Peut-être

est-ce le fondement de la forte identification avec les confrères au regard de cette problématique ?

L'analyse de certains parcours donne à voir l'influence d'un seul facteur. Toutefois, les positionnements sont souvent motivés par plusieurs facteurs à des degrés divers, l'un d'entre eux pouvant prendre le dessus en fonction des situations.

### 2.3. D'un extrême à l'autre : la redéfinition radicale

Une dizaine de médecins a connu, au fil de son parcours, de véritables redéfinitions de pratiques allant parfois jusqu'à pratiquer de manière opposée à des moments différents<sup>241</sup>. Alors qu'ils refusaient ces patients, ils sont devenus au fil du temps de vrais spécialistes des soins aux usagers de drogues (1). D'autres, par contre, se sont investis très tôt dans la problématique et ont arrêté de pratiquer du jour au lendemain (2). D'autres médecins encore s'étant spécialisés dans la prise en charge et prônant un cadre assez souple ont « resserré la vis » et imposé des conditions strictes à leurs patients (3). Enfin, certains médecins acceptant les prises en charge très cadrées ont peu à peu refusé tout suivi d'usager de drogues (4). Ces revirements de situation sont souvent liés à un événement fort qui a renversé les convictions et les positionnements.

#### 2.3.1. Du refus à la spécialisation

Certains médecins étaient opposés à la médicalisation de l'usage de drogues. Ils n'y voyaient pas d'intérêt et surtout pas de sécurité juridique (notamment) en raison de l'absence d'un cadre défini avant les années 1990. Bien que non sensibilisés à la problématique dans leur propre patientèle, ils se sont laissés convaincre par des confrères de l'utilité et de l'importance de la démarche. C'est ainsi qu'ils se sont lancés dans l'aventure et s'y sont trouvés bien. Au fil du temps, ils n'ont cessé de se former et de s'impliquer dans la problématique.

Lorsque le Dr D (MG26) commence à exercer dans les années 1960, « il n'y avait pas de toxicomanes avérés dans la région [Hainaut belge] ». Dans les années 1970, il est sollicité par l'un ou l'autre patient pour des prescriptions de Fortal®<sup>242</sup> ou de Palfium®. Il refuse de prescrire, mais entre en contact avec l'Inspection des pharmacies pour demander

---

<sup>241</sup> MG 4, 5, 21, 22, 26, 28, 40, 41, 48, 51.

<sup>242</sup> Le Fortal® (Pentazocine) est un antalgique opiacé qui diminue la douleur en bloquant les influx nerveux douloureux destinés au cerveau et à la moelle épinière.



des conseils au cas où il serait amené à en prescrire de manière ponctuelle. Dans les années 1980, il est peu sollicité et préfère éviter d'être confronté à de telles demandes.

Au début des années 1990, le Dr D est contacté par un confrère pour suivre la formation organisée à Mons. Ce confrère tente de le sensibiliser, insistant sur le nombre croissant de toxicomanes en demande de traitement et le faible nombre de médecins acceptant de les suivre : « Il m'a sensibilisé. Après tout, ce sont des gens à prendre en charge comme les autres ». Le Dr D est partant mais tout de même « un petit peu réticent... pas pour des questions de prise en charge de toxicomanes mais parce que j'étais quand même bien assis dans une patientèle ». Il s'inquiète d'un éventuel surcroît de travail lié à cette activité. A la suite de cette formation, « le téléphone arabe a fonctionné ». Petit à petit, le Dr D est sollicité par un nombre de plus en plus important d'usagers de drogues. Il prend les patients en consultation et établit avec eux un contrat de traitement approuvé par l'Ordre des médecins et la Commission médicale provinciale.

Depuis le début de sa pratique avec les usagers de drogues, la patientèle du Dr D n'a cessé de croître. Il suit diverses formations et s'investit dans la thématique. Il évoque les difficultés de « faire un tri dans ses patients ». « A partir du moment où je constatais qu'ils étaient réellement héroïnomanes et... je les prends en charge ». Il n'a jamais envisagé de réduire son activité : « Pourquoi arrêter ? J'en ai mis dehors parce qu'ils n'étaient pas sérieux, parce qu'ils étaient agressifs vis-à-vis d'autres personnes... ». Au cours de sa carrière, « j'ai eu la chance, on peut dire ça comme ça, de ne pas avoir de patient qui soit mort d'overdose ». Le seul incident qu'il relate est le décès de l'amie non toxicomane d'une patiente française qui avait organisé « une méthadone-party ». Le Dr D est alors inculpé d'homicide involontaire par le parquet de Valenciennes. Une commission rogatoire est alors envoyée au parquet de Mons et le Dr D est entendu. L'Inspecteur des pharmacies de l'époque le soutient et un non-lieu est prononcé. Suite à cet incident, le Dr D n'a pas changé de pratique, il a toutefois ajouté un élément au contrat qu'il établit avec chacun de ses patients toxicomanes : « X [le patient] s'engage à ne donner son traitement de substitution à personne ».

Une fois sensibilisé à la thématique, le Dr D n'a cessé de s'y intéresser et de s'y investir au point de ne jamais réduire cette activité malgré une inculpation par la justice.

Le Dr K (MG21) s'installe comme généraliste dans une ville hennuyère au milieu des années 1970. En début de carrière, il est sollicité par un patient lui demandant de le sevrer au Palfium®, mais ce patient subtilise son cachet. Cet incident vaut au Dr K d'être convoqué par la Commission médicale provinciale : « J'avais été abusé par un qui demandait du Palfium® à l'époque. Il avait copié mon cachet et il se prescrivait du Palfium® à tour de bras. Alors, j'avais été

appelé à la Commission médicale etc., mais c'était vraiment un tribunal (...) Comme on était au courant de pas grand-chose puisque dans nos cours, on n'a jamais eu affaire à ce problème-là, en bonne conscience, je lui ai prescrit du Palfium®. Et puis, on s'est aperçu qu'il en prenait chez tout le monde, chez tous les médecins (...) Vous ne savez pas que le Palfium® ne doit plus être prescrit pour sevrer ou pour ci ou pour là. Nous, on ne savait pas à l'époque ».

Suite à cette « mauvaise expérience », le Dr K occupe une position ferme, il ne prescrit plus aux usagers de drogues. Sa représentation de l'usager est négative : « A ce moment-là [quand on a une mauvaise expérience], on les catalogue, on les met tous dans le même sac... ce sont tous des menteurs, des tout ce qu'on veut ». Il les oriente vers un hôpital ou en psychiatrie. Jusqu'au début des années 1990, « je les orientais immédiatement. Je n'ai plus jamais donné quoi que ce soit avant la formation de 1992 ».

Lors de la mise en place d'une formation spécifique à la prise en charge des usagers de drogues à Mons, il est sensibilisé par un confrère. En tant que président des médecins généralistes de sa ville, il est sollicité par les organisateurs pour soutenir l'initiative. Il répond à l'appel notamment poussé par la frustration qu'il vit à refuser des patients depuis des années : « C'est vrai que ce qu'on faisait à l'époque, c'était se dire : « On les met dehors » mais c'était toujours avec un certain pincement au cœur en se disant : « Ce n'est pas normal qu'on mette dehors quelqu'un qui est en manque, quelqu'un qui a besoin de soin, qui a besoin d'une aide. (...) C'est vrai que j'ai toujours été fort au contact des gens, savoir essayer de les aider au maximum dans tous les domaines... Franchement, moi, ça ne m'allait pas de dire : « La porte est là » ou « Allez à l'hôpital »... Me décharger, non, ça ne m'allait pas ».

Suite à cette formation, il est d'abord sollicité par des patients envoyés par le parquet, puis le bouche-à-oreille aidant, il est rapidement sollicité par de nombreux patients. Au fur et à mesure se constitue une patientèle d'une quarantaine d'usagers.

Au début des années 2000, lorsqu'un confrère qui suit des centaines de patients est incarcéré, les pharmacies orientent ses patients vers un ensemble de prescripteurs réputés. La patientèle du Dr K gonfle alors rapidement pour atteindre plus de 150 patients.

Actuellement, le Dr K soigne un peu plus de 150 patients. Il ne respecte pas le nombre imparti par l'arrêté royal, mais pour lui, « il est difficile de refuser. (...) Il faut pouvoir les aider ». « On a du mal de se limiter. Quand on se dit qu'on veut les aider, on veut leur rendre service, on veut arriver à quelque chose. Ce sont des gens qui travaillent, qui ont des problèmes... ou ils ont des enfants ... Est-ce qu'il faut les rejeter ? Ce n'est pas facile ».

L'influence des confrères dans la sensibilisation semble primordiale. Le réseau de confrère joue donc un rôle central dans la définition et les possibles redéfinitions de

pratiques. Alors qu'ils ne se conforment pas tous à la législation et aux recommandations, ils défendent leur positionnement en avançant l'argument d'une démarche humaniste et confraternelle.

Ces différents cas de figure pourraient être assimilés à des sortes de « conversion ». Selon Hughes, la culture médicale s'acquiert par l'éducation médicale qui doit être à la fois un apprentissage, une initiation et une conversion (Hughes, 1996). De même, pour s'intéresser à la problématique de l'usage de drogues, il ne suffit pas vraiment d'apprendre les matières médicales et de réussir des formations. Le médecin doit quelque part effectuer une conversion consistant à intégrer les idées sur différents domaines, notamment ce qu'est le travail avec les usagers de drogues, ce que doit être le rôle du médecin. Il s'agit, dans ces cas de figure, de « changer de monde », de se fabriquer une nouvelle identité professionnelle faites de « nouvelles » définitions de l'usage de drogues, de « nouvelles » idées sur le travail, la carrière, les patients,... (Dubar et Tripier, 2003, 101-102). Or ces idées sont souvent des stéréotypes mis à mal par l'expérience de réalités vécues. Apprendre à travailler avec les usagers de drogues, c'est donc apprendre à gérer les décalages entre les stéréotypes, modèles théoriques, d'une part, et, d'autre part, les « réalités professionnelles » constituées entre autres de « sales boulots », de pratiques très terre à terre, de débats et aussi, mais surtout, d'incertitudes (Dubar et Tripier, 2003, 102).

L'intérêt pour la problématique et la transformation de la pratique peuvent être liés à des expériences personnelles ou à une expérience de type militant (planning familial, participation aux luttes pour l'IVG, engagement dans le soutien des personnes atteintes par le VIH). Ce type d'expérience a permis à ces médecins de développer une certaine maîtrise de la relation médecin-patient et du langage technique. Le suivi de formations spécifiques leur permet de gérer avec plus de souplesse les risques liés à l'usage de drogues. Les médecins se sentent alors plus à l'aise dans la gestion de cette pratique.

### **2.3.2. Du tout au rien**

Alors que certains médecins se sont impliqués très tôt dans la problématique, l'intervention des pouvoirs publics les a conduits à se désinvestir et laisser le champ libre aux acteurs légitimes dans les dispositifs naissants.

Le Dr R (MG51) s'est installé comme médecin généraliste en 1969 dans l'agglomération lilloise. Dès le début des années 1970, il est
---

sollicité par un usager de drogues qu'il ne connaît pas pour du Palfium®. Il souhaite aider ces « jeunes gens amaigris, c'était des gens jeunes, 18-19 ans dont la santé était préoccupante. Ce sont souvent des gens attachants, des gens intelligents, des gens très maigres et très vulnérables qui venaient chercher de l'aide, donc on leur donnait de l'aide ». Son objectif est alors de « diminuer leur souffrance par des médicaments » pour réduire les angoisses, les douleurs musculaires, etc. Il leur prescrit à l'époque du Palfium® et du Valium®. En permanence, le Dr R recevait 3-4 « drogués » en détresse avec « un certain nombre de décès et un certain nombre de guérisons ». Il bricole sa pratique avec ces patients, « il y a 30 ans, quelqu'un qui souffrait, on lui donnait ce qu'il fallait et on augmentait les doses ». N'ayant pas d'autre alternative, il les aide.

Le Dr R a vécu « la guerre au Palfium® » comme une atteinte à sa liberté thérapeutique et dès que l'occasion s'est présentée de relayer ces patients, il en a profité : « Donc moi, j'ai le droit de lui prescrire du Valium® et il y a un con qui vient me dire que je n'ai pas le droit de lui prescrire... désolé, c'est lui qui s'occupe du malade alors ». Le Dr R a délégué la prise en charge, ne supportant pas qu'on lui impose une manière de faire : « Après, les pouvoirs publics se sont mêlés du problème et quand les pouvoirs publics se sont mêlés du problème, ça a été une occasion inespérée, une autorisation de ne plus s'en occuper... Avant mon naufragé, je le prenais parce que je ne pouvais pas le faire autrement, mais à partir du moment où les pouvoirs publics ont commencé à légiférer et dire : « On fait comme ci et comme ça et puis, il va y avoir des centres ». Et bien : « C'est bien, allez voir ceux qui s'en occupent ». « Ils nous ont fait la guerre avec le Palfium® parce que c'est là, à partir de ce moment-là, quand ils ont commencé à se mêler de nos prescriptions... même le Valium®, ils ne voulaient plus qu'on prescrive ça. Ils disaient que c'était mal, qu'on ne devait pas faire ça ».

Il a alors orienté ces patients vers les centres de soins ou les médecins compétents : « A partir du moment où je savais que je pouvais les adresser au Dr E, au Dr R, à l'hôpital ou des trucs comme ça... C'était parti ». « On se connaît entre nous professionnellement et puis, il y en a qui s'en occupent. Il y a des réunions professionnelles, on discute de ce genre de choses, donc on sait ». Une fois que les pouvoirs publics ont légiféré, le Dr R s'est désinvesti : « Moi, je suis... libre, je suis responsable de ce que je fais. Je ne suis pas là pour appliquer les recettes d'un autre avec lequel je ne vais pas être d'accord. S'il y a une coercition : faites comme ceci... Moi, je ne fais plus. Si on vient vous dire comment vous devez faire, vous allez vous rebeller ». Actuellement, le Dr R refuse de suivre les usagers de drogues.

L'intervention des pouvoirs publics dans la problématique a eu pour effet direct le désinvestissement du Dr R dans la pratique. Alors que, pour lui, le médecin doit jouir de

sa liberté thérapeutique, l'imposition de réglementations et la menace de sanction conduit à une perte de liberté. De même, la création de dispositifs spécialisés délégitime la prise en charge en cabinet privé. La question de l'autonomie professionnelle est donc au cœur de ce revirement.

### **2.3.3. De la prescription immédiate au cadre strict**

D'autres médecins encore s'étant spécialisés dans la prise en charge et prônant un cadre assez souple ont « resserré la vis » et imposé des conditions strictes à leurs patients. Ce cas de figure se présente notamment chez certains médecins ayant eu des problèmes avec la justice ou les instances de contrôle médicales ou déontologiques, qui les ont mis en garde contre de possibles sanctions ou les ont sanctionnés pour une pratique qu'ils jugent « trop souple » ou « pas assez réglementaire ».

Le Dr K (MG28) est originaire des quartiers populaires de Roubaix. Dès son adolescence, il est confronté aux consommations de colle de copains du quartier. Une fois à la fac, il n'a plus de contact avec ces personnes. Pour financer ses études, le Dr K travaille comme infirmier psychiatrique dans des hôpitaux psychiatriques du Nord Pas-de-Calais. Il est alors sensibilisé à la problématique : « C'est là qu'on est sensibilisé. Là surtout, on voit les toxicomanes sombrer malheureusement dans la psychiatrie... (...) On voyait pas mal de cas de gens qui déclenchaient ou qui aggravaient des maladies psychiatriques à cause de la drogue, soit de la drogue douce au départ pour les plus jeunes... ou des drogues dures pour les plus vieux, pour les plus anciens... ». De plus, il réalise, durant quatre mois, un stage dans un centre de soins pour toxicomanes : « Ca m'a permis de voir, de comprendre et de connaître cette maladie, cette dépendance ». C'est là qu'il prescrit pour la première fois des traitements de substitution. Dès la fin de ses études en 1997, il ouvre un cabinet dans son quartier d'origine. A cette époque, il est rapidement sollicité par des gens du quartier et par des usagers de drogues de l'ensemble de la métropole. Rapidement, dix patients le sollicitent jusqu'à une cinquantaine après quelques années. Il travaille en solo et ne se fixe « aucune limitation, aucune restriction ». Il participe toutefois aux réunions d'intervision organisées par un centre de soins.

Après plusieurs années de pratique, en 2004, l'Ordre des médecins le convoque et le suspend de toute activité durant trois mois. Depuis qu'il a repris, « je suis devenu plus sévère ». Il a réduit son activité avec ces patients en se limitant aux « patients locaux » : « Ca a changé évidemment la prise en charge... les patients qu'on prend en charge maintenant, ce sont des locaux, que des gens proches, on prend moins les gens éloignés, les gens à problème, les gens qui n'écoutent pas, les gens qui ne font qu'à leur tête ou que les pharmaciens nous appellent... ».

L'intervention des instances de contrôle a une influence décisive sur les pratiques de certains médecins de notre échantillon. Suite à ces interventions, les médecins mettent en place des pratiques correspondant aux cadres règlementaires et tentent, autant que possible, de réduire les risques d'un nouveau rappel à l'ordre. Le calcul des risques associés à la pratique est dès lors prégnant dans la redéfinition des pratiques de ces médecins.

#### **2.3.4. Du cadrage au refus**

Le dernier cas de figure rencontré rend compte de médecins acceptant les prises en charge très cadrées qui ont peu à peu refusé tout suivi d'usage de drogues. Ces refus progressifs sont liés à des ennuis avec la justice, une convocation à l'Ordre des médecins ou encore un ras-le-bol lié à des agressions, des manipulations, un manque de formation ou de prise sur la pratique, des craintes pour leur famille.

Au début de son installation, le Dr L (MG5) est sollicité par des patients lors de gardes ou au cours de ses consultations, mais il semble très vite « débordé » par l'un ou l'autre patient. « Au début, je voyais des gens de temps en temps. Ca m'a un peu choqué d'ailleurs parce que je me souviens d'un monsieur qui faisait les marchés et qui venait chercher sa Rilatine®<sup>243</sup> et je ne comprenais pas... Il venait chercher ses médicaments comme une drogue... (...) J'ai donc essayé vite de ne pas trop rentrer dans ces jeux-là parce que ça ne m'intéressait pas spécialement d'aider des gens à garder une toxicomanie par exemple. Je ne voyais pas ça d'un bon œil. Je me souviens du fils d'un patient, que j'ai connu au départ. Moi, je n'en garde pas un bon souvenir. C'était un toxico, il lui fallait de la morphine... Il ne faut pas oublier qu'on est réveillé la nuit, à deux heures du matin... quand on est de garde... le père qui fait pression parce qu'il lui faut absolument quelque chose... ce que le patient décide d'avoir en plus ! C'est des vies parfois impossibles. Au début, ce n'était pas évident. Parce qu'en fait, on est tout seul face à un problème et quand on téléphone quelque part, on vous rabroue. Je comprends que les services sont débordés, on ne sait pas prendre les gens en charge donc ça tombe sur votre tête. Comme vous êtes tout seul, ça peut être à une heure, à trois heures, à six heures du matin... huit heures du soir. Finalement, un patient vous pouvez l'avoir eu cinq fois sur la journée, six fois sur la journée. On essaye d'aider les gens mais bon... pour un patient, la semaine, elle était épouvantable. J'aurais eu peur d'en avoir deux comme ça en

---

<sup>243</sup> La Rilatine® (méthylphenidate hydrochloride) est un stupéfiant indiqué dans le cadre de narcolepsie, de syndrome hyperkinétique infantile ou de dépression.

même temps ». Rapidement, il en vient à la conclusion : « Je ne saurais pas, je ne me sentais pas de taille à aborder ce problème-là ». « Des mauvais souvenirs, c'est sûr que j'en ai gardé, oui, des toxicomanes ». Depuis ces épisodes de début de carrière, « je ne traite pas spécialement les toxicos... J'essaye plutôt d'orienter vers des confrères reconnus pour la chose ». Il les oriente vers deux confrères de l'entité qui ont suivi la formation et qui sont réputés pour le soin aux usagers de drogues.

La manipulation dont semble être l'objet les médecins, en conduit à arrêter toute activité avec ces patients. Toutefois, certains se sentent menacés et, pris dans un cycle infernal, ne savent pas comment faire marche arrière. Pris au piège d'un système qui les dépasse, ils sont l'objet d'agressions de patients qui ne comprennent pas le refus soudain du médecin. C'est ainsi qu'ils se retrouvent coincés dans une pratique qu'ils ne maîtrisent plus, attendant quelque part qu'un accident arrive. Les risques de la pratique sont alors vécus comme insupportables par le praticien. Le calcul risque/bénéfice est sans appel et ils attendent un événement leur permettant d'arrêter. Le Dr D se servira d'ailleurs de sa convocation chez le juge d'instruction pour réduire son activité, n'étant pas parvenu à le faire auparavant.

Avant son installation en cabinet privé, le Dr D (MG48) n'avait jamais eu de contact avec les drogues. Il s'installe à Lille au milieu des années 1970. Dès les premiers mois, il est sollicité par un patient du quartier pour ses consommations de drogues. « Au début, on est plein de bonne volonté, absolument pas méfiant ». « Il vient voir parce que d'abord, j'étais de loin le plus jeune. (...) Moi, tout frais avec mes idées, je sauvais le monde ». Il lui prescrit du Palfium® en envisageant un programme de sevrage dégressif, visant « la désintoxication complète ». Dans les deux mois qui suivent, cinq autres patients se présentent. Il pratique de la même manière avec eux : « Je commençais avec six Palfium® par jour pendant une semaine et puis, je faisais un contrat avec eux, on passait à 5 puis à 4 puis à 3, etc. jusqu'à théoriquement une désintoxication complète. Tout ça avec accompagnement éventuellement anxiolytique ou psychologique... j'avais du temps et je parlais beaucoup avec eux ». Rapidement, une trentaine d'usagers de drogues se présentent à lui. Son objectif est de les aider, mais il n'a aucune base : « Ils revenaient, ça commençait à mentir : je l'ai perdue [l'ordonnance], on me l'a volée, ça ne va pas, je ne peux pas. Donc moi, je commençais, je réaugmentais, j'essayais... parce que je n'avais aucune expérience. Et puis vous savez, on leur donnerait le bon Dieu sans confession à certains... ».

Après une année de prescription, le Dr D remarque que certains patients revendent leur traitement ou consultent d'autres médecins.

Après deux années, il a la certitude « de se faire rouler ». Il en met quelques-uns dehors : « j'ai commencé à me détacher un petit peu (...) à refuser ». Toutefois, bien qu'il se rende compte qu'il se « fait rouler dans la farine », il ne voit pas comment arrêter cette activité : « ça décourage un peu, mais on fait encore semblant d'y croire... ». Il est désabusé : « Ceux que je suivais, j'étais arrivé à un stade où je m'étais rendu compte que je ne suivais personne. Je ne faisais qu'alimenter leur trafic ». Durant cinq ans, il continue de prescrire : « J'avoue que c'était devenu la routine ». Ceux qu'il met à la porte sont remplacés par d'autres « jusqu'au point de saturation où personnellement je n'en pouvais plus ».

Au début des années 1980, « la goutte d'eau qui a fait déborder le vase » est sa convocation par un juge d'instruction suite à la plainte d'une dame du quartier, suite au décès de sa fille : « J'étais assimilé à un dealer, j'ai passé deux heures là-bas. Heureusement que mes carnets [à souche] étaient parfaitement à jour ». L'histoire est la suivante :

Un samedi, un dentiste du quartier qu'il ne connaît pas l'appelle pour sa fille qui est en manque et demande au Dr D de lui prescrire du Palfium®. Ayant consulté son médecin trois jours plus tôt, il refuse de prescrire. La mère le supplie alors de lui prescrire pour elle, ce qu'il fait pour une semaine : « La fille était dans un état épouvantable. Donc pour dépanner, la mère étant d'une profession de santé, je me suis dit : « On ne va pas la laisser comme ça ». Trois mois après cet épisode, la jeune fille décédait d'une overdose et sa mère portait plainte contre tous les médecins ayant prescrit du Palfium® à sa fille. Le Dr D s'en est sorti avec un non-lieu car il avait prescrit à la mère, s'expliquant devant le juge.

Le Dr D profite de la convocation du tribunal pour cesser son activité avec les usagers de drogues. Ces événements « m'ont désabusé complètement sur la nature humaine du drogué ». Rapidement, il n'a donc plus de demande d'usagers de drogues, sauf quelques ponctuelles mais qui se raréfient. Toutefois, après quelques années, certains anciens patients tentent à nouveau de se rendre chez lui. Sous la menace, il prescrit : « Je pense à un épisode : un jour, j'en ai eu trois dans ma salle d'attente avec des mines plus que patibulaires qui m'ont dit : « On sort de Loos [maison d'arrêt], il nous faut ça ». Il y en avait un dans le couloir, un à la porte et un dans mon bureau. J'ai prescrit ». Suite à ces épisodes ponctuels, les usagers se passent le mot et il est à nouveau sollicité. Il tente tant bien que mal de refuser.

Alors que « de gros prescripteurs » s'installent dans le quartier, le Dr D ne reçoit plus de demandes. Toutefois, le Dr D est à nouveau sollicité lors de leurs départs en vacances. Durant ces périodes, certains persistent et le menacent. Il est alors victime d'une agression au couteau. Suite à cette agression, il décide d'être plus méfiant lors des périodes de vacances de ces confrères et ferme sa porte au milieu des consultations, n'ouvrant qu'aux patients qu'il connaît : « Leur technique est bien simple : je consulte de 14h à 16h, on arrive à 15h55, généralement à deux ou trois, on s'assure qu'il n'y a plus personne dans la salle d'attente et on vient. D'où pression très forte, d'où



obligation de donner parce que je n'ai plus envie de me faire planter. Ce qui fait que maintenant, quand les médecins en question sont en vacances, à 15h, je ferme ma porte. Parce que normalement, ma porte est ouverte, les gens rentrent directement dans la salle d'attente, ils ne peuvent aller que dans la salle d'attente ou dans le couloir. Donc je boucle à trois heures et je vais, chaque fois qu'il y a un coup de sonnette, regarder par l'œilleton. Si c'est quelqu'un de connu, j'ouvre et si c'est quelqu'un de pas connu et surtout vers 15h55, je n'ouvre pas. Je fais le mort et ça s'en va ».

Les risques et les peurs liées à l'activité avec les usagers de drogues sont tels que les médecins mettent des garde-fous pour éviter les dérives. Dans ce cas de figure, les risques ne sont pas associés à un contrôle judiciaire ou médical, mais plutôt à l'agression physique ou verbale du médecin ou de sa famille (quand le cabinet médical se situe au domicile).

Les politiques publiques sont également au cœur des renversements de situation. Bergeron l'a analysé pour la France, le passage du paradigme de l'abstinence à la réduction des risques et l'introduction des traitements de substitution ont constitué, pour certains, de « véritables ruptures biographiques » (Bergeron, 1999).

#### 2.4. Un peu de tout : les fluctuations des pratiques

Notre échantillon comprend différents profils de médecins généralistes. Nous les avons présentés dans le chapitre précédent. Nous avons vu jusqu'à présent que ces positionnements ne sont pas statiques et qu'ils évoluent au fil du temps au gré des législations, des « événements marquants », des facteurs individuels, etc. Outre les redéfinitions radicales, les renforcements de pratiques ou la conservation de mêmes attitudes, des médecins ont évolué de manière moins claire, allant d'un positionnement à l'autre en fonction de redéfinitions de leurs pratiques. Ces fluctuations de pratiques sont principalement présentes dans les parcours des médecins appartenant aux segments spécialisés ou moins spécialisés mais impliqués<sup>244</sup>. Avant d'occuper ces positionnements, ces médecins ont tenté de mettre en place différents types de pratiques allant dans des sens divers. Les médecins soutenant actuellement le cadrage strict sont, pour certains, partis d'un refus de soins aux usagers de drogues, pour d'autres de la mise en place d'un cadre allégé ou pour d'autres encore d'un accord limité. D'autres

---

<sup>244</sup> MG 7, 8, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 30, 33, 35, 37, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 50.

médecins pratiquant maintenant dans un cadre allégé sont, pour certains, partis d'un refus de soins aux usagers de drogues, pour d'autres d'un cadre strict. Revenons sur l'ensemble de ces parcours.

#### **2.4.1. « Serrer la vis »**

Ces médecins ont bien souvent évolué dans leur positionnement à la suite de convocations en justice ou par les instances médicales ou à la suite d'ennuis judiciaires de collègues. « Resserrer la vis » en imposant un cadrage strict est ainsi, pour eux, un moyen de se protéger contre les risques d'inculpations ou autres ennuis. Ce « resserrage de vis » va également de pair avec l'adoption d'une nouvelle législation belge réduisant la liberté d'action des médecins pratiquant avec les usagers de drogues. Alors que depuis le début des années 1990, une tolérance de prescription était de mise, l'adoption d'une nouvelle législation contraignant les médecins à suivre une formation, à retreindre le nombre de patients, à s'inscrire dans un réseau, etc. fait peser sur eux de nouvelles craintes.

#### **« J'ai eu droit à tout le laïus du Procureur me recommandant chaudement de me conformer à cet arrêté royal »**

Le Dr L (MG14) est installé comme généraliste dans la région montoise depuis les années 1980. Au milieu des années 1980, il est sollicité par une famille voisine car leur fils « semble bizarre ». Il s'avère qu'il « carburait un peu à tout ce qui passe que ce soit officiel ou non officiel ». Lorsqu'il se présente chez le Dr L, « il a bien dû admettre qu'il avalait des substances légales et des substances illégales ». Il discute avec ce patient, « on a vu un peu ce qu'il en pensait et le pourquoi du comment mais... sans arrière pensée, qu'est-ce que vous vouliez faire à ce moment-là ? L'important, c'était qu'il reconnaissait un petit peu qu'il avale un peu tout et n'importe quoi. Et donc j'ai essayé de lui faire comprendre qu'il y a peut-être d'autres solutions ». A l'époque, le Dr L ne dispose pas de traitement adapté à la situation, « il venait régulièrement pour causer de tout et de rien parce qu'évidemment, il s'était ramassé un bel abcès vu qu'il injectait tout et n'importe... A ce moment-là, il n'y avait pas grand-chose comme produits qui existaient... Je ne vais pas dire que je n'ai pas essayé des neuroleptiques divers et variés tout en faisant attention de ne pas être une source d'approvisionnement supplémentaire ». Par la suite, le Dr L est sollicité par deux ou trois usagers de drogues, ami de ce premier patient, mais n'entame pas avec eux de suivi systématique : « c'était plus des discussions que vraiment un traitement ou une psychothérapie ». Jusqu'au début des années 1990, le Dr L est à quelques occasions sollicité, sans plus.

Lorsque la formation se met en place sur Mons, il y participe de manière assidue « pour faire un peu autre chose que la routine habituelle, (...) pour faire un peu autre chose que les vieilles qui ont une chatouille au gros orteil ou je ne sais pas, pour un peu faire autre chose que des nez qui coulent et des machins pareils ». Petit à petit, cette patientèle s'étoffe : « Ca a évolué tout doucement ».

A la fin des années 1990, le Dr L est inquiété à deux reprises par la justice en raison de ses prescriptions de méthadone. Il est inculpé une première fois car il prescrit de la méthadone à la sœur d'un détenu qui lui faisait passer au parloir : « C'était un gamin, il avait une vingtaine d'années à ce moment-là qui prenait de la méthadone et il s'est fait rattraper pour des histoires de vols et s'est retrouvé derrière les barreaux. Derrière les barreaux, comme il n'avait plus de méthadone, il a recommencé à carburer avec tout ce qu'on trouve en prison et il s'est senti mal. Sa famille en avait un peu marre de devoir allonger pour qu'il se paye toutes sortes de produits en prison, elle m'a demandé si je voulais bien faire les gélules et c'est la sœur qui les passait. Ca a duré pendant un certain temps mais malheureusement, la sœur s'est fait choper à la fouille ». Il a été reconnu coupable d'entretien de toxicomanie, de prescription abusive de produits et est condamné à sept mois de prison. Il fait ensuite appel et est acquitté.

Au début des années 2000, une de ses patientes organise une « sauterie » en mélangeant la méthadone qu'il lui a prescrite, de l'héroïne et de l'alcool. L'un des participants de la fête est hospitalisé et garde des séquelles. Il est reconnu non coupable mais « d'après le Procureur, j'étais responsable de l'état lamentable de ce jeune homme. Le juge m'a innocenté mais le parquet n'a pas été de cet avis, donc il a interjeté appel et l'appel est toujours en cours ».

Lors de l'incarcération d'un confrère, à cette même époque, il est sollicité par de nombreux patients. Sa patientèle gonfle donc, mais il reste prudent et poursuit sa pratique en toute légalité : « J'en ai récolté à ce moment-là, oui. Comme lui [son confrère incarcéré], c'était n'importe quand et n'importe où, moi j'en ai eu à ce moment-là... toute une série qui venait sonner à toutes sortes d'heures du matin, de l'après-midi, du samedi ou du dimanche... ».

La dernière entrevue au tribunal suite à l'affaire de la « sauterie à la méthadone » a eu lieu quelques jours après la parution de l'arrêté royal de 2004, « j'ai eu droit à tout le laïus du Procureur me recommandant chaudement de me conformer à cet arrêté ».

Actuellement, il n'accepte donc plus les nouveaux patients, ce refus est principalement lié à « la nouvelle réglementation ».

La mise en garde du Procureur de la République et les ennuis judiciaires d'un confrère lui ont fait adopter une stratégie de réduction des risques vis-à-vis des instances de contrôles. Cette fermeté dans la pratique est présentée comme une protection pour le médecin et non pour le patient.

**« Moi, je n'ai pas de craintes... mais mes enfants étaient petits et ma femme en avait un peu peur... »**

Au départ, dans les années 1990, l'un des patients du Dr D (MG18) consomme de l'héroïne, mais le médecin n'« a pas su le suivre » : « Lui, je n'ai pas su le soigner donc c'est un peu ça qui a fait que je me suis dit : « Je vais suivre les cours » parce que c'est un peu bête de ne pas savoir comment on prescrit de la méthadone ». Lorsqu'il entend parler de la formation organisée sur Mons, il accepte de la suivre pour pouvoir aider ce patient et prescrire de la méthadone. Son objectif est de pouvoir aider ses propres patients : « Je n'ai pas suivi les cours dans le but d'avoir une patientèle, de suivre, etc. Non, c'était uniquement pour soigner les gens qui consommaient de l'héroïne dans les familles que je soignais ». Suite à la formation, son nom est diffusé avec la liste des autres prescripteurs agréés et il prescrit de la méthadone à cinq ou six patients.

Suite à quelques incidents survenus dans son cabinet et à l'inquiétude de sa femme vis-à-vis de leurs enfants, le Dr D décide d'arrêter son activité : « Parce que j'ai eu quelques patients difficiles ... J'en ai eu un qui s'était piqué ici dans la salle d'attente. Et puis, il y en avait une qui était venue, elle voulait du Rohypnol® et moi, j'avais refusé. Elle s'était endormie sur mon bureau... J'ai refusé et puis, je l'ai accompagnée dehors, elle était fâchée. Elle a pris les plantes dehors, elle a fait du grabuge dehors. Alors ma femme s'est énervée dessus... J'ai appelé le 100 pour qu'ils l'emmènent mais elle ne voulait pas, donc ils ont appelé la police ». Sa situation familiale a également pesé dans sa décision : « Moi, je n'ai pas de craintes... mais mes enfants étaient petits et ma femme en avait un peu peur... ce n'est pas justifié, je pense mais c'est dans ce cadre-là que j'ai dit non ». Il demande alors que son nom soit retiré de la liste et oriente ses quelques patients vers d'autres prescripteurs. Il continue toutefois de prescrire de la méthadone à deux patients dont il soigne la famille.

En 2001, lors de l'incarcération d'un de ses confrères, le Dr D est sollicité par les pharmaciens et l'Inspecteur des pharmacies pour reprendre quelques patients de ce médecin. Il accepte et reprend donc son activité avec une centaine de patients. Lorsque ce médecin est libéré, certains patients retournent suivre le traitement chez lui et d'autres sont restés chez le Dr D. Actuellement, il ne « prend plus de nouveaux patients ». Il oriente les usagers de drogues qui le sollicitent vers d'autres prescripteurs de Mons.

Plusieurs facteurs entrent dans les redéfinitions de pratiques de ce médecin : à la fois l'influence d'un patient qu'il souhaite aider, la présence de sa femme et de ses enfants à proximité de la salle de consultation, l'agressivité de quelques patients ainsi que l'influence de l'Inspection des pharmacies. Son parcours est notamment fonction de

facteurs à la fois structurels et personnels. Sa plus grande crainte est liée à l'incertitude de l'usage du traitement par le patient ainsi qu'à sa « mauvaise utilisation », notamment sa revente. Ce risque (à la fois pour le patient et pour lui-même) est apprécié par ce médecin qui tente de le maîtriser. Il apprécie d'ailleurs que les patients soient accompagnés d'un membre de la famille :

« Ce que j'aime bien c'est quand ils viennent avec leur enfant, avec leur épouse... Donc j'aime bien quand ils viennent à deux... Comme ça, je vois un peu le comportement de la conjointe ... C'est une façon de rompre un peu cette... parce qu'on sait que le traitement est bien suivi... Le patient, ce qu'il me raconte, est-ce que c'est la vérité, est-ce qu'il me raconte n'importe quoi... Moi, c'est toujours ça qui me fait peur... je me demande : « est-ce qu'il prend bien sa méthadone ? » (MG18).

L'influence des confrères est également régnante dans ses redéfinitions plurielles de pratiques.

**« D'autant plus que les gens avec qui ça se mettait en place me plaisaient (...) Le facteur humain est important »**

A la fin de ses études, le Dr B (MG44) réalise trois années de remplacement au cours desquelles il n'est pas confronté aux questions des drogues. Il s'installe dans la métropole lilloise à la fin des années 1970. Dès les premiers mois de l'installation, il est sollicité par un jeune homme qui souhaite se faire prescrire un morphinique. Le Dr B, n'ayant pas d'expérience, lui prescrit ce qui lui est demandé : « La question se pose le jour où arrive un patient qui vous demande un médicament stupéfiant... (...) Vous ne le connaissez pas. Vous êtes jeune installé, vous ne vous posez pas de question. C'est normal de voir des patients que vous ne connaissez pas puisque vous êtes installé depuis 3 mois ou 6 mois (...) Quand on démarre, on ne s'interroge pas et presque fatalement, on se fait piéger, c'est-à-dire qu'on prescrit une première fois un stupéfiant ».

A cette époque, fin des années 1970, « il n'y avait aucun traitement spécifique de la toxicomanie à l'héroïne ». Ce patient revient régulièrement chez le Dr B pour ses prescriptions. Puis d'autres patients se présentent avec la même demande : « Donc en général, la première fois, ça se passe tranquillement... la deuxième fois, la troisième fois, on commence à se poser des questions... et puis quand on en voit arriver 4 autres dans les jours qui suivent, on se dit qu'on s'est fait piéger ». Il est alors difficile pour lui de refuser, mais durant plus de 10 ans, il occupera la position de refuser de prescrire des morphiniques, « sauf si c'est un cancéreux que je suis et je sais qu'il a besoin de morphine, je lui prescris... en-dehors de ça, je dis non, point final ». Il refuse donc de prescrire et oriente les patients vers le seul centre de soins de Lille : « donc on les renvoyait en gros, dans la

nature, en ne faisant rien (rires). On tournait en rond. Donc à un moment donné, on conclut que dans un contexte pareil, la seule chose à faire, c'est de ne rien faire et que, dès que quelqu'un vient demander un stupéfiant, si je ne connais pas avec précision la raison... je dis non ». Ainsi, il est très peu sollicité, bien que certains tentent de l'intimider ou de lui graisser la patte : « On dit non, ... avec la difficulté de gérer la frustration de certains... ils vous mettent un gros billet sur la table parfois. (...) On peut aller jusque là, après, ça peut être les menaces... ».

Dans le courant des années 1990, alors que la Direction Régionale de la Santé propose la formation de réseau, le Dr B s'investit dans la problématique pour trois raisons principales. Premièrement, en raison d'une « frustration », « j'étais quand même resté sur une frustration de 10 ou 15 ans antérieurs. », « d'être resté sur un sentiment d'échec au début de l'installation... ». Deuxièmement, il s'intéresse au réseau en raison de ses affinités avec certains militants : « D'autant plus que les gens avec qui ça se mettait en place me plaisaient. (...) J'en connaissais certains avec qui je savais que c'était intéressant de travailler et puis, il s'est avéré qu'au fil du temps, c'était de plus en plus intéressant. A la limite, ça aurait été un réseau sur l'asthme avec les mêmes gens, peut-être qu'on aurait beaucoup travaillé sur l'asthme. Il y a ça aussi, le facteur humain est important ». Et troisièmement, la « complexité du problème au niveau médical » le stimulait. Suite à ces formations, l'objectif poursuivi est « de faire des sevrages », le travail en réseau lui a permis de « démystifier la prise en charge ». Il se voit alors progressivement sollicité par une dizaine de patients. Lors de l'introduction des traitements de substitution, le Dr B suit des formations sur le sujet et se lance dans le traitement, toujours en réseau. Actuellement, il suit une dizaine de patients.

Les pratiques des médecins peuvent suivre des logiques diverses au fil du temps. Les deux facteurs qui semblent principalement les orienter sont l'influence des confrères et l'intervention directe ou indirecte d'une instance de contrôle. Le calcul des risques liés à la pratique est donc une fois encore au cœur des (re)définitions de pratiques.

Les parcours de médecins rendent également compte de l'influence des politiques publiques sur les pratiques. Ainsi, leurs propres affaires judiciaires et celles de confrères conditionnent la prise en charge. Ils régulent la patientèle en fonction des différents cadres législatifs et tentent de se protéger par divers moyens pour réduire les risques d'être inquiétés dans sa pratique. Dans ce parcours, les moments de redéfinitions sont principalement liés à l'arrêt d'activité (contraint ou non) de confrères. L'influence des confrères n'est donc pas uniquement liée à une sensibilisation, mais elle est également

indirecte dans le sens où les patients sont à la recherche de soins lorsque leur médecin est dans l'impossibilité de leur fournir.

#### **2.4.2. L'allègement des conditions**

L'évolution, les redéfinitions des pratiques de ces médecins sont liées aux mêmes facteurs que pour les profils précédents, c'est-à-dire l'intervention directe ou indirecte des instances de contrôle et l'influence des confrères. Ces facteurs ont conduit ces médecins à établir un cadre de pratiques allégé avec les patients usagers de drogues. Ainsi, au cours des années d'expérience et de confrontations diverses à des situations difficiles, le médecin voit réaménager ses pratiques et les définir plus soupagement. Ainsi, « parce qu'elles menacent désormais le « bon » exercice de sa pratique, certaines d'entre elles [les valeurs, notamment les idéaux du médecin] se voient marginalisées au profit des valeurs phares du nouveau modèle : réalisme, pragmatisme, capacité d'adaptation, de négociation, ouverture, flexibilité, transversalité » (Gourmelon, 2004, 217). Bien que prônant un allègement du cadre, ils poursuivent une réflexion sur la légalité de leurs pratiques et tentent, eux aussi, de réduire les risques pour eux-mêmes, mais aussi pour le patient.

Le Dr V (MG50) s'installe dans la banlieue lilloise à la fin des années 1970. Après quelques années, il est sollicité par des patients demandant « une prise en charge pour un sentiment de manque dont on voulait se défaire », mais il s'agissait de demandes ponctuelles.

Il faut attendre le début des années 1990 pour que le Dr V rencontre des patients consommateurs d'héroïne qui le sollicitent pour des traitements. Il en voit « apparaître de plus en plus, de manière de plus en plus fréquente ». Il se sent désarmé, a « le sentiment de ne pas disposer d'armes thérapeutiques suffisantes ». Il propose alors des traitements aux benzodiazépines : « La seule manière d'atténuer le manque était de leur administrer des benzodiazépines à des doses fortes. J'ai eu d'assez bons résultats d'ailleurs par des injections de Tranxen® qui leur permettaient de se sentir... Le Tranxen® permettait d'atténuer le sentiment de manque et d'aboutir, peu à peu, par doses dégressives, à un vrai sevrage ». Toutefois, il est conscient qu'il induit une autre dépendance, mais ne voit pas comment faire autrement : « A la limite, ces fameux tranquillisants, les benzodiazépines à doses fortes créaient une autre dépendance et donc on n'avait pas vraiment le sentiment d'une vraie victoire. Au lieu de prendre de l'héroïne, ils étaient sous tranquillisants et étaient dans une sorte de placidité et d'adynamie telles qu'ils n'étaient plus productifs... leur personnalité était en quelque sorte masquée derrière cette camisole chimique ».

Après avoir pratiqué de la sorte quelques mois, il est de plus en plus sollicité par de nouveaux patients : « Quand on commence à bien les

recevoir, on en voit de plus en plus. En plus, le fait de les recevoir bien et de prescrire le traitement provoquait finalement parfois des surenchères de demandes que je ne comprenais pas. Alors qu'au départ, j'avais de bonnes intentions à me trouver finalement confronté à des problèmes qui dépassaient mes conceptions du traitement...». Il voit arriver des patients «relativement suspects (...) qui venaient avec l'intention réelle d'obtenir des tranquillisants à des doses tellement fortes qu'ils puissent continuer à mener de front la toxicomanie et la prise de tranquillisants, au lieu de prendre des tranquillisants pour se départir de la toxicomanie et arrêter les tranquillisants eux-mêmes ». Il se sent alors « piégé ». Ainsi, il se voit obligé « de devoir interrompre ce type d'exercice » avec « certains patients très demandeurs et très insistants ». Le refus est parfois difficile « et ça s'est même terminé par des dégâts commis sur la voiture ou... des menaces de mort si on ne leur donnait pas leur dose de Rohypnol® tous les trois jours ». Ainsi, à certains moments, il prend certaines précautions vis-à-vis de certains patients.

Bien qu'il parvienne à poursuivre une activité de médecine générale, il décrit ces patients comme « des plaies pour le cabinet parce que ce genre d'individus pouvait arriver à 4 derrière la porte à 18h sachant que moi, j'arrivais à 18h pour mes clients.... Donc les 4 voulaient passer en même temps et voulaient obtenir ce que je n'estimais pas devoir leur prescrire ». Par moment, il se sent au pied du mur et prescrit : « A l'époque, on était obligé de prescrire au coup par coup pour une durée courte un tranquillisant pour qu'ils soient en paix, mais ce n'était pas une solution. Mais d'ailleurs, c'est une période qui était vraiment un enfer pour les médecins ». « C'est une période qui a duré un certain nombre d'années mais qui me permettait quand même d'exercer la médecine normalement, mais j'avais quand même ça pour... C'était juste des parasites de la consultation. C'était des gens qui, au lieu de vouloir rencontrer un médecin et aborder leurs problèmes, se montraient menaçants et exigeants ». Par moment, il est même obligé d' « appeler la police pour avoir la paix ».

Le Dr V décrit le passage « d'une phase idyllique avec les toxicomanes où je faisais ce que je voulais, progressivement, est apparue une phase d'enfer liée à des demandes abusives ». Cette dernière phase s'est arrêtée « le jour où le Subutex® est apparu ». Le Subutex® lui a alors permis de « trouver le moyen de permettre le sevrage à l'héroïne en supprimant les benzodiazépines ». « Tout a changé, ça a été une grande joie quand le Subutex® est apparu (...) J'ai tout arrêté et j'ai prescrit le Subutex® à la place ».

Dès la sortie du Subutex®, pour se conformer aux règlements, il établit des contrats et réalise des contrôles urinaires. Toutefois, il abandonne rapidement cette pratique : « au début, je faisais beaucoup d'analyses d'urine par exemple parce que la loi le nécessitait mais plus le temps a passé et plus je me suis rendu compte que c'était cher et inutile (rires). Je me suis rendu compte que tout compte fait, le mieux est de se fier à son feeling et je ne fais plus d'analyse que lorsque j'ai le moindre doute, mais s'il n'y a pas de doute du tout... ». Il décrit sa



pratique comme « une pratique indépendante, c'est-à-dire que finalement, j'ai traité tous les toxicomanes qui viennent me voir... disons comme il m'a plu de les traiter et sans demander l'aide de personne. ». Sa file active s'est peu à peu constituée. Actuellement, il dit recevoir rarement de nouveaux patients.

Dans ce parcours, l'orientation des politiques publiques a été décisive. La France ayant franchi le pas des politiques de réduction des risques, ce médecin a pu s'installer dans un cadre de travail plus serein. De même, sa propre expérience a joué dans la définition de sa pratique, allant de pair au départ avec un respect de la législation puis s'orientant davantage par son « feeling ».

D'autres cas de figure présentent l'influence centrale des confrères dans la redéfinition des pratiques. Certains médecins se sont totalement laissé guider par le discours de confrères, orientant leurs pratiques en fonction du discours ambiant. Ainsi, leur implication a été fonction d'affinités avec des confrères. La législation et les politiques publiques ont ainsi eu peu de poids dans ces orientations bien que les discours rendent compte d'un « avant » et d'un « après », soit de l'avant légalisation des traitements de substitution et d'un après.

## **Conclusion**

Les pratiques des médecins généralistes sont loin d'être stables et définies une fois pour toutes. Elles évoluent au fil du temps, des expériences et de certains « événements ». Ces « événements » survenus dans le passé orientent leurs choix présents et futurs. Les évolutions sont multiples allant dans des sens différents selon le parcours du médecin généraliste.

Ce chapitre avait pour objectif de revenir sur les moments de remise en question des pratiques des médecins et les orientations qui en résultent. L'analyse de ces événements marquants s'est avérée riche d'informations sur les mécanismes de régulations de la profession et les structurations des parcours. La notion d'événement a été appréhendée comme un analyseur de l'évolution de ces pratiques dans le temps, comme interrogeant leur configuration. Les événements marquants repérés engagent diversement le médecin. Ils sont, pour certains, extérieurs, mais sont bien souvent liés à des autres significatifs (confrères, instances de contrôle, entourage, famille ou patients), définis comme des supports de remise en question. Ces « faits non ordinaires » débouchent ainsi soit sur

une rupture dans les pratiques, produisant le passage d'un segment à un autre, soit sur un renforcement de celles-ci. Il est assez rare, dans notre échantillon, que les événements qualifiés d'importants par les médecins n'aient aucun impact sur la pratique.

Le positionnement du médecin généraliste et ses pratiques sont donc bien la résultante d'un processus associant des facteurs professionnels, structurels et personnels. Ces facteurs sont de quatre types : l'influence des patients, celle des confrères, l'intervention directe ou indirecte d'instances de contrôle, les orientations des politiques publiques. Ces différents facteurs orientent le calcul des risques liés à la pratique.

Les usagers de drogues sont parfois associés à de « mauvaises expériences » (agressions physiques ou verbales, vols d'ordonnances, pressions,...). Lorsqu'ils surviennent en début de parcours, ces événements pèsent longtemps sur les trajectoires, les craintes et les appréhensions ponctuant les récits de ces médecins. Toutefois, le patient peut peser dans un autre sens. Les décès de certains d'entre eux, dans les années 1980-90, ont eu des effets sur certains parcours, sensibilisant les médecins à une problématique pour laquelle ils n'étaient pas outillés, les amenant à réfléchir à des solutions et à mettre en place différentes formations. Souhaitant dépasser une frustration et développer une connaissance et des outils en la matière, ils se sont très tôt impliqués dans la problématique, cet engouement fluctuant en fonction des trajectoires. L'implication affective forte vis-à-vis de leurs patients, souvent couplée à un idéal de la médecine, entraînent certains médecins à poursuivre des activités hors des cadres réglementaires.

Certains médecins non sensibilisés à la problématique dans leur propre patientèle, se sont laissés convaincre par des confrères de l'utilité et de l'importance de la démarche. C'est ainsi qu'ils se sont lancés dans l'aventure et s'y sont trouvés bien. Le réseau de confrères, et notamment les « copains de promotion », jouent ainsi un rôle central dans les trajectoires. Toutefois, l'influence des confrères n'est pas uniquement liée à une sensibilisation, elle est également indirecte dans le sens où les patients sont à la recherche de soins lorsque ces confrères sont dans l'impossibilité de leur fournir.

Les mises en garde d'instances de contrôle (judiciaires, médicales ou ordinales) en début de carrière laissent elles aussi des traces dans les pratiques sur le long terme. Tous les médecins ayant été confrontés à ces situations ont mis en place différentes stratégies

pour éviter qu'elles ne se reproduisent, refusant ces patients, aménageant un « cadre strict » ou développant diverses « stratégies de réduction des risques ». Ces interventions confortent ainsi certains praticiens dans l'idée que cette activité est « dangereuse » et que prescrire comporte des risques. Pour d'autres, elles conduisent à recadrer la pratique, ces médecins étant dans la crainte d'une sanction possible. L'influence des instances de contrôle peut également être indirecte. Nous avons relaté l'impact des inculpations ou des incarcérations de confrères sur les pratiques des médecins, se conformant « au cas où ». La « menace » de la sanction directe ou indirecte plane de manière permanente sur ces médecins. C'est toutefois de cette manière qu'ils vivent la situation.

L'intervention des pouvoirs publics dans la problématique a eu des effets divers sur les trajectoires analysées. Dans certains cas, elle a permis aux médecins de s'outiller et donc de s'investir en connaissance dans ces soins. Dans d'autres cas, elle a conduit aux désinvestissements de militants ou de médecins investis en raison de l'injonction aux « bonnes pratiques » ; l'imposition de réglementations et la menace de sanction étant interprétées comme une perte de liberté et donc une atteinte à l'autonomie professionnelle. Dans d'autres cas, elle conduit à un recadrage des pratiques, à un « resserrement de vis ».

Les médecins sont vus, dans ce chapitre, comme des acteurs stratégiques opérant, dans les moments de remise en question, un calcul entre les risques encourus (réels ou imaginaires) ou les « désagréments subis » à suivre ces patients et le bénéfice qu'ils pourraient en tirer. Le résultat de ce calcul rend compte du positionnement du médecin. A un niveau plus micro, les différents facteurs influencent directement les pratiques, les redéfinitions s'opèrent rapidement. A un niveau plus macro, les changements d'orientation des politiques publiques peuvent avoir un impact, dans des sens divers, sur les pratiques. Cet impact semble toutefois plus long à se traduire au niveau micro.

Les principaux mécanismes de régulation de l'activité sont l'autorégulation par la profession et la régulation opérée par les contrôles extérieurs. L'évolution des parcours est principalement marquée par différents acteurs que sont les instances ordinales, les confrères, notamment par le biais de la réputation, et les politiques publiques, celles-ci ayant également un impact indirect par le biais de sanctions attribuées à d'autres médecins. Les sanctions éventuelles et les « risques encourus » sont donc au cœur des

logiques de définitions des pratiques avec ces patients particuliers. Comme le notait Feroni concernant la « publicité » autour des détournements de traitements et les contrôles accrus pour éviter le nomadisme et le mésusage, « les tensions actuelles autour des risques de dérives de la pratique substitutive dessinent des perspectives normatives répressives où la clinique risque de trouver sa place par défaut entre contrôle des usagers et des praticiens » (Feroni, 2004, 207). Le même paysage se dessine en Belgique au regard de la nouvelle législation sur les traitements de substitution et l'enregistrement national des prescripteurs et des patients sous traitement.

## CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE

L'analyse des pratiques des médecins généralistes était l'objet de cette deuxième partie. Les questions auxquelles nous prétendions répondre étaient : quel positionnement le médecin généraliste en cabinet privé défend-il à l'égard des soins aux usagers de drogues ? Quelles pratiques met-il ou non en œuvre ? Comment celles-ci ont-elles évolué au fil du temps ? A partir d'un dispositif méthodologique varié, nous souhaitons saisir la complexité des pratiques et la multiplicité des facteurs entrant dans leur définition. Dans cette optique, nous avons resitué ces pratiques dans le cadre plus général de l'exercice médical, avant de rendre compte des différents types de profils et de leur évolution dans le temps.

L'« univers » des pratiques a d'abord été appréhendé comme un système de ressources et contraintes dans lequel exerce et se positionne le médecin. Les pratiques sont fonction de la demande des patients. Par ajustements, les médecins choisissent les « bons patients » et les patients sélectionnent les « bons médecins ». Ces définitions laissent une large place aux ressources informelles telles que le bouche-à-oreille. Le cadre de la relation patient-médecin est également déterminant. L'acceptation d'une incertitude, d'un risque, la possibilité de négociations ou l'impératif d'une maîtrise totale de la relation donnent naissance à des profils distincts. Chaque médecin définit les critères d'une « bonne relation » allant de pair avec la définition d'un « bon patient ». Les contraintes et les contrôles pesant sur la profession et leur interprétation en termes de risques ou d'entrave à la liberté thérapeutique orientent les médecins vers des types de (non) pratiques distincts. Outre des facteurs professionnels, les facteurs individuels et personnels (proximité de la famille, connaissance d'un usager de drogues, militantisme pour l'IVG, connexion avec le champ du sida,...) ponctuent également les trajectoires les orientant dans des directions diverses.

La construction des pratiques par le médecin ouvre la voie à des approches médicales diversifiées. Trois types de pratiques ont été présentés, soulignant notamment

l'importance d'une analyse en termes d'autonomie professionnelle : les médecins qui refusent les suivis, ceux qui acceptent en imposant un cadre presque immuable, les partisans de la négociation avec le patient et de l'assouplissement des réglementations. Rappelons que l'outil typologique a été choisi non pas pour classer des individus, mais bien pour proposer une grille de lecture permettant d'appréhender les processus complexes constituant notre objet de recherche.

Les médecins, appartenant au segment du refus, ont une conception de la médecine générale qui n'inclut pas certaines déviances relevant davantage, à leurs yeux, d'institutions spécialisées ou de médecins experts cadrés par des réglementations spécifiques. L'établissement d'une relation de confiance avec ces patients est difficilement envisageable au regard de leur définition relativement homogène des usagers comme des délinquants, menteurs, manipulateurs,... L'incertitude (vécue ou anticipée) des objectifs poursuivis par le patient ainsi que l'anticipation de l'échec presque systématique de la prise en charge, les renforcent dans la crainte d'ennuis potentiels avec les instances régulatrices de la profession. Refuser les suivis est également envisagé comme un moyen de protéger leur famille qui vit sous le même toit ou comme une protection liée à la situation isolée du cabinet médical.

La mobilisation du concept d'autonomie permet de comprendre l'argumentation développée par ces médecins. Ils souhaitent conserver une autonomie vis-à-vis de patients qu'ils présentent comme « pressés », « demandeurs », « manipulateurs », « qui vous prennent pour une andouille »..., refusant l'instrumentalisation de leur pouvoir de prescription. Ils souhaitent également, par leur refus, s'affranchir de réglementations liées à la prescription de stupéfiants ou assimilés. Ils souhaitent enfin limiter les risques d'être confrontés à leurs confrères ou à leurs patients, par le biais soit d'une « réputation » soit d'une convocation des instances ordinales. La question de l'incertitude, de la manipulation et du risque est donc au cœur de leurs définitions. Ces médecins « tâchent de refuser » les usagers de drogues qui les sollicitent, les relayant vers des « spécialistes ». Toutefois, ils acceptent d'accompagner les familles « touchées par les drogues », les usagers de cannabis ou d'ecstasy, ou ponctuellement de dépanner un patient ou un confrère. Les notions de risques et d'autonomie sont au cœur de leur positionnement. Refuser de suivre les opiacés-dépendants signifie conserver une autonomie acceptable vis-à-vis des patients, des confrères et des instances de contrôle

extérieures à la profession. Ces médecins souhaitent maîtriser les échanges. Les facteurs déterminants sont : la définition de l'identité professionnelle du médecin allant de pair avec sa conception de l'autonomie, la conception de la relation médecin-patient basée sur la confiance, la croyance dans les pratiques allant de pair avec la connaissance de personnes qui « s'en sont sorties », le calcul des risques encourus pour soi et pour ses proches (lieu d'exercice, proximité de la famille,...) ainsi que le cadrage et la régulation de la pratique.

Proches du modèle paternaliste, d'autres médecins acceptent les suivis « cadrés » faisant partie des « devoirs du médecin », bien que non initiés au départ au suivi des usagers de drogues et n'y voyant pas une vocation. Prônant l'accompagnement de leurs propres patients par chaque médecin, ils portent les revendications des premières heures de la réduction des risques. Certains se sont investis par compassion vis-à-vis de patients de longue date, par humanisme, d'autres pour « sortir de la routine habituelle », d'autres encore ont été sensibilisés par un confrère, d'autres enfin évoquent l'objectif d'éradiquer le trafic de drogues. Ils acceptent le suivi des usagers de drogues sous conditions, s'assurant ainsi dans leurs pratiques. Les critères de sélection sont hétérogènes : proximité géographique et/ou relationnelle avec le patient, compliance vis-à-vis du traitement, nombre de patients déjà suivis pour cette problématique, réputation du confrère adresseur. L'important est de « cadrer la pratique », de fixer des limites pour réduire les risques et éviter les dérives. Pour certains, ce qui est central, c'est que ce soit la profession elle-même qui définisse et évalue les connaissances techniques nécessaires à l'activité. Ils acceptent donc, voire revendiquent, les guidelines et autres recommandations spécifiques à cette activité. Pour d'autres, il s'agit de s'affranchir de tout contrôle spécifique et de se laisser guider par leur expérience. Les politiques publiques semblent intervenir de façon anecdotique dans la définition des pratiques comparativement au poids des facteurs personnels.

Proches du modèle délibératif, les militants et pionniers de la première heure, ainsi que les confrères qu'ils ont sensibilisés, ont une carrière importante dans la problématique et sont les plus nombreux à avoir été inquiétés par les instances de contrôle. Ils pratiquent sous conditions souples et s'opposent, voire dénoncent, les « cadres stricts ». L'incertitude de la pratique est envisagée différemment. Pour certains, elle fait partie intégrante de cette activité, mais elle doit être maîtrisée dans une certaine

mesure. Pour d'autres, elle fait partie du « cheminement thérapeutique » et c'est au médecin de composer avec cette donnée. Ils défendent un aménagement de leurs pratiques. Des négociations autour des prescriptions sont courantes, parfois à la limite de la légalité. Dans l'ensemble, ils s'opposent aux « bonnes pratiques » et à une imposition de normes de prescription. Ils prônent la négociation avec le patient, mais investissent toutefois les réseaux par confraternité ou pour se conformer aux injonctions légales.

Le médecin « se bricole » une pratique en fonction de l'interprétation de différents facteurs : le contexte législatif et son interprétation, la représentation des drogues, la conception de l'identité professionnelle, les logiques de recours des usagers de drogues, le lieu d'installation, les liens entre le médecin et les autres professionnels médicaux, l'expérience personnelle du médecin, la valeur accordée aux résultats des traitements.

Le contexte législatif est dans l'ensemble davantage appréhendé comme un frein aux pratiques plutôt que comme un élément de protection pour le médecin. Les réglementations sont appréhendées comme des risques de sanction possible par la majorité des médecins, seuls quelques-uns y voient une imposition nécessaire liée à une pratique « particulière ». Les médecins ont une vision hétérogène de l'usager de drogues qui peut évoluer avec le temps. Plus il est décrit en des termes négatifs, moins les médecins sont enclins à lui venir en aide. Ces descriptions sont le fruit d'expériences vécues par le médecin ou relatées par des confrères, voire la presse. Plus le médecin a une définition large de la médecine générale, plus il est enclin aux suivis fonction toutefois de son seuil de tolérance. L'installation dans un quartier « sensible » aux usages de drogues conduit le médecin, par défaut parfois, à s'impliquer dans la problématique. La proximité avec des centres spécialisés ou la rareté de ces centres de proximité le conduit donc à s'investir. Ces médecins, quelque part contraints, mettent en place des stratégies permettant de sélectionner plus précisément les patients. La proximité personnelle avec la problématique sensibilise les médecins sans exception visible dans notre échantillon.

Les pratiques ne sont pas des réactions mécaniques aux cadres réglementaires, ni des choix totalement libres. Elles sont donc bien la résultante d'une combinaison entre facteurs structurels et individuels, intégrant indissociablement facteurs contraignants et personnels. Les politiques publiques semblent au cœur des logiques d'action de deux



segments, le segment spécialisé et le segment refusant ces patients. Le tri opéré par les médecins est d'ailleurs révélateur de cette influence structurelle, nous en avons souligné les effets pervers. Les ambiguïtés des politiques publiques à l'égard des usagers de drogues se traduisent d'ailleurs dans la variabilité des pratiques : l'usager de drogues comme délinquant, l'usager de drogues comme malade, l'usager de drogues comme citoyen/acteur de sa propre santé.

Au regard de nos résultats, les instances de contrôle semblent jouer un rôle important dans ces définitions de pratiques. Les contrôles éventuels effectués de la Commission médicale provinciale en Belgique ou de la CNAM en France configurent pour une bonne part les pratiques des médecins généralistes. La perception des risques de contrôles ou de sanctions conduit les médecins à s'orienter vers telles ou telles patientèles, vers telles ou telles pratiques, vers tel ou tel cadre. Au moment de l'enquête de terrain, ce poids était clairement plus important en Belgique. Les contrôles des Commissions médicales, la mise en place de l'IPhEB et la parution de l'arrêté royal et de sa nouvelle mouture rendaient les médecins méfiants. En France, à cette époque, les contrôles semblaient peu réels ou du moins peu perçus par les médecins rencontrés. La situation a toutefois évolué au cours du travail de thèse et actuellement, nous pouvons poser la question d'une inversion de situation entre la France et la Belgique, à l'heure où les CPAM durcissent le ton et où la presse relate « l'implantation d'un dispositif de lutte contre le trafic de buprénorphine »<sup>245</sup> sur le point d'être signé par le Ministre de la Santé. Ce poids important des instances de contrôle est néanmoins à mettre en parallèle avec les variations locales repérées sur le terrain. En effet, les relations entre médecins généralistes et instances de contrôle varient localement. Le Hainaut et la zone frontalière de manière générale sont des zones où les contrôles sont plus prégnants ou plus annoncés dans la mesure où les mobilités transfrontalières sont connues de longue date. Les dimensions structurantes, les facteurs structurels ont donc un poids important dans les définitions de pratiques. Les politiques publiques en sont le révélateur.

Nous avons démontré la variabilité des pratiques au sein de la profession médicale. Cette variabilité définit également la trajectoire du médecin, les pratiques fluctuant avec le temps et les « événements ». Ces « faits non ordinaires » débouchent soit sur une

---

<sup>245</sup> *Journal du Dimanche*, 3 juillet 2007.

rupture dans les pratiques, produisant le passage d'un segment à un autre, soit sur un renforcement de celles-ci. Il est ainsi assez rare que les événements qualifiés d'importants par les médecins n'aient aucun impact sur la pratique. Les médecins sont vus comme des acteurs stratégiques opérant, dans les moments de remise en question, un calcul entre les risques encourus (réels ou imaginaires) ou les « désagréments subis » à suivre ces patients et le bénéfice qu'ils pourraient en tirer. Le résultat de ce calcul rend compte du positionnement du médecin.

La combinaison de quatre concepts permet d'éclairer ces pratiques : la confiance, l'autonomie, la croyance dans son exercice et l'incertitude, voire le risque. Les définitions des pratiques avec les usagers de drogues, mais dans d'autres pathologies également, sont à chercher dans le croisement de ces fondamentaux de l'exercice médical. La régulation des pratiques passe par les confrères, les patients et par les réglementations diverses.

Cette deuxième partie éclaire notre questionnement initial entre macrosociologie et microsociologie. Le médecin est à la fois contraint dans sa pratique, mais dispose d'une marge de manœuvre non négligeable qu'il fait jouer en fonction du segment dans lequel il s'inscrit. L'ensemble des médecins rencontrés joue avec les règles ; ils se les approprient et les interprètent de sorte qu'ils refusent les suivis ou s'investissent dans la problématique tout en s'assurant par la mise en place de stratégies visant à réduire les risques et les incertitudes. Dans la troisième et dernière partie de cette thèse, nous reviendrons et insisterons davantage sur les stratégies d'acteurs et les effets pervers des politiques publiques.

La médicalisation de l'usage de drogues, nous l'avons noté, est toujours une question profondément éthique et morale. Elle permet d'interroger le système de soins et la médecine de demain. Les soins aux usagers de drogues relèvent d'une activité spécifique au regard de l'ensemble des entretiens réalisés. Cet objet particulier permet d'interroger les enjeux actuels de la médecine générale, élevée au rang de spécialité tant en France qu'en Belgique.

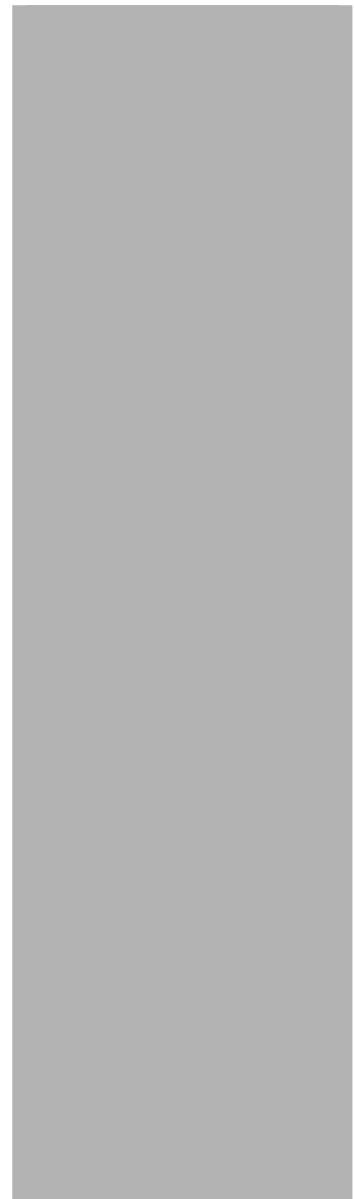
L'usage de drogues constitue-t-il une pathologie ? Quels comportements ou symptômes relèvent du médical et du non médical ? Jusqu'à quel point les médecins sont-ils amenés à sélectionner leurs patients ? Y a-t-il des médecins « nobles » pour les maladies « nobles » et d'autres médecins, prônant un idéal de médecine humaniste, chez

qui les patients « moins nobles » seront amenés à se présenter ? Jusqu'à quel point doit s'exercer le contrôle de l'activité médicale ? Le législateur est-il apte et compétent en matières médicales ? L'intrusion de la loi dans ces pratiques ne les stigmatisent-elles pas davantage ? Les effets pervers de cette « intrusion » peuvent-ils être maîtrisés ou certains médecins sont-ils voués à payer les pots cassés ? Comment inciter les jeunes médecins à s'investir et réorienter les patients des médecins aux files actives importantes ? Mais faut-il réellement souhaiter que la médecine s'autorégule et que seuls les pairs aient un droit de regard ? Enfin, dans quelle mesure la médecine générale n'est-elle pas amenée à se spécialiser ? Comme le disent nombre de médecins rencontrés : « On nous demande de faire de tout, et toujours plus ». Doit-on s'orienter vers des généralistes se spécialisant dans quelques domaines ? Et dans quels domaines ?





**PARTIE 3**  
**L'usage de drogues**  
**à l'épreuve des frontières**





## INTRODUCTION

La deuxième partie de cette thèse rend compte des pratiques des médecins généralistes, de leur complexité et de leur variabilité ainsi que de leurs évolutions. Si, maintenant, nous mettons l'accent sur le territoire frontalier en tant que charnière entre deux mondes législatifs, nous appréhendons cette réalité sous un angle différent. C'est en effet à cette charnière que se sont joués des épisodes importants et que se donnent à voir les effets pervers des politiques de réduction des risques des deux pays.

Cette troisième partie se focalise sur la spécificité du territoire frontalier, caractérisé par la proximité de mondes législatifs distincts, de représentations sur l'altérité, de définitions de territoires, mais aussi et surtout par des « ajustements » et « résistances », des « jeux d'acteurs » naviguant entre deux « espaces du possible ». Nous montrerons que la notion de frontière n'a pas perdu son sens malgré la mise en place d'un processus d'ouverture territoriale. Nous émettons l'hypothèse que c'est à cette charnière entre les deux pays que se sont joués des épisodes importants en terme de soins aux usagers de drogues. C'est notamment à partir de cette frontière que se sont diffusées certaines innovations. La frontière est ici envisagée comme une aire de contact, une aire de négociation entre deux mondes distincts. C'est en nous situant à cette charnière que nous pourrions mieux comprendre les enjeux des pratiques et l'influence qu'a pu jouer un pays sur l'autre.

Moins qu'une comparaison entre les deux pays, nous proposons davantage de comprendre les arrangements qui se jouent à cette frontière, ainsi que les effets de celles-ci sur les pratiques des professionnels du soin et des patients, mais aussi des autres secteurs en toxicomanie. La proximité de traditions, d'univers de pratiques différents influence sans conteste les pratiques, les représentations, se traduisant par des stratégies diverses, des débrouilles, etc.

Ainsi, le territoire frontalier est une scène intéressante mettant en lumière les différentiels législatifs entre les deux pays, les effets pervers de ceux-ci ainsi que

permettant de percevoir et de capter les stratégies mises en œuvre par différents acteurs tentant tantôt d'échapper aux politiques publiques de leur propre pays et de profiter de celles du pays voisin, tentant tantôt de diffuser leurs propres connaissances, techniques, concepts à ces mêmes voisins. Il s'agit de rendre compte de l'influence d'un pays sur l'autre, d'aborder les « arrangements locaux » entre médecins frontaliers et les mobilités transfrontalières, mais aussi les difficultés d'articulation entre des secteurs différents traitant des questions similaires.

Travailler en transfrontalier permet d'analyser l'impact des politiques publiques nationales sur le médecin, mais également l'impact des réglementations voisines. Les différentiels législatifs, et donc le territoire frontalier, sont ainsi utilisés, dans cette partie, comme un analyseur des stratégies des acteurs et des effets pervers des politiques publiques sur les pratiques des acteurs concernés, que ce soient les médecins, les usagers ou les instances de contrôle. Nous faisons l'hypothèse que les logiques mises en exergue dans les parties précédentes seraient exacerbées par ce contexte particulier.

La question de la frontière sera également interrogée sous un angle différent, à savoir comme limite des secteurs d'intervention. En effet, les réponses aux usages de drogues ne sont pas uniquement sanitaires et impliquent des professionnels de secteur différents, allant du judiciaire au sanitaire, de la prévention à la réduction des risques, parfois amenés à se côtoyer. La notion de frontière prendra donc une autre acceptation ouvrant le questionnement non plus sur une aire géographique, mais sur les limites de compétences et les légitimités des interventions des uns et des autres.

Le premier chapitre sera consacré à la présentation de l'histoire locale du terrain étudié. Dans les parties précédentes, nous sommes, à certains égards, restée centrée sur des logiques nationales. En nous focalisant sur un territoire particulier, il s'agit tout d'abord d'en dessiner les contours et de présenter ses spécificités, revenant sur l'histoire de la médicalisation de l'usage de drogues au niveau local (Lille et Mons-Tournai) : Comment ces régions ont-elles particulièrement abordé la problématique de l'usage de drogues, quelles réponses ont-elles proposé ? Quels sont les arrangements entre médecins ? Nous reviendrons sur l'histoire transfrontalière en matière de soins aux usagers de drogues, en relatant les collaborations des années 1980 et les mobilités transfrontalières, mettant en exergue les logiques de recours. Le deuxième chapitre offrira une analyse des pratiques actuelles des médecins généralistes sous un angle



particulier : Que se passe-t-il lorsqu'un usager de drogues français vient frapper à la porte d'un médecin belge ? Et inversement ? Quels positionnements tiennent les médecins rencontrés à cet égard ? Leurs pratiques sont-elles spécifiques avec les patients du pays voisins ? Quels en sont les enjeux spécifiques ? Comment ces médecins évoluent-ils au sein de deux systèmes législatifs différents ? Le troisième et dernier chapitre ouvrira l'interrogation sur les autres réponses des pouvoirs publics à la « question drogue ». Il propose de discuter des difficultés de collaboration entre des secteurs dont les frontières sont parfois difficilement franchissables.



# **CHAPITRE 1. MEDICALISATION DE L'USAGE DE DROGUE :**

## **LE NIVEAU LOCAL**

Dans ce premier chapitre, nous allons revenir sur l'histoire locale de la médicalisation de l'usage de drogues sur les zones investiguées, à savoir principalement Lille et Mons-Tournai. Comment ces zones ont-elles particulièrement abordé la problématique de l'usage de drogues, quelles réponses ont-elles proposé ? Après avoir posé les cadres locaux, nous nous focaliserons sur l'histoire transfrontalière en matière de soins aux usagers de drogues, en relatant les collaborations des années 1980 et les mobilités transfrontalières, mettant en exergue les logiques de recours.

### **1. L'inscription de la question au niveau local**

Les régions françaises et belges investiguées ont connu des histoires distinctes avec l'usage de drogues. L'introduction de la médicalisation au niveau national, nous l'avons montré, n'a pas suivi la même logique. Il en va de même pour le niveau local où la justice semble avoir joué un rôle central dans la prise de conscience de l'absence de réponse médicale dans le Hainaut belge alors que la prise de conscience dans le Nord semble davantage avoir suivi une logique sanitaire, avec des sollicitations des pouvoirs publics par le biais de la DDASS (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales) ou de la DRASS (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales).

#### **1.1. Le Hainaut et l'appel des parquets**

Dans la région de Mons et du Borinage, jusqu'au début des années 1990, les positions sont tranchées, tant au niveau politique que judiciaire ou déontologique. Au niveau déontologique, l'Ordre des médecins du Hainaut (comme celui du Brabant évoqué dans la première partie) campe une position ferme, comme le souligne ce médecin :

« De façon claire, l'Ordre des médecins avait verbalisé des choses à ce propos : les toxicomanes, c'est dehors de la médecine, ce n'est pas

votre problème. Ils n'ont qu'à aller dans les centres, mais en médecine générale, ce n'est pas votre problème. Ne vous laissez pas embrigader là-dedans, il y en a trop qui se sont faits condamner pour entretien de toxicomanie, qui se sont faits voler ». C'était la grosse interdiction » (MG21).

### *Une réflexion de quelques médecins généralistes*

Alors que les positions des diverses instances sont assez tranchées, un petit groupe de médecins généralistes se constitue dans le Borinage et s'interroge :

« Depuis début 1992, cinq ou six médecins s'interrogent : qu'est-ce qu'on fait des patients toxicomanes qui viennent chez nous en consultation ? Ces quelques médecins se sont donc interrogés : pourquoi est-ce qu'on les met dehors ? Ce sont des gens en problème de santé, c'est des gens en détresse, peut-être difficiles à prendre en charge mais ce sont des gens en détresse. Que peut-on faire pour eux ? ».

La philosophie de l'époque était la suivante : « C'est vrai que ce qu'on faisait à l'époque, c'était se dire : 'On les met dehors' mais c'était toujours avec un certain pincement au cœur en se disant : 'Ce n'est pas normal qu'on mette dehors quelqu'un qui est en manque, quelqu'un qui a besoin de soins, qui a besoin d'une aide'. On se disait : 'A partir du moment où on peut soigner les alcooliques, pourquoi est-ce qu'on ne pourrait pas soigner également les toxicomanes d'autant plus qu'on a un produit qui peut les aider ?' » (MG14).

Ces médecins sensibilisés à la problématique se trouvent alors confrontés à un problème :

« On était coincé par rapport au type de prise en charge, il n'y avait rien donc... comment les prendre en charge ? » (MG18).

Leurs préoccupations rencontrent celles du Procureur du Roi en fonction à l'époque et un dialogue s'établit :

« En fait, ce qui s'est passé aussi, c'est qu'il y avait un Procureur du roi qui était quand même assez génial à l'époque et qui s'était dit : « Tiens les toxicomanes, on ne les soigne pas en prison » et il nous avait demandé [aux médecins généralistes réunis en comité] si on ne pouvait pas faire quelque chose pour eux plutôt que de les mettre en milieu carcéral... pouvoir les prendre en charge. A ce moment, on a dit : « On veut bien peut-être les prendre en charge à condition qu'on ait certaines garanties »... des garanties du parquet de ne pas se faire poursuivre... garanties éventuellement via les ministères » (MG 21).

Ne disposant pas d'outils pour la prise en charge, ils décident alors d'organiser une formation destinée à tout professionnel souhaitant aider les usagers de drogues. Pour atteindre leur but, ils doivent avant tout chercher à se couvrir et chercher des soutiens :

« Le but de la formation était, d'une part, de se former (que peut-on faire avec un patient toxicomane en tant que médecin ?) et, d'autre part, c'était également d'obtenir des autorités de tutelle (déontologiques, politiques ou juridiques) une forme d'autorisation. L'important était d'avoir l'autorisation de prescrire, notamment la méthadone » (MG25).

Outre le soutien du parquet, ils reçoivent celui du Ministère de la Santé et des Affaires sociales de la Communauté française de l'époque :

« C'est vrai qu'à ce moment-là, il y avait Magda De Galan qui était ministre à l'époque et qui nous a soutenus. Je crois en fait qu'elle avait un frère qui était toxicomane et elle s'est bien rendue compte qu'il y avait pas mal de difficultés pour lui... C'est vrai qu'à ce moment-là, il y avait les centres à Bruxelles mais à Mons, il n'y avait rien du tout. Il fallait les envoyer à Bruxelles ... mais bon, ils étaient aussi pris au compte-goutte, ils étaient aussi... refoulés de là. Donc à partir du moment où on s'était dit : « Tiens, on pourrait entre [médecins] généralistes les prendre en charge », on ne demandait pas mieux » (MG25).

Avec l'Association des médecins généralistes de Mons (AMGM) et environs, dès 1990, la réflexion se met en place. Dès 1991, le comité de l'AMGM tente de sensibiliser ses membres à travers certains courriers. Un courrier de novembre 1991 aborde le sujet :

« Notre manque de formation aux problèmes spécifiques des patients toxicomanes, la crispation des pouvoirs judiciaires et d'une partie des responsables médicaux face aux problèmes de la drogue ont actuellement comme résultat un isolement souvent dramatique des patients toxicomanes qui nous savent impuissants et incapables de les traiter pour leur toxicomanie et qui le plus souvent ne se font même plus soigner pour leurs autres problèmes de santé. Nous estimons que les médecins généralistes sont en situation privilégiée pour accueillir ces patients aussi bien pour leurs problèmes somatiques que pour leur toxicomanie. D'une part, l'AMGM a édité des brochures sur la prévention de drogues destinées aux salles d'attente et disponibles chez le Docteur X ; d'autre part, elle veut organiser une formation à la prise en charge des toxicomanes. Ce projet sera exposé lors de l'Assemblée Générale, [un médecin] du Ministère de la Santé Publique sera présent ».

En juin 1992, un nouveau courrier de l'AMGM annonce le programme de la formation à l'ensemble de ses membres :

« Au sujet de la formation à la prise en charge de toxicomanes, nous vous proposons ci-joint le projet du cycle de conférences (...),

ainsi que des propositions de convention entre médecin généraliste, toxicomane et médecin psychiatre conseil. La prise en charge d'un toxicomane (aussi bien pour sa toxicomanie que pour ses problèmes physiques) met mal à l'aise chacun d'entre nous. Leur nombre croissant nous confrontera tôt ou tard à leur prise en charge. La Commission médicale accorde toute son attention à notre projet. Le Ministère de la Santé Publique et le parquet de la région sont intéressés également : le parquet désire mettre en liberté conditionnelle des toxicomanes à condition qu'ils soient pris en charge par des assistants sociaux de probation. Le médecin généraliste qui aura suivi la formation de prise en charge du toxicomane et reçu un certificat de fréquentation (visé par la SSMG) pourrait prendre en charge des toxicomanes soit sans produit de substitution, soit avec produit de substitution, auquel cas le nombre maximum serait fixé à quatre ».

### *La formation*

Une formation est ainsi organisée en automne 1992, la première du genre en Wallonie. Elle est destinée à l'ensemble des professionnels francophones du pays. Un cycle de huit conférences est organisé de septembre 1992 à décembre 1992. Chacune des conférences aborde un aspect particulier de la thématique des toxicomanies<sup>246</sup>.

Cette formation est une réelle réussite pour les organisateurs, regroupant plus de 200 participants venant des quatre coins de Wallonie, représentant tant le secteur médical que social ou psychologique.

« La formation a quand même rassemblé 200 personnes qui ont suivi une vingtaine d'heures de formation. Ca a duré 8 soirées durant 2

---

<sup>246</sup> Voici le programme détaillé des soirées :

17 septembre 1992 : O. Ralet (philosophe) : « Face à la drogue aujourd'hui en Europe : abstinence obligatoire ou réduction des risques ? » et JP. Petit (Directeur de la prison de Forest) : « Aspects pénaux ».

2 octobre 1992 : Dr Binnot (Directeur du Centre des Hautes Fagnes) : « Approche du patient toxicomane, les toxicomanies en général. Présentation des produits ».

15 octobre 1992 : Dr JP. Jacques (Projet lama) et Dr M. Seghers (Centre Enaden) : « Prise en charge d'un héroïnomanie avec ou sans produits de substitution ».

23 octobre 1992 : Dr J. Grosjean (médecin généraliste) : « 10 ans d'expérience dans la prise en charge des toxicomanes », Dr Lequarré (CCAD) : « Projet Sida » et Dr E. Picard (Université Libre de Bruxelles) : « Problèmes somatiques des toxicomanes, toxicomanie et grossesse, toxicomanie et parentalité ».

6 novembre 1992 : Dr M. Devos (Enaden – La Trace) : « Thérapie familiale dans la prise en charge d'un toxicomane. Mon enfant se drogue. Que faire ? ».

19 novembre 1992 : Dr A. d'Alcantara (Université Catholique de Louvain) : « Prévention des toxicomanies. Problèmes d'adolescence. La place du médecin généraliste dans la prévention. Signes d'alerte ».

4 décembre 1992 : Dr M. Reisinger (Initiative Déontologie médicale) et Dr J. De Toeuf (Conseil National de l'Ordre des Médecins) : « Problèmes éthiques ».

17 décembre 1992 : Conditions et contraintes à la prise en charge d'un toxicomane. Recommandations de la Commission Médicale par Mr Deroubaix et recommandations du parquet par Mr Van Reusel, premier substitut au parquet de Mons.

à 3 heures. C'était très complet. Tous les aspects ont été visés : le médical, le social, le juridique, le déontologique, le politique avec les expériences des médecins qui étaient déjà dans l'affaire » (MG25).

L'objectif poursuivi d'obtenir les autorisations de prescrire tant au niveau politique, judiciaire ou déontologique est également atteint. Au niveau politique, la Ministre de la Santé et des Affaires sociales de la Communauté française a soutenu le projet. Au niveau déontologique, l'Ordre des médecins a donné son accord : « On a réussi à obtenir que les autorités ordinales du conseil provincial du Hainaut nous suivent et donc nous donnent l'autorisation de prescrire, bien sûr moyennant certaines conditions ». Enfin, un accord est négocié avec le judiciaire : « Le judiciaire a également suivi, c'est-à-dire le substitut du Procureur du Roi de l'époque en charge des affaires de stupéfiants, est venu parler à cette formation ».

Bien que légalement la prescription de méthadone ne soit, à l'époque, toujours pas autorisée, une tolérance est négociée :

« Ca restait illicite et on avait obtenu quand même du parquet... disons qu'il puisse fermer les yeux... Même chose, on avait rencontré la Commission médicale provinciale... avec l'appui du Ministère de la Justice, donc là, ça nous a un peu servi pour qu'ils nous laissent un peu, qu'ils lâchent du lest... Ca permettait qu'on puisse prendre en charge. (...) ... enfin ce n'était pas une autorisation mais disons qu'il y avait un accord tacite » (MG14).

Ainsi, « fin 1992, on a commencé à pouvoir prescrire. Ce que les trois autorités de tutelle nous imposaient, c'était de travailler en pluridisciplinarité et avec un contrat. La libéralité qu'ils nous donnaient dans la prescription de la méthadone pour ne pas être pris en entretien de toxicomanie, c'était qu'on fasse un contrat avec le patient, un contrat tri- voire quadri- partite : le patient, le médecin traitant, l'assistant social et le psychiatre. Le pharmacien était sur le contrat mais pas comme signataire, simplement renseigné comme exclusif » (MG21). Une tolérance s'installe donc dans le Borinage. Une liste des médecins ayant suivi la formation est d'ailleurs publiée dans la presse et est affichée dans certaines officines.

L'ambition de ces médecins généralistes était que de prendre en charge quelques usagers :

« Le but du projet, c'était quand même que chaque médecin – c'était vraiment le credo du groupe de médecins qui a lancé le projet - en Wallonie puisse prendre ne fut-ce qu'un ou deux patient(s). Notre but était de dire : on va vider toutes les files d'attente de toxicomanes

dans tous les centres... En une semaine, tous les patients sont pris en charge... puisqu'on s'était dit, il y a autant -quelques milliers- de médecins généralistes en Wallonie, et des patients toxicomanes, il n'y en avait pas autant. On pouvait les prendre tous en charge si chaque médecin ne prenait que deux patients ».

L'autorisation était octroyée, un accord était établi entre le parquet, les instances médicales et les médecins généralistes :

« On s'était dit à l'époque qu'on ne pourrait en prendre que trois ou quatre [des toxicomanes] par médecins ... C'était un peu une norme qu'on s'était fixé entre médecins et avec l'accord du parquet. Donc, il y avait un petit consensus de quelques patients » (MG21).

Ainsi, chaque médecin ayant suivi la formation reçoit l'autorisation, via un « certificat de fréquentation », de prendre en charge « des toxicomanes avec ou sans prescription d'un produit de substitution et ce en collaboration avec un assistant social et un médecin neuropsychiatre conseil. Cette prise en charge a formellement obtenu l'accord de la Commission médicale provinciale du Hainaut ainsi que l'accord et l'encouragement du parquet de Mons »<sup>247</sup>.

#### *La Convention Chêne aux Haies*

Une convention est alors rédigée (appelée « Convention Chêne aux Haies », du nom du centre hospitalier psychiatrique situé à Mons). Celle-ci est composée de plusieurs documents : un premier destiné au patient (deux documents distincts, l'un pour « patient sous produit de substitution » et l'autre pour les patients sans traitement), un autre destiné au médecin psychiatre conseil et un troisième destiné au médecin généraliste.

Le document « patient sans produit de substitution » reprend pratiquement les exigences auxquelles doit répondre le patient : notamment « accepter le traitement proposé par l'équipe soignante (médecin traitant, psychiatre et assistant social) », « rencontrer régulièrement le médecin traitant », se rendre « à des intervalles plus ou moins réguliers chez un psychiatre et un assistant social », « se soumettre aux examens de sang réalisés par le médecin traitant, pour juger de votre état de santé ». Le patient toxicomane « s'engage à ne plus consommer de drogues », « à se soumettre à un contrôle d'urine pour y vérifier l'absence de drogues quand on [lui] demandera », à « se soumettre aux consultations du psychiatres, aux entretiens avec l'assistant social ainsi

---

<sup>247</sup> Rubrique « Informations générales » du programme de formation.



qu'aux examens de sang qui seront prescrits ». Le document « patient avec produit de substitution » comprend deux points supplémentaires. D'une part, le patient s'engage à ne consulter qu'un seul pharmacien. D'autre part, « si vous refusez de vous soumettre aux contrôles que votre médecin vous indiquera, on lui interdira de continuer à vous prescrire de la méthadone (ou équivalent) ».

Le document destiné au médecin psychiatre conseil stipule que « l'hôpital psychiatrique du Chêne aux haies met à la disposition de l'AMGM des médecins psychiatres pour conseiller et aider les médecins généralistes dans la prise en charge des toxicomanes ». Il indique également que des séminaires de formation complémentaire et d'évaluation seront organisés cinq fois par an, comprenant « un exposé théorique sur l'un ou l'autre aspect de la prise en charge des toxicomanes, et la présentation de quelques dossiers en cours ». Enfin, concernant le sevrage physique en milieu hospitalier, « il est convenu que dans un premier temps, il ne sera admis qu'un seul patient toxicomane par pavillon ouvert, pour ne pas risquer de perturber le fonctionnement de l'hôpital ».

Enfin, le document destiné au médecin généraliste indique les conditions auxquelles il doit se soumettre s'il souhaite accompagner un usager de drogues. Ces conditions sont au nombre de neuf :

- avoir suivi la formation organisée par l'AMGM et avoir obtenu le certificat de fréquentation,
- « s'engager, pendant une première période de deux ans, à ne prendre en charge avec administration d'un produit de substitution qu'un maximum de quatre toxicomanes simultanément »,
- soumettre le patient à un examen préalable par un médecin psychiatre de l'équipe du Chêne aux haies, celui-ci donne son avis sur la pertinence de la prescription d'un traitement de substitution,
- faire réaliser au patient un examen de contrôle d'évolution par le médecin psychiatre après une première période de trois mois,
- constituer un dossier médical,
- évaluer l'état somatique du patient par un examen biologique minimum dès que le patient est en règle de cotisation avec l'INAMI,

- assister régulièrement aux cinq séminaires par an organisés par le Chêne aux Haies,
- informer la Commission médicale provinciale de l'identité du patient, des membres de l'équipe soignante ainsi que le schéma thérapeutique proposé.
- « La prescription des remèdes est réservée au médecin généraliste », toutefois il s'engage en période d'absence à ce que les prescriptions ne soient assurées que par un seul médecin désigné par lui.

*Entre convention et réalité de terrain*

Mais rapidement, cet idéal se révèle inapplicable dans les faits en raison du faible nombre de médecins du Borinage ayant suivi la formation et acceptant de suivre les usagers de drogues :

« On a tout suite été débordé par le nombre de patients... et le nombre un peu trop faible de généralistes qui ont pris en charge » (MG21).

« Dans les 200 participants, il y avait des médecins, des paramédicaux, il y avait des assistants sociaux, il y avait la police aussi qui était venue suivre un peu la formation... des psychologues... C'est vrai qu'en médecins, il y avait aux environs de 60 à 80 médecins... Sur les 60 et 80 médecins... sur Mons, on est peut-être 4 ou 5 et il y en a peut-être 2 ou 3 aussi dans le Borinage et 2 ou 3... mais enfin, quand on voit sur les 60 ou 80, on n'est plus resté nombreux à pratiquer et à les prendre en charge... » (MG14).

Rapidement, la convention tacite établie doit être revue :

« On avait même fait des conventions, etc. comme quoi on s'engageait à ne prendre que X toxicomanes, etc. avec la Commission médicale provinciale et aussi bien les magistrats. Et après, on a dû aller trouver les magistrats en disant : « Ce n'est pas possible 4 ou 5 [patients à suivre uniquement]. On est débordé, il faut qu'on augmente le nombre de toxicomanes qu'on puisse prendre en charge. (...) on n'a pas fait de [nouvelle] convention mais, on avait quand même des entretiens réguliers avec le parquet... C'était Mr X [Procureur du Roi] à l'époque qui était ouvert » (MG26).

En raison de l'accord établi avec les autorités judiciaires, les médecins recevaient également les usagers envoyés par le parquet :

« On a d'abord eu via le juge, la justice puisqu'ils les envoyaient plutôt que de les mettre en prison, il leur disait : « Ou vous acceptez peut-être de vous faire suivre par un généraliste avec une probation et alors, à ce moment-là, on vous laisse une certaine liberté, mais il faut

que vous soyez suivi par un généraliste ». Donc il y a d'abord eu cette histoire via la justice et puis, bon, ça fait tâche d'huile » (MG21).

Les pratiques se sont concentrées sur quelques médecins, les autres refusant de suivre les usagers de drogues. Ainsi, les pratiques se sont réparties sur Mons et le Borinage, une petite dizaine de généralistes se sont vus « spécialisés » dans la prise en charge.

« Bien sûr, ça n'a pas été le cas et on est même arrivé un peu aux dérivés qui ont conduit quelques médecins en prison. C'est que quelques médecins ont pris des centaines de patients en charge » (MG11).

A partir de cette formation se sont développées, à Mons et dans le Borinage, différentes initiatives : la mise en place du réseau de médecins généralistes Alto, le suivi de la formation par le biais d'intervisions, la création d'un volet préventif avec l'ouverture du centre de prévention de la Ville de Mons, la mise en place d'une « commission méthadone » réunissant le parquet, les médecins et le volet préventif, l'ouverture d'un centre de crise, d'une maison d'accueil socio-sanitaire.

#### *Investissement des médecins généralistes*

Suite à la formation de 1992, un suivi est assuré, destiné à l'ensemble des professionnels concernés par l'aide aux usagers de drogues : « On a continué la formation mais en essayant de répondre aux manquements de la formation ». Parallèlement se sont également mises en place des formations destinées uniquement aux médecins généralistes : « Puis, il y a eu des interventions réservées aux médecins généralistes qui se sont mises en place. Ça a tenu quelques années quand même, on a fait des interventions, on présentait des cas et chacun réagissait » (MG21). Un noyau dur de médecins généralistes semble se constituer :

« A ce moment-là, on a continué à se voir, l'équipe de base et toujours avec les mêmes... sous la responsabilité administrative de la SSMG (Société scientifique de médecine générale). On a continué à se voir, ceux de base plus d'autres pour faire partie des fameux groupes d'intervision ou de soutien, d'aide. On se réunissait régulièrement, pour un petit peu voir comment on faisait, ce qu'il fallait faire entre guillemets... se refiler des recettes... échanger l'expérience si vous voulez... » (MG14).

Rapidement là aussi, le noyau semble restreint, les autres médecins ne semblent pas intéressés :

« Non, non, on l'a fait deux ou trois fois [ouvrir les réunions à l'ensemble des médecins généralistes de la région] mais on se retrouvait quand même les quatre ou cinq de base... » (MG14).

Dans la foulée de la formation en assuétudes naît le réseau Alto : « Après la formation, de façon à garantir une pérennité du projet, le Dr X qui était plus ou moins représentant SSMG dans la région, il a proposé à la SSMG de reprendre le projet en charge. C'est devenu Alto. C'est devenu Alto probablement aussi parce qu'Alto était une revue de la Communauté française qui traitait de toxicomanie, sponsorisée par Magda de Galan ». Alto Mons-Borinage édite d'ailleurs différents fascicules à l'attention des médecins généralistes : « Toxicomanie, Mode d'emploi à l'usage du médecin généraliste ».

Dès le milieu des années 1990, la prescription de méthadone pose à nouveau question. Un groupe de travail « distribution de méthadone sur le territoire de Mons Borinage » voit d'ailleurs le jour sur la demande du Premier Substitut du parquet de Mons. En effet, ce dernier s'interroge sur certains faits :

« De plus en plus de sujets français viennent en Belgique pour se faire prescrire de la méthadone et certains médecins généralistes suivent jusqu'à 70 patients. Si ces personnes sont demandeuses de soins, elles sont aussi quelquefois productrices de violences. Ce qui pose le problème de la sécurité à Mons et dans d'autres entités (comme Tournai). Les sujets nationaux sont souvent polytoxicomanes, d'autant plus que la méthadone est distribuée sans contrôle. La Commission médicale provinciale n'est donc plus au courant de ce qui se passe. Du point de vue de l'Association des médecins généralistes, le contrat de substitution méthadone n'est plus respecté. (...) Rappel des conditions à remplir pour avoir accès à un contrat de substitution : être toxicomane lourd, avoir tenté un ou deux sevrages, avoir plus de 18 ans. Ces conditions ne sont plus prises en compte par certains médecins généralistes »<sup>248</sup>.

A cette période, le parquet se fait plus ferme et plus attentif à quelques dérives relatées. Cette commission méthadone à laquelle le parquet participe fait état de craintes quant à une « distribution abusive » de méthadone partant du constat de la non application de la « convention Chêne aux Haies » par quelques médecins. D'une part, « les toxicomanes prétendent recevoir la méthadone sans limite, sans examen médical, sur simple déclaration. Le produit est distribué aussi bien à des personnes mineures que des majeurs »<sup>249</sup>. D'autre part, « un médecin de la région a été interpellé en dehors de l'arrondissement judiciaire : il a été, entre autres, interpellé pour le nombre de

---

<sup>248</sup> Extraits du PV de la réunion de la commission toxicomanies du Conseil Communal de Prévention de la Délinquance de Mons du 6 novembre 1996.

<sup>249</sup> Extrait du même PV du 6 novembre 1996.

toxicomanes qu'il reçoit à ses consultations »<sup>250</sup>. Les médecins présents « sentent la pression sur eux : ils naviguent entre leurs contraintes personnelles et les contraintes légales »<sup>251</sup>.

Suite au départ du Procureur de l'époque, les contacts entre le parquet et les médecins généralistes se sont distendus : « Maintenant, il n'est plus là et c'est un petit peu... (rires). C'est tout à fait changé, il n'y a plus tellement de relations entre le parquet et les médecins généralistes et ainsi de suite » et la tendance, renforcée par l'introduction d'une législation spécifique, semble davantage à la méfiance.

D'après certains médecins donc, la période de tolérance est terminée :

« Oui, on resserre la vis (rires). Oui, j'entends les magistrats qui disent : « Vous pouvez mais si il arrive quelque chose, crac dedans ». Ca, c'est un peu malhonnête de leur part, je trouve. Parce que les psychiatres qui donnent des antidépresseurs, si on devait leur interdire de prescrire des médicaments et si on les mettait en prison parce qu'il y a un suicide, je crois que tous les psychiatres seraient en prison. Enfin, il y a deux poids, deux mesures. (...) J'ai l'impression qu'il y a eu une sorte de ras-le-bol de la part du parquet d'avoir trop de Français qui viennent à Mons. Ca les dérange, je ne sais pas. Soi-disant que depuis ce moment-là, il y a une recrudescence de délinquance... (...) On sait très bien qu'ici à Mons, on peut trouver de tout... Celui qui veut n'importe quoi, il va le trouver à Mons. Donc ce ne sont pas les Français qui amènent ça. (...) [On n'a pratiquement plus de contacts avec le parquet,] pratiquement plus. On avait eu une réunion et on avait invité quand même le Procureur du Roi pour bien lui faire comprendre aussi notre position et notre manière de voir les choses. Et ils disent : « Vous faites ce que vous voulez du moment qu'on ne vous coince pas ». Disons que s'il y a un problème, un décès ou n'importe quoi, là, on est dedans. Ils ne nous feront pas de cadeau ».

Ainsi, dès le milieu des années 1990, les discussions sont orientées par les éventuelles dérives mais également par le faible nombre de prescripteurs : « La demande est plus importante que l'offre : il n'y a pas assez de médecins prescripteurs. (...) Les efforts du groupe Alto pour inciter les médecins à prescrire la méthadone et les sécuriser (propositions de formations, de réunions de supervision, permanences pour les médecins

---

<sup>250</sup> *Idem.*

<sup>251</sup> *Ibidem.*

prescripteurs,...) n'ont pas porté leurs fruits (...) On constate que 20 médecins prescrivent +/- 90% de la méthadone »<sup>252</sup>.

A partir de cette période, différents projets auront pour objectif de sensibiliser les médecins à la thématique pour désengorger certains confrères. La problématique transfrontalière sera également au cœur de projets européens financés principalement par les programmes Pacte-Interreg et Interreg. Depuis plus de dix ans, la Ville de Mons est notamment investie dans cette problématique.

Dix ans plus tard, la situation semble toujours la même bien que quelques rares médecins se soient investis permettant uniquement de remplacer les médecins impliqués partant à la retraite. La création de centres spécialisés, rares sur l'arrondissement, n'a pas non plus permis de régler ces questions.

Dans le Tournaisis (autre terrain belge investigué), le parquet a également été très tôt sensible à la question et a tenté de mettre en place des collaborations dans un but thérapeutique. Dans les années 1980, le constat était le même, comme le confie ce substitut du Procureur :

« Les médecins ne s'occupaient que très très peu de cette problématique à l'époque et ne parlons pas des services d'urgence qui rejetaient comme la peste ces malades. A tel point que j'avais de temps en temps des interpellations de toxicomanes et des policiers qui disaient : « Ecoutez, ce type, il faut l'hospitaliser, mais personne n'en veut. On dit que l'hôpital n'est pas équipé pour le soigner, ou on refuse parce qu'il va foutre le bordel dans le service »... vous connaissez ce genre de réactions. Je me souviens qu'au début des années 1980, j'ai parfois dû menacer tel ou tel service d'information pour non assistance à personne en danger parce qu'ils refusaient de prendre en charge les patients ».

Comme dans le Borinage, ce substitut a participé à des rencontres avec l'Ordre des médecins, les associations de médecins ou des services spécialisés pour tenter de trouver une solution. Ensuite, par le biais de l'association locale des médecins généralistes, la société scientifique de médecine générale a organisé différentes formations à la suite de celle ayant eu lieu à Mons. L'impulsion a donc été donnée à Mons puis elle a eu écho dans l'ensemble de la Wallonie, par le biais de la création d'Alto qui a développé des antennes locales dans différents arrondissements. Toutefois, le Tournaisis semble moins

---

<sup>252</sup> Extraits du PV de la réunion de la commission toxicomanies du Conseil Communal de Prévention de la Délinquance de Mons du 6 novembre 1996.

préoccupé par le faible nombre de médecins acceptant de s'investir dans la problématique. La création d'un réseau spécialisé (regroupant différentes maisons médicales, service de santé mentale et professionnels investis) à la fin des années 1980 semble avoir eu pour effet de centraliser les demandes et de sortir les médecins de leur isolement. Les possibilités de relais vers des institutions sont sans doute plus nombreuses et mieux repérées. En effet, le Borinage ne dispose actuellement plus de centre de crise, notamment.

\*

Dans les deux zones hennuyères investiguées, les parquets ont donc sollicité certains praticiens médicaux, pensant que l'incarcération n'était pas une alternative intéressante pour tous les usagers. Leurs interrogations ont rejoint les questionnements de quelques médecins précurseurs. Ce qui est remarquable, c'est que ces mêmes acteurs se trouvent aujourd'hui dans une situation inverse, à savoir que les parquets poursuivent les dérives qui sont nées de ces arrangements et durcissent le ton vis-à-vis de médecins qu'ils ont eux-mêmes sollicités et encouragés dans leurs pratiques.

## 1.2. Le Nord et les sollicitations des instances sanitaires régionales et départementales

En France, l'association nationale des intervenants en toxicomanie (ANIT), créée en 1980, a beaucoup pesé dans les réflexions des professionnels sur la question des drogues. Les médecins généralistes du Nord, interpellés par la question, dans les années 1980, se renseignaient bien souvent au départ auprès de cette association, faisant leur la philosophie de l'ANIT de l'époque, à savoir l'abstinence à tout prix. Ils s'orientaient également vers la jeune association nationale « Généralistes et toxicomanie ». Les précurseurs du Nord nous racontent comment est née leur envie de créer des rencontres sur la thématique :

« En 1988, je pense, je participais pour la première fois à une journée d'une association qui s'appelait Généralistes et Toxicomanie France, une association nationale ... ça devait être une de ses premières journées. Donc là j'ai rencontré deux autres médecins du Nord. Du coup, avec eux, on a créé Généralistes et Toxicomanie 59/62 donc en 1989. On était assez peu satisfaits de la formation qu'on avait pu avoir à l'Université ... je crois qu'on est allé deux ou trois fois aux cours et on a très vite arrêté parce qu'on s'est rendu compte très vite que cela ne nous apporterait rien dans notre pratique de médecine générale » (MG40).

Du coup, la plupart de ses membres, une quinzaine à l'époque, était, comme ils le disent « dans la droite ligne de l'abstinence ». Leur objectif « était de faire du sevrage ».

« Donc on proposait au patient, d'une part de se rencontrer tous les deux à trois jours, de faire un accompagnement si possible en collectif, on essayait d'aller voir des collègues des associations spécialisées. On essayait de faire à l'époque ce qui pouvait être à la fois du cognitivo-comportemental, je pense sans le savoir ... parce qu'on était quand même un certain nombre à avoir une formation psychanalytique... à avoir avec le colloque singulier, l'échange. On utilisait à l'époque donc la clonidile, le Catapressan et quelques tranquillisants associés. (...) Ce n'est pas une période très glorieuse parce que d'une part les résultats étaient quand même très médiocres et les patients tentaient l'aventure malgré tout pendant quelques jours, voire une semaine ou deux puis rechutaient et puis on les revoyait... Je trouve que c'était, rétrospectivement, une période de tension assez forte quand même entre les patients et nous. Mais en même temps, jusqu'en 1994, on était, on est resté, je dirais dans le giron de la pensée des intervenants en toxicomanie qui était : abstinence point » (MG40).

Cette description rend compte de l'esprit décrit dans la première partie de la thèse, comme si la France n'avait fait qu'un et que très peu de précurseurs s'étaient démarqués à l'époque.

« C'était tout le discours de l'ANIT. On s'est formé là-bas, avec eux et on a intégré leur discours et leur discours c'était : en dehors de l'abstinence, point de salut et la substitution c'est une camisole chimique, voire même c'est une camisole sociale, voir même... donc pour des gens qui comme nous étions là-dessus en ouverture, l'idée de la substitution, c'était l'idée de la mise sous chimie de révoltés. Donc c'était quelque chose de fondamentalement réactionnaire. Le sevrage était révolutionnaire, la substitution était réactionnaire, en gros, politiquement » (MG42).

Dans le Nord donc, il faut attendre, pour beaucoup, le milieu des années 1990 et la légalisation des traitements de substitution pour qu'un réel travail de remise en question voie le jour :

« A Lille, il y avait très peu de cabinets qui substituaient. Je pense jusqu'en 1994, il n'y en avait pratiquement pas et après il y en a eu très peu. Une fois que la législation est passée, il y en a eu un peu plus » (MG40).

Des contrats de soins sont alors établis avec des structures spécialisées. Les règles sont établies :

« Quand je vois quelqu'un pour la première fois, on demande sa motivation, on fait connaissance, ses antécédents, voilà interrogatoire et puis on lui propose un contrat de soins pour leur expliquer : on les envoie voir à un généraliste, il faut trouver une pharmacie, on se met en lien avec



une pharmacie qui sera la pharmacie référente, un centre de soins référent, le médecin doit être le médecin traitant s'il y a prescription, c'est le médecin traitant. Et puis on organise un mode de délivrance à la pharmacie qui pourra être quotidienne au départ, si le médecin le juge ou bihebdomadaire, jamais plus qu'hebdomadaire, en tout cas au départ » (MG44).

Une fois le changement de paradigme opéré, certains médecins investis au départ, sont rapidement repérés par leurs confrères non désireux de s'impliquer dans la question. Ils se sont ainsi vus fortement sollicités par les usagers de drogues :

« Ca a commencé à exploser dans les années 1993 et ça a dû être important jusqu'en 1998, un truc comme ça où là bon on a été bien envahi, bien bousculé... il y avait du monde, il y avait beaucoup de monde... Pour beaucoup de médecins généralistes, ça été une façon de se débarrasser : « Vous n'avez qu'à aller les voir, eux » (MG42).

Parallèlement, l'association a pris de l'ampleur tant au niveau du nombre de membres qu'au niveau de l'importance et de la diversité des activités de formation notamment.

Les pouvoirs publics locaux sollicitent également des professionnels du soin pour réfléchir à la mise en place de structures spécialisées dans des zones mal desservies à l'époque. Au début des années 1990, la Direction Régionale de la Santé propose donc des formations spécialisées ainsi que des financements spécifiques à la création de réseaux. C'est donc à partir du moment où des financements se sont dégagés que les initiatives se sont développées, notamment dans les professions libérales. C'est ainsi que lorsque des financements se sont libérés pour la prise en charge financière des temps de formation que l'activité s'est réellement développée : « ce sont des temps de formations rémunérées donc un financement de formation de médecins et des temps d'interventions rémunérées ».

Contrairement au Hainaut, le Borinage et le Tournaisis, la justice, par le biais des parquets notamment, ne semble pas s'être investie dans cette médicalisation de l'usage de drogues. Disposant de centres de soins spécialisés, elle avait l'habitude de traiter avec ceux-ci, notamment dans le cadre des injonctions thérapeutiques.

Notons également que la position de certains médecins français rencontrés a également été influencée par des rencontres avec des médecins belges pratiquant la substitution depuis plusieurs années.

## 2. Mise en place de coopérations transfrontalières

Dès le milieu des années 1990, la réduction des risques a peu à peu pris place en France. Toutefois, dans la première partie, les mentalités n'ont pas évolué du jour au lendemain. Il a fallu du temps aux médecins formés dans le paradigme de l'abstinence pour concevoir d'autres outils et d'autres manières de faire. Cette évolution s'est accompagnée de rencontres avec des praticiens d'autres pays, mais surtout au départ, avec des praticiens frontaliers. Les quelques médecins du Nord investis dans la thématique sont allés à la rencontre d'autres praticiens exerçant depuis plusieurs années dans le but d'échanger et de « voir comment ça se passe ailleurs » : « Au milieu des années 1990, il y a eu, pour nous, la rencontre avec les maisons médicales en Belgique ».

De par leur affiliation au syndicat de médecine générale, ils sont entrés en contact avec la Fédération des maisons médicales en Belgique qui, pour certaines, développaient la substitution :

« Donc on a rencontré des confrères belges qui nous ont montré qu'on pouvait avoir une pratique éthique de la substitution. Nous, on pensait que cela n'était pas possible » (MG40).

Ces rencontres de « cultures » différentes ont amené les médecins français ancrés dans l'abstinence et prêts à s'ouvrir, à remettre en question leurs propres pratiques. Ils parlent de réel « renversement » :

« A l'époque, moi j'ai rencontré les maisons médicales de Tournai principalement Tournai pour la méthadone... Tournai et puis le Dr Jamouille à Charleroi. Les autres maisons médicales étaient peut-être un peu moins à la pointe dans l'histoire de la toxicomanie. C'est surtout le Dr Jamouille de Charleroi et deux psychiatres du Tournaisis... C'est surtout ces gens là qui nous ont bousculé la tête » (MG41).

L'effondrement des croyances a été précipité, chez certains médecins, par ces rencontres :

« Ca a été très vite. D'un seul coup, l'histoire s'effondre, c'est-à-dire que l'on se rend compte que tout ce qu'on a pu défendre, tout ce qu'on a pu raconter ne tient pas la route... que d'autres, que ce que faisaient les maisons médicales tenait la route, l'idée de l'intervention, du collectif Citadelle et ainsi de suite. Tout s'effondre, tout ce que nous avons pu boire comme du petit lait, à l'époque, nous disant... Je dirais que ça a été l'effondrement de Marx et Freud ... Ce qu'il y a de rigolo, c'est que des gens comme le Dr Z sont des psychanalystes, sont

freudiens et les mêmes psychanalystes en France ont amené l'idéologie de l'abstinence... et les psychanalystes en Belgique amènent l'idéologie de la substitution. Et on est là dans deux rapports... j'ai trouvé un rapport très dogmatique en France et un rapport beaucoup plus ouvert, une réflexion beaucoup plus large en Belgique. Donc ça s'est cassé très vite. En 1994 ça s'est effondré et on s'est engouffré dans la substitution très, très vite... En gros, en six mois, ça a basculé. Boum ! » (MG40).

Ces contacts se sont consolidés au fil du temps, d'une part, par des rencontres régulières et la mise en place de projets frontaliers communs (par le biais des financements FEDER) et, d'autre part, par des rencontres régulières lors de conférences et autres symposiums internationaux. Ainsi, le premier symposium européen de « Médecine générale et toxicomanies » s'est tenu au Portugal en 1997. C'est là notamment que sont nées les idées de coopérations communes.

Ces contacts ont donné lieu à des échanges de pratiques, mais également à des échanges de concepts. C'est ainsi que les Nordistes se sont appropriés le concept d'intervision développé, dans le cadre de l'accompagnement des usagers de drogues, dans le Hainaut dès la fin des années 1980 :

« Sur Lille, on a essayé de développer l'idée du réseau Citadelle, c'est-à-dire l'idée d'intervision. On a essayé de la développer en tenant compte de comment cela était possible à faire sur Lille et à faire... donc ce qu'on appelait nous aussi des interventions et un contrat, contrat Subutex® » (MG42).

L'idée d'intervision repose, dans ce contexte, sur des décisions collégiales quant à l'acceptation du patient « dans le programme » et à son accompagnement.

« Tout à fait, c'est inspiré de Tournai... parce que je ne suis pas persuadé que ce que Tournai avait mis en œuvre, c'est-à-dire les décisions tripartites (entre sociothérapeutes, psychothérapeutes et médecins généralistes) se soient fait ailleurs. Je n'en suis pas persuadé ou ça s'est fait différemment. Alors à Tournai, ils avaient un truc qui était assez extraordinaire. Pour nous, médecins, c'est assez extraordinaire, c'est-à-dire que trois partenaires qui n'ont rien à voir ensemble aient voie délibérative et que le médecin, s'il n'est pas d'accord, mette le patient sous substitution parce que le psychothérapeute et le socio-thérapeute ont dit oui, c'est extraordinaire pour nous. C'était le questionnement autour du pouvoir médical » (MG40).

L'importation de ce concept s'est accompagnée d'un aménagement puisqu'il s'agissait alors d'un co-accompagnement du patient et de réunions de suivi avec l'ensemble des intervenants d'un même patient :

« Et donc nous, on a développé l'idée de co-accompagnement alors que là, à Tournai c'était une codécision thérapeutique. Nous, c'était une codécision d'accompagnement, c'est-à-dire que le patient dans la même journée pouvait rencontrer le médecin généraliste, le centre et le pharmacien et lui-même... et on signait tous les quatre comme quoi on était d'accord pour faire un bout de chemin ensemble. Ce n'était pas une cohésion où on se réunissait et on disait : « Est-ce qu'on pense que c'est bon ou mauvais ? » (MG42).

Ces pratiques importées au milieu des années 1990 sont toujours utilisées et se sont élargies à un territoire plus étendu par le biais des associations de médecins généralistes spécialisées dans la thématique.

Les collaborations se sont pérennisées par le biais de contrats européens qui régulièrement associent des médecins généralistes français et belges. Le premier du genre remonte à la fin des années 1990 et a donné lieu à la publication d'un fascicule (Citadelle, Cèdre Bleu, 1999) présentant les caractéristiques de l'accompagnement des usagers de drogues dans les deux pays et les spécificités transfrontalières, notamment les mobilités de patients dans le cadre des traitements de substitution. Les collaborations sont également devenues, pour certains, une nécessité du fait des passages de frontière fréquents des patients.

### **3. Arrangements et mobilités transfrontalières : une longue tradition**

La région frontalière du Nord Pas-de-Calais et du Hainaut belge constitue une scène particulièrement riche pour le chercheur voulant observer les effets d'une frontière sur les comportements des individus. Analyser les usages de produits psychotropes dans cette région revient à s'interroger sur la manière dont les individus jouent avec la frontière, s'affranchissent notamment de la distinction entre le licite et l'illicite.

Les régions limitrophes à un autre pays ont cette particularité de connaître des mouvements de population, surtout depuis que les accords de Schengen ont sensiblement réduit les procédures de contrôle aux limites frontalières. Ces mobilités s'inscrivent dans une tradition qui semble, grâce à l'ouverture des frontières, connaître une recrudescence. On note des mobilités dans divers domaines et le travail est sans conteste un des motifs les plus importants des allées et venues transfrontalières. Si les accords Schengen facilitent les mobilités, ils ne les expliquent pas exclusivement pour

autant : il faut saisir ce qui amène les populations à franchir la frontière. Des raisons économiques domestiques poussent également les habitants de régions limitrophes à se rendre dans le pays voisin afin de rentabiliser leurs achats. Par ailleurs, les « nordistes »<sup>253</sup> n'hésitent pas à passer la frontière belge pour acheter leurs cigarettes dont le prix en France ne cesse d'augmenter<sup>254</sup> et comme le titre un article de *France Soir*, la Belgique est en passe de devenir « l'Eldorado des fumeurs français »<sup>255</sup>. La récente hausse des prix du tabac en France d'août 2007 replace le sujet à la une des médias.

Par conséquent, même si les frontières sont aujourd'hui ouvertes, les franchir n'est pas pour autant devenu un acte anodin et la notion même suscite toujours des réflexions : « La frontière est une construction territoriale qui met de la distance dans la proximité » (Arbaret-Schulz, 2002). « La proximité spatiale entre les lieux est contredite par la présence de dispositifs qui introduisent une distanciation, un éloignement »<sup>256</sup>.

Les mobilités liées à l'usage de produits licites et illicites entre la France et la Belgique s'inscrivent aussi dans cette tradition qui consiste à tirer profit de l'espace du possible que permet le dépassement d'une frontière. Le poids de la tradition et l'importance du bouche à oreille semblent être des indicateurs montrant que les mobilités transfrontalières sont moins le résultat d'une décision individuelle que le fruit d'un contexte socio-économique propice. A l'instar des mobilités transfrontalières dans le domaine du travail ou de l'achat de biens, les mobilités liées aux usages de drogues finissent par adopter des formes ritualisées. L'analyse proposée ici concerne les mobilités liées aux soins et non l'ensemble des mobilités liées notamment à l'achat de produits illicites.

Les politiques de réduction des risques liées à l'usage de drogues, et notamment l'introduction des traitements de substitution pour opiacés-dépendants, ont rendu l'accès aux soins de ces patients plus large. Ces programmes de santé publique se sont toutefois rapidement heurtés à des détournements d'usage et des tactiques de contournement des

---

<sup>253</sup> Mode de désignation populaire des Français du Nord.

<sup>254</sup> « Les débitants de tabac en colère », *La Voix du Nord*, 10/05/2005.

<sup>255</sup> « La Belgique, l'eldorado des fumeurs français », *France Soir*, 06/01/2004.

<sup>256</sup> Arbaret-Schulz C, Beyer A, Permay JL, Reitel B, Selimanovski C, Sohn C, Zander P : « La frontière, un objet spatial en mutation » - In *EspacesTemps.net*, Textuel, 29/10/2004, <http://espacestemp.net/document842.html> (consulté le 07/06/2005).

acteurs concernés. Ainsi, tant les usagers de drogues que leurs familles ou encore les professionnels du soin ont mis en place diverses stratégies pour contourner les politiques de santé publique et le cadre légal qu'elles imposent, rendant l'accès aux soins difficile pour certains.

Qu'elles soient vécues comme une contrainte, un divertissement ou un recours, qu'elles soient interdites et/ou rentables économiquement, ces stratégies ont en commun un rapport avec des formes de « débrouillardise ». Importante dans les récits de professionnels, cette notion est d'ailleurs évoquée dans divers travaux traitant des stratégies mises en oeuvre par les usagers de drogues. Par exemple, Pascale Jamouille (2002), à l'occasion d'une étude relative aux familles placées en situation de grande précarité et ayant, parmi leurs diverses difficultés d'existence, la charge d'un enfant usager de drogues, montre que le quotidien des membres de la famille est faite de « débrouilles », c'est-à-dire de stratégies souvent situées à la limite de la légalité.

### 3.1. Une tradition de « débrouilles »

Avant l'autorisation de mise sur le marché des traitements de substitution, les usagers de drogues et les professionnels du soin français se trouvaient souvent dépourvus face à des épisodes de manque ou des situations de crise. Bien que démunis, certains d'entre eux mettaient en place diverses stratégies pour tenter de résoudre ce qu'ils considéraient souvent comme une absence de solution.

Ainsi, dès les années 1980, les médecins français, soucieux de soulager des patients en état de manque, tentent de trouver des molécules adéquates. Certains s'orientent vers le Temgésic®, indiqué dans le traitement de la douleur. La plupart d'entre eux le font dans l'isolement et la culpabilité (Coppel, 2002). D'autres tentent des sevrages au Catapressan® ou avec du Palfium®. Leur objectif est de venir en aide à des usagers de drogues en souffrance et pour lesquels rien est mis en place. Ils « chipotent », comme ils disent, ils « bricolent avec les moyens du bord ». Toutefois, ces essais étant pour la plupart expérimentaux et pour certains illégaux, car les traitements sont utilisés hors de l'autorisation de mise sur le marché, peu de professionnels de santé s'y risquent.

Alors que les professionnels de santé français sont réticents à leur venir en aide, faute de moyens légaux et de formation adéquats, quelques usagers de drogues passent la frontière profitant du dispositif de réduction des risques mis en place en Belgique. Dans

les années 1980 et le début des années 1990, des dizaines d'usagers frontaliers se rendent chez des médecins belges qui délivrent de la méthadone. Quelques mères de famille également expliquent leur parcours du combattant et les kilomètres parcourus pour trouver « un remède pour sauver leur enfant », comme l'explique cette mère d'usager rencontrée au cours de la recherche sur les recours :

« Par contre, ici à Lille, au début, il y a des mamans qui allaient chercher [la méthadone en Belgique] parce que ça n'existait pas la méthadone ici [en France]. Elles allaient en Belgique chercher la méthadone pour leurs enfants. Elles étaient illégales, hors la loi ».

Ces stratégies mises en place avant l'AMM des traitements de substitution étaient, pour la plupart, illégales. Elles étaient bien souvent le fait de précurseurs et de pionniers dans l'introduction de ces traitements. Il s'agissait de médecins, de mères de famille ou d'usagers isolés.

### 3.2. Effets pervers et recherche de solutions

Une fois le dispositif de réduction des risques mis en place, et donc après l'AMM français des traitements de substitution, les stratégies des usagers et des professionnels de santé se sont modifiées et bien souvent intensifiées. Certains effets pervers du dispositif les ont ainsi conduits à rechercher des solutions intermédiaires, à « se débrouiller » pour accéder aux soins ou aux services désirés.

#### *Un dispositif contraignant*

L'accès au traitement méthadone en France est assez cadré, nous avons notamment évoqué la primo-prescription en centre de soins, le suivi global ainsi que des prescriptions limitées à 14 jours. Rapidement, dès le milieu des années 1990, pour éviter de se soumettre aux contraintes des centres, dont les places étaient – et sont toujours pour certains – limitées, les patients tentent d'accéder au traitement par le biais du marché noir. Cet accès donne lieu au détournement des traitements et aux conséquences sanitaires bien souvent relatées dans la littérature scientifique. Les professionnels tentent également d'« assouplir » le dispositif à leur manière. Le médecin généraliste ne pouvant pas prescrire pour plus de 14 jours se trouve démuné, en période de vacances, lorsque le patient s'absente pour plus de trois semaines. Pour éviter la contrainte de la visite bimensuelle, certains d'entre eux prescrivent des dosages plus élevés pour que le patient ait un traitement pour une durée plus longue ou réalisent plusieurs ordonnances lors d'une même consultation couvrant ainsi une période d'un mois, voire plus.

### *Difficultés d'accès aux services spécialisés : des zones mal desservies*

D'autres usagers de drogues éprouvent des difficultés à trouver des soins adaptés et se trouvent contraints de se déplacer. Ainsi, lorsqu'un usager de drogues désireux de se faire soigner habite dans l'est du département du Nord, il trouve peu de centres spécialisés de proximité. Plus il habite dans l'est du territoire étudié, moins il a de chance de trouver des structures de proximité et plus il risque de devoir se déplacer pour solliciter un intervenant. Ainsi, lorsque Thierry, héroïnomane originaire de l'Avesnois, a souhaité se faire prescrire un traitement méthadone, ce problème s'est posé :

« La première fois que j'ai arrêté [de consommer], je n'avais pas de voiture. La deuxième fois, comme j'avais un véhicule, ça pouvait aller mais bon, c'est surtout un problème de distance. Ici, j'ai quand même 40 minutes facilement parce que j'ai 80 kilomètres aller-retour [de chez lui au centre]».

Cette absence de services de proximité contraint donc certains usagers à réaliser tous les jours plus d'une heure de trajet, s'ils disposent d'un véhicule. Les patients non motorisés doivent alors prendre les transports en commun, dans des régions souvent mal desservies.

### *Des effets de monopole*

Cette pauvreté de structures dans l'est du département du Nord est également à la base de situations de monopole. N'ayant pas d'autres alternatives sur le territoire, les usagers sont contraints, s'ils souhaitent se faire suivre dans la proximité, de se rendre chez les seuls professionnels du territoire, comme l'évoque ce médecin situé à Valenciennes :

« Dans le sud du département, tout est concentré sur l'agglomération lilloise. (...) De toute façon, on est le seul centre de soins ici sur l'agglomération de Valenciennes qui recouvre quand même 404 communes. Ca recouvre un grand territoire. C'est pour ça d'ailleurs qu'on dit qu'on est le passage obligé... Des fois aussi on dit quand une personne se fâche un peu avec nous, elle n'a pas d'autre alternative, même en terme de soins. Elle ne peut pas aller chez quelqu'un d'autre ».

Il s'agirait dès lors de solliciter des recours par défaut, ce qui peut entraver la démarche de certains.



### *Une spécialisation stigmatisante*

Enfin, un autre effet pervers du dispositif est sa spécialisation. Ainsi, certains usagers refusent de fréquenter les centres de proximité en raison de la stigmatisation que cela engendre. Ils préfèrent parcourir plusieurs kilomètres, parfois des dizaines, pour se faire suivre par un professionnel n'habitant pas leur village ou leur région, ne connaissant pas leur famille, ceci afin d'éviter d'être reconnus par le voisinage ou des connaissances. Ils mettraient alors en place des stratégies afin de dissimuler un stigmate potentiel. Les parents rencontrés confient également préférer parcourir plusieurs dizaines de kilomètres dans le souci de « passer incognito ».

\*

Pour pallier à ces effets pervers, outre le recours au marché noir, la poursuite des consommations, les nombreux déplacements ou la mise en place de pratiques illégales, certains ont préféré – et préfèrent toujours – recourir au pays voisin.

La fin des années 1980 est marquée par les premiers contacts franco-belges sur les questions de toxicomanie, ainsi que par les premiers contacts transfrontaliers entre professionnels de santé. D'une part, ayant eu vent des expérimentations belges sur le Temgésic®, le laboratoire français Schering va solliciter l'expertise du Dr Reisinger pour parvenir à la commercialisation d'un comprimé non classé comme stupéfiant. D'autre part, quelques usagers de drogues français frontaliers ayant eu connaissance des prescriptions de méthadone en Belgique commencent à passer la frontière pour se faire prescrire un traitement.

Sur le plan frontalier, les années 1990 marquent un tournant. Les collaborations se développent entre professionnels français et belges, et les mobilités transfrontalières des patients et des familles s'intensifient. Ainsi, en France, avant l'AMM des traitements de substitution, certains professionnels de santé ne souhaitant pas contourner la loi ou s'adonner à la substitution sauvage envoyaient leurs patients chez des confrères belges. Présentons l'histoire de ce médecin français ayant établi une collaboration avec un médecin hennuyer durant quelques années.

Au début des années 1990, le Dr V (MG49) est sensibilisée à la problématique des drogues par des jeunes du quartier (quartier défavorisé de la banlieue lilloise) : « moi, j'ai été frappée, donc c'était avant la substitution par le Subutex® par le fait que, dans ce
--

quartier, il y avait énormément de jeunes qui consommaient de la drogue... à l'époque, c'était de l'héroïne et du cannabis, de l'héroïne surtout ». Cette sensibilisation naît surtout des sollicitations des familles. Tentant de leur venir en aide et faute de moyens, elle rencontre des médecins de son quartier et ensemble, ils réfléchissent à un projet d'accueil des usagers de drogues. Ils créent alors une association visant l'abstinence.

Au départ, le Dr V prescrit ce que les patients demandent, mais rapidement, elle se rend compte de l'effet néfaste des traitements : « La plupart des jeunes qui venaient nous voir, s'étaient inventés eux-mêmes... ils avaient trouvé un cocktail pour éviter d'acheter de l'héroïne et ce cocktail, c'était des benzos : des Rohypnol, du Tranxen 50 qu'ils mélangeaient avec de la bière. Ca leur faisait un petit effet flash et du coup, ils arrivaient à se passer d'acheter... (...) Au début, je prescrivais, comme tout le monde, mais après je me suis dit : « Il y a sûrement moyen parce qu'on dirait que c'est encore pire. C'est pire que quand ils se droguent ». Moi, je ne trouvais pas ça très satisfaisant ».

Par le biais d'un des ses patients, elle entend parler d'un médecin belge qui prescrit de la méthadone. Elle se renseigne donc auprès de ce médecin : « L'un de mes patients y était allé. Il avait entendu dire qu'un médecin à Mouscron donnait un traitement de substitution. Donc j'ai appelé ce médecin directement et je lui ai demandé ce que c'était et comment ça marchait ». Au départ, ils échangent des informations sur le traitement : « Je me suis rapprochée rapidement d'un médecin de Mouscron qui, lui, donnait de la méthadone. On a parlé, on a sympathisé, il est même venu me voir. Je lui ai donné rendez-vous et il m'a tout expliqué parce que je ne connaissais pas ».

Ils mettent alors en place une collaboration : le médecin belge se charge des prescriptions et le Dr V assure le relais lors des contrôles urinaires et lors de demandes d'examen complémentaires : « C'est lui qui s'est chargé au début de la surveillance, de la dose. Je les envoyais. (...) Oui, je les revoyais s'ils voulaient. Je les voyais en double. Ils allaient acheter et l'analyse d'urine de temps en temps, c'est moi qui la faisais ici en France pour vérifier que tout allait bien ».

Ils ne se rencontrent pas et ne discutent pas des patients, mais mettent en place des relais pour faciliter le traitement des patients : « Vous faisiez des petites réunions de suivi ? Non. Non, non parce que ce médecin, lui, savait ce qu'il faisait. Il leur donnait les analyses d'urine à faire. Le patient me donnait l'ordonnance et puis moi, je la recopiais pour que ça puisse passer en France pour qu'il n'ait pas d'autres frais à payer de sa poche autres que le médicament et la consultation de ce docteur ».

Par le bouche à oreille, une dizaine de patients français se rend en Belgique par le biais du Dr V pour leur traitement méthadone. Ces quelques patients avaient les moyens de passer la frontière : « Une dizaine. Non, ce n'était pas beaucoup. Une dizaine de patients... ceux qui pouvaient payer parce qu'il fallait payer le docteur et le

traitement (...) et le trajet, oui. Ca, c'était leur problème, il y en a qui se sont débrouillés pour le faire ».

De par cette initiative, elle est quelque peu montrée du doigt par ses confrères français qui, en ce début des années 1990, sont ancrés dans le paradigme de l'abstinence : « Je ne vous dis pas, je n'ai pas eu de succès auprès de mes collègues ici. J'ai été considérée comme une marginale qui droguait autrement ses patients. J'ai eu beaucoup de mal, ils étaient tous contre moi et maintenant, je vois que je suis celle qui prescrit le moins ».

Dans le Nord, quelques médecins sensibilisés à la problématique, mais ne disposant pas d'outil thérapeutique, sollicitent des réseaux belges. Ils s'informent et se forment. Des formations communes voient le jour. Les Français découvrent alors le concept d'intervision qu'ils ne tardent pas à mettre en place dans le Nord. De même, des collaborations naissent entre professionnels de santé belges et français permettant des relais de patients. Ainsi, quelques rares médecins frontaliers expliquent avoir réalisé des stocks de méthadone fournis par des confrères belges permettant de parer à certaines situations d'urgence ou les soins d'un patient en particulier.

Alors que l'ensemble des professionnels de santé est ancré dans le dogme de l'abstinence et dans le sevrage à tout prix, avec l'association locale Généralistes et toxicomanie, ce médecin (MG36) rencontre des médecins belges qui travaillent avec la méthadone. Elle se rend alors compte qu'ils ont les mêmes objectifs qu'elle et qu'une molécule les aide à travailler dans le long terme : « En France, il y avait une culture du sevrage, une négation du côté biochimique... ce qui fait que rencontrer les collègues belges et voir qu'eux, avec l'outil substitutif, ils avaient une approche qui était la même que la nôtre dans un accompagnement au long cours, dans la création de liens au long cours ». Elle se rend alors compte que la substitution n'est pas un outil « diabolique » : « du coup, ça nous a dédiabolisé, je trouve. Moi, personnellement, ça m'a aidé à dédiaboliser le produit parce qu'en fin de compte... Ils avaient un outil qui, en fin de compte, permettait de mettre du lien au long cours. Moi, ça a été vraiment ça... ça a dédiabolisé le produit et je me dis qu'en fin de compte, j'étais tout autant dans l'emprise du produit que mes patients, c'est-à-dire que je n'en voulais pas ».

De par ses contacts avec des médecins belges, ce médecin prend en relais un patient sous méthadone. Ainsi, alors que le patient français se faisait suivre en Belgique et que les trajets devenaient lourds à supporter, ce médecin français a reçu par la poste des gélules de méthadone qu'elle délivrait à ce patient : « Le médecin belge m'envoyait de la méthadone de Belgique que je gardais chez moi... ».

quand j'étais sur [nom de sa ville d'exercice], on a mis un truc comme ça pour un patient. C'est moi qui recevais la méthadone par la poste ».

De même, certains médecins belges passent la frontière et prescrivent des traitements en France, en toute illégalité, ce qui leur vaudra quelques ennuis avec la justice française.

Au début des années 1990, après la formation à Mons, un médecin hennuyer (MG25) s'est vu solliciter par des patients français. Pour leur éviter le déplacement, il leur propose de les rencontrer à Lille : « Je disais à ces jeunes : « Ecoutez, si vous êtes 5 et bien au lieu de vous déranger de Lille à Mons, j'irai à Lille ». Et donc j'ai soigné des patients à Lille dans les cafés et puis dans une salle et puis, j'avais une quarantaine ou une cinquantaine de patients ». Il travaille en collaboration avec un éducateur français : « J'étais avec quelqu'un qui s'occupait d'une association là-bas. On se donnait rendez-vous à [la gare] Lille Flandres, on faisait un certain nombre de cafés. Donc je voyais trois ou quatre patients par café et puis, on changeait de café ». Par la suite, les consultations se réalisent dans les locaux d'une association. Ce médecin est rapidement « assailli » et suit une cinquantaine de patients. Il ne prescrit pas à Lille et rédige les ordonnances une fois de retour à Tournai : « Je ne faisais pas les ordonnances en France, je croyais que ça me protégeait mais ce n'est pas vrai du tout. (...) Je faisais mes ordonnances à Tournai et puis je les déposais dans les boîtes aux lettres de trois pharmacies que j'avais contactées ». Après quelques mois de pratique, ce médecin se fait arrêter dans les locaux de l'association où il prescrit. Trois chefs d'inculpation sont retenus contre lui : « Premièrement, je prenais en charge des toxicomanes à la méthadone... la deuxième chose, c'est parce que je faisais de la médecine en France sans avoir le titre légal et la troisième chose, c'était perception d'honoraires par une personne non qualifiée puisque je n'étais pas médecin en France. Et puis comme il y avait beaucoup de gens que je ne faisais pas payer, ils ont laissé tomber ça ». Il est donc condamné pour exercice de la médecine en France par une personne non qualifiée à un franc français symbolique. Il se fait expulser et le juge le met en garde contre une possible incarcération s'il renouvelle sa pratique.

Suite à son interdiction de pratiquer en France, ce médecin poursuit sa pratique avec les patients français dans un café de Tournai « pour qu'ils n'aient pas à se déranger trop, pour qu'ils sachent venir continuer leur traitement ». Là, « il y avait quelques patients de Tournai mais c'était surtout les Français ». « Je les voyais dans le bistro de la gare parce qu'ils venaient en train, ils s'arrêtaient là et je les voyais. Et puis, le patron [du café] ou le serveur a trouvé que j'étais un être suspect donc il a prévenu la BSR [Brigade de Surveillance et de Recherche de la police fédérale] qui est venue de nouveau m'arrêter ». Il se fait alors convoquer à l'Ordre des médecins

et campe ses positions sur les conseils d'un ami professeur d'éthique médicale : « Il m'a dit : 'Non seulement vous pouvez les recevoir mais vous devez les recevoir. On n'a pas le droit d'abandonner un malade sans le confier à un médecin de la même compétence' et il n'y en avait pas en France ». Suite à un interrogatoire de la BSR, il décide de changer de lieu de consultation et reçoit ses patients dans d'autres cafés de Tournai. Il est alors inculpé « parce que je soignais les toxicomanes dans des conditions lamentables... c'était de la médecine de foire », jugé puis acquitté. Pour sa défense, il fait comparaître quelques patients qu'il avait sélectionnés pour témoigner de l'importance du traitement et des résultats.

Des arrangements voient le jour entre médecins généralistes français et belges, entre médecins et centres, ou encore entre médecins et patients. Les différentiels législatifs sont donc à la base de différentes stratégies et bricolages.

### 3.3. La mobilité : une pratique rationnelle

« Les flux de patients français en Belgique sont pour une partie liés aux caractéristiques de l'offre de soin de part et d'autre de la frontière. Jusqu'en 1995, la situation transfrontalière en matière de traitement était schématiquement la suivante : un cadre strict et un nombre de places limité en France, la médecine libérale et l'absence de cadre en Belgique » (Panunzi-Roger et Castel, 2001).

Ces stratégies mises en place avant l'AMM des traitements de substitution en France étaient, pour la plupart, illégales et souvent isolés.

Toutefois, après 1995 et l'AMM de la substitution en France, les flux transfrontaliers n'ont pas cessé et se sont même, à certains égards, intensifiés poursuivant deux types d'objectifs : d'une part, le soin et d'autre part, le business. Il s'agit d'une « frange résiduelle » de Français qui utilisent le système de soins belges pour des raisons diverses et variées mais qui n'ont pas toujours à voir avec la recherche de confort ou de discrétion (Citadelle, Cèdre Bleu, 1999). L'accessibilité – ou la réputation d'accessibilité – est un élément déterminant de ces flux, depuis le moins accessible – ou réputé comme moins accessible – vers le plus accessible – ou réputé comme plus accessible. Ainsi, ce n'est pas parce que les traitements ont été légalisés en France et que le nombre de centres prescripteurs a augmenté que le dispositif ne connaît pas de limites. Certaines zones restent notamment mal couvertes et des problèmes d'accessibilité, entre autres, continuent à se poser.

Les mobilités, loin de s'éteindre avec la création de nouveaux services en France, se sont intensifiées et ont changé de forme. Elles sont maintenant un fait avéré<sup>257</sup> (Ledoux, 2005), mais quelles en sont les formes et quelles logiques les sous-tendent actuellement ? Les logiques étant différentes selon le sens des flux, leurs présentations seront distinctes.

### **3.3.1. De la France vers la Belgique**

La raison la plus fréquemment évoquée à ces mobilités concerne une représentation communément admise par les usagers de drogues et les professionnels français : la Belgique est présentée comme un pays de grande liberté et de tolérance, tel un Eldorado. Comparativement, le suivi méthadone serait plus « contraignant » en France qu'en Belgique. Les usagers français tenteraient donc, par leur recours belge, d'éviter la contrainte, d'émettre une résistance vis-à-vis d'un système qui ne leur serait pas adapté (primo-prescription en centre spécialisé ou en établissement de santé, déplacements quotidiens au centre, délais d'admission, etc.). Se pose également la question des horaires d'ouverture de ces centres, souvent incompatibles avec les horaires professionnels de certains usagers. De même, les usagers de drogues rencontrés relatent des dosages différents entre les deux pays : la Belgique serait une fois de plus « plus généreuse ».

Certains usagers tentent donc, par leur recours belge, d'échapper à un système qui ne leur serait pas adapté, qui ne répondrait pas à leurs attentes. C'est le cas de Guy, originaire de l'Avesnois, qui pendant plusieurs années a consulté un médecin généraliste belge lui prescrivant un traitement méthadone.

Vers l'âge de 15-16 ans, Guy commence à consommer de l'alcool puis enchaîne sur le haschich. Il consomme ensuite des acides avec des copains. Vers l'âge de 18 ans, il est polyconsommateur (alcool, haschich, héroïne, acides, cocaïne, ecstasy). Il sort régulièrement en boîte. Après avoir parlé de ses consommations à ses parents, ils se

---

<sup>257</sup> La recherche menée en Belgique par Yves Ledoux avance les résultats suivants (Ledoux, 2005). En 2001, l'inspection générale des pharmacies estimait à 10.000 le nombre de personnes en cure substitutive en Belgique. On estime entre 1.200 et 1.500 le nombre de patients venant de France sous traitement de substitution en Belgique, c'est-à-dire environ 12,5% de la population totale en cure substitutive. Cette population se rendrait principalement dans la province du Hainaut. Selon cette recherche, 56,4% du total des sujets en cure substitutive en Belgique sont pris en charge en cabinets médicaux privés. Parmi ceux-ci, 96% sont de nationalité française. Les 4% restants se font suivre en maison médicale. On constate également que pour 51% de ces Français, la Belgique est leur premier recours.

rendent ensemble chez un médecin généraliste - leur médecin de famille - qui lui prescrit du Subutex®. A l'âge de 20 ans, il fait son service militaire. Il arrête alors son traitement de substitution mais continue de fumer et de prendre des acides et des ecstasys. Une fois son service terminé, il retombe dans l'héroïne et prend du Subutex® au marché noir. Il en reparle à ses parents chez qui il vit toujours. Il est alors orienté par son médecin de famille vers un centre de soins de Douai, une psychologue principalement. Voyant qu'il n'en sortait pas, il décide alors de passer en traitement méthadone : « Trois ou quatre ans après l'armée, je me suis mis au traitement méthadone parce que je voyais que le Subutex®, ça ne marchait pas. Je n'arrivais jamais à le prendre normalement [en sublingual]. Je me suis mis à la méthadone ». Il se rend donc à Mons chez un médecin généraliste sur les conseils d'un ami qui le consultait déjà. Au début, n'ayant pas beaucoup d'argent, son ami partageait le traitement avec lui. Guy payait les déplacements et les consultations, et son ami se rendait chez le médecin. « [Au début, la méthadone,] c'était au noir mais ça n'a pas duré longtemps. Ça a duré l'histoire de quelques semaines et après, j'ai été moi-même en Belgique. J'ai arrêté mon traitement Subutex® et je me suis mis à la méthadone... A Mons... En fait, j'avais un ami qui avait eu l'adresse à je ne sais plus qui (...) Ca a été un peu micmac au début aussi parce que je n'avais pas trop d'argent donc on ne pouvait pas prendre un traitement chacun, ce qui fait que moi, je n'osais pas trop aller voir le médecin non plus. Ce qui fait que c'est mon copain qui est allé la première fois et il a demandé un traitement assez fort comme ça, on pouvait le diviser à deux. Apparemment, ça s'est bien passé. Il y est allé et il lui a dit qu'il était toxicomane et qu'il avait besoin d'autant et il lui a prescrit (...) On s'était mis d'accord... En fait, c'est moi qui payais le médecin et les gélules, et je partageais. Je lui donnais la moitié et je prenais la moitié. [C'est moi qui payais et c'est lui qui allait] ».

Pour se rendre en Belgique, il s'organisait en fonction de ses horaires professionnels. Il consultait le médecin tous les 30 jours. La distance ne posait pas de problème, le fait de payer son traitement non plus : « J'y allais tous les 30 jours. J'ai une voiture donc j'allais en voiture. [J'y allais] la semaine. (...) La première année, je travaillais et je m'arrangeais. Par exemple une semaine où je travaillais du matin, j'essayais d'y aller l'après-midi parce que souvent les horaires... le matin, ce n'était pas trop possible parce que c'est vraiment tôt. Si je travaillais l'après-midi, j'aurais dû me lever, aller jusqu'en Belgique et l'après-midi, aller travailler... Ca n'aurait pas été. Je m'arrangeais toujours pour y aller l'après-midi. (...) Jusque Mons, j'ai une heure de trajet. [*Le fait de payer 35 euros, ça ne vous posait pas de problème ?*] Non, j'étais rémunéré. Je touchais le chômage ou je travaillais de temps en temps. Pour moi, ça allait, c'était impeccable ».

Guy a préféré le système belge pour une certaine souplesse : « Moi, je travaillais... Aller chercher [la méthadone] tous les jours, ça ne m'aurait pas arrangé. Quand vous travaillez, vous n'avez pas le temps

d'aller tous les jours dans un centre pour prendre la méthadone. Moi, je préférerais l'avoir pour mon mois et être tranquille ».

### *Une mobilité de forme*

Certains Français se sont tournés, dès son apparition, vers un traitement Subutex®. Or, pour quelques-uns, les effets secondaires étaient difficilement supportables (nausées, constipation, maux de tête,...). « Il y a beaucoup de patients qui se plaignent du Subutex®, que ce n'est pas comme la méthadone, qu'ils sont malades, que ce n'est pas bien, que quand ils prennent du Subutex®, ils ont encore envie de prendre autre chose ... », confie un médecin belge. Dès lors, considérant la prise en charge méthadone française comme contraignante et le Subutex® comme non approprié, ces Français se rendent en Belgique afin de mettre en place un traitement méthadone auprès d'un médecin de ville. De même, ne supportant pas la méthadone en sirop, quelques-uns préfèrent également se déplacer en Belgique où elle est également prescrite en gélules. C'est le cas notamment de patients diabétiques ou d'alcoolodépendants, la méthadone étant fortement dosée en sucre et contenant de l'alcool.

### *Une mobilité adaptative*

La Belgique a connu, il y a quelques années, différentes affaires judiciaires incriminant des médecins généralistes condamnés pour entretien de toxicomanie. La plupart de ces médecins suivait des patients français, par centaines, dit-on. Lors de leur arrestation, des centaines de patients se sont retrouvés du jour au lendemain sans suivi substitutif. Ces affaires ont eu pour effet de créer des flux de patients – paniqués - vers les professionnels français exerçant près de chez eux, engendrant ainsi des adaptations de l'accompagnement. Les usagers, retournant alors au pays, ne pouvaient être admis directement dans les centres français, le délai d'admission étant en moyenne de 15 jours. Certains professionnels français ont alors demandé à des médecins belges de jouer le rôle de relais. Ceux-ci délivraient des ordonnances de méthadone, le temps que ces patients soient admis en France. Une fois le dossier accepté en France, ces patients intégraient la structure française. Travaillant dans l'urgence, se trouvant face à des usagers paniqués et sans traitement, les professionnels français ont adapté les modalités de suivi. Le délai d'admission était respecté en France, mais le traitement était poursuivi en Belgique par d'autres professionnels.



### *Une mobilité saisonnière*

La période de vacances que nous évoquions est notamment l'époque des passages de relais. Nous le notions, le médecin généraliste français ne peut pas prescrire de méthadone pour une période excédant les 14 jours. Ne souhaitant pas contourner la législation, il sollicite donc des confrères belges ayant plus de latitude.

### *Une mobilité de discrétion*

La recherche de l'anonymat est également à l'origine des mobilités de Français vers la Belgique. En effet, il ne faut pas oublier que montrer que l'on consomme telle ou telle substance peut, dans certains cas, entraîner des formes de stigmatisation. Les usagers mettraient alors en place des stratégies afin de dissimuler ce stigmate potentiel dans une logique de « contrôle de l'information » similaire à celle décrite par Goffman<sup>258</sup>. Ces stratégies des usagers mais également des familles seraient de trois ordres : traverser la frontière pour fuir la spécialisation des dispositifs, les lieux et les usagers fréquentés, les listes d'attente ou les lieux de soins desquels ils se sont fait exclure.

La spécialisation du dispositif poserait en effet problème à certains usagers. Ainsi, selon eux, toute personne entrant dans un centre spécialisé est alors perçue comme un « tox ». En Belgique, par contre, le dispositif est notamment constitué de structures « tout venant » (médecin généraliste, centre de santé mentale, structures sociales, maisons médicales,...), fréquentées par un public varié. Les recours belges seraient donc, aux dires d'usagers français, moins stigmatisants.

De plus, la distance parcourue garantirait également l'anonymat aux usagers et aux familles. S'éloigner des lieux habituellement fréquentés signifie réduire les chances de rencontrer, lors des démarches entreprises, des personnes de l'entourage, des connaissances ignorant les consommations. Ainsi, dépasser la frontière leur permettrait d'amplifier symboliquement cette prise de distance avec ceux à qui il serait gênant de révéler cette information.

---

<sup>258</sup> « Lorsque la différence n'est ni immédiatement apparente, ni déjà connue (...) lorsque, en deux mots, l'individu n'est pas discrédité, mais bien discréditable, (...) le problème est (...) de savoir manipuler de l'information concernant une déficience : l'exposer ou ne pas l'exposer ; la dire ou ne pas la dire ; feindre ou ne pas feindre ; mentir ou ne pas mentir ; et, à chaque fois, à qui, comment, où et quand » (Goffman, 1975, 57).

Les trajectoires analysées relatent également un recours à la Belgique comme fuite des listes d'attente des lieux d'hébergement spécialisé en toxicomanie.

Enfin, d'autres Français se rendent en Belgique car ils se sont vus refuser l'accès au centre en raison d'incidents survenus en son sein. Ce refus serait lié à différents problèmes tels que la violence, le détournement du traitement, les absences répétées aux rendez-vous, la revente ou l'introduction de produits,... L'accompagnement proposé étant généralement contractualisé, le non respect de celui-ci est synonyme, dans la plupart des cas, d'exclusion de la prise en charge. Une fois exclu d'un centre, l'utilisateur se voit souvent refuser l'accès des autres centres. Le patient exclu de la prise en charge en France se rend alors, par défaut, là où il est inconnu.

#### *La mobilité, une question financière ?*

La question financière pourrait être appréhendée comme moteur de ces mobilités. On pourrait supposer une tendance à se rendre aux endroits où les services sont moins chers et ce, d'autant plus lorsque l'on doit s'y rendre régulièrement. Or malgré les coûts engendrés par l'accompagnement en Belgique (coût de la consultation, du traitement et du déplacement), des usagers français continuent de passer la frontière. Les mobilités induisent donc le passage d'un service gratuit à un service payant, les prestations de soins belges n'étant pas remboursées par la Sécurité Sociale française. Pour expliquer ce paradoxe, nous faisons l'hypothèse de la prédominance d'un autre argument : les patients français préféreraient participer financièrement plutôt que de devoir « subir » ce qu'ils considèrent comme des contraintes. Toutefois, nous constatons que tous les usagers Français du territoire étudié ne passent pas la frontière. Nous pouvons distinguer deux types de patients « mobiles ». D'une part, il s'agit d'usagers ayant une situation professionnelle et donc des revenus réguliers<sup>259</sup> (Ledoux, 2005), ce qui pourrait expliquer le passage au système payant. D'autre part, la mobilité concerne une population plus marginalisée dont la motivation oscille entre soins et business. A partir

---

<sup>259</sup> Le rapport Ledoux nous donne des indications à ce sujet. Les patients de France en traitement de substitution en Belgique bénéficieraient d'une « meilleure insertion » avant le traitement. Leurs indices de satisfaction de vie et de bien-être (selon les catégories proposées par l'OMS) seraient significativement plus élevés que pour les patients belges. Ils se distinguent par un isolement moindre sur le plan affectif et social. « Leur insertion dans le monde du travail est remarquable avec trois-quarts de patients avec un emploi rémunéré et légal (contre 26% des patients de Wallonie et Bruxelles et 44% en Flandre) » (Ledoux, 2005). Selon les auteurs, la motivation de ne pas perdre son travail serait majoritairement à l'origine de la demande substitutive des patients français.

des observations et des entretiens réalisés, nous avons rencontré des usagers préférant la Belgique pour sa plus grande souplesse et profitant de celle-ci pour consulter différents médecins, se faire prescrire des dosages importants et les revendre de retour en France. La revente de méthadone est une autre manière de réduire les frais. D'autres mettent en place différentes stratégies à cette fin, notamment le covoiturage.

*Des passages de frontière irréversibles ?*

Bien que de nombreux Français passent la frontière, il ne faut pas oublier que ce recours aux soins belges est souvent une étape particulière qui s'inscrit dans une trajectoire de recours plus large. Ainsi, les patients « mobiles » font parfois chemin inverse et réintègrent le dispositif français. L'exemple de Gérard, usager rencontré dans le cadre de la recherche sur les recours, est intéressant à plus d'un point. Alors qu'il se faisait prescrire de la méthadone par un médecin du Borinage depuis plusieurs années, des problèmes ont commencé à se poser tant au niveau la durée du trajet, des frais engendrés par les déplacements qu'au niveau relationnel avec son médecin, le poussant à regagner le pays.

Au départ, lorsqu'il consulte un médecin généraliste belge pour de la méthadone, Gérard habite dans la région de Maubeuge. Une fois installé à Paris pour des motifs professionnels, la distance à parcourir est plus importante. « Mais ça allait bien avec le travail, au début. Je prenais de la métha quand ça n'allait pas. Mais quand il n'y avait plus de métha, comme j'étais sur Paris c'était plus difficile pour moi de rentrer ».

Il s'arrange toutefois pour prendre congé et faire les aller-retour, Paris-Mons, sur une demi-journée, seul : « Des fois, ça m'arrivait, j'allais au travail et je disais : "Je pourrais avoir mon après-midi ?" Alors mon patron me disait : "Oui". Je prenais la voiture, j'allais en Belgique et puis je revenais. (...) Je faisais l'aller-retour sur une demi journée [650 kilomètres] ». Gérard est d'ailleurs obligé de trouver de nouvelles excuses pour quitter son travail et partir en Belgique : « En plus, au travail c'était des excuses pas possibles. Des fois, par exemple, je me réveillais le matin, il était peut-être 6 heures du matin, j'étais mal et je savais que le docteur avait ses consultations à 10 h 00 et, hop, j'y allais. En plus, je conduisais, j'étais mal. Je m'arrêtais sur une aire d'autoroute et je téléphonais au bureau : « Oui, je ne suis pas bien, je suis malade ». Donc beaucoup d'absences ». Pour justifier ses absences répétées, il se procure de faux certificats : « Là-bas, en Belgique, dans la salle d'attente, il y avait un gars qui faisait tourner un carnet avec des faux certificats d'arrêt de travail, des certificats médicaux d'arrêt de travail pré-imprimés. Et donc j'avais réussi à récupérer ça. Donc, on imprimait les certificats à l'imprimante et puis on donnait ça au chef ».

Au fil du temps, Gérard commence à se poser des questions et n'a pas vraiment confiance en ce médecin. Il le considère comme un dealer : « A la fin, moi aussi je me suis dit : "C'est un dealer, ce n'est pas possible." Enfin du moment qu'il a l'argent de la consultation, on dirait qu'il s'en fout ». D'ailleurs il prend peur lorsqu'un médecin de la région de Mons se fait incarcérer : « Il y a deux ans ou deux ans et demi peut-être, il y a un médecin en Belgique, une de ses connaissances à lui [au médecin généraliste qu'il consulte], qui a été en prison parce qu'il délivrait trop d'ordonnances. (...) A partir de ce moment-là, on s'est dit : "On ne va plus y aller trop souvent... Il ne va peut-être plus vouloir". Et puis, finalement, non, ça n'a rien changé. Mais par contre, il y avait plus d'attente parce que les gens qui allaient voir le docteur incarcéré, il y en avait une partie qui était revenue chez lui. Moi, je pensais que ça allait changer, je me suis dit : "Bon, il va peut-être faire gaffe, maintenant " Mais, non, en fait, ça ne changeait pas ».

Le seul problème auquel il était confronté se présentait en période de vacances. Lorsque le médecin s'absentait, il se rendait chez un de ses confrères qui était beaucoup plus cadrant : « Il ne prenait pas énormément de vacances. C'est arrivé une année, il avait affiché devant sa porte, le nom d'un confrère. Donc, on avait été voir son confrère... (...) On n'aimait pas y aller parce qu'il posait des questions, il prenait notre tension, il s'intéressait plus à nous. Mais, bon, on n'allait le voir qu'une fois par an, à la limite, donc, c'était un mauvais truc à passer et puis c'est tout [rire]. Mais, enfin, on aura quand même eu la métha de toute façon, quoi qu'il arrive ».

Le problème des trajets se présente également dans le long terme, au niveau des distances à parcourir mais également du coût des déplacements : « En Belgique, même pas un an après avoir commencé, j'ai senti que j'allais dans le mur. Je me suis dit : " Ca ne peut pas continuer comme ça..." Déjà, rien que faire le trajet toutes les semaines, toutes les deux semaines là-bas, c'est quand même chiant. (...) Quand je travaillais, ça allait parce que je gagnais de l'argent. Sinon, des fois, je demandais à mes parents, ils me prêtaient un peu d'argent, quand j'étais étudiant et puis j'y allais à cette occasion-là ». « En Belgique, je savais bien que ça n'allait pas durer longtemps. Quand je voyais le travail que j'avais, que je faisais des routes, l'aller-retour France-Belgique, de Paris à Mons sur une demi-journée (...) À l'aller, il y a 320 kilomètres. Donc 650 kilomètres aller-retour, tout ça pour avoir de la métha ».

Le passage du système de soins belge au système de soins français est décrit par Gérard comme un choix personnel. Toutefois, ce passage fut difficile au départ en raison de l'intégration dans un système de contraintes plus important mais la relation de confiance établie avec l'équipe du centre de soins français l'a convaincu : « Moi, je le vis bien [le passage du système belge au système français] parce que c'est moi qui est demandeur. Ce n'est pas eux qui m'obligent. Si je viens, c'est que je veux bien. Si ce que je fais là ne me convenait pas, je retournerais en Belgique et je pourrais reprendre ce que j'ai fait avant. Comme c'est moi qui le veux, j'accepte ça. [Au début, c'est difficile], quand il faut venir tous les jours, on se dit : " Est-ce que ça vaut le coup que je vienne me

faire chier à venir chercher ma métha ? Est-ce que ça vaut le coup par rapport à ce que je vais gagner?". En fait, ma peur au début, c'était que ça se passe comme en Belgique. Que même si je prenais la métha tous les jours, que ce soit quand même en plus de l'héro. Mais comme j'ai réussi à bien réduire ma consommation presque à zéro, je me dis : "Je suis sur le bon chemin". Quand je suis arrivé au centre de soins, les gens de l'équipe, c'étaient des personnes avec qui j'ai fait connaissance mais j'avais pas fait connaissance avec des personnes depuis vachement longtemps parce que je suis toujours resté dans le même cercle d'amis. Ici, ils ne nous jugent pas. C'est une relation de confiance ».

De manière générale, les raisons évoquées de ce retour au pays sont principalement de trois ordres : géographique, financier et relationnel. Premièrement, se rendre en Belgique signifie parcourir une distance plus ou moins importante. Cette distance rebuterait certains patients dans le long terme. Deuxièmement, le coût du suivi deviendrait trop lourd. L'investissement financier (coût de la consultation, du traitement et du déplacement) freinerait, dans le moyen ou le long terme, une mobilité transfrontalière régulière. Enfin, il peut également s'agir d'une incompatibilité relationnelle entre le patient et le médecin.

### **3.3.2. Et dans l'autre sens ? De la Belgique vers la France**

La mobilité dans un sens a-t-elle sa réciproque dans l'autre sens ? Oui et non serions-nous tentée de répondre. Oui car, effectivement, des usagers de drogues et familles belges adressent des recours en France. Non, car ces flux sont beaucoup plus faibles que dans le sens inverse, voire parfois inexistant dans certaines zones. La mobilité dans le sens Belgique – France est donc à relativiser. D'une part, les flux semblent moins importants. D'autre part, ils semblent être le cas de personnes isolées se rendant de manière ponctuelle en France. Nous émettons l'hypothèse que les usagers poursuivent des objectifs différents en allant dans un sens ou dans l'autre, ces objectifs seraient directement fonction du cadre légal du pays.

Néanmoins, bien que ces mobilités et les flux semblent moindres, les intervenants français mentionnent la présence de quelques Belges. Les raisons évoquées sont plus variées mais touchent, pour la plupart, au secteur sanitaire. Ainsi, certains Belges s'inscriraient dans les actions de réduction des risques en France, notamment dans le cadre des échanges de seringues, la réduction des risques à destination des prostituées ainsi que le dépistage du VIH. La France serait alors investie par les usagers belges en

raison de l'anonymat qu'elle propose. Les pharmaciens frontaliers français évoquent également une autre mobilité de patients belges liée aux prix des médicaments, notamment la famille des benzodiazépines. Ces mobilités sont donc moins liées à des effets de réputation, mais davantage à l'organisation des soins français, et indirectement à des différentiels législatifs.

#### *Une mobilité de forme*

En 1996, le Subutex<sup>®</sup> est commercialisé en France. Il faut attendre 2001 pour qu'il le soit en Belgique. L'antériorité de ce traitement en France a créé un flux de patients belges souhaitant s'en faire prescrire. Celui-ci étant maintenant commercialisé et remboursé en Belgique, nous pourrions imaginer voir les Belges revenir sur leur territoire. Cependant, quelques médecins évoquent la persistance de la pratique comme une question d'habitude. Les patients belges ayant pris l'habitude de se faire suivre en France ne jugeraient pas nécessaire de changer de médecin en cours de traitement. Toutefois, ces mobilités sont rares et concernent une frange réduite de patients belges.

#### *Une mobilité saisonnière*

Quelques médecins généralistes belges nous expliquent orienter quelques patients belges vers des centres méthadone français lorsqu'ils se rendent en vacances en France pour une durée assez longue. Le médecin belge prend contact avec le centre français le plus proche du lieu de vacances pour arranger un relais ponctuel afin de ne pas prescrire de méthadone pour une période trop longue, ces patients n'étant pas suivis de longue date ou n'étant pas « réguliers ».

#### *Une mobilité médicamenteuse*

Enfin, nous assistons à des flux de Belges se rendant dans les pharmacies françaises pour des raisons financières. Le prix de certaines benzodiazépines notamment est moins élevé en France, ce qui créerait un flux transfrontalier. Toutefois, ces mobilités ne concernent pas uniquement les usagers de drogues mais également toute personne désirant se procurer des médicaments, quels qu'ils soient et pour quelque usage que ce soit. De plus, des médicaments délivrés uniquement sur ordonnance en Belgique sont en vente libre en France, c'est le cas notamment de certaines spécialités codéinées. Certains patients belges – dans une optique de soin, dans le cadre d'une défonce ou d'un

détournement – passeraient donc la frontière pour bénéficier de médicaments moins chers ou en vente libre.

Le récit de Noël est très intéressant à ce propos. Noël, 27 ans, habite chez sa mère, dans le Borinage. Il travaille à Bruxelles comme comptable et se rend tous les jours à la pharmacie en France pour acheter des médicaments codéinés.

Alors qu'il vient de se faire extraire plusieurs dents et placer un appareil dentaire, Noël demande à son dentiste un antidouleur. Celui-ci lui conseille des Dafalgan® codéine. Il prend donc ces médicaments pour calmer les douleurs dentaires. Il se rend compte de leur effet relaxant. Une fois les douleurs disparues, il arrête d'en prendre régulièrement. Il en re-consomme toutefois le week-end pour « se sentir bien » : « Je continuais à en prendre occasionnellement comme on boit un verre le week-end pour se sentir bien ». En stage, il prend quelques cachets sur la journée : « Donc, je me souviens même les journées où je ne n'avais pas beaucoup de boulot en stage, j'en prenais deux. Et je faisais ma journée avec deux cachets ». Une fois dans la vie active, le stress de son premier emploi le pousse à en prendre régulièrement, jusqu'à des prises quotidiennes : « Et une fois que je me suis rendu compte que c'était vraiment une drogue, il était trop tard. C'était déjà des consommations... C'était, à l'époque, une demi boîte de Dafalgan® codéine par jour, disons, douze cachets ».

Lorsque le Dafalgan® codéine est retiré de la vente libre en Belgique et prescrit uniquement sur ordonnance, Noël fait des recherches sur Internet : « Alors comme c'était sous ordonnance et qu'il me fallait, que j'avais envie de codéine, j'ai été sur Internet. Une simple recherche "codéine", j'ai eu une liste de médicaments. J'ai trouvé des médicaments livrables en France, tous sur ordonnance excepté un, le Codoliprane®, parce que au lieu de 30 mg, c'est 20 mg de codéine. Il suffit d'en prendre un peu plus pour avoir les mêmes sensations. Ca ne m'a pas pris de difficultés pour trouver. Du tout ». Il trouve donc un dérivé en France (pays plus proche de chez lui), bien qu'il nous confie avoir été prêt à parcourir une distance plus importante pour s'approvisionner, aller en Allemagne, voire aux Pays-Bas.

Consommant des quantités hors norme, Noël se rend dans différentes pharmacies pour ne pas attirer l'attention. Il sillonne les routes de Maubeuge et de Valenciennes. A l'époque, il consomme deux boîtes de Codoliprane® par jour. Au départ, il se rend en France tous les jours. Puis, pour éviter les passages de frontière quotidiens, il tente d'acheter de plus grandes quantités et de stocker le surplus mais il se rend rapidement compte qu'il consomme tout ce qu'il achète et ne constitue aucun stock. Ses consommations augmentent, bien qu'elles lui coûtent cher, c'est sa priorité. Actuellement, il se rend principalement chez un seul pharmacien, tous les jours. Le week-end, sa pharmacie habituelle étant fermée, il se rend à Maubeuge pour s'approvisionner pour le

samedi et le dimanche : « Et là, je prends ça par huit [boîtes] en général. Ou j'ai déjà pris par dix, je crois ».

Pour réduire les coûts de déplacement, Noël se rend au travail [trajet Mons - Bruxelles] en train puis prend la voiture pour la France dès son retour à la maison : « Avant, j'allais tous les jours travailler en voiture. Mais, comme j'ai une [voiture] essence, [le coût de] l'essence et les médicaments, ce n'est plus possible. Donc, ces temps-ci, je suis revenu au train. Je reviens à six heures. Les pharmacies françaises ferment à sept heures. La pharmacie est à un quart d'heure de route mais c'est une habitude maintenant. Je reviens à six heures, je prends la voiture, je vais à la pharmacie. J'en ai pour la soirée [des Codoliprane®] et la journée. Le lendemain, je recommence. Il y a juste le week-end où je vais à la pharmacie qui délivre des plus grosses quantités pour pouvoir tenir le week-end et ne pas toujours ennuyer le même pharmacien. C'est ça que parfois, je change, c'est pour ne pas aller tous les jours au même pharmacien ».

### *Des flux d'intensités différentes, mais des logiques similaires ?*

Il semble qu'une logique de dissimulation du stigmate ne soit pas à l'œuvre pour expliquer ces flux de la Belgique vers la France. En effet, la France offrant des services spécialisés, elle « stigmatise » en quelque sorte les usagers s'y rendant. Aller en France ne dissimulerait donc pas le stigmate bien qu'il s'agisse d'un éloignement des lieux habituellement fréquentés. L'argument ne semble donc pas valable dans ce sens. Toutefois, certains Belges recherchent l'anonymat proposé par le dispositif français, principalement dans le cadre des dépistages.

Par contre, une logique financière se donne à voir. Toutefois, elle ne se marque qu'au niveau des achats de médicaments et non dans le cadre des services spécialisés. Ainsi, il semblerait tout à fait plausible qu'un usager belge souhaite se faire suivre par les structures françaises du fait que celles-ci proposent un accompagnement gratuit, contrairement au suivi méthadone en Belgique. Or ceci n'est pas relevé dans les faits.

Comment expliquer les différences d'intensité des flux de patients ? Pourquoi les flux seraient-ils moins importants de la Belgique vers la France ? Deux hypothèses peuvent être formulées. D'une part, les usagers de drogues belges semblent peu informés de ce qui se passe de l'autre côté de la frontière en matière de soins. Alors qu'une majorité d'usagers français frontaliers ont déjà entendu parler du « cadre souple » belge, les usagers belges semblent méconnaître le dispositif français. D'autre



part, l'accompagnement français étant « plus contraignant », les usagers belges ne verraient pas d'intérêt à passer la frontière.

#### **4. Mobilités transfrontalières : quels enjeux ?**

Les mobilités transfrontalières liées aux traitements de substitution prennent bien des formes ritualisées. Elles poursuivent différentes rationalités que nous venons de présenter. Reste à poser la question des enjeux de ces pratiques et les effets pervers qu'elles engendrent.

L'un des enjeux les plus évidents est lié au remboursement de la prescription et de la délivrance des traitements de substitution par la Sécurité Sociale. Nous l'avons noté, le Français se rendant en Belgique pour se faire prescrire de la méthadone n'est pas remboursé. Il quitte donc un dispositif spécialisé et gratuit pour entrer dans un système payant. De même, les prestataires de soin entrent, pour certains, dans une véritable économie souterraine. Est évoquée la figure de « nouveaux dealers » pratiquant sans contrôle des tarifications.

Les mobilités transfrontalières posent également des problèmes en terme de partenariat et de réorientation des patients conjointement ou après leur suivi à l'étranger. Peu de contacts existent entre professionnels transfrontaliers notamment, et les retours des patients au pays se font généralement sans que de réels relais ou contacts ne soient établis avec des praticiens situés de l'autre côté de la frontière.

Les passages de frontière de la France vers la Belgique concernent, comme nous l'avons mentionné, plus de 1.000 patients français qui se rendent chez quelques rares médecins belges (Ledoux, 2005). Ils ont ainsi pour conséquence de submerger certains médecins. Actuellement, dans le Hainaut, quelques médecins suivent plus de 100 patients français par mois. Ils éprouvent des difficultés à pratiquer avec des patients venant parfois de Marseille, Paris, Soisson ou de Corse. Se dessinent ainsi des champs de pratiques différenciés, objets du chapitre suivant. En effet, les médecins belges ne pratiquent pas de la même façon avec des usagers de drogues de proximité et les usagers français. Des difficultés se font sentir au niveau de la régularité du suivi et du contrôle des consommations. Ces médecins éprouvent également des difficultés à entrer en contact avec le médecin de famille ou à demander des examens médicaux complémentaires.

Enfin, un dernier enjeu – et non des moindres – concerne la légalité de ces pratiques. Circuler et passer la frontière avec un traitement méthadone de 30 jours prescrit en Belgique, est-ce vraiment légal ? Quel est le statut du patient au regard de la loi et des douanes ? La question de l'illégalité ne se pose pas tant que le patient français se trouve sur le territoire belge. En effet, il a acquis le médicament en empruntant la voie légale. L'illégalité se situe lors du passage de la frontière et de l'entrée sur le territoire français. La méthadone étant un stupéfiant, son transfert à l'étranger est interdit sans autorisation préalable des autorités compétentes<sup>260</sup>. Quelques médecins et centres spécialisés se prémunissent en remettant au patient une attestation de soins stipulant qu'il est effectivement en traitement et qu'un suivi est en cours. Il est également recommandé au patient de ne pas circuler avec son traitement plus que nécessaire et de déposer l'ensemble des gélules dans un endroit sécurisé. Mais qu'en est-il du patient qui part en vacances ou du chauffeur routier ?

## **Conclusion**

Dans le cadre de la réduction des risques liés aux usages de drogues, la France et la Belgique proposent des dispositifs distincts. La présentation des cadres légaux laisse à voir des différentiels législatifs qui bien souvent expliquent les mobilités des patients d'un territoire vers l'autre ainsi que les « ajustements » opérés tant par les praticiens que par les patients. Ces différentiels législatifs créent des représentations sur l'altérité et produisent des effets de réputation : « L'accessibilité, ou la réputation d'accessibilité est un élément déterminant de ces flux, depuis le moins accessible (ou réputé le moins accessible) vers le plus accessible ou réputé plus accessible » (Citadelle, Cèdre Bleu, 1999).

Les différentiels législatifs marquent également les représentations des différents acteurs. La proximité de la frontière et les mobilités transfrontalières déjà anciennes produisent notamment des effets de réputation. Ceux-ci sont principalement liés aux réglementations en matière de soins. Les traitements de substitution ne bénéficieraient pas de la même notoriété de part et d'autre de la frontière, tant auprès des professionnels des soins que des usagers ou des familles. Ainsi, sur le terrain, la prescription de

---

<sup>260</sup> Voir notamment la convention unique sur les stupéfiants de 1961 (Nations Unies) et la convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988.

méthadone en Belgique est encore souvent stigmatisée par les médecins français bien qu'il semble que de plus en plus de professionnels reconnaissent que ce mode d'accompagnement soit adapté à un certain type de public, principalement les personnes insérées professionnellement. La Belgique est parfois tellement perçue comme laxiste que quelques intervenants, des usagers ou des familles parlent de « médecins dealers ». Cependant si cette référence est mobilisée dans les entretiens, c'est vraisemblablement dans une optique de différenciation d'avec les « bons médecins ». On constate effectivement des pratiques différentes entre les professionnels des différents territoires, mais cette variabilité de pratiques est notable au sein d'un même territoire.

De même, ces « histoires frontalières » sont entachées par quelques « affaires » qui ternissent les acquis de ces mobilités et mettent une fois de plus l'accent sur quelques rares dérives. La stigmatisation de ces pratiques donne alors lieu à un effet de réputation.

La prescription antérieure du Subutex<sup>®</sup> en France par rapport à la Belgique a également marqué les esprits des médecins belges. Beaucoup montrent leur réticence à prescrire ce traitement malgré le lobbying de Schering Plough. Nous constatons donc une logique de disqualification du voisin. Chacun défend son territoire et la prise en charge des usagers de drogues de son pays en les valorisant et en disqualifiant l'autre. Ces discours disqualifiants sont toujours prononcés actuellement. Il n'est pas rare d'entendre un professionnel français dire : « En Belgique, on fait tout et n'importe quoi. Il n'y a pas de cadre ». De même, entendre un professionnel belge parler de la prise en charge française comme suit : « En France, ils font n'importe quoi. C'est beaucoup trop strict » n'est pas rare. On assiste bien à une logique de légitimation de sa propre action par une disqualification de l'autre, comme le soulignent les propos de ce médecin belge :

« Ca a été ces guerres un peu montées, ces fausses inimitiés... « Les Français font n'importe quoi », « les Belges font n'importe quoi ». Et donc les Français font n'importe quoi parce qu'ils n'acceptent pas la méthadone ou ils en donnent après avoir passé 6 semaines d'abstinence dans un centre. A ce moment-là, s'ils [les patients] sont sages, ils peuvent en avoir... Enfin, c'était des images qui étaient transmises, je ne dis pas que c'est la réalité. Et l'inverse, les Français qui disaient : « Mais les Belges font n'importe quoi. Ils délivrent des litrons de méthadone ». Et c'est vrai qu'il y avait des patients qui repassaient la douane avec des litrons de méthadone. Alors, c'est vrai

que ça donnait des images un peu particulières de la prescription de méthadone » (MG18).

La logique de disqualification va même jusqu'à généraliser des pratiques qui ne sont le fait que de quelques praticiens isolés. Ainsi, il n'est pas rare d'entendre : « J'ai entendu dire aussi que l'année dernière, il y avait un marché de méthadone lié à la Belgique ». La représentation et l'imaginaire faisant le reste, certains intervenants français se mettent à penser la Belgique comme un grand marché noir où tout est permis. Il s'agirait, pour certains, de pointer un événement ponctuel parfois et de l'utiliser pour disqualifier l'ensemble du territoire ou l'ensemble d'un secteur d'activité.

Toutefois, les professionnels français reconnaissent l'utilité de l'accompagnement belge mais dans certains cas uniquement. Le discours de ce directeur en soins spécialisés ambulatoires est nuancé :

« Actuellement, ça nous arrive de solliciter ou de réorienter nos patients Français vers des structures ou les médecins belges parce que la contrainte est importante et qu'en Belgique, c'est un système un peu plus souple pour des gens qui travaillent, qui sont en déplacement, etc. Nous, on est peut-être dans l'incapacité de leur proposer un fonctionnement qui leur permette d'avoir un traitement adéquat à leur activité. On a des gens qui sont routiers, qui se déplacent, pour lesquels venir à la consultation tous les 15 jours, c'est compliqué... Donc ça, c'est des choses qui sont mises en place ».

Ainsi, certains professionnels français frontaliers n'hésitent pas à nuancer les critiques :

« Ceci étant, je pense qu'on a une chance énorme d'être à proximité de la Belgique parce que je pense que le système belge convient très, très bien aux personnes. Sur Jeumont, je pense que ça serait intéressant effectivement de savoir le nombre de personnes qui trouvent effectivement tout leur intérêt à aller en Belgique ».

De plus en plus, les intervenants relativisent leurs propos quant à l'accompagnement proposé par le pays voisin.

Ces représentations et l'aspect fantasmagorique de la frontière sont également présents dans le discours des usagers de drogues. Thierry, héroïnomanie de l'Avesnois, opère une comparaison entre la prescription de méthadone en France et en Belgique.

« Parce qu'en Belgique, c'est vrai que par rapport à la France, c'est beaucoup plus facile d'avoir de la méthadone parce qu'il n'y a pas de contraintes, il n'y a pas d'entretiens à avoir. Il n'y a pas de centre spécialisé, on passe par un médecin traitant, on a son traitement. Tandis qu'en France on est obligé de passer par un centre. Il n'y avait

pas le suivi [en Belgique], c'est pour ça que j'ai préféré être suivi en France parce que c'est vrai qu'en Belgique, ils laissent un peu les consommateurs sans aide. Donc, c'est trop simple de consommer en plus de la méthadone. (...) C'est pour ça que j'ai préféré être dans un centre spécialisé [français] pour avoir plus d'aide et puis être plus à l'écoute. Mais les problèmes que j'ai, c'est avec la consommation parce qu'ils sont beaucoup plus à l'écoute et il y a quand même un suivi régulier. On ne peut pas consommer autant qu'on veut, il y a des analyses d'urines toutes les semaines, donc s'ils voient qu'on consomme régulièrement, ils suppriment le traitement. Donc, c'est beaucoup plus suivi et c'est moins dangereux pour la santé. Tandis que si on va en Belgique, c'est vrai qu'on a le traitement au mois, mais si on n'a pas la volonté d'arrêter, c'est difficile ».

De même, les effets de réputation et les passages de frontière ont pour conséquence de conforter les médecins belges dans leur « tradition méthadone ». Ainsi, les médecins belges restent réticents à l'égard du Subutex® en raison, entre autres, de ce que les usagers français leur confient. Ainsi, le Dr K, médecin belge de notre échantillon, prescrit de la méthadone en sirop et en gélules. Pour lui, le Subutex® est un essai commercial :

« Pour moi, ils essayent commercialement parlant parce que ça va leur rapporter un os... Enfin, moi, je suis déçu » (MG21).

Bien que des raisons médicales et économiques orientent ce choix (le Subutex® coûtant globalement plus cher que la méthadone), le bouche-à-oreille ne le pousse pas à se lancer dans l'aventure.

« Au point de vue tolérance, ils sont plus malades, ils ont plus de problèmes de nausées, de vomissements [avec le Subutex®]. (...) Et puis, c'est vrai que quand on a eu pas mal de Français aussi, à un moment, ils avaient tous le Subutex®... même les retours, ils nous disaient : « Nous, on ne tolère pas le Subutex® », etc. ». « C'est vrai qu'on reçoit pas mal de Français qui viennent en disant qu'ils ont essayé pas mal de cures au Subutex®, et chaque fois, ça a échoué donc finalement, quand on entend ça, on n'est pas tenté d'en utiliser outre mesure » (MG21).

L'analyse de la situation transfrontalière rend donc compte d'une exacerbation des stratégies d'acteurs dans leurs recours et leurs pratiques notamment, ainsi que des représentations sur l'altérité. Elle éclaire à nouveau notre questionnement initial sur le micro- et le macro- sociologique en rendant compte des contraintes qui pèsent sur l'acteur et des stratégies qu'il met en place. Elle met également en exergue les effets pervers des politiques publiques sur les recours et les dispositifs de réduction des risques.



## **CHAPITRE 2. LES PRATIQUES A L'EPREUVE DU TRANSFRONTALIER**

Certains usagers de drogues passent donc la frontière en recherche de soins, poursuivant différents objectifs allant du sevrage au business. Ce deuxième chapitre est consacré aux réponses apportées à ces patients mobiles par les médecins généralistes. Nous nous centrerons donc uniquement sur les médecins de notre échantillon ayant été confrontés à ce cas de figure. Il s'agit de médecins belges ayant été sollicités par des patients français. Aucun médecin français rencontré ne relate de sollicitations d'usagers belges. Il semble d'ailleurs que, pour de nombreuses pathologies ou situations, ce soient davantage les Français qui se rendent en Belgique plutôt que l'inverse. Toutefois, l'objectif de ce chapitre n'est pas de rendre compte de l'ensemble de ces cas de figure, mais de nous concentrer sur notre objet, l'usage de drogues illicites. Les questions posées sont donc les suivantes : Qui sont les médecins qui acceptent les patients du pays voisin ? Quels sont leurs critères de sélection ? Leurs pratiques sont-elles spécifiques ? Quels sont les enjeux liés à ces pratiques ? Des collaborations voient-elles le jour ? Comment ces médecins évoluent-ils au sein de deux systèmes législatifs différents ? Comme nous le défendons dans la deuxième partie de cette thèse, les recours des usagers de drogues ont un impact sur les pratiques des médecins généralistes à leur égard. Ces mobilités influenceraient donc fortement les réponses proposées.

Dans un premier point, nous nous focaliserons sur ces premières rencontres avec les patients du pays voisins. Dans quel cadre ces médecins ont-ils été sollicités ? Quelles ont été leurs réactions ? Ensuite, nous développerons les logiques de soins à l'œuvre à l'égard de ces patients. Plutôt qu'une typologie de ces pratiques (qui n'aurait pas vraiment de sens au regard des données récoltées), nous présenterons les logiques développées par les uns et les autres et les arguments qui les sous-tendent.

## 1. La rencontre du transfrontalier

Trois cas de figure sont à l'origine du premier contact entre médecins généralistes belges et usagers de drogues français : les sollicitations datant des années 1980 que nous avons déjà relatées, celles ayant succédé aux formations belges spécialisées du début des années 1990 et enfin celles qui résultent de l'arrêt d'activité – définitif ou temporaire, volontaire ou contraint - d'un confrère suivant ces patients français.

(1) Dès les années 1980, certains médecins belges se sont vus sollicités par des patients français qui, ayant entendu parler du « système belge » tentaient de trouver un traitement non disponible en France. Ayant déjà développé ce cas de figure, nous ne nous y attardons pas.

(2) A la suite des formations spécialisées organisées en Wallonie, des listes de médecins « agréés » ont été diffusées dans la presse locale, mais c'est principalement le bouche à oreille qui est à l'origine des mobilités des patients, comme nous le notions dans la partie précédente.

Suite à cette formation, le Dr K (MG21) est d'abord sollicité par des patients envoyés par le parquet, puis le bouche-à-oreille aidant, il est rapidement sollicité par de nombreux patients : « On a tout suite été débordé par le nombre de patients... et le nombre un peu trop faible de généralistes qui ont pris en charge ». « On a d'abord eu via le juge, la justice puisqu'ils les [les usagers de drogues] envoyaient plutôt que de les mettre en prison et puis, bon, ça fait tâche d'huile. Ils sont arrivés rapidement... de bouche-à-oreille entre toxicomanes ». Au fur et à mesure se constitue une patientèle d'une quarantaine d'usagers, principalement des Belges : « il y a eu quand même aussi des Français qui sont venus mais en nombre un peu limité... au total, j'avais peut-être deux tiers de Belges et un tiers de Français ».

Les usagers français se rendant en Belgique ont également été pris en charge par certains médecins qui eux aussi étaient mobiles et se déplaçaient jusqu'en France. Nous avons cité le cas d'un médecin montois, dans le chapitre précédent.



(3) Enfin, certains médecins se sont vus sollicités par des patients français lorsque leur médecin traitant belge était absent. Ces absences étaient liées à des départs en vacances, à un arrêt de l'activité médicale ou encore à la suspension voire à l'incarcération de confrères.

Alors que le Dr D (MG18) avait décidé de mettre fin à son activité avec les usagers de drogues à la fin des années 1990 après une série de mauvaises expériences et les craintes de son épouse, il se voit solliciter par l'Inspection des pharmacies lorsqu'un « gros prescripteur » de la région est incarcéré : « Le Dr L a arrêté et alors les pharmaciens étaient embêtés, ils ne savaient pas que faire avec les patients. Ils m'ont téléphoné en me demandant si je voulais bien en prendre en charge. Donc j'ai pris ces patients en charge. C'est comme ça que j'ai continué. (...) Donc, j'ai repris... ses patients français aussi sont venus... Il devait y en avoir une centaine ».

Face à ces sollicitations diverses, les médecins généralistes belges réagissent de manière variée allant du refus à l'acceptation exclusive des patients français.

## **2. Médecins belges et patients français : quelle rencontre possible ?**

Quatre profils de médecins belges se dégagent au regard de la problématique transfrontalière :

- (1) ceux qui refusent les Français : d'une part, ceux qui refusent tous les usagers de drogues quelle que soit leur nationalité et, d'autre part, ceux qui acceptent les Belges et refusent les Français,
- (2) ceux qui, proportionnellement, accompagnent davantage de Belges que de Français,
- (3) ceux qui accompagnent davantage de Français que de Belges,
- (4) et enfin, ceux qui accompagnent uniquement les Français.

### **2.1. Le refus catégorique**

Les médecins refusant les patients belges (présentés dans la deuxième partie) ne voient aucune raison valable pour accepter les patients français<sup>261</sup>. Leurs arguments sont

---

<sup>261</sup> MG 1, 2, 3, 5, 6, 9, 10, 12, 13, 23.

les mêmes. Quelle que soit la nationalité du patient, l'usage de drogues ne relève pas de la médecine générale, il s'agit d'une pratique « risquée », etc.

D'autres médecins, par contre, acceptent les patients belges sous condition (profil de l'acceptation réservée) et refusent les patients français principalement en raison de leur éloignement et des difficultés des suivis réguliers<sup>262</sup>. Ils revendiquent davantage un accompagnement dans la proximité et la connaissance préalable du patient ou de sa famille. Les critères de sélection qu'ils se fixent sont incompatibles avec le suivi de patients français. Selon eux, la pratique avec les Français est davantage associée aux risques qu'avec les Belges. Le calcul stratégique entre les coûts et les bénéfices est donc rapidement fait :

« C'était dangereux, on se rendait bien compte que les gens de Paris, qui travaillaient à Paris qui venaient dans le Nord le week-end qui venaient chercher de la méthadone qui remontaient sur Paris, qui demandaient pour un mois de méthadone... On se rendait bien compte qu'il y avait du danger parce qu'il n'y avait pas de suivi, il y avait danger d'overdose. On entendait de temps en temps la BSR qui descendait chez l'un ou chez l'autre... » (MG11).

La notion de distance (et donc de proximité) est prégnante dans ce discours. Pour ce médecin, la proximité permet de gérer davantage le suivi :

« Ils venaient surtout du Nord mais il y en a qui remontaient à Paris parce qu'ils travaillaient à Paris. Non, ce n'était pas des parisiens mais je sais qu'ils remontaient à Paris. Par contre, ils me disaient : « Moi, je remonte à Paris pour un mois, prescrivez pour un mois ». Et ça, c'était quand même problématique. Et puis même dans le Nord, c'était trop loin. Parfois, c'était 40kms. Je me souviens d'un des derniers... Il y en a un que j'ai encore soigné, un des derniers mais je ne sais pas ce qu'il foutait... Son épouse me téléphonait parce qu'il délirait. Il avait des délires pas possibles. Et son épouse m'appelait mais moi, je ne savais rien faire. Je lui disais : « Il faudrait lui prescrire ça ». Le médecin traitant ne voyait pas très bien ce qui se passait. Moi, je disais : « Il faut prescrire un neuroleptique » mais le médecin traitant là-bas a refusé de prescrire le neuroleptique parce que sans doute qu'il trouvait qu'il était trop jeune pour avoir un neuroleptique ou je ne sais pas quoi. Donc c'était un problème, c'était impossible à suivre... Ça n'allait pas ! » (MG15).

L'importance du cadre, du suivi régulier, et donc indirectement la création d'une relation et la confiance dans le patient seraient impossibles dans le cas de patients éloignés :

---

<sup>262</sup> MG 8, 11, 15, 17.

« Quand le Dr X a arrêté [son activité], il y a eu énormément de Français justement qui ont cherché un médecin, mais je n'ai pas voulu prendre de Français. J'ai refusé parce que ce n'était pas possible d'encadrer des Français qu'on voyait comme ça une fois tous les mois, qui avaient des bouteilles [de méthadone] d'un mois. Moi, je n'ai jamais accepté ça » (MG11).

C'est également en raison des pratiques du médecin précédent (réputées comme très souples et suivant plusieurs centaines de Français) que certains médecins belges refusent les suivis des patients français.

A nouveau le cadre posé par le médecin lui permet d'opérer un tri entre les « bons » et les « mauvais » patients :

« Je n'ai pas été sollicitée non plus beaucoup par les Français, sauf à des moments où le Dr X a eu des ennuis [avec la justice]. A ce moment-là, il y a eu beaucoup de Français, et il y en a certains qui sont venus chez moi, mais je n'ai pas eu énormément... Il y en a un ou deux que j'ai suivi peut-être une fois ou deux, mais comme je leur demandais de venir plus souvent, ils ont refusé, ils sont partis. Ils sont venus une ou deux fois et puis, ce n'était pas pratique pour eux de devoir revenir ici par exemple tous les quinze jours, donc ils n'étaient pas d'accord » (MG11).

Ce premier profil de médecins refusant les patients « transfrontaliers » rend compte, avec plus de force, des caractéristiques et des arguments développés par les médecins du profil du refus et de l'acceptation sous condition. Ainsi, la problématique transfrontalière exacerbe leur positionnement qu'ils défendent avec des arguments similaires, mais avec plus de fermeté. L'importance de la proximité, de la confiance et de la réputation du médecin adresseur, facteurs présentés dans la partie précédente, sont encore plus défendus par ces médecins en présence d'un patient français. Rappelons-le, ce n'est pas tant la nationalité du patient qui pose question, mais sa situation géographique et les distances parcourues. L'illégalité du passage de frontière du traitement est également évoquée, mais de façon plus anecdotique. La compliance et la proximité sont donc deux critères de sélection majeurs.

## 2.2. Des exceptions à la règle

Parmi les médecins qui accompagnent plus de Belges que de Français<sup>263</sup>, il faut distinguer deux profils. D'une part, ceux qui se sont donnés un « quota » de Français à

---

<sup>263</sup> MG 4, 14, 16, 24.

accompagner et ne l'ont jamais dépassé. D'autre part, ceux qui ont, à une époque, reçu principalement des Français et qui tentent de réduire cette file active.

Certains médecins se sont rapidement vus solliciter par des Français dès la fin de la formation spécialisée. Ils en ont accepté quelques-uns, mais établissant des critères stricts et exigeant la même régularité dans les rendez-vous que les patients belges, la sélection s'opèrerait rapidement. Ils n'ont jamais été submergés de demandes. Certains exigent un suivi parallèle avec un centre français. Ils assurent la prescription du traitement, mais demandent des visites régulières au centre. Des collaborations s'établissent ainsi entre un centre français et un médecin généraliste belge. D'autres assurent les prescriptions temporairement, le temps que le patient trouve un centre ou un confrère français qui accepte de le suivre.

« Le F [centre de soins spécialisés français] m'a contacté et donc maintenant, j'ai 7 patients avec le F. A moins que vraiment, ce soit une situation claire, nette, où il y a déjà quelqu'un qui est déjà à un certain point... Mais un Lolo qui s'amène, le 1<sup>er</sup> Français venu... Le triage, c'est ça... Si je voulais, j'ai 500 patients français aussi demain. Si j'en vois un qui débarque comme ça, que je ne le sens pas trop à l'anamnèse, je lui dis : « Je ne prends plus de nouveaux patients, mais par contre il y a une solution pour toi : tu vas t'adresser au F »... parce qu'il y en a parfois qui débarquent du Pas de Calais ou de Saint Omer et tu te demandes franchement... J'en ai deux ici qui viennent de Soisson et je t'assure qu'ils sont nickel... C'est le problème. Je leur dis : « Vous passez par le F où vous pouvez vous faire accompagner sur le plan psychothérapeutique » et eux m'envoient une lettre et je les prends en charge jusqu'au moment où il y a une place au F pour leur métha. Maintenant, je me suis limité à ça » (MG16).

Pour s'assurer une certaine sécurité dans la pratique, ils ont donc recours à la triangulation, stratégie présentée dans la partie précédente comme moyen de réduire l'incertitude quant à l'utilisation du traitement.

Ces collaborations établies à partir du dossier d'un patient sont rarement associées à des contacts réguliers avec le centre, et encore moins à des rencontres. Toutefois, notre échantillon est constitué d'un médecin belge frontalier exerçant des vacations hebdomadaires dans un centre français.

« C'est parce que j'avais quelques patients français, au tout début, qui en même temps étaient suivis au centre à Lille. Mais au centre au début, ils ne pouvaient pas délivrer de méthadone. Ils pouvaient juste donner du Subutex® et puis le suivi psychologique, etc. Ils avaient des difficultés pour prendre tous les patients qui se présentaient, donc je travaillais un peu en collaboration avec eux. (...) Les

patients français qui venaient ici pour leur méthadone et qui étaient suivis au niveau psychologique, etc. là-bas au centre. Donc il y avait une collaboration avec le centre et puis, un beau jour, ils ont eu besoin d'un médecin généraliste. Enfin, on est cinq mais il y en a un qui est parti et puis, on m'a demandé. (...) Ils organisaient aussi des interventions auxquelles j'allais de temps en temps quand même. Ils font les interventions un jeudi par mois et j'allais assez souvent. Donc j'étais un peu connu (rires), c'est pour ça qu'ils m'ont demandé » (MG 24).

On peut interpréter cette démarche comme l'envie de diversifier les expériences, l'intérêt pour le travail en équipe (ce médecin étant un membre actif des réseaux belges) ou encore un moyen de diversifier les sources de revenus.

### 2.3. Une prédominance française

Certains médecins belges, fortement investis dans la thématique depuis plusieurs années, ont une patientèle française plus importante que leur patientèle belge pour ces questions<sup>264</sup>. Ils tentent tous de réduire cette activité, mais, comme nous l'avons déjà montré, en raison de la nouvelle législation, ils sont bien souvent dans l'impossibilité de trouver des confrères qui acceptent de prendre le relais.

L'importance du nombre de Français suivis est liée d'une part au bouche-à-oreille entre usagers, mais également aux relais de patients par la justice ou les centres français. Ces médecins se font notamment orienter des patients par les centres français. Ils sont également sollicités par les magistrats dans le cadre de suivis d'injonctions thérapeutiques d'usagers français sur le territoire belge.

Les orientations par les centres français sont principalement liées à deux types de situations : d'une part, l'absence de places disponibles ou l'impossibilité de prescrire le traitement adéquat et, d'autre part, les départs en vacances des patients.

« Maintenant, on est connu aussi même des centres en France qui nous envoient ou alors même en attente... Le patient est en attente pendant trois ou quatre semaines, on leur dit parfois : 'Si vous voulez, allez en Belgique chercher de la métha en attendant d'entrer dans le centre' » (MG 18).

« J'ai reçu dernièrement un jeune qui est venu avec son frère et il devait aller en Algérie un mois et c'est le centre même qui nous a envoyé parce qu'il allait tous les jours au centre... ils me l'ont envoyé

---

<sup>264</sup> MG 7, 18, 19, 20, 21, 25.

pour qu'il puisse avoir sa métha pour aller un mois en Algérie. Donc ça, on ne pouvait pas lui délivrer. C'est un petit peu violent » (MG20).

« Ca arrive de temps en temps qu'un centre français téléphone ou bien dise au patient : « Et bien voilà, si vous pouvez aller en Belgique pour avoir un traitement en attendant qu'on puisse vous prendre en charge ». Ca, ça arrive quand même aussi » (MG24).

Certains médecins sont également sollicités par des magistrats français, ou plus directement par la DDASS, pour suivre des patients français dans le cadre d'injonctions thérapeutiques. Bien qu'ils trouvent cela surprenant, les médecins belges ne semblent pas refuser ces suivis et jouent le jeu, remplissant les papiers envoyés par l'administration française.

« J'ai eu un gars en injonction thérapeutique avec le tribunal de Lille... je t'avoue que j'ai été étonné parce que le Tribunal de Lille m'a envoyé une feuille avec la demande pour les dates auxquelles il était venu » (MG19).

« Il y a un médecin de la DDASS qui est responsable de l'injonction thérapeutique... si la personne qui reçoit une injonction thérapeutique veut voir et s'il dit : « Voilà, je suis déjà en traitement chez le Dr X » et bien, il va lui donner un document où je signale le suivi et il considère que l'injonction thérapeutique pourra être faite chez moi... parce que bon, lui, il fait confiance aux médecins belges qui ont l'air de travailler normalement » (MG21).

La situation la plus particulière qui nous ait été relatée est la suivante :

« J'ai eu des gens [des Français] qui étaient en liberté provisoire avec interdiction de quitter le territoire et où j'ai des attestations du Tribunal de Grande Instance de Douai permettant à Monsieur Untel de quitter le territoire une fois par mois pour recevoir un traitement par méthadone chez moi. C'est un patient qui est venu en injonction thérapeutique, mais pour des raisons personnelles, professionnelles en disant : « En France, ce n'est pas possible » et le parquet lui donnait une attestation pour quitter le territoire pour venir chez moi » (MG18).

Quel que soit le biais par lequel le patient ait eu connaissance du médecin (bouche-à-oreille, centres spécialisés ou justice), l'ensemble de ces médecins affiche des pratiques différentes en fonction de la localisation géographique du patient. Nous le soulignons, ce n'est pas tant une question de nationalité que la question de la distance à parcourir pour les visites. Ainsi, les médecins belges mettent en place des pratiques différenciées en fonction de la distance parcourue par le patient. Les différences se marquent au niveau (1) de l'initiation du traitement, (2) des moments des visites, (3) des dosages

prescrits, (4) de la durée de prescription ainsi que, pour certains, au niveau (5) des tarifs de consultation.

### (1) L'initiation

Dès la première consultation, les médecins belges de ce profil établissent une différence entre les patients belges et français, soit entre les « locaux » et les « mobiles ». Les seconds bénéficient, dès le départ, d'un traitement pour une durée plus longue, cette durée variant en fonction du médecin.

« Si c'est un Belge qui n'habite pas trop loin, les premières fois, j'ai prescrit pour 8 jours ou 15 jours et puis après... Chez les Français, je prends parfois des risques. Je lui dis : « Voilà, tu as 30 jours la première fois ». Théoriquement, il faudrait : « Voilà, tu as 8 jours et puis tu reviens... », mais c'est difficile pour eux » (MG21).

« Ca dépend si on est Français ou Belges... Le Français, il ne sait pas venir tous les jours à la pharmacie. Si c'est un Belge, il va d'abord au départ tous les jours à la pharmacie prendre la méthadone. Les Français, c'est plus difficile donc c'est ça que là, on leur donne pour une semaine ou quinze jours » (MG19).

« Avec les Belges, on les envoie tous les jours à la pharmacie. Avec un Français, on ne sait pas leur dire, on leur donne pour une semaine. On doit bien faire confiance. C'est vrai que c'est toujours un peu problématique au départ... » (MG18).

### (2) L'organisation des consultations

Des « arrangements » sont également négociés quant aux moments des consultations. La plupart des médecins ayant planifié leurs consultations libres le soir, il est parfois difficile pour le patient d'arriver chez le pharmacien avant la fermeture. Pour éviter ces cas de figure, soit le médecin demande au pharmacien de préparer le traitement à l'avance, soit il décale les heures de visite pour ces patients.

Le Dr D reçoit la majorité des patients français à d'autres moments que ses heures de consultation, en raison de leur tendance à vouloir « passer avant les autres » afin de se présenter à la pharmacie avant la fermeture. Il a donc aménagé des tranches horaires différentes pour ne pas déranger sa patientèle et en même temps satisfaire les patients français :

« Moi, je n'aime pas que les patients français viennent à ma consultation parce qu'ils veulent passer devant tout le monde. Moi, les consultations, c'est le soir, à 17H. Donc eux, ils arrivent, ils voient du

monde et ils se disent : « Je vais essayer de passer devant les autres » pour que la pharmacie ne soit pas fermée. Alors, ça ne va pas, ça ne va vraiment pas. Donc je les reçois à 13H30 quand je rentre manger et puis, je repars d'ailleurs. De temps en temps, il y en a un qui vient le soir s'il est correct et qu'il ne veut pas passer devant les autres, ça ne me dérange pas. (...) Ils me téléphonent, ils savent que c'est à 13H30 tous les jours... Les patients belges par contre, c'est tous les soirs à partir de 17H30. Quand ils viennent, ils ne veulent pas passer devant tout le monde parce qu'ils peuvent aller le lendemain à la pharmacie donc ils peuvent attendre. Ils ne sont pas pressés (rires) d'avoir leur prescription. Donc eux, ça ne me dérange pas. Ils viennent aussi à 13H30 généralement. Enfin, il y a de tout » (MG18).

Lorsqu'un patient « vient de loin », le Dr M contacte le pharmacien pour qu'il prépare les gélules à l'avance et que les patients ne doivent pas attendre trop longtemps ou qu'ils ne doivent pas réaliser le trajet deux jours de suite :

« Certains, il [le pharmacien] les connaît bien parce que s'ils viennent de loin, s'ils viennent à des heures difficiles en sachant que le pharmacien doit préparer et tout, ça fait des délais de plusieurs heures, ça devient impossible. Et puis revenir deux fois quand on a fait 150 kms... donc je lui téléphone de préparer à l'avance et il sait quoi. Si c'est quelqu'un qu'il ne connaît pas, il ne le fera pas » (MG19).

Les consultations du Dr S. étant en soirée, certains patients n'ont plus la possibilité de se rendre en pharmacie lorsqu'ils sortent du cabinet. Il tente alors de trouver un arrangement avec le pharmacien :

« Quand c'est le soir en consultation et les pharmacies sont fermées après 18H... moi, je travaille quelquefois jusque très tard... J'essaie de contacter des pharmaciens de garde en demandant s'ils ont de la méthadone, s'ils peuvent en préparer, dans combien de temps le toxicomane peut aller... (...) alors parfois, il y a des gens qui viennent de France, d'assez loin et ils disent : « Docteur, si je dois revenir, ce n'est pas facile » donc j'essaie de trouver. Si je ne trouve pas et bien ils reviennent le lendemain. Tant pis... mais j'essaie quand même de trouver en dépannage... » (MG7).

(3) Les dosages peuvent également varier.

« En Belgique, on peut prescrire jusqu'à 60 gélules sur une ordonnance et c'est remboursé. Si j'en mets 61, la 61<sup>ème</sup> n'est pas remboursée. Mais les 60, oui. Je peux prescrire une tonne de méthadone si je veux, mais je ne peux prescrire que 300 millilitres de sirop pour que ce soit remboursé. Si c'est un Français, si je lui mets un litre de sirop, ce n'est pas grave, il n'est quand même pas remboursé donc... Pour un patient belge de ne pas dépasser les 300 millilitres de sirop. Enfin, un patient belge, c'est 30 jours, un mois... Il n'y a pas de raison de faire plus » (MG20).



#### (4) Des prescriptions pour des périodes plus longues

Les « arrangements » les plus courants ont trait aux durées de prescription, variables en fonction de la distance parcourue par le patient.

« Les Français viennent une fois par mois. J'en ai qui viennent du Pas-de-Calais, etc., donc là, c'est même une fois tous les deux mois après la stabilisation » (MG18).

Plus la distance est importante, plus la prescription couvre une période importante.

« Les patients français, ils ont pratiquement tous un mois. Certains ont deux mois s'ils habitent plus loin, s'ils travaillent » (MG20).

« Les Français qui me consultent viennent du Nord, mais enfin c'est le grand Nord... Donc Lille, la région de Lille, Valenciennes, Lens, Cambrai, Douai, Aniche. Alors il y en a qui viennent de Boulogne, de Dunkerque, Calais. Pour eux, c'est un mois. (...) Alors il y en a qui viennent de Soisson, de Reims... J'en ai qui viennent de la Drôme, Montélimar. Il y en a qui viennent de Toulouse. J'en ai un maintenant qui est en Corse. Pour eux, je prescris pour trois mois » (MG25).

« J'en ai un qui venait de Bordeaux (rires)... Il venait une fois par mois de Bordeaux parce que là, le centre en France était à 80 kms de chez lui. Donc pour aller tous les jours au centre, il devait faire 160 kms et comme il travaillait, il préférait prendre une journée [de congé] et venir ici. Donc il partait de deux heures du matin là-bas, il arrivait ici vers midi. Je le recevais sur le temps de midi et il allait chercher sa métha et le soir, il était chez lui. Donc il ne perdait qu'une journée. Donc c'est vrai qu'après, j'ai fait quand même toute une série de démarches, des coups de téléphone, etc. pour qu'il puisse quand même avoir un médecin en France, pouvoir prendre une fois par semaine ou quelque chose comme ça. Alors après, ça s'est passé comme ça » (MG19).

#### (5) Les tarifs de consultation

Quelques médecins de ce profil pratiquent des tarifs différents pour les patients français, soit en début de traitement uniquement, soit de manière systématique. Ils prennent ainsi en compte l'absence de remboursement de la prescription et de la délivrance du traitement par la Sécurité sociale belge.

« Pour les Français, ce n'est pas le tarif belge. Le tarif belge, c'est 20,50 euros mais c'est remboursé. Le Français n'est pas remboursé donc on lui demande quand même un peu moins » (MG20).

« Je suis compréhensif au début de traitement... ben oui, ils sont fauchés puisque tout passe dans la drogue... Après, on retravaille, on

ne prend plus de la méthadone. Je demande même moins que la consultation normale. Ben il faut aussi donner quelque chose au pharmacien, il ne demande pas excessivement mais il faut préparer le produit... Et puis, il faut venir : l'essence, ça coûte de plus en plus cher... surtout aux Français qui ne sont pas remboursés du tout. Je fais payer moins cher. Les Belges, ceux qui payent, il y a une convention avec la Mutuelle » (MG21).

Ces divers « arrangements » amènent ces médecins, à quelques occasions, à flirter avec l'illégalité. Ainsi, ils se trouvent parfois confrontés aux déménagements de ces patients du département du Nord ou du « Grand Nord ». Pour certains, ils aménagent également la pratique en permettant à la famille de venir chercher le traitement ou en négociant autrement.

« J'ai quelques personnes qui étaient en traitement ici dans le Nord et qui ont trouvé du travail ailleurs en France. Alors là, c'est très compliqué. Généralement ils vont bien parce qu'ils changent de milieu, ils changent de coin, ils ne sont plus dans leur milieu. Ils diminuent, ça va bien ... alors soit ils retrouvent des centres en France qui les prennent en traitement, ou alors ils tombent dans des endroits où c'est très difficile d'être pris en traitement. (...) On ne peut pas arrêter comme ça. Je leur dis de chercher là-bas. Alors certains, comme ils ont quand même de la famille par ici, ou des parents, ils reviennent de temps en temps, donc je leur donne... parfois le délai s'allonge, un mois ou deux mois... Donc parfois, ils reviennent. Parfois, ils ont quelqu'un de confiance qui va leur porter... Oui, je donne pour un peu plus longtemps. Ca peut durer quelques mois et puis, finalement, ça s'arrête (...) Toutefois, je n'envoie pas par la poste en France... c'est du trafic de stupéfiants, je ne peux pas faire une chose pareille, c'est illégal tout à fait. Bon, ils ont des documents comme quoi ils sont bien en traitement » (MG19).

« Il y en a un qui est parti faire la saison d'hiver. Il est cuisinier et il est parti faire la saison... en Savoie. Et c'est sa mère qui est venue le mois dernier prendre la suite du traitement parce qu'il a essayé d'avoir un traitement là-bas, mais il n'a pas eu » (MG25).

A une seule occasion, le Dr K (MG21) a contourné la législation pour aider une patiente française qui le consultait et qui avait trouvé du travail dans la région de Mulhouse. Pour lui éviter de se rendre dans un centre, il lui a envoyé durant plusieurs mois son traitement par voie postale. Il s'agit de la seule exception et il insiste sur le fait que c'était une patiente de confiance :

« Comment voulez-vous en travaillant tous les jours à 10H aller au centre chercher votre histoire ? C'est une question de sécurité. Si vous allez au centre, vous perdez votre travail. La jeune maman, elle a pu avoir une gérance d'un magasin à Mulhouse. Elle m'a dit : « Docteur, je

ne vais pas y aller parce que je dois suivre mon traitement ». On s'est arrangé. Elle était à la fin de son traitement donc c'est vrai que... illégalement, je lui ai envoyé ses gélules. Elle m'écrivait une lettre de trois pages, on se téléphonait, etc. donc comme une consultation et je lui envoyais les gélules. Ca a duré pendant à peu près 7 ou 8 mois. Elle avait une gérance d'un grand magasin. C'est vrai que c'est sa manière à elle de s'en sortir. Elle me dit : « Docteur, il y a un centre mais si je vais tous les jours au centre, c'est tout, je suis cataloguée... Les gens qui vont me voir entrer au centre... Je suis cataloguée et la gérance, c'est fini ». (...) « C'est arrivé une fois, rien qu'avec elle... Elle était en fin de traitement. Je la connaissais, elle était sérieuse. C'est quelqu'un qu'on pouvait se fier... C'est vrai que je ne l'aurais pas fait avec n'importe qui... ».

Toutefois, ces occasions semblent rares et orientées, chez la grande majorité, par une logique d'assistance. L'ensemble de ces « arrangements » est notamment justifié par les représentations des médecins belges des difficultés des Français à obtenir un traitement. Ils utilisent diverses « techniques de neutralisation » évoquées dans la partie précédente, mais celles-ci semblent davantage mises en évidence et revendiquées. Ainsi, ces médecins sont les plus critiques vis-à-vis du « système français » qu'ils trouvent inadapté à certains patients.

« Je crois que c'est un système [en France] fort rigide qui apporte une certaine stabilité pour certains qui ont besoin d'être vraiment encadrés et recadrés. Mais il y a quand même une majorité... je vous dis 90% des Français [qu'il traite]. La très grosse majorité des patients français que j'ai ont un boulot régulier et la grosse moitié des gens que j'ai, Belges, n'ont pas de boulot. Je crois que pour les gens qui n'ont pas de boulot et qui doivent être absolument recadrés, oui, OK, il faut les recadrer mais il y a d'autres gens qui ont quand même... A partir du moment où ils ont un boulot, on ne peut pas leur demander de venir tous les jours à 9H ou à 10H pour venir chercher leur petit flacon. A partir du moment où ils montrent qu'ils ont un boulot régulier et tout et tout, ceux-là, on peut leur permettre une certaine souplesse, les mettre un peu dans une structure comme la nôtre avec certains médecins rattachés à un centre » (MG18).

« Moi, je trouve ça malheureux [les listes d'attente] parce que je me dis que la France devrait les prendre en charge. Je trouve malhonnête de la part même des médecins français ou des centres français de les rejeter. Si on les rejette pendant trois ou quatre semaines, c'est leur dire : « Continuez à prendre votre héro. Continuez à vous droguer ». Est-ce qu'ils sont encore motivés si on les rejette ? Je ne sais pas. Il faut leur donner au moins une perche, leur tendre une perche... Tout le monde ne vient pas, tout le monde ne mord pas à l'hameçon mais celui qui mord, tant mieux. On ne guérit pas tous les cancers du poumon et pourtant, on les soigne. C'est la même chose » (MG21).

« Quand quelqu'un peut travailler, c'est déjà un pied vers la sortie, un pied en dehors de ce qui est toxicomanie. Donc pourquoi ne pas les aider aussi ceux-là ? On voit ceux-là, on ne les aide pas du tout... Il y a des transporteurs, j'ai des policiers, des agents de sécurité qui viennent. Ils sont toxicomanes mais ceux-là arrivent à s'en sortir de par leur profession, de par leur travail et tout... Je crois qu'il faut pouvoir les aider » (MG19).

« Mais sinon j'ai fait le calcul des centres toxicomanes en France, sur le Nord de la France, ça représente, ils prennent 600 ou 700 patients maximum dans tous les centres. Et ils les prennent avec des conditions que je veux bien comprendre, qui sont hautement sécuritaires... mais qui sont praticables chez des toxicomanes chômeurs et habitant juste à côté. Les centres, c'est bien gentil mais... ça leur revient moins cher de venir en Belgique, de payer tout que d'aller tous les jours dans le centre toxicomane avec les déplacements. C'est aberrant » (MG20).

Outre cette « rigidité » non adaptée à certains profils de patients, ces médecins soulignent également l'empreinte psychanalytique du dispositif français qui leur semble datée :

« En France, c'est encore très imprégné par la pensée psychanalytique, ce qui a fait frein aux traitements de substitution » (MG7).

Ce seul état de fait justifierait l'ensemble de leurs arrangements et l'illégalité de certaines de leurs pratiques. A nouveau, ces médecins insistent sur l'humanité de leurs pratiques et l'importance de prendre en considération la situation individuelle du patient. D'ailleurs, ce sont principalement ces médecins qui affichent une satisfaction plus importante à l'égard des patients français, comparativement aux Belges :

« Avec les patients venant de France, ça marche généralement bien parce qu'il y a de la distance et ça nécessite un effort de leur part » (MG18).

« Assez curieusement, les patients français, ce sont souvent des patients qui ont une famille, qui ont un travail alors que les patients belges, ce sont quand même assez souvent des gens qui sont au chômage et qui n'ont pas de vie... » (MG19).

Sauf quand le patient est orienté temporairement vers la Belgique faute de place dans un centre, les contacts entre soignants transfrontaliers sur des dossiers particuliers sont assez rares.

« Non, ils nous boudent. Je ne sais pas. Parfois, je leur écris un petit mot. Au début, je leur écrivais un petit mot... au médecin traitant

français... en cas de maladie ou en cas d'un problème ou l'autre, je leur disais. J'écrivais un petit mot et chaque fois, c'était carrément... Pas de réponse ou alors même, le patient était mal reçu par certains médecins français. J'ai été surpris » (MG20).

Or la plupart ne demanderait pas mieux que de ne pas être sollicité par les Français et que le dispositif français vienne en aide à ses propres patients. La relève hennuyère ne poserait pas de problème si les Français étaient suivis en France :

« Nous, on ne demande qu'une chose, c'est qu'ils les prennent en charge. On ne demande pas à avoir tout ce déferlement de Français ». « Pour moi, la relève, c'est qu'en France, on puisse déjà les prendre en charge. Ca, c'est un impératif parce que... (...) aider au moins les jeunes qui veulent s'en sortir. Aider au moins les jeunes qui travaillent, les jeunes qui étudient, les jeunes qui vont faire quelque chose de leur vie... Les prendre en charge » (MG21).

« Non, moi je me dis que ce sont des jeunes qu'on peut aider, on a une substance qui peut les aider, qui ne les rend pas... ils ne sont pas stupéfaits, ni rien du tout. Donc on devrait pouvoir utiliser... Là en France, ils considèrent que c'est utile aussi puis qu'ils ont des centres à la méthadone. Je crois qu'ils doivent arriver à aider plus. Quand on voit la détresse de tous ces jeunes qui se disent : « Je peux avoir un travail mais je ne pourrai pas le prendre si je continue... Donc il faut que vous m'aidiez parce que c'est le seul moyen pour que je m'en sorte... c'est le seul moyen pour que j'ai ce travail, que j'ai cela » (MG20).

Un seul médecin de l'échantillon respecte la nouvelle législation et demande aux nouveaux patients de lui fournir une attestation comme quoi ils ont consulté un centre français. Pratiquement, les retours sont rares.

« Alors les patients qui viennent de France, ça je l'ai fait et puis je ne l'ai plus fait... [Il lit le § concernant ces patients] « La prise en charge d'un patient non stabilisé dont la résidence est située en dehors du territoire belge est, au-delà d'une période de 3 mois, conditionnée par la présence dans le dossier médical d'une attestation émise par un centre ou un réseau compétent du pays de résidence d'où il ressort que le patient a effectivement consulté ce centre » [art.13]. Alors je faisais un papier, je n'avais jamais eu de problème. Et puis, je n'ai plus pris de nouveaux patients donc je ne l'ai plus fait » (MG19).

L'ensemble de ces médecins prône ainsi la négociation. L'analyse frontalière met en exergue les stratégies et autres bricolages des médecins mis en lumière dans la partie précédente. Toutefois, l'incertitude et l'angoisse de ces médecins semblent croître avec la distance parcourue par le patient. Alors que nous présentions différents moyens mis en place par les praticiens pour gérer cette incertitude (visite quotidienne à la pharmacie,

triangulation,...), les mobilités parfois importantes des patients ne permettent pas au médecin de gérer les risques. Ils évoquent donc une angoisse encore plus forte avec ces patients, d'autant plus qu'un de leurs confrères est incarcéré depuis 2002 à Valenciennes suite aux décès de deux patients français.

Les différentiels législatifs sont ainsi à l'origine d'une différenciation des pratiques des médecins belges en fonction des patients, donnant lieu à l'engorgement de certains praticiens qu'ils tentent, comme ils peuvent, de gérer. Les stratégies visant à réduire les risques de la pratique présentées dans la partie précédente sont, en territoire frontalier, inversées et deviennent davantage des stratégies pour venir en aide aux patients. Le calcul stratégique a donc peu de sens pour ces médecins, contrairement aux médecins des deux précédents profils.

#### 2.4. L'exclusivité des Français

Deux médecins de notre échantillon (MG 22 et 26) ne pratiquent qu'avec des Français concernant la question de l'usage de drogues. L'un d'eux a toujours refusé les Belges ; l'autre a accepté de terminer les suivis français lorsqu'il a arrêté son activité, à l'âge de la retraite.

##### « Uniquement des Français »

Au début des années 1990, ce médecin campagnard (MG22) est sollicité par certains Français : « j'ai été un des pionniers », bien avant que des structures spécialisées ne voient le jour dans le Tournaisis ou que des formations soient organisées. Il se lance dans la prise en charge « par idéalisme », « je suis quelqu'un d'assez... j'ai un caractère assez volontariste et ouvert, sortant d'une université non confessionnelle. Je suis moi-même assez peu conformiste donc... c'est ça que je me suis engagé là-dedans ». Il dit « défendre la liberté des gens », il est d'ailleurs impliqué dans « les traitements par euthanasie ». Rapidement, il est sollicité par une dizaine d'usagers de drogues français « des gens qui venaient ici... une fois qu'on est connu dans le milieu... ». Mais, « ça a vite pris une dimension... je n'ai pas été dépassé, loin de là... mais on a trouvé des gens dans le jardin, on a retrouvé des gens dans le garage, ils essayaient de faucher... Il y a des tas de trucs qui disparaissaient dans la salle d'attente, dans mon WC ». Il recevait « à peu près toutes les putes du Vieux Lille qui sont venues à un moment donné... jusqu'à la cheftaine et même le maquereau qui est venu ici avec la Mercedes ».

Il exige des patients français qu'ils se rendent dans un centre spécialisé français : « j'aime bien travailler tout seul dans mon coin. Mais j'ai toujours exigé au départ la signature d'un contrat et le passage auprès d'une structure lilloise, quelle qu'elle soit. Donc ils ont d'abord

été pris en charge par ces centres qui m'envoient un rapport ». Une fois couvert, il travaille en solo et n'a pas de contact avec le centre en question : « Moi, du moment que j'ai un rapport sortant [du centre] comme quoi il a été vu, je suis couvert, je peux travailler. Si la question est de savoir si j'ai des rapports réguliers avec le centre, non. D'ailleurs, ils ne sont pas demandeurs. (...) Il n'y a pas de suivi, il n'y a pas de réunions régulières ». Il fait également signer un contrat aux patients, celui de l'AMGM. Ses dossiers sont informatisés et il réalise chaque mois, une « courbes d'évolution de doses ». Son objectif est que l'usager parvienne à l'abstinence : « on peut faire un truc dégressif qui fait qu'ils sont tranquilles. Là, je les mène à ça et je les embête... c'est-à-dire que je ne fais pas de l'entretien [de toxicomanie]... je suis un actif et non pas un spectateur ».

A la création de structures spécialisées ou lors d'intervision, ce médecin est invité, mais il « préfère travailler dans mon coin ». Son optique étant le traitement incisif et dégressif, il se dit en opposition avec les psychiatres et les centres en place qu'il considère comme « passifs », comme « entretenant la toxicomanie » des patients.

En 1997, il est convoqué à l'Ordre des médecins et à la Commission médicale provinciale du Hainaut : « je n'ai pas eu de sanction, mais on m'a fortement conseillé de réduire ». Les vols dans la maison, la convocation à l'Ordre des médecins ainsi que la visite d'un maquereau, « tout ça fait qu'au bout d'un certain temps, j'en ai eu un peu marre ». Ces événements l'ont fait réfléchir sur sa pratique : « Ca, ça m'a refroidi un peu de voir la Mercedes du 'patron'... et à un moment donné, il y a même eu un gars qui est venu et il m'a donné l'impression qu'il pensait que je faisais ça comme ça... Donc là, je me suis dit : « Il faut que je resserre un peu les boulons » pour qu'on ne me prenne pas pour ce que je ne suis pas ». « Ca, ça m'a fait réfléchir, ça m'a fait beaucoup fait réfléchir. Je n'étais pas un dealer, je ne voulais absolument pas être un dealer ».

A cette époque, il suit environ 20-25 usagers de drogues français : « c'est là que j'ai senti quand même que ça devenait un peu trop. J'en avais jusque 20-25 en même temps, ce qui était évidemment trop... à partir du moment où on doit voir les gens régulièrement, ça pompe beaucoup. C'est très difficile à supporter ce genre de consultation. Nerveusement, on fatigue ».

« Tout ça en même temps a fait que ça m'a un petit peu découragé ». Il décide alors de « garder les gens sérieux... j'ai continué à soigner comme il faut ». Toutefois, la convocation à la Commission médicale provinciale « c'est la goutte qui a fait déborder le vase ». Il n'a alors plus pris de « nouveaux patients » et a continué « avec les plus sérieux ».

Actuellement, il lui reste trois patients français sous méthadone et il « refuse systématiquement » en envoyant vers un médecin spécialisé ou vers un centre du Tournaisis. « Maintenant, je ne le fais plus... en fait, je garde ceux que j'ai encore depuis très longtemps ».

### **« Les aider jusqu'à la fin »**

Il y a trois ans, le Dr D (MG 26) a pris sa retraite. A ce moment, il suivait environ 200 Français et une cinquantaine de Belges en traitement de substitution. Il a cessé toute activité, sauf avec treize patients usagers de drogues français : « parce qu'ils ont demandé si vraiment ils ne pouvaient pas continuer à venir, qu'ils avaient une bonne relation avec moi, qu'ils ne voulaient pas charger, que leur traitement allait bien. C'est un peu gratifiant ». Ses autres patients ont été orientés vers d'autres prescripteurs de Mons et du Borinage. Il a donc organisé le passage de mains, en contactant ses confrères, leur demandant l'autorisation et en leur rédigeant des fiches explicatives pour chaque patient.

Ces médecins atypiques ne sont pas représentatifs des pratiques de leurs collègues. Ils se positionnent comme des substituts des praticiens français qui ne verraient pas l'importance du suivi « en ville » de ces patients. Toutefois, ils ne souhaitent plus prendre de nouveaux usagers en traitement et terminent tous les deux leur file active.

\*

Quatre types de logiques dominent le champ transfrontalier des pratiques. Nous retrouvons un découpage similaire à celui de la deuxième partie allant du refus systématique à une sorte de spécialisation informelle. Ces pratiques sont ainsi des échanges nécessitant la confiance, la proximité ainsi qu'une expertise. Les arguments des uns et des autres semblent énoncés avec plus de force et de conviction, ils reflètent la révolte de certains contre un dispositif excluant des patients et engorgeant de la sorte le dispositif de soins du pays voisin. Cette problématique transfrontalière n'est pas neuve et se pose toujours dans les mêmes termes. Aucune solution ne semble avoir été trouvée et les avancées demandées dans les deux pays ont peu d'échos, notamment la demande de la primo-prescription de la méthadone en médecine de ville française.

Toutefois, dans l'ensemble, les médecins belges tentent au fil du temps de réduire cette activité transfrontalière. Différents « événements » expliquent cette tendance : la parution de la nouvelle législation, la mise en garde d'instance de contrôle ou encore les « mauvaises expériences » avec quelques patients remettant en question la confiance que le médecin peut avoir en des patients « éloignés ».



## Conclusion

Le système de ressources et de contraintes dans lequel exerce le médecin généraliste semble prendre une dimension différente au regard de la situation frontalière. L'ensemble des facteurs (structurels et personnels) guidant la pratique présentés dans la partie précédente sont bien exacerbés par la proximité de la frontière, mais surtout par la proximité d'un univers législatif et des traditions distincts.

Les recours des patients orientent ici fortement l'offre de soins de ces médecins. Ceux-ci composent avec cette réalité. Les bricolages des patients donnent donc naissance à des pratiques bricolées et différenciées. Les réseaux et le bouche-à-oreille alimentent ces bricolages et les amplifient à certaines périodes évoquées dans ce chapitre.

Les incertitudes du médecin sont exacerbées par les distances parcourues mais aussi et surtout par des rencontres plus espacées dans le temps avec le patient. Il a moins de prise sur son traitement, sur le patient ainsi que sur son entourage. Les faibles contacts, voire leur inexistence, avec des proches du patient (professionnels de santé ou famille) ne lui donnent pas l'impression de « gérer la situation » qu'il a lui-même créée en acceptant les « arrangements » et une relative souplesse. C'est d'ailleurs dans ce genre de situations que le seuil de tolérance, évoqué dans la partie précédente, est le plus rudement mis à l'épreuve. Seuls les médecins inscrits dans une relation de type « négociation » acceptent d'ailleurs ces cadres thérapeutiques. Ils sont peu inscrits dans une logique sécuritaire bien que rattrapés par la jeune législation belge. Les facteurs structurels entrent donc en conflit avec leurs convictions et le modèle thérapeutique qu'ils souhaitent mettre en œuvre.

Les instances de contrôle ont peu de prise sur ces situations bien qu'elles y soient attentives. Les instances fédérales, peu préoccupées par la problématique, posent quelques balises. Ce manque d'intérêt va de pair avec les faibles dérives liées au transfrontalier. Il s'agit de situations anecdotiques qui ne nécessitent pas, semble-t-il, d'aménagement notable du cadre établi.

La régulation entre pairs se donne peu à voir dans ce contexte. Seuls les médecins investis dans la thématique transfrontalière semblent plus assidus à la participation aux

réunions de réseau ou mettent en place des stratégies de réduction des risques plus élaborées que leurs confrères.

Dans ce chapitre, nous avons principalement insisté sur les stratégies spécifiques au territoire frontalier et sur les effets pervers des politiques publiques françaises et belges. Partant du constat d'un impact des logiques de recours des usagers sur les pratiques, principalement de l'impact des mobilités transfrontalières, nous avons mis en lumière des enjeux spécifiques à cette situation qui n'est pas neuve. Le plus marquant est cette ouverture d'un champ de pratiques différenciées à l'égard de patients éloignés et présentés comme non assistés dans leur pays. Ces pratiques différenciées posent évidemment question et ouvrent un espace hors de tout cadre légal difficile à maîtriser. L'investissement dans un enregistrement national belge des patients sous traitement de substitution a d'ailleurs été pensé en prenant en compte cette réalité. L'enregistrement devrait ainsi faire apparaître les patients sous traitement ne bénéficiant pas d'un remboursement par la sécurité sociale belge. Cet outil serait alors un moyen de contrôler ces consultations « au noir », mais avec quel impact ? Dans cette zone frontalière, la plupart des médecins sont conscients de leurs pratiques « limites », mais ils se défendent d'un quelconque trafic ou d'une logique économique. C'est en effet le cas pour une majorité d'entre eux.

Ces pratiques que nous nommons « transfrontalières » ne sont donc pas sans poser question. Leur analyse donne à voir des stratégies « limites » plus nombreuses des patients et des médecins. Les discours sur l'altérité sont plus tranchés et utilisés pour justifier leur investissement. La représentation des politiques publiques voisines est d'ailleurs souvent de type archétypal.

### CHAPITRE 3. DROGUES ET POUVOIRS PUBLICS

Après nous être penchée sur la situation transfrontalière, interrogeons-nous maintenant sur les préoccupations et les réponses apportées aux usages de drogues par les pouvoirs publics. Jusqu'à présent, nous sommes restée centrée sur l'aspect sanitaire, ouvrons la focale sur les autres acteurs du champ et les différents secteurs le constituant.

« Le propre de l'analyse des politiques est de porter un regard différent sur l'action publique dans son ensemble en se plaçant du point de vue de ce qui est devenu le centre de gravité de la sphère politique, à savoir la mise en place des politiques publiques » (Muller et Surel, 1998, 13). Sur le fond, notre approche suppose une conception des politiques publiques en tant que lignes de conduites « en mouvement », c'est-à-dire intégrées autant qu'élaborées en situation par les acteurs chargés de leur mise en œuvre. En cela, il a été question de voir comment les acteurs qu'elles impliquent en font l'expérience, mais également comment ils peuvent en rendre compte et y porter un regard réflexif. Nous nous inscrivons donc dans la troisième acceptation du terme « politique » présentée par Muller et Surel, à savoir « le processus par lequel sont élaborés et mis en place des programmes d'action publique, c'est-à-dire des dispositifs politico-administratifs coordonnés en principe autour d'objectifs explicites » (Muller et Surel, 1998, 13).

Partant du postulat qu'une politique est à la fois un construit social et un construit de recherche, elle pose par essence des problèmes d'identification et d'interprétation. « L'opération qui consiste à délimiter les 'frontières' d'une politique publique est toujours un peu hasardeuse, les contours d'une politique ne devant pas être considérés comme un 'donné' » (Muller et Surel, 1998, 15). Les politiques publiques peuvent donc être définies par leur caractère mouvant et construit, l'enjeu en recherche ne devant pas se limiter au repérage de « l'existence » de politiques et de ses « frontières ». Notre objectif n'était donc pas tant d'en proposer une analyse fine, mais de comprendre les différentes étapes qui ont constitué l'appréhension du « problème drogue » en France et

en Belgique et de rendre compte des facteurs qui ont conduit à des politiques différentes sur les deux territoires. Nous avons donc interrogé les mécanismes de construction de l'action publique au regard de la question des drogues. Bien qu'une politique ne se limite pas à la « simple » production de textes, nous sommes partie d'un questionnement sur l'influence de ces textes et des différentes déclarations sur les pratiques des médecins généralistes.

Dans un premier temps, nous reviendrons donc sur les premiers chapitres de cette thèse en reprenant l'ensemble des mesures concrètes qui constituent la substance « visible » de la politique (Muller et Surel, 1998, 16). L'ensemble de ces décisions et de ces actions met en jeu de nombreux acteurs appartenant à de multiples organisations, défendant des points de vue différents. Nous nous centrerons donc, dans un premier point, sur la question de la médicalisation de l'usage de drogues et les lignes fortes de ces politiques. Dans un deuxième point, nous proposerons d'appréhender ces politiques au regard de l'ensemble des politiques récentes en matière de drogues en France et en Belgique. Quelles autres réponses ont été pensées par les pouvoirs publics au regard de cette problématique et comment la médicalisation s'intègre-t-elle dans cet ensemble plus vaste ? Appréhender cet ensemble amène des interrogations spécifiques sur l'articulation entre les différents aspects des politiques publiques. Partant d'un dispositif de recherche mis en place au Clersé et réunissant des acteurs des différents secteurs concernés par les drogues, nous reviendrons, dans un troisième temps, sur les difficultés de la mise en place d'une politique intégrée et sur la question des frontières et des tensions entre secteurs d'intervention mais aussi à l'intérieur de ces secteurs. L'analyse portera donc sur ces acteurs en présence et les enjeux des politiques pour chacun de ces groupes bien souvent tiraillés en leur sein par des tendances hétérogènes. Elle prend donc en compte les individus, groupes ou organisations dont la position est affectée par l'action de la politique. Ces acteurs peuvent être des groupes diffus, peu organisés intervenant ponctuellement dans le champ ou des groupes stables et organisés pouvant mettre en place des relations de type corporatiste avec les administrations compétentes.

## 1. Les réponses sanitaires aux consommations de drogues

### 1.1. La Belgique ou l' « incursion » du pénal

La Belgique a oscillé, au fil des années, entre liberté thérapeutique et versant sécuritaire en matière de prise en charge sanitaire des usagers de drogues. Diversifiant les dispositifs du bas seuil aux protocoles de soins, les réponses ont varié au fil du temps, proposant à l'heure actuelle un champ diversifié tiraillé entre un contrôle plus important des prescripteurs et les revendications du monde médical pour un assouplissement des réglementations.

Malgré quelques tentatives expérimentales isolées, les réticences de la majorité des professionnels de santé ont entraîné, au début des années 1980, la plupart des héroïnomanes souhaitant se faire soigner à s'orienter vers un petit noyau de médecins généralistes et de psychiatres dont les qualifications et les connaissances étaient bien souvent insuffisantes. Des patients se sont ainsi vus prescrire des doses élevées de méthadone injectable et d'autres narcotiques. Le traitement entraîna des décès par overdose, conduisant les autorités juridiques et ordinaires belges à prendre des mesures répressives. Ces mesures ont été associées à des arrestations et des condamnations de médecins accusés d' « entretien de toxicomanie ». C'est ainsi qu'a débuté une période de répression, marquée par l'incarcération de quelques médecins. Ces mesures ont eu pour effet de réduire considérablement les prescriptions aux usagers de drogues jusqu'aux années 1990. Cette situation a eu des retombées non négligeables en terme de santé publique, les usagers ne pouvant s'adresser qu'à quelques médecins et les rares centres spécialisés du pays ne pouvant pas résorber la demande. Ces répercussions, associées à l'épidémie du sida, ont entraîné un noyau de précurseurs à réagir. Leurs revendications n'étant pas entendues, ils introduisent un recours à la Cour d'arbitrage jugeant les différentes circulaires et restrictions non-conformes. Après une longue bataille, ils obtiennent gain de cause ce qui permet aux pionniers et à de nouveaux intervenants de s'atteler à la prise en charge, ouvrant la voie à la diffusion des pratiques. A cette même période, quelques médecins sollicités et interloqués par le manque de moyens offerts aux usagers qu'ils sont contraints de refuser, s'organisent pour mettre en place un cycle de formation, en accord avec les différentes instances de contrôle, ouvrant la voie aux prescriptions. Toutefois, ces prescriptions restent aux mains d'un

petit noyau de pionniers. Cette situation ne semble pas s'améliorer au fil des années et des épisodes. « La construction des politiques publiques n'est pas un processus abstrait. Elle est au contraire indissociable de l'action des individus ou des groupes concernés, de leur capacité à produire des discours concurrents, de leurs modes de mobilisation. Elle dépend aussi de la structure plus ou moins fluctuante de leurs relations et des stratégies élaborées dans les contextes d'action définis notamment par les structures institutionnelles, au sein desquelles prennent place les politiques publiques. Analyser l'action publique conduit donc nécessairement à une réflexion sur les caractéristiques évolutives de l'espace public et des dynamiques de l'action collective » (Muller et Surel, 1998, 79).

En Belgique, ce ne sont donc pas les pouvoirs publics qui ouvrent le débat et suscitent la réflexion, mais bien des pionniers pratiquant depuis plusieurs années. Quelques rares évaluations soulignent les aspects bénéfiques des traitements qui réduisent non seulement la consommation illicite d'opiacés, mais aussi la criminalité, la mortalité liée à l'infection par le VIH et améliorent les possibilités de réinsertion sociale. Peu de choses sont diffusées sur un quelconque revers de la médaille. Les médecins se lancent peu à peu dans l'aventure, très attachés à une tradition métheadone. Bien qu'aucun cadre légal ne soit posé, cette période d'errance prend fin avec l'organisation d'une conférence de consensus en 1994, permettant d'apaiser les esprits et de sortir partiellement les traitements de la clandestinité. Les pratiques se diffusent alors et les médecins prennent de l'assurance, les prescriptions se banalisant, chacun pratiquant selon son cadre.

Les choses changent à l'aube des années 2000 avec l'introduction de textes législatifs visant à encadrer les pratiques des prescripteurs et délivreurs de traitements de substitution. Cette législation fait notamment suite aux dérives de quelques rares médecins entraînant leur incarcération, mais aussi à la concentration des prescriptions chez quelques praticiens. Cette législation vient donc contraindre une pratique qui s'était ancrée dans une sorte de « routine ». Les réactions ne se font pas attendre, les médecins généralistes n'ayant d'ailleurs pas été invités aux tables des négociations. Soucieux de conserver leur liberté thérapeutique, cette incursion du pénal dans leurs pratiques ne se fait pas sans heurts et les médecins, en réponse, tentent de se protéger. Les conséquences sont telles que certains abandonnent la pratique, d'autres la réduisent.

Cette introduction législative inquiète d'ailleurs le monde médical anticipant un abandon de la pratique par les médecins investis et un désintérêt par les jeunes médecins. Bien que les pouvoirs publics aient entendu les réticences et y aient répondu par la parution d'une nouvelle mouture de l'arrêté royal, les médecins se sentent tout autant contrôlés et réticents. A nouveau, les pionniers appellent à la résistance à l'égard de mesures présentées comme bridant leur liberté thérapeutique.

## 1.2. La France, entre abstinence et réduction des risques

Bien que nombre d'acteurs judiciaires et politiques envisagent une réforme de fond de la loi de 1970, son esprit reste toujours prégnant en France. Un compromis entre mesures répressives et mesures sanitaires définit le cadre d'action des politiques actuelles en matière de drogues bien que l'on puisse conclure à une prédominance du sécuritaire sur le sanitaire ces dernières années.

Le choix d'un dispositif spécialisé a ancré les pratiques de soins aux usagers de drogues dans une optique de sevrage et d'approche psychothérapeutique. L'Etat et les dispositifs ont ainsi consacré la figure des psychiatres comme experts du champ. Cette tendance s'est trouvée renforcée par le fait que nombre de médecins rencontrés et impliqués dans la thématique des drogues ont été formés dans ce cadre psychanalytique. « L'une des principales implication de l'existence d'une matrice cognitive et normative partagée par un certain nombre d'acteurs, est sans doute d'alimenter chez eux une 'conscience collective', autrement dit, un sentiment subjectif d'appartenance producteur d'une identité spécifique » (Muller et Surel, 1998, 50). La France, malgré les apparences, ne parvient pas à se défaire du paradigme de l'abstinence et de la mainmise des psychiatres. L'objectif initial de normalisation des traitements pour usagers de drogues se heurte aux fantômes du passé. N'oublions pas que « la production d'une matrice cognitive n'est (...) pas un simple processus discursif, mais une dynamique intimement liée aux interactions et aux rapports de force qui se cristallisent peu à peu dans un secteur et/ou un sous-système donné. Elle alimente tout à la fois un processus de *prise de parole* (producteur de sens) et un processus de *prise de pouvoir* (structuration d'un champ de force) » (Muller et Surel, 1998, 52). Ainsi, « le leadership acquis par un groupe d'acteurs ou une coalition de cause précise ne signifie pas pour autant que les échanges au sein du sous-système sont neutralisés, mais revient à mettre l'accent sur l'existence d'un cadre cognitif au sein duquel vont s'affronter les acteurs en

présence » (Muller et Surel, 1998, 52). Les acteurs acquis à la cause de la réduction des risques doivent donc composer avec les fantômes du passé et, ce que nous avons souligné avec les médecins généralistes, « prendre leur bâton de pèlerin », encore à l'heure actuelle, pour « convertir » les sceptiques et permettre aux pratiques de se diffuser et de ne plus se concentrer sur un noyau de praticiens.

Le choix de la France à l'égard d'un dispositif spécialisé a entraîné et entraîne toujours des effets pervers. Ainsi, malgré la refonte du dispositif et la redéfinition du champ des addictions comme comprenant l'alcool et le tabac, la France se heurte à cette spécialisation. Le mélange des genres induit par la refonte du dispositif n'augure pas une prise en charge adaptée à des usagers consommant différents produits, à des niveaux différents de consommation.

Bergeron analysait en finesse les réponses sanitaires en matière de drogues avant l'introduction des traitements de substitution et le basculement du paradigme de l'abstinence à celui de la réduction des risques. L'histoire récente des politiques françaises en matière de drogues rend compte des répercussions de ces choix politiques et du « mélange des genres » que constituent, entre autres, les AMM de la méthadone et du Subutex®. Ainsi, d'une part, le dispositif spécialisé s'inscrit toujours dans une optique de sevrage, même si les pionniers de la réduction des risques ont gagné du terrain. D'autre part, le cadre souple du Subutex® ravive les débats et renforce les positionnements des uns et des autres avec, d'un côté, les militants pour un assouplissement du dispositif et de l'autre, les tenants d'un raffermissement des conditions d'accès aux traitements. Cette situation est symptomatique d'un passage à la réduction des risques pas tout à fait abouti et de la prégnance de l'objectif d'abstinence. A nouveau, le statut de l'utilisateur de drogues oscille entre malade et délinquant.

Les changements de représentations ont également du mal à s'opérer chez les professionnels, notamment chez les praticiens de première ligne. Le secteur sanitaire traditionnel se méfie toujours de ces patients mi-malades mi-délinquants. Les mécanismes de rejet du secteur hospitalier restent à cet égard vivaces. Bien que l'argument majeur de la politique de réduction des risques soit les risques de contamination du sida pour la population générale, les débats restent vifs alors que la situation sanitaire et les contaminations VIH sont toujours au cœur des préoccupations.



L'univers des solutions possibles ayant été, pendant des années, orienté et de fait restreint par le paradigme de l'abstinence et les professionnels dominants, la France éprouve toujours des difficultés à s'ouvrir à d'autres alternatives. Des pionniers tentent de faire changer les choses en revendiquant notamment la primo-prescription de la méthadone en médecine « de ville », venant contrebalancer une sorte de diabolisation du Subutex® et anticiper les répercussions d'un classement « stupéfiant » de ce traitement.

### 1.3. Les pratiques des médecins généralistes, l'autorégulation ou la contrainte extérieure ?

La France et la Belgique ont opté pour des dispositifs différents. Le médecin généraliste y a pris une place centrale avec l'introduction des traitements de substitution, nous l'avons souligné à plusieurs reprises. Ces acteurs pratiquent dans un cadre contraignant, disposant d'une marge de manœuvre dont ils usent différemment en fonction de leur profil. Leur acceptation de l'autonomie professionnelle les engage de manière variée dans les soins aux usagers de drogues.

Partant de l'hypothèse que leurs pratiques à l'égard des usagers de drogues sont composées à partir de l'intégration plus ou moins forte des recommandations et des textes législatifs, nous défendons que les politiques de santé publique les influencent, en dernière instance et de manière déterminante. Le travail de terrain et l'analyse fine des pratiques nuancent cependant cette hypothèse. En effet, nous avons pu relever le rôle important joué par ceux que nous avons appelé les instances de contrôle. Le résultat central de cette thèse est donc que le rôle de ces instances de contrôle surdétermine les dimensions politiques et juridiques évoquées précédemment. Ainsi, en France, la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) durcit le ton avec la mise en place de contrôles auprès des prescripteurs, des délivreurs de traitement et des patients, avec notamment la mise en place d'actions spécifiques à leur destination depuis 2004. Ces actions sont menées à l'échelon local sous l'égide des différentes caisses primaires d'assurance maladie. On constate dès lors des disparités régionales et des contrôles plus nombreux par endroits. En Belgique, les Commissions médicales provinciales opèrent ces contrôles qui sont moins systématiques qu'en France, se basant sur des rumeurs ou des plaintes. On constate également des disparités locales en fonction de la situation géographique de ces commissions, de l'histoire et de l'étendue de la problématique au niveau local. Dans peu de temps, l'Ipheb prendra le relais pour un contrôle plus

systématique de toutes ces prescriptions. De manière générale, l'inspection des pharmacies semble absente de ces contrôles, voire de ces préoccupations.

Les relations entre les médecins généralistes et ces instances de contrôle varient localement, mais aussi dans le temps. Ainsi, à certains moments, les Commissions médicales provinciales sollicitent des médecins « réputés » pour résorber les demandes de patients, notamment quand un « gros prescripteur » est amené à arrêter son activité. Quelque temps plus tard, ces Commissions mettent en garde, voire sanctionnent, ces mêmes médecins en raison de leur file active plus importante.

La question que pose indirectement cette thèse est la suivante : faut-il réguler les pratiques de ces professionnels de l'extérieur ou laisser à la profession le soin de le faire ?

## **2. Les autres réponses à la 'question drogue'<sup>265</sup>**

Depuis les années 1970, les réponses des pouvoirs publics aux consommations de drogues ont oscillé entre sécuritaire, sanitaire et réduction des risques. L'histoire de la médicalisation de l'usage de drogues s'inscrit dans l'histoire plus vaste des politiques en matière de drogues. Il semble dès lors indispensable de resituer notre objet de recherche dans la généalogie récente de ces politiques et d'ouvrir notre questionnement aux volets répressif, préventif, et psychosocial auquel nous avons laissé peu de place jusqu'à présent.

### **2.1. La politique belge en matière de drogues**

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il est indispensable de formuler une remarque préalable pour la Belgique. Parler de consommations de drogues illicites en Belgique ne va en effet pas de soi. La petite taille du pays est inversement proportionnelle à la complexité de son système institutionnel et politique, marqué par un fédéralisme dissociatif en constante évolution. Concernant la question des drogues, cette gestion complexe se trouve multipliée par le nombre de pouvoirs compétents et traversée par les disparités culturelles dues à l'existence de diverses communautés linguistiques (francophone, néerlandophone, germanophone). En Belgique, au-delà de la diversité des

---

<sup>265</sup> Cette partie reprend les grandes lignes du rapport de recherche Interreg III réalisé par cinq membres du Clersé : Dominique Duprez, Colette Lamarche, Marie-Sophie Devresse, Séverine Hermant et nous-même (Duprez, *et al.*, 2005).

approches et des paradigmes professionnels, envisager la répression, la prévention, le soin ou la réduction des risques dans le domaine des drogues conduit à prendre en compte le morcellement de compétences existant entre les diverses entités fédérales et fédérées avec, de chaque côté de la frontière linguistique, des instances communautaires, régionales, provinciales et locales. Et lorsque l'on sait que chacune de ces entités fédérées dispose de champs de compétences et de pouvoirs normatifs relativement autonomes, on devine aisément le nombre de dispositions susceptibles d'intervenir dans l'organisation du système répressif, de la prévention ou de la prise en charge des usagers de drogues et les raisons pour lesquelles nous ne rentrons pas ici dans leur détail.

La multiplication des acteurs concernés conduit d'ailleurs tous les gouvernements qui se sont penchés sur la question à envisager la mise en place de lieux de concertation, tant au niveau politique qu'au niveau des actions de terrain. La mise en place d'une « Cellule drogue » en 2001, en vue d'organiser une collaboration entre tous les ministres compétents en matière de drogues (et pas seulement au niveau fédéral), s'inscrit directement dans cette préoccupation. Ainsi, fut adoptée le 11 mai 2003<sup>266</sup>, une loi portant assentiment à un accord de coopération entre l'Etat, les Communautés, la Commission communautaire commune (COCOM), la Commission de la communauté française (COCOF) et les Régions pour une politique globale et intégrée de lutte contre les drogues.

L'histoire moderne du pays, y compris ses politiques sanitaires et pénales, est fortement marquée par cette situation, notamment parce que les cultures des flamands et des francophones signent des pratiques très différentes, tant en ce qui concerne la compréhension du 'phénomène drogue' en tant que fait social, qu'en ce qui concerne l'éthique des pratiques professionnelles (citons, par exemple, les pratiques médicales en matière de traitements de substitution). La configuration de la répartition des compétences politiques en matière de drogues, engendre ainsi des singularités de part et d'autre de la frontière linguistique, c'est pourquoi notre propos s'est principalement centré sur une partie du pays, la partie francophone.

---

<sup>266</sup> M. B. du 02. 06. 2003.

En Belgique, les politiques publiques en matière de drogues ont connu diverses évolutions. Les dernières décennies ont été marquées par une augmentation sensible des personnes concernées par l'usage de drogues, une diversification du public ainsi que des produits, une transformation des modes de consommation, un accroissement des risques sanitaires encourus, et, aussi, davantage de conduites marginales de nombre d'utilisateurs de drogues. Constats, craintes et prédictions ont été à l'origine de textes législatifs, de dispositifs, de services, cherchant à répondre au problème posé. Mais le problème en question étant loin d'être le même pour tous, les logiques s'avèrent parfois contradictoires. Selon que l'utilisateur de drogues est considéré comme un malade, comme un délinquant ou comme un citoyen, comme un être faible souffrant de troubles mentaux ou comme un danger pour la société, les réponses envisagées ne sont pas les mêmes. Ces logiques d'action en viennent ainsi parfois à entrer en conflit.

*Une volonté d'intégration politique verticale et horizontale*

La note politique élaborée au niveau fédéral relative à la problématique de la drogue du 19 janvier 2001, ouvrait le feu sur ce constat : « Le morcellement des compétences (...) n'est pas favorable à une politique intégrée. (...) L'harmonisation doit être concrétisée tant au niveau vertical qu'au niveau horizontal »<sup>267</sup>.

Par « harmonisation verticale », la note vise la politique générale en matière de drogues (santé publique, justice, affaires sociales) et la coordination de la politique de prévention et d'assistance ainsi que la politique sociale. Les programmes couverts par la Communauté française en matière de prévention couvrent, par exemple, plus d'une vingtaine de domaines allant de la mise en place de centres documentaires spécialisés, à la recherche scientifique en passant par la réduction des risques, la formation des professionnels ou le soutien au lobbying.

L'« harmonisation horizontale », à laquelle renvoie en partie l'organisation locale, vise quant à elle les acteurs de proximité concernés par le domaine de l'assistance et de la prévention. Dans ce registre, les initiatives des villes telles la « Coordination drogues » de la ville de Charleroi, la « Coordination des actions en toxicomanie » de la ville de Liège, le « Stedelijk Overleg Drugs » anversois ou encore le « Limburgs Luik

---

<sup>267</sup> Note politique fédérale relative à la problématique de la drogue, 19 janvier 2001, p. 10.

Drugsplan » gantois ont progressivement pris de l'envergure en associant un maximum d'intervenants de terrain en vue de la définition d'une politique cohérente adaptée aux besoins locaux. Des programmes de réduction des risques tels les échanges de seringues furent d'ailleurs initiés localement avant d'être encadrés au niveau fédéral.

La définition d'une politique de prévention, d'assistance ou de réduction des risques est directement liée à son mode de financement. Les subventionnements par projet, alloués pour des périodes brèves, se répandent de plus en plus en Belgique. La note de politique fédérale de 2001 signale d'ailleurs que la conséquence de ces financements de courte durée est qu'« aucune vision n'est développée à long terme ». La note souligne également que « différents critères d'évaluation sont d'application pour les différents financements »<sup>268</sup>, ce qui ne facilite pas le travail de terrain. A titre indicatif, en Belgique, le financement public de l'assistance aux toxicomanes (toutes formes confondues) émane de pas moins de 14 institutions différentes définissant chacune leurs priorités<sup>269</sup>. D'un point de vue budgétaire, nombre d'acteurs de première ligne sont amenés, au sein d'un même centre ou d'une même structure, à composer avec de multiples financeurs et avec leur disparité d'exigences.

#### *La réduction des risques, une préoccupation récente*

Dans un tel contexte institutionnel, retracer de manière globale l'évolution d'un domaine d'intervention comme la prévention ou la réduction des risques en toxicomanie pour l'ensemble de la Belgique relève de l'exploit. Et cela d'autant plus qu'un paradoxe grève la situation : si les instances publiques compétentes en matière de drogues se multiplient au fil des réformes institutionnelles, des pans entiers de la politique des drogues ne font l'objet que d'une très faible attention. La réduction des risques fut ainsi longtemps ignorée et laissée aux soins des initiatives locales des acteurs de terrain

---

<sup>268</sup> Note politique fédérale relative à la problématique de la drogue, 19 janvier 2001, p. 17.

<sup>269</sup> Ces financements concernent le champ médical (les soins psychiatriques en hôpital spécialisé ou non, les conventions INAMI avec les centres résidentiels ou ambulatoires ou les programmes à destination des médecins généralistes) ; le Plan global fédéral ; la Communauté flamande ; le SPP ; la Communauté française ; le Vlaamse Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg ; la Région wallonne ; La Région Bruxelles Capitale ; le Reitox ; la Commission communautaire française ; la Communauté germanophone et La Commission communautaire commune. En outre, cette énumération ne prend pas en compte les suivis de toxicomanes réalisés par des institutions ou des centres à vocation généralistes tels les Centres publics d'action sociale (CPAS), l'aide à la jeunesse, le Fonds d'impulsion sociale, etc.

(telles les opérations d'information « boule de neige » de l'association *Modus Vivendi*<sup>270</sup> dès 1988, rapidement étendues à d'autres villes en Communauté française).

Le programme d'action « toxicomanie-drogues » de 1995 intégrera cependant la notion de réduction des risques dans un projet public, à la suite des recommandations d'un rapport émanant d'un groupe de travail parlementaire. Les maisons d'accueil socio-sanitaires, dispositifs créés à cette occasion et dans cette optique, constituèrent d'ailleurs de nouveaux espaces où intégrer les traitements de substitution. L'échange de seringues, pratique existant depuis les années 1980 et répandue de ville en ville en tant que « projet pilote », ne fut officiellement reconnu par une loi fédérale qu'en 1995, à l'occasion de l'adoption du plan d'action « toxicomanie-drogues ». Reste que c'est seulement depuis le 5 juin 2000 qu'un arrêté royal fixe le cadre légal permettant les programmes d'échange de matériel d'injection.

L'introduction des traitements de substitution n'a fait l'objet d'une reconnaissance légale qu'en 2002, nous y avons consacré la première partie de cette thèse. En mai 2005, une note politique relative à la santé mentale, émanant du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique faisait le point sur les récentes tentatives d'unification de la politique en matière de soins et permettait de constater combien ces initiatives n'en sont encore qu'à leurs premiers balbutiements. Par ailleurs, à l'initiative de l'association *Modus Vivendi*, une « Charte belge de la réduction des risques » (non datée) a vu le jour récemment « en vue de constituer le socle conceptuel de toute démarche pouvant se réclamer de la réduction des risques liés à l'usage de drogues en Communauté française de Belgique ». Cette charte stipule en introduction qu'elle a fait l'objet d'une concertation avec l'ensemble des acteurs du secteur socio-sanitaire concernés par la problématique. Il n'en demeure pas moins que ce type de document émane avant tout de l'initiative des professionnels et que certaines actions de réduction des risques portées par des associations, tels les programmes de contrôle de la composition de produits stupéfiants en milieu festif (*testing*), continuent de naviguer dans un espace de flou

---

<sup>270</sup> *Modus Vivendi* est une association sans but lucratif (ASBL) bruxelloise qui œuvre dans la réduction des risques. L'association met en place, seule ou en partenariat, une série d'actions d'information, de formation ou de prévention destinées aux usagers de drogues licites ou illicites, aux professionnels amenés à être confrontés à ces questions, et plus largement à toute personne intéressée par la question des drogues.

législatif et réglementaire et rencontrent pour cette raison, dans leur mise en œuvre, de nombreuses difficultés avec les pouvoirs publics.

### *Punir ou guérir ?*

Selon M. Rosenzweig, « on pourrait dire que [le système juridique belge en matière de drogues] a évolué en trois temps pour l’usager : d’abord punir **ou** guérir, ensuite punir **et** guérir et enfin, obligation de guérir sous peine de punition, c’est ce qu’on appelle l’injonction thérapeutique » (Rosenzweig, 1998, 64).

### Punir ou guérir

En Belgique, la principale source de droit pénal en matière de drogues illégales est la loi du 21 février 1921<sup>271</sup>. Visant principalement le trafic de stupéfiants, la consommation proprement dite n’est pas repérée comme un délit. Cette loi donne peu de précisions sur les consommateurs, elle « ne fait aucune distinction entre les différents types de drogues, ni entre les différents types de comportements de sorte que l’usager de drogues est susceptible d’encourir les mêmes peines que celui qui s’adonne à la vente » (Guillain, 2003, 9).

La loi de 1921 est modifiée par celle du 9 juillet 1975<sup>272</sup> dans un sens plus répressif, dans la lignée des conventions internationales<sup>273</sup> « afin d’atteindre avec plus d’efficacité les modalités nouvelles de la délinquance en ce domaine »<sup>274</sup>. Elle crée de nouvelles infractions dont l’usage en groupe (inexistant en 1921), le législateur vise non pas un comportement déviant : « la figure emblématique de l’usager de drogues ne fut qu’un prétexte pour légitimer une nouvelle forme de contrôle social à l’égard de certaines franges de la population » (Guillain, 2003, 7). Cependant, il manque toujours à cette loi un volet curatif « laissé à l’abandon pour des raisons économiques » (Rosenzweig, 1998, 64). Seul l’usage en groupe est visé, sanctionnant la détention, l’acquisition et le trafic.

---

<sup>271</sup> Loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes, *M.B.* 6 mars 1921.

<sup>272</sup> Loi du 9 juillet 1975 modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes, *M.B.* 26 septembre 1975.

<sup>273</sup> Rappelons que la Belgique n’a ratifié la Convention Unique de New-York (New York, 30 mars 1961, entrée en vigueur le 13 décembre 1964) qu’en 1969.

<sup>274</sup> *Doc. Parl.*, Sénat, session 1970-71, séance du 2 mars 1970. 290., cité par Christine Guillain et Karine Lalieux, « De la loi sur les drogues à la répression des drogues », actes de la journée d’études du 22 avril 1994 organisée par *Présence et action culturelles*, Bruxelles.

Tout comme la loi de 1921, elle ne fait aucune distinction entre les types de drogues. Cette réforme comporte en outre un ensemble de dispositions qui complète celles de 1921 : « extension du champ d'application de la loi aux substances psychotropes susceptibles d'engendrer une dépendance, augmentation des sanctions applicables aux délits de drogues, nouvelles circonstances aggravantes, possibilité pour les tribunaux de doubler les peines en cas de récidive dans un délais de 5 ans, introduction d'une série de peines accessoires, exemption ou réduction de peine pour les dénonciateurs (jusqu'à l'absolution complète), élargissement des conditions d'octroi de ma suspension, du sursis et de la probation pour les toxicomanes » (Rosenzweig, 1998, 64). Quant à l'usage personnel, d'un point de vue strictement juridique, il n'est pas incriminé par la loi.

### Punir et guérir

La généalogie plus récente de la politique des drogues en Belgique est caractérisée par l'antagonisme créé, vers le milieu des années 1990, entre divers modes de prise en charge, du fait de l'intégration de cette question au sein d'un appareillage préventif-répressif en phase avec la montée généralisée d'un discours sécuritaire de plus en plus dominant et, dans une moindre mesure, avec la diffusion du sida. La réaffirmation, par les pouvoirs publics, du lien entre toxicomanie et délinquance dans un contexte où la lutte contre le sentiment d'insécurité est devenue une priorité, conduit les pouvoirs publics à investir dans nombre de dispositifs mixtes qui se donnent à la fois pour mission la santé, l'aide sociale ou la réduction des risques, mais aussi la lutte contre la petite délinquance. Kaminski et Mary soulignent d'ailleurs qu'en Belgique, « à partir des années 1990, l'usage de drogues sera l'un des secteurs (avec la jeunesse et l'immigration) les plus massivement investis par les politiques publiques, mobilisant une énergie considérable sur le plan gouvernemental » (Kaminski et Mary, 1999, 207).

Trois temps forts marquent les politiques initiées par le gouvernement belge en matière de sécurité intérieure.

(1) Les « contrats de sécurité », apparus en 1992, ont pour l'ambition de concrétiser un « programme d'urgence axé sur les problèmes de société » et contribuent ainsi à la création d'une multitude de projets locaux, adaptés aux réalités du terrain et soucieux d'intégrer la gestion sécuritaire des drogues au niveau local. Surgissent donc de manière massive à partir du milieu des années 1990, un grand nombre de dispositifs



d'encadrement des usagers de drogues financés par le Ministère de l'Intérieur, concurrençant, non sans poser de problèmes, un secteur déjà en place et actif dans le domaine de manière plus indépendante. Guillain et Devresse rapportent que l'on voit, à cette période, « naître ci et là des "antennes médicales méthadone", des éducateurs de rue en relation plus ou moins directe avec la police, spécifiquement formés ou non à la question des assuétudes, des brigades de policiers communaux spécialisés dans la lutte contre la toxicomanie, des actions de prévention ciblées à destination des "populations à risques", des campagnes d'information et de sensibilisation en milieu scolaire ou des équipes de soutien psychologique pour travailleurs sociaux s'adressant à un public de consommateur de drogues » (Guillain et Devresse, 1999). Traitée à l'occasion du développement de projets sécuritaires, la question des drogues trouve donc une place tout à fait nouvelle et particulière dans le débat et les politiques de la ville, s'inscrivant *de facto* dans le registre d'une petite délinquance urbaine. Elle devient diluée dans la question sécuritaire et subordonnée à la définition et à l'organisation des programmes locaux de prévention.

(2) Le « programme d'action toxicomanie-drogues » (3 février 1995) traduit une politique globale et transversale de « réduction des risques pour la santé et pour la criminalité spécifique » (Devresse et Cauchie, 2000, Kaminski, 1996, Kaminski et Mary, 1999). Issu en droite ligne du plan gouvernemental relatif aux drogues, il entend s'autonomiser par rapport aux plans globaux de sécurité. La matière des drogues, traduite en « programme d'action », va stimuler la naissance de dix mesures spécifiques<sup>275</sup>. Ce programme tente donc de gérer le volet curatif par une politique fédérale à caractère sécuritaire (Rosenzweig, 1998, 64).

---

<sup>275</sup> (1) L'affectation à l'INAMI du produit de la réalisation financière des avantages patrimoniaux, biens, valeurs et revenus confisqués dans la lutte contre le trafic de stupéfiants ; (2) l'amélioration de la formation des personnels pénitentiaires face à la question de la toxicomanie ; (3) la création de programmes d'échange de seringues ; (4) l'extension du droit de fermeture des établissements où se commettent des infractions liées au trafic ou à la consommation de stupéfiants ; (5) la mise en place de maisons d'accueil socio-sanitaires pour consommateurs de drogues marginalisés ; (6) l'élaboration de programmes de lutte contre l'usage récréatif de drogues (plus particulièrement dans les *méga-dancings*) ; (7) la promotion et le développement d'une politique scientifique ; (8) l'organisation optimale et l'augmentation de l'offre de soins aux consommateurs de drogues ; (9) la mise en œuvre de mesures visant à réduire l'offre de stupéfiants (concertations pentagonales, renversement de la charge de la preuve en matière de blanchiment...) et enfin, (10) l'étude des conséquences de l'usage des drogues pour la sécurité routière.

(3) La dernière étape importante s'ancre dans la note politique du gouvernement fédéral relative à la problématique de la drogue du 19 janvier 2001<sup>276</sup>. Cette note politique va tenter de réinscrire la question des drogues dans le domaine de la santé publique (et cela, d'autant plus que c'est la Ministre de la Santé de l'époque, M. Aelvoet, qui se voit confier le soin de la rédiger). Elle ambitionne de créer une « politique de normalisation ciblée sur la gestion rationnelle des risques », soutenue par trois piliers : la prévention pour les non-consommateurs et les consommateurs non problématiques ; l'assistance, la réduction des risques et la réinsertion pour les consommateurs problématiques ; et la répression pour les producteurs et trafiquants.

#### Obligation de guérir sous peine de punition

Dans cette même période, dans le domaine de la justice pénale, la question des drogues fait également son chemin. Outre l'adoption de mesures alternatives dans le règlement pénal des conflits introduisant, entre autres, l'injonction thérapeutique prononcée au niveau du parquet, on retiendra, dès 1993, les tentatives répétées<sup>277</sup> d'uniformisation de la politique des poursuites en matière de stupéfiants « alors que [jusque-là] aucune politique criminelle d'ensemble ne dirigeait l'action judiciaire en la matière » (Kaminski et Mary, 1999, 214).

#### *Une superposition néfaste ?*

Une présentation, même brève, de l'émergence de nouvelles politiques publiques en matière d'usage de drogues mais également de sécurité et de justice pénale ne saurait être complète sans évoquer la critique ayant accompagné leur mise en œuvre. Ces politiques sécuritaires suscitèrent la polémique au sein du secteur de l'aide à la jeunesse ou de la toxicomanie, et des intervenants déjà en place sur le terrain. Vivement contestés

---

<sup>276</sup> Pour une critique de cette note gouvernementale, voir (Cauchie et Devresse, 2001, Guillain, 2001).

<sup>277</sup> La première directive ministérielle relative à la politique criminelle commune en matière de toxicomanie (26 mai 1993) aura un effet essentiellement réitératif (Cauchie et Devresse, 2001, 1169), en ce qu'elle se limite à rappeler le principe de la loi de 1921 à savoir qu'aucune distinction ne doit être opérée entre les produits et les quantités détenues ou consommées. Une seconde directive interviendra ensuite, le 8 mai 1998. Pour la première fois, la distinction, par les instances pénales, entre le cannabis et les autres drogues trouve place dans un texte officiel. Ce texte avance en effet que l'intervention répressive à l'égard des usagers de cannabis ne se justifie que si l'intéressé a commis des infractions connexes. L'usager de drogues problématique fait donc son entrée dans les dispositions réglementaires. À son égard, des poursuites seront requises, de même qu'à l'égard de l'usager dont la consommation s'accompagne de nuisances sociales (ou risques de nuisances...). Les lois du 4 avril et du 3 mai 2003 (M.B. du 04. 04. 03) visent à supprimer la prévention d'usage en groupe et à opérer, dans les politiques des poursuites, une distinction entre le cannabis et les autres drogues illégales.

dès leur évocation en 1992, les contrats de sécurité monopolisèrent progressivement l'attention des membres les plus engagés. La critique est en grande partie concentrée sur les problèmes éthiques liés à l'introduction d'un « nouveau régime de travail social relevant du secteur public mis en place qui se superpose, au nom de la prévention et de la sécurité, au secteur associatif dont les missions sont définies par des objectifs d'aide et d'insertion sociale » (Kaminski et Mary, 1999, 211). Dès 1992, les articles et les réactions se multiplient dans la presse belge, les revues d'opinion ou les publications spécialisées dans le travail social. Les colloques et les conférences foisonnent sur ce thème et deviennent le lieu de discussions agitées, voire de conflits.

A ce moment, l'idée d'une superposition vaine ou néfaste de deux secteurs, l'un financé au nom de la sécurisation et de l'ordre public, et l'autre, parent pauvre vivant des résidus communautaires des politiques sociales, domine fréquemment les représentations. Les travailleurs sociaux financés par les communautés animent dès lors ensemble un vif débat qui, sans éviter le glissement vers des considérations financières liées à leur précarité endémique, a pour effet de jeter le doute sur l'action de terrain menée par les nouveaux travailleurs sociaux œuvrant dans les structures financées par le Ministère de l'Intérieur. La réponse de ces derniers, refusant l'appellation de « collaborateurs » ne se fait pas attendre. Diverses « chartes de travail » ou « accords de collaboration dans le respect des compétences mutuelles » vont ainsi voir le jour dans le but de permettre la coexistence entre les deux secteurs.

Cette opposition a eu pour effet de diaboliser un temps l'intervention des pouvoirs publics et de leurs travailleurs. Toutefois, un certain nombre d'intervenants semblait dès le départ convaincu de la pertinence de suivre de près, pour des raisons pragmatiques, les nouveaux montages institutionnels, voire de s'y associer. Peu à peu, le paysage critique fut amené à se reconfigurer. Les résistances se sont atténuées en raison notamment du développement de structures mixtes, impliquant, par exemple, à la fois des travailleurs subventionnés par le Ministère de l'Intérieur et des travailleurs financés par la Communauté française ou par la Santé publique.

C'est ainsi véritablement tout un secteur qui fut secoué par l'arrivée de quelques dispositifs sécuritaires pourtant conçus au départ comme subsidiaires. Ch. Schaut relève d'ailleurs que ces tensions ont amené le champ du travail social en Belgique à se transformer fondamentalement de même qu'à s'adapter aux impératifs d'une nouvelle

concurrence entre travailleurs et du diktat de la montée en force du discours sécuritaire (Schaut, 2000, 151). L'importance de cette histoire politique et des débats qui l'ont accompagnée en Belgique est telle qu'elle continue de marquer les positions des travailleurs œuvrant dans le champ de la toxicomanie, nous y reviendrons.

## 2.2. La politique française en matière de drogues

La loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses, constitue depuis plus de trente ans le cadre légal de la politique française de lutte contre la toxicomanie. Elle s'articule autour de trois axes : la répression sévère du trafic, l'interdiction de l'usage et la proposition d'une alternative thérapeutique à la répression de l'usage, la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers. Elle repose sur un axiome : punir et guérir. Avant 1970, seul l'usage en groupe était sanctionné. Selon l'une des rares recherches de cette période sur le processus de criminalisation, la nécessité de donner une réponse au problème social a provoqué un « désir de loi » (Bernat de Celis, 1996). Dans le contexte de la fin des années 1970, avec la fin du gauchisme et la montée d'un style contre-culturel, Zafiropoulos et Pinell soulignent la force de l'interdit législatif. Ils expliquent par ailleurs l'évolution du cadre législatif par une stratégie de disqualification de certaines catégories de population (Zafiropoulos et Pinell, 1982).

La loi de 1970 prévoit une alternative thérapeutique aux poursuites ou à la condamnation pour les usagers de drogues illicites, l'injonction thérapeutique. Elle peut intervenir en début de procédure et permet au Procureur d'astreindre les usagers à un traitement thérapeutique. Si les prévenus le suivent jusqu'à son terme ou s'ils ont volontairement suivi un traitement après les faits reprochés, l'action publique n'est pas exercée.

La mise en œuvre de la loi de 1970 va rapidement soulever des interrogations : sur le plan pénal les questions portent sur la distinction entre usage et trafic, sur la notion d'usage et sur l'injonction thérapeutique. Les problèmes d'application de la loi rencontrés dès le début des années 1970 sont liés à la double nature de l'usager : délinquant et malade. Sur le plan sanitaire, on s'interroge sur les modalités de prise en charge des toxicomanes.

Le rapport Pelletier (Pelletier, 1978), établissant un bilan de l'application de cette loi, souligne que l'alternative thérapeutique est proposée de façon très minoritaire (comparativement aux condamnations pour usage). Il marque un tournant dans la façon de penser l'usage : il propose de distinguer les usages de drogues en fonction du produit. A la suite de ce rapport une circulaire de 1978<sup>278</sup> invite les parquets à ne pas poursuivre les usagers de cannabis.

### *L'accent sécuritaire*

Dans les années 1970, l'injonction thérapeutique se révélera inadaptée à l'évolution du trafic de drogues. Différentes directives et circulaires sont votées orientant les poursuites vers certains types d'usagers, notamment les « usagers-revendeurs ». A partir de 1977, dans un mouvement sécuritaire, il est demandé qu'ils soient traités comme trafiquants et qu'ils ne puissent bénéficier de la clémence réservée aux usagers. Ce mouvement est amplifié par le vote d'une loi en décembre 1986 visant l'incrimination de l'offre ou de la cession de stupéfiants. Elle vise plus spécifiquement les petits revendeurs mais les exclut de fait des dispositions sanitaires de la loi. La circulaire du 12 mai 1987, abrogeant les circulaires antérieures, préconise le recours accru à l'injonction thérapeutique pour les usagers réguliers mais considère que la qualité de délinquant doit prévaloir pour les « usagers ayant commis des actes de vente ».

Dans ce contexte sécuritaire, l'application de cette loi favorise la diffusion du sida en France en renvoyant la vente, l'achat et l'emploi de « substances vénéneuses » dans un monde souterrain et en favorisant, par la répression, les risques de transmission virale par injection (Roques, 1999). Elle a aussi largement contribué à criminaliser certains usages de drogues et catégories de population. Comme le soulignait Anne Coppel, « le crack ou la cocaïne, omniprésents dans différents quartiers de la banlieue parisienne et du sud de la France, restent invisibles par la police »<sup>279</sup>, alors que la part des usagers de cannabis ne cesse d'augmenter parmi les infractions liées aux stupéfiants : 85% en 1998 contre 60% en 1988.

---

<sup>278</sup> Circulaire du 7 mai 1978, dite « circulaire Peyrefitte ».

<sup>279</sup> A. Coppel, « Drogues : arrêtez d'arrêter les usagers », *Libération*, 29 juin 1999.

### *La prévention, le parent pauvre du dispositif*

La loi de 1970 n'aborde pas la question de la prévention. Il faut attendre les années 1980 pour qu'émerge une véritable coordination de la politique gouvernementale. Un comité interministériel est créé en 1982. Ses missions concernent la définition, l'animation et la coordination de la politique du gouvernement en matière de lutte contre la toxicomanie. Cette structure, maintes fois rebaptisée au cours des années 1980 (qui s'appelle aujourd'hui la MILDT), changera fréquemment de ministère de rattachement. Il faut ainsi attendre 1982 et la création de la mission permanente de lutte contre la toxicomanie (MPLT) pour qu'une politique de prévention soit officiellement intégrée dans les objectifs de la politique de lutte contre la toxicomanie. En 1985, des comités départementaux de lutte contre la toxicomanie sont créés. Les acteurs locaux choisiront plutôt les conseils départementaux de lutte contre la délinquance. Partant de ce constat, en 1996, un nouveau cadre départemental est mis en place : il s'organise autour du préfet et d'un chef de projet, d'un comité restreint de lutte contre la toxicomanie et d'un comité départemental de prévention de la délinquance.

La politique de prévention est principalement envisagée au niveau local prenant place dans les conseils départementaux et communaux de prévention de la délinquance, mais elle prend également ses marques au sein de la communauté scolaire, par le biais d'un réseau d'« adultes relais » en 1983 et d'équipes de « personnes ressources » en 1985. Il faut attendre 1986 pour que soit lancée la première campagne nationale de prévention des toxicomanies : « La drogue, parlons-en avant qu'elle ne lui parle ».

Cette politique subira différentes évolutions. D'abord orientée sur les produits, elle se fonde depuis plusieurs années sur les comportements. Le « rapport Parquet » (Reynaud, *et al.*, 1999), opérant une distinction entre différents comportements de consommation (usage, usage nocif et dépendance), orientera les réflexions des pouvoirs publics, reprises dans le plan triennal de lutte contre la toxicomanie de 1999.

### *Le retard d'une politique de réduction des risques*

Par rapport à la plupart des pays européens, la France prendra beaucoup de retard en matière de prévention et de réduction des risques, tant le paradigme de l'abstinence imprégnait les milieux professionnels spécialisés et l'appareil d'État ; nous avons longuement développé ce point précédemment. Ce n'est qu'à partir du plan triennal de

lutte contre la drogue et la toxicomanie de septembre 1993, que sont apparues les premières mesures de réduction des risques liées à la toxicomanie, encore s'agit-il de mesures assez restrictives et applicables à moyen terme. Sous la pression de nouveaux entrepreneurs, la perspective est orientée vers l'offre de moyens concrets (dont, au départ, la vente libre de seringues), destinés à éviter de nouvelles contaminations par le VIH et à permettre un suivi sanitaire régulier de cette population jusque-là relativement absente des structures de droit commun. Castel a montré comment de la contestation de l'enfermement asilaire, une nouvelle forme de traitement avait pu s'imposer jusqu'à devenir, au moment de la mise en place de la psychiatrie de secteur et de l'essor de la psychanalyse, le modèle par excellence (Castel, 1981). Puis, bousculés par de nouveaux intervenants (dont de nombreux médecins) mettant en œuvre les moyens d'une autre forme adaptés au nouveau contexte social et épidémiologique, beaucoup de psychiatres vont progressivement être amenés à se décaler du modèle dominant, à « s'ajuster à une réalité de plus en plus mouvante, jusqu'à cette limite extrême où leur monde, résolument se renverse et passe dans une autre temporalité, une autre gestion de l'espace et des catégories qui les composent » (Gourmelon, 2005).

*De la politique pénale à la politique de réduction des risques : une adaptation possible ?*

La force d'acteurs, aux marges des systèmes légitimés et spécialisés comme *Aides* et *Médecins du Monde*, va ancrer le dispositif dans une perspective de « déplacement des évidences professionnelles » (Trépos, 1992). Si cette nouvelle orientation est progressivement portée d'abord par la Direction des affaires sociales, puis par la Direction générale de la santé, la réduction des risques se heurte parfois au système pénal, en particulier aux interventions policières. Il faut attendre juin 1999 pour que le Ministre de la Justice recommande clairement dans une circulaire que les actions policières visant la répression des drogues ne contrecarrent pas les efforts entrepris en matière, par exemple, d'accès aux seringues propres<sup>280</sup>. La circulaire du 17 juin 1999 a appelé les Procureurs de la République « à développer des réponses judiciaires plus

---

<sup>280</sup> Cette circulaire précise que « sont à proscrire les interpellations du seul chef d'usage de stupéfiants à proximité des structures à bas seuil ou des lieux d'échanges de seringues » et que « en tous lieux, le seul port d'une seringue ne doit pas être considéré comme un indice suffisant d'infraction, susceptible de justifier une interpellation ».

diversifiées » pour les usagers interpellés, à tous les stades de la politique pénale, « du simple rappel à la loi à l’incarcération, qui doit rester un ultime recours ». La distinction entre comportement d’usage occasionnel, d’abus ou de dépendance proposée par le rapport Roques (Roques, 1999) devait guider le choix des parquets entre les différentes options procédurales. Ainsi, le recours à l’injonction thérapeutique était-il vivement recommandé pour les usagers de drogues dépendants, en tant qu’alternative aux poursuites à contenu sanitaire, tandis que le rappel à la loi sous forme de classement sans suite avec avertissement était préconisé pour des consommateurs occasionnels (notamment de cannabis) et le classement avec orientation vers une structure socio-sanitaire recommandé pour les autres types d’usage. Dans les faits, la pratique judiciaire s’est souvent éloignée de ces recommandations. Ainsi, l’injonction thérapeutique a souvent été très faiblement utilisée par les parquets.

Malgré les avancées de certaines circulaires au milieu des années 1980, le cadre législatif demeure inchangé, même si la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique reconnaît explicitement les actions de réduction des risques (Barré et Benec'h Le Roux, 2004). Un grand nombre d’actions menées en matière de réduction des risques peuvent encore « tomber sous le coup de la loi » incriminant l’incitation à l’usage. En 2003, le président de l’association de prévention *Techno+*, Jean-Marc Priez, était poursuivi pour provocation et facilitation à l’usage de stupéfiants pour avoir mis sur Internet un flyer intitulé “*Sniffer propre*” qui ne faisait pas de rappel à la loi.

La France est le champion d’Europe des interpellations pour usage de cannabis. En 2003, sur les 90 630 interpellations pour usage de stupéfiants enregistrés par les services de police et de gendarmerie, plus de 9 sur 10 concernent les usagers de cannabis (87 %), les autres produits arrivant loin derrière. En comparaison, le cannabis représente 58 % des ILS (Infractions à la législation des stupéfiants) en Allemagne et 67 % en Belgique. Bien entendu ces chiffres sont le reflet de l’activité policière et de l’action publique qui la conduit, pas de la réalité des pratiques d’usage. C’est peut-être pourquoi le plan d’action du gouvernement français<sup>281</sup> donne une grande place au cannabis. Il s’appuie sur de larges campagnes d’information et de communication, un accès facilité aux lignes d’aide téléphonique et la mise en place de consultations spécialisées « cannabis » (au

---

<sup>281</sup> Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l’alcool (2004-2008).



sein des structures existantes) adaptés aux jeunes usagers, à leurs parents et aux familles. Le plan invite également à développer un système de soins « plus accessible et plus efficace », où le repérage de l'usage nocif des produits addictifs tient une large place : le rôle des médecins généralistes est ici fortement réaffirmé. Le plan insiste aussi sur le renforcement de l'offre et la coordination des soins qui s'adressent aux personnes dépendantes à un produit psychoactif (Obradovic, 2006, 147).

On est, dans le cas français, très loin de la dépénalisation de la consommation de drogues puisque l'évolution législative récente, en autorisant par exemple la composition pénale pour cette infraction, montre un retour de la réponse judiciaire qui aboutit à une fiscalisation de l'usage de stupéfiants. Le paradoxe est d'ailleurs que le dealer qui pourra payer l'amende sera exempté d'une autre peine alors que les défailants seront poursuivis. C'est l'un des nombreux paradoxes de l'évolution du système pénal en France qui proclame que son objectif est la lutte contre le trafic et le blanchiment – or la part des interpellations pour trafic ne cesse de décroître depuis 1996 – et qui poursuit surtout, comme le montre l'évolution des statistiques, les simples usagers, surtout de cannabis.

### 2.3. Politiques publiques et usages de drogues

Que ce soit sur le plan législatif ou sur le plan des pratiques, qu'elles soient sanitaires, sociales ou pénales, la France et la Belgique font, depuis longtemps, apparaître des distorsions importantes autour des réponses apportées à l'usage des psychotropes et aux conduites à risques. Des deux côtés de la frontière, les politiques publiques en matière de drogues ont connu des évolutions au cours des années, évolutions le plus souvent expliquées par les changements survenus dans la toxicomanie elle-même.

Du côté français, la loi de 1970 et ses applications ultérieures, reposaient essentiellement sur une approche par produits, en donnant la part belle aux produits illicites. Il faut attendre un rapport officiel de 1998 pour mettre en pièces la distinction classique opérée par la loi entre les différentes substances psychotropes (Roques, 1999). Sur des bases scientifiques, il classe les produits en trois groupes en fonction non de leur statut légal mais de leur dangerosité. Il n'en reste pas moins que le cadre légal reste *punir et guérir*. C'est avec retard que la France s'est engagée dans une politique de réduction des risques, avec beaucoup de contraintes pour la délivrance de la méthadone,

ce qui explique les mobilités vers la Belgique. Par ailleurs, depuis 2002, les milieux professionnels se sont inquiétés de l'évolution des politiques de prévention et des restrictions budgétaires en France qui ont diminué l'offre et accru les usages détournés de produits de substitution, notamment du Subutex®. Enfin, les discours sécuritaires et très prohibitionnistes dans cette période en France ont donné l'image de pays voisins beaucoup plus accueillants pour les usagers de drogues.

Du côté belge, les récentes modifications de la loi en matière de stupéfiants ont intégré de nouveaux critères d'intervention à l'égard des usagers, tant d'un point de vue pénal que d'un point de vue socio-sanitaire. Les dispositifs de renvoi vers l'assistance aux différentes étapes de la procédure ne cessent d'augmenter et de se complexifier. Si les services psycho-médico-sociaux tentent d'ajuster des formes d'aide et de maintenir une éthique de travail, leurs professionnels s'interrogent sur ces évolutions sans toujours très bien savoir vers quoi leurs pratiques vont évoluer.

De chaque côté de la frontière, en milieu populaire, les enquêtes ethnographiques montrent que l'architecture des conduites à risques de la jeunesse repose largement sur les transformations des relations familiales et la dégradation des contextes de vie. Du côté des acteurs de terrain, prévention et réduction des risques en particulier, on assiste à la prise de conscience qu'une connaissance approfondie des processus sociaux intervenant en amont des conduites à risques peut seule permettre de construire des politiques de prévention adaptées aux publics les plus exposés.

Enfin, sur le plan de la réduction des risques au sens strict, on réalise que des dispositifs tels que l'échange de seringues ou les brochures informatives continuent de poser question, car elles sont souvent fragilisées par des discours et des positions politiques incertaines et contradictoires. La question du *testing* des produits liés au cadre festif reste d'ailleurs toujours très controversée en France comme en Belgique.

En France donc, on note un recul des préoccupations des pouvoirs publics pour la prévention et la réduction des risques qui se traduit par une diminution des crédits alloués à ces deux secteurs. Ces secteurs ont donc vu dans l'ouverture de « consultations cannabis » une possibilité d'accéder à d'autres financements. On assiste également clairement à une nouvelle incursion du sécuritaire en matière de drogues et un recul des préoccupations, déjà faibles pourtant, à l'égard de la prévention.

Concernant les lieux de discussion des questions relatives aux drogues, on note le poids symbolique des psychiatres, notamment au sein des instances décisionnelles et des lieux de définition des bonnes pratiques et autres recommandations, marquant de leur sceau les priorités politiques. Ainsi, « dans un processus de construction d'un paradigme ou d'un référentiel, on pourra en outre observer des logiques de pouvoir. Ainsi, lorsqu'on examine l'élaboration d'une politique publique, on s'aperçoit le plus souvent que le(s) représentant(s) d'un groupe (...) instaurent également une relation de leadership dans le secteur, directement indexée à l'élaboration et/ou la mobilisation d'une matrice cognitive et normative particulière » (Muller et Surel, 1998, 51). A titre d'illustration, le jury de la conférence de consensus de 1998 portant sur les modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant aux opiacés, comptait la moitié de psychiatres et deux médecins généralistes. La dernière conférence de consensus portant sur les traitements de substitution (consensus de Lyon en 2004) comptait, parmi les experts, plus d'un quart de psychiatres, plus exactement dix psychiatres parmi les 36 experts. Par comparaison, cette dernière comptait quatre médecins généralistes. La mainmise des psychiatres reste bien réelle et souvent symbolique d'un passage difficile vers des objectifs autres que l'abstinence.

Le cannabis fait, quant à lui, de plus en plus parler de lui. La presse relate la dangerosité du produit et les recherches se succèdent avec des résultats contradictoires. Au regard de cette forte médiatisation et de la montée d'un discours alarmiste, on assiste à un véritable hiatus entre d'une part, l'augmentation de la fréquence de consommation du produit et, d'autre part, le discours de médicalisation ambiante allant pourtant dans des sens opposés. Les discours de l'escalade des consommations, à savoir le passage systématique du cannabis aux drogues plus dures, refont surface dans ce contexte de contradictions.

Les enjeux de la médicalisation de l'usage de drogues, nous l'avons souligné, sont également différents pour les deux pays où les firmes pharmaceutiques occupent une place différente dans le champ. La France, ayant largement opté pour le Subutex®, doit composer avec la firme pharmaceutique Schering Plough. La Belgique par contre, ayant opté pour des préparations magistrales est moins au prise avec Bouchara Recordati. Les organismes assureurs, par contre, apparaissent comme des acteurs centraux dans les derniers épisodes et les évolutions de politiques en matière de drogues. Les coûts

engendrés par les traitements entraînent donc la prise de mesures sécuritaires dans une optique de réduction des coûts des soins de santé.

### **3. Usage de drogues et secteurs associés : entre tension et coopération**

Tant la France que la Belgique visent à une politique globale et intégrée en matière de drogues. Toutes deux mettent en place des circulaires en ce sens et appellent les différents secteurs concernés à prendre, à certains égards, une direction commune. Différents secteurs sont donc concernés. Le dialogue ne va pas toujours de soi, ces acteurs ayant d'ailleurs peu l'occasion de se rencontrer. La question de la frontière géographique évoquée dans cette partie peut faire l'objet d'une réflexion élargie. En effet, les différents secteurs en présence peuvent être envisagés comme défendant un territoire, protéger une « frontière » entre secteurs, décrivant un « mélange des genres ».

A l'occasion d'un contrat de recherche européen, une équipe du Clersé a mis sur pied un dispositif de recherche particulier pour discuter de ces politiques publiques de part et d'autre de la frontière<sup>282</sup>, ce que nous avons appelé le « groupe d'analyse franco-belge des politiques de réduction des risques et des pratiques transfrontalières liées à l'usage de produits licites et illicites »<sup>283</sup>. Étaient réunis des acteurs des différents secteurs concernés, du politique au judiciaire en passant par le médical et le psychosocial. Envisager l'action publique en matière de drogues sur un terrain où les « frictions » normatives sont susceptibles de survenir à tout moment et où les consommateurs sont amenés à composer ou jouer avec la frontière semble en effet particulièrement intéressant. Cette analyse en groupe s'est étalée sur deux ans avec l'aide de

---

<sup>282</sup> Voir le rapport de recherche (Duprez, *et al.*, 2005).

<sup>283</sup> Ce groupe était animé par Dominique Duprez et Marie-Paule Giot. Il comprenait Marie-Sophie Devresse Séverine Hermant, Colette Lamarche, Pascale Jamouille et nous-même, du côté des chercheurs. Il était composé d'acteurs de différents secteurs. Si nous citons leur nom, c'est parce qu'ils ont accepté et même insisté pour être cités lors de la présentation des résultats. Il s'agit de José Bayer, (Espace de prévention et d'information sur les conduites addictives (Epicéa), Lille), Patrick Banneux, (Conseil Régional du Nord-Pas-de-Calais et Association de Prévention Spécialisée du Nord, Lille), Jean-Bernard Cambier (parquet de Tournai), Béatrice Drouet, (Groupe Ecoute Information Drogue, Centre Hospitalier de Valenciennes), Claude Gaultier (Tribunal de Grande Instance, Valenciennes), Dominique Lamy (médecin généraliste et réseau Alto, Mons), Hugues Reyniers, (Ministère de la Région Wallonne, Direction Générale de l'Action sociale et de la Santé, Jambes), Catherine Van Huyck (Modus Vivendi, Bruxelles), Jacques Van Russelt, (Fédération Wallonne des Institutions pour Toxicomanes et Centre Alfa, Liège), † Alain Vanthournout (Canal J, Tournai) et Marie Villez (Groupement Régional de l'Association Nationale des Intervenants et Toxicomanie et Cèdre Bleu, Lille).

professionnels en toxicomanie appartenant à divers secteurs. L'expression « professionnels en toxicomanie » est retenue ici pour son usage courant, malgré la réserve des chercheurs sur le terme de toxicomanie et le fait que certains professionnels comme les médecins et les magistrats ne se vivent pas sur cette taxinomie. Au départ de diverses discussions thématiques, le groupe s'est donné pour objectif de contribuer à éclairer l'action publique accompagnant ces comportements dits « à risques », cela dans une visée à plus long terme qui tend à favoriser les échanges franco-belges dans la perspective de l'intégration européenne. Par une analyse approfondie des différentiels législatifs tout d'abord, et ensuite des formes que prennent cette action publique dans le domaine des soins, de la prévention, de la justice pénale ou de la réduction des risques, le groupe a tenté de mettre en lumière les diverses logiques qui traversent l'action des professionnels en matière de drogues œuvrant dans les différents secteurs concernés.

La méthode utilisée est celle de l'analyse en groupe (Van Campenhout, *et al.*, 2005) présentée dans la deuxième partie de cette thèse. Pour rappel, l'objectif est réunir des acteurs directement impliqués dans une même problématique. A partir de situations concrètes, les participants sont amenés à présenter leurs logiques de travail et leurs enjeux. Ce qui distingue la mise en œuvre de la méthode dans ce cas-ci, c'est notamment la diversité du groupe. En effet, la réflexion menée collectivement par les divers acteurs du groupe ne pouvait pas s'articuler autour des mises en situation par l'étude de cas ou de dossiers présentés à l'ensemble des participants, comme ce fut le cas pour le groupe réunissant des médecins généralistes. La multiplicité des horizons des acteurs (pas moins de neuf professions représentées) a en effet conduit l'équipe de recherche à envisager d'adapter le fonctionnement des séances à ces particularités. Il a donc été décidé de proposer aux participants une discussion organisée autour du « point de vue » de l'un d'entre eux sur un sujet donné, sélectionné collectivement pour chaque réunion, sans exclure pour autant des présentations de cas. Ces analyses en groupe étaient organisées sur l'ensemble d'une journée, impliquant un investissement plus important des participants comparativement aux soirées organisées avec les médecins généralistes. Le groupe d'analyse s'est donc réuni durant cinq journées au cours desquelles différentes thématiques ont été abordées : la nouvelle législation belge en matière de stupéfiants et la notion d'usage problématique ; les flux transfrontaliers relatifs aux soins des usagers de drogues ; la prévention et la réduction des risques en

milieux festifs en France et en Belgique ; la politique de prévention en matière de stupéfiants et de conduites à risques.

Dans la suite du document, nous reprendrons donc des extraits de ces journées de travail et les propos émis par les participants. Sans nommément citer le membre du groupe qui s'exprime, nous le resituerons à partir de son activité professionnelle.

### 3.1. Les lois pénales en débat

Si les commissions parlementaires, interministérielles à propos des toxicomanies, les rapports de pharmaciens, de médecins, de psychiatres et d'experts se sont succédés en Belgique comme en France, ils n'ont pas été suivis, selon les membres du groupe, des mêmes effets dans les deux pays. Se pose ainsi la question de l'opacité du travail législatif, qui fait dire à un magistrat que « parfois, on se demande qui était à l'origine de tel texte... Cela amène à se poser la question, d'une part, des technocrates et, d'autre part, du monde politique : "Faut-il être technocrate pour prendre la bonne décision politique ?" ».

Outre cette critique sur l'adéquation des textes aux transformations sociales et à la compétence de leurs rédacteurs, la loi et les diverses normes encadrant formellement les conduites à risques, ou, plus précisément, les usages de drogues, ont un statut tout à fait paradoxal dans le discours des professionnels. Sans cesse mobilisées en tant que cadre de référence, présentées comme complexes, difficiles à prendre en compte dans les pratiques, parfois même comme élément avec lequel il est nécessaire de prendre distance, les normes légales ne cessent de « contaminer » les discours, tant à titre de repoussoir que de nécessité objective. En effet, chaque professionnel estime important de se positionner personnellement de façon critique par rapport aux lois pénales et de faire part de sa position aux autres acteurs. On remarquera que les professionnels du champ judiciaire, spécialistes de la loi dans son sens le plus strict, n'échappent pas à cette dynamique.

Les opinions affirmées à l'égard de la loi pénale concernent tout d'abord ses limites formelles. « Elle ne trace pas toujours un cadre cohérent, il faut finalement faire usage du "bon sens" » souligne un magistrat ; « la loi n'est pas claire » rappelle une psychologue ; « elle est inapplicable » répète à plusieurs reprises une intervenante en toxicomanie... Celle-ci attribue en partie cette inapplicabilité au fait que les

fonctionnaires sont débordés par ce contentieux inflationniste dont la gestion n'a pas été préparée. Le caractère « paradoxal » de la loi est également relevé à travers de nombreux exemples : ainsi, en Belgique, un magistrat relève que la loi de 2002 introduit l'idée que le traitement de substitution ne vise le sevrage que dans les limites du possible (et admet donc l'impossibilité pour certains de se passer de produits...), mais s'empresse aussitôt de réprimer la détention de cannabis. Il est aussi question du côté aléatoire de l'application de la loi pénale. « La loi n'a pas les moyens de sa politique » souligne un intervenant dans le champ psycho-social :

« On est devant une application aléatoire de la loi en fonction des acteurs judiciaires, des lieux, des événements. On assiste parfois à des opérations coup de poing sur un quartier, sur une ville qui vont amener à l'interpellation de dizaines de personnes. Puis la commune sera laissée dans la déserrance judiciaire pendant plusieurs années ».

Présentée comme « figée », incapable de tenir compte de l'évolution des personnes et des pratiques des professionnels, la loi pénale apparaît tout au long des débats comme profondément inefficace, tant dans son aspect d'exemplarité que dans sa capacité à prendre en charge l'évolution du phénomène social que représente la consommation de drogues.

Les professionnels du champ judiciaire reconnaissent qu'un champ d'application trop large, en France comme en Belgique, conduit nécessairement les acteurs de la prise en charge pénale à faire exercice d'un pouvoir d'appréciation considérable. Ceux-ci s'en expliquent d'ailleurs longuement et précisent la rationalité et les limites de cette nécessité : l'application de textes aussi vastes ou aussi complexes n'est pas sans créer de malaises de la part de ceux qui sont censés les interpréter, mais la gestion au cas par cas représente souvent un impératif que les textes ne pourront jamais encadrer de manière satisfaisante.

« L'opportunité des poursuites qui est confiée au parquet est un pouvoir extraordinaire que l'on donne au parquetier, mais c'est aussi ce qui fait une bonne partie de la richesse de la fonction. Si on code les infractions, on les met dans un ordinateur et puis on fait entrer le cas... quel sens est-ce que cela peut avoir ? C'est donc quelque chose de très intéressant sur le plan démocratique. Et il y a des correctifs : par exemple, lorsqu'il y a des victimes, celles-ci peuvent pousser le Procureur du Roi s'il restait inerte ».

Un magistrat belge souligne par ailleurs que la Belgique, de par son organisation communautaire, est sans doute plus habituée que la France à assumer les écarts dans la

création et l'application de la loi. La division linguistique, souvent traduite par des disparités décisionnelles au nord et au sud du pays, s'impose de manière pragmatique.

Mais l'égalité devant la loi ne suppose pas nécessairement l'égalité de traitement. Ainsi, un magistrat explique combien la prise en compte d'un contexte social peut moduler légitimement l'application de la loi :

« Moi, cette disparité, elle ne m'inquiète pas parce qu'il y a des arrondissements judiciaires qui sont épargnés par la criminalité et la grosse délinquance. Eux ont peut-être la possibilité d'accorder du temps à ces problèmes alors que d'autres sont bien débordés par une criminalité tout à fait inquiétante. Mais la sensibilité des gens est aussi différente selon les lieux. Là où une vente de cannabis, par exemple à Anvers, ne suscite aucun émoi ; dans une petite place dans les Ardennes, c'est autre chose. Et si le Procureur du Roi trouve que cet arrondissement judiciaire a le temps, en plus, de répondre aux aspirations d'une bonne partie de sa population, pourquoi pas ? Le problème, c'est qu'effectivement selon que l'on se fasse pincer sur une petite place et qu'on ait le même comportement ailleurs, on aura une réponse différente : en fonction du lieu, en fonction du temps, pour un même comportement, on peut voir des réactions totalement différentes et pourtant justifiées et justifiables ».

Reste que cette appréciation suppose une forme d'indétermination du permis et de l'interdit qui pose problème aux membres du groupe. Définir les choses *a posteriori* rend difficile la construction d'un discours cohérent et la mise en place de programmes de prévention ou de réduction des risques. Le pouvoir d'appréciation des acteurs pénaux est la plupart du temps vivement critiqué par tous les intervenants : « ce pouvoir d'appréciation est hors la loi, a-légal » remarque avec inquiétude un Belge représentant une institution publique. « La police a une marge de manœuvre très large » constate une psychologue. « Comment voulez-vous que les usagers puissent se référer à une loi commune qui, bien qu'elle soit écrite, n'est pas appliquée partout de la même façon ? » poursuit-elle. C'est souvent le contexte local qui détermine l'usage qui est fait de la loi, au risque de ne pas être vraiment en phase avec la législation en vigueur.

Les magistrats, pourtant soucieux de conserver un pouvoir d'appréciation redoutent aussi les « inégalités de traitement » qui peuvent être induites par leurs propres pratiques. Une assistante sociale craint que l'application de la nouvelle loi belge combinée à une politique de gestion des risques « à outrance » conduise à créer des clivages de populations séparant d'une part, ceux qui peuvent se débrouiller avec la loi, qui peuvent se rendre invisibles et échapper à la police et, d'autre part, ceux qui sont les plus faibles, ont le moins de ressources et de moyens. Les intervenants psycho-médico-



sociaux semblent d'ailleurs tous redouter une « distribution différentielle » de la loi pénale selon les espaces ou selon les catégories sociales auxquelles appartiennent les usagers de drogues. En d'autres termes, tout le monde est d'accord pour dire qu'une norme-cadre qui laisse un pouvoir d'appréciation aux acteurs pénaux fait courir le risque d'une reproduction des clivages sociaux. C'est alors la seule confiance en la qualité (de l'appréciation) des magistrats qui est en jeu et pas autre chose.

### 3.2. Des secteurs en tension

Le renvoi, par le magistrat, d'un usager vers le secteur du soin est sans doute un élément important à retenir dans cette évocation des frontières normatives limitant les comportements et les interventions. Encadrée par la loi en France comme en Belgique, sa mise en œuvre est évidemment de nature à susciter le débat entre acteurs de divers secteurs. La première évocation de cette pratique dans les discussions du groupe a d'ailleurs eu lieu à l'occasion d'une réflexion sur la notion de dépendance et sur l'impossible entente des différents intervenants sur celle-ci. Si une définition simple de la dépendance n'est pas possible ni même souhaitable, l'attente de sevrage qu'ont encore certains magistrats à l'égard des usagers de drogues renvoie directement à cette question et suscite de vives réactions chez les intervenants du secteur psycho-médico-social. Dans l'injonction thérapeutique et l'injonction d'abstinence qui lui est (parfois) sous-jacente, la détermination du « qui fait quoi ? » occupe une place de choix.

Dans cette discussion, la position des acteurs du champ judiciaire est claire : le renvoi vers un autre champ d'intervention est important. « Les parquets vont chercher d'autres méthodes que la répression pour pouvoir répondre plus adéquatement à ces comportements atypiques que sont ceux des toxicomanes » explique le magistrat belge. Ce renvoi ne s'opère pas sans interrogations, comme le rapporte ce magistrat français :

« Par rapport à la loi, par rapport à la règle, j'ai la possibilité d'obliger de faire des démarches ou d'interdire certains comportements. En quoi cela peut être un support, une interpellation utile dans une démarche globale ? Quand il y a obligation de soin, on peut ou non poser une exigence sur le type de soins, sur le partenaire qu'on peut exiger. Il m'arrive d'être assez regardant et de la faire transparaître par rapport à ceux qu'on a appelé les "médecins dealers". Je vais alors essayer de diriger la personne vers quelqu'un de plus reconnu. De quel droit puis-je ou non interdire à quelqu'un de faire telle ou telle chose ? Et comment puis-je bloquer un suivi de l'autre côté de la frontière ? »

Si ce renvoi n'est pas sans poser de problème, on verra comment seront qualifiées de « dérives », les confusions de rôle dans le domaine thérapeutique intégré au monde judiciaire. On retiendra cependant une formule intéressante employée par un intervenant social pour mettre fin à une discussion qui pourrait ne pas en avoir : « il est surtout important de déterminer des accords entre professionnels ». Ainsi, si les travailleurs n'ont pas toujours d'emprise sur le tracé des limites de leur secteur d'intervention, ils en ont sur les engagements et les arrangements qu'ils peuvent prendre les uns à l'égard des autres. Ainsi, comme le montrent les vives discussions relatives aux réseaux d'intervention et à l'injonction thérapeutique, la détermination d'une « entente » entre travailleurs permet, en situation, de trouver des repères et de tracer un cadre à l'intervention.

Les intervenants du champ de la toxicomanie sont bien souvent appelés à travailler ensemble avec un même public, parfois au même moment. Des collaborations se développent dans un secteur marqué par des logiques de concurrence et de territoire. La question de la légitimité des actions des uns et des autres se pose fréquemment soit ouvertement ou de manière plus détournée. On pourrait même croire, selon les discours entendus, qu'un champ ait des compétences naturelles pour certains types d'action, et qu'il soit inconcevable que d'autres interviennent dans le même créneau.

Le caractère polysémique du terme compétence dans le champ des intervenants en toxicomanie renvoie à une dimension institutionnelle (compétences des Régions, des Communautés, des ministères...) qui s'ajoute aux savoirs professionnels et aux qualités relationnelles. A priori, ces deux dimensions semblent se distinguer or, à partir des discours tenus par les participants, on s'aperçoit que les dimensions institutionnelles - en Belgique notamment avec les différentes instances décisionnelles (Régions, Communautés, fédéral, provinces,...) – contaminent les champs professionnels et produisent des « frontières », des « barricades »<sup>284</sup>. Chaque secteur occuperait ainsi un domaine de compétences qui lui serait propre et sur lequel les autres secteurs n'auraient pas à empiéter. Chacun deviendrait donc « naturellement compétent » dans des domaines définis et exclusifs, point de vue défendu par un intervenant belge.

---

<sup>284</sup> Pour reprendre la métaphore de Ruggiero : « Parmi les barricades les plus résistantes et les plus dures (rudes), il y a celles qui sont construites de l'intérieur » (Ruggiero et South, 1996, 329).

Certains évoquent, entre autres, un isolement et un cloisonnement entre secteurs. Nous avons notamment constaté d'importantes difficultés de coexistence entre les différentes logiques d'action. Celles-ci se marquent principalement dans la rencontre entre les pratiques pénales et les suivis psycho-médico-sociaux. Les participants ont évoqué le risque de pénalisation des médecins pour prescriptions abusives de produits psychotropes ou encore la difficulté de travailler avec un public judiciairisé. Dans le même ordre d'idée, les suivis médicaux ou psychosociaux des usagers de drogues sous injonction pénale continuent de poser problème aux professionnels de l'aide et du soin. Ces derniers voient dans l'intrusion de la justice dans le champ sanitaire, une redéfinition implicite de leur propre rôle, redéfinition parfois problématique au regard de leurs principes éthiques et déontologiques.

Le reproche principal des intervenants du champ sanitaire à l'égard du pénal est d'empiéter sur leur domaine de compétences. Une psychologue s'interroge sur les frontières entre la justice et le corps médical « en ce qui concerne une définition de la dépendance ». Elle met cet exemple en relation avec « l'injonction thérapeutique en France qui provoque un tollé sur qui fait quoi entre la justice et le corps médical ». Une des difficultés pointées est la divergence des objectifs poursuivis par les deux types d'acteurs en présence dans cette injonction.

« Par rapport aux partenaires de santé, l'obligation de soin mise en avant par la justice vient en contradiction avec l'adhésion de la personne à son processus de soin. Comment, alors, travailler ensemble ? ».

Ainsi, la « confusion des genres » est critiquée, davantage par les acteurs du champ socio-sanitaire que par les acteurs du monde judiciaire. Le juge d'application des peines se trouve, à ce titre, dans une position intermédiaire, se disant dans l'impossibilité de travailler de manière isolée : « Ce travail touche à des dimensions sociales qui dépassent la compétence et la spécificité du juge lui-même ». Il serait alors « contraint », comme la loi l'y invite, à mobiliser d'autres ressources, notamment au niveau sanitaire. Cette collaboration est principalement axée sur une évaluation du besoin d'une prise en charge spécifique, comme il le souligne :

« Nous, on n'a pas cette compétence, et il faut être clair par rapport à ses propres limites. Le but du travail avec un partenaire, c'est d'essayer de passer un relais, voir s'il y a une demande de soin, voir si la personne qui aurait une demande de soin est prête à s'engager dans une démarche de prise en charge et de quel type. C'est la rencontre avec le centre spécialisé qui va permettre cette démarche de soin ».

La « confusion des genres » souvent critiquée revient à dire : « Le prévenu toxicomane n'est pas un prévenu comme les autres, le magistrat devient un prescripteur médical et le médecin l'exécutant d'une sentence » J. Chénu cité dans (Simmat-Durant et Rouault, 1997). Toutefois, une psychologue nuance les propos de l'ensemble du groupe.

« L'opposition traditionnelle entre justice et soin ne me semble pas juste. Ce n'est pas particulier à Valenciennes où on a essayé de mettre en place une sorte de respect mutuel qui permet, me semble-t-il, à chacun de travailler correctement. Dire « la loi, c'est la loi », je suis d'accord. Mais la façon de traiter la loi me semble vraiment importante. Autant le champ médical refuse au champ juridique le droit de décider de la qualité d'un soin, autant il me semble que le juge est là pour appliquer la loi, mais qu'il est en droit et qu'il a la possibilité de décider de comment il va le faire ».

L'importance de l'histoire politique en Belgique est telle qu'elle continue de marquer les positions des travailleurs œuvrant dans le champ des drogues. Ainsi, il fut tout à fait intéressant de remarquer combien ce sont les Belges qui semblent les plus préoccupés par les conflits de compétences entre les secteurs sécuritaire et socio-sanitaire en matière de drogues.

### 3.3. Sécuritaire versus sanitaire

Comment concilier des logiques d'action parfois distinctes, voire en opposition ? En fonction des acteurs, des secteurs d'intervention et des dispositifs en jeu, les enjeux de ces « collaborations » semblent bien distincts. Qu'il s'agisse de la fonction exercée, de la construction d'une culture professionnelle ou du rapport à la déontologie, les configurations de collaboration se distinguent. « Idéalement, la multiplication d'intervenants impliqués dans un partenariat désiré ou contraint devrait tendre à une concertation organisée entre acteurs et assurer l'efficacité d'une action collective. (...) Cependant la réalité des pratiques semble bien différente. (...) Ainsi, loin de favoriser la concertation des acteurs et la coordination de leurs interventions, l'effet premier de la multiplication des intervenants est le plus souvent décrit en termes de *juxtaposition* ou de *superposition*. C'est notamment le cas, dès lors que ces interventions multiples prennent place les unes à côté des autres sans que rien ne vienne les articuler ou que plusieurs acteurs interviennent en même temps pour faire à peu près la même chose » (De Coninck et Hubert, 2005, 40). Ce dernier cas de figure fut abondamment illustré lors d'une journée de travail à partir des interventions préventives de la police dans les

écoles. Certains programmes belges de prévention sont ainsi organisés par les forces de l'ordre, comme le souligne ce travailleur social :

« Le programme MEGA, d'orientation psychopédagogique, est dispensé par un policier en tenue et non armé. « Une relation de confiance devra s'établir entre le policier et l'enfant tout en identifiant parfaitement les partenaires ». « Ce programme vise à donner à l'enfant les outils de connaissance nécessaires pour se faire sa propre idée sur le sujet abordé, notamment en insistant sur le respect de soi-même et de l'autre ». D'après les chiffres que nous avons pu recueillir, 150 policiers auraient été formés au niveau fédéral pour faire de la prévention sur les drogues, avec, au programme : les services de sécurité, consommation et abus de drogues, les pressions, développer l'image de soi, les styles de réponses et l'affirmation de soi, le stress, résoudre des situations particulières, l'influence des médias, prendre des risques et les alternatives ».

La question posée est celle de la légitimité des policiers d'intervenir sur des thématiques aussi variées que le stress ou l'image de soi. Cet intervenant poursuit en prenant l'exemple des opérations policières « coup de poing » dans les écoles :

« Et parallèlement à ces programmes psychopédagogiques proposés aux écoles par la police, on assiste à des opérations préventives de type coups de poing, avec intervention de brigades canines dans les écoles, interrogatoires, fouilles au corps, ... Ca va même jusqu'à des fouilles de transports scolaires. Ces opérations sont aussi qualifiées de préventives, ce qui peut interroger sur ce qu'est la prévention et sur la confusion entre le sécuritaire et le psychothérapeutique ».

Les compétences des policiers ne sont toutefois pas remises en question dans des domaines qui leur seraient propres. Mais cette question des compétences policières à exercer une fonction préventive est, elle, au cœur des débats. Les représentants du secteur de la prévention évoquent une dérive sécuritaire.

« La question des compétences est importante. Beaucoup d'acteurs ont leur place dans les écoles. Qu'un policier explique son travail, parle du deal, du racket dans des cours d'apprentissage à la citoyenneté, je n'y vois aucun inconvénient. Mais pour parler de l'image de soi, de pathologie, de santé, ... le policier est-il le mieux à même d'intervenir ? Est-il normal que les enseignants soient formés, en matière de santé, par des policiers ? Il me semble qu'il s'agit d'une dérive et d'une confusion des compétences assez inquiétantes ».

Cette psychologue poursuit sur la confusion des genres, inadmissible à ses yeux. Les participants critiquant les actions policières préventives semblent craindre un amalgame du public entre ces interventions et le travail psycho-médico-social :

« Et c'est vrai que je suis toujours un peu agacée quand j'entends un policier dire « Oui, mais vous savez, nous on est un petit peu psychologue ». En général, la plupart de ceux que j'ai entendus ne sont

pas des psychologues, parce qu'ils sont dans le « faire peur » et qu'ils sont dans quelque chose qui est antinomique avec le changement personnel, qui est l'injonction de changer « tu dois être différent », et ça, c'est vraiment l'impossibilité de permettre à quelqu'un de changer. (...) Alors comment on pourrait, nous en tant que psycho-médico-social, revenir autour de ça ? C'est peut-être aussi aider les policiers à se former. (...) Mais si on emploie tout notre temps à former la police, on n'aura plus le temps de former les autres, et donc, on tourne en rond et on n'y arrivera pas ».

La déontologie est l'argument clé avancé pour les opposants à ces interventions policières.

« La question de la déontologie est aussi fondamentale. Quelle liberté le policier a-t-il, vis-à-vis de sa hiérarchie, de garder le secret suite à des propos qu'aurait tenus l'enfant ? ».

Cette multiplication d'acteurs, évoquée en termes de juxtaposition ou de superposition des interventions, est également décrite en termes de dilution des tâches et de déplacement des secteurs. L'accent est mis sur l'enchevêtrement des interventions, au détriment, selon les participants, de leur cohérence et du respect de la spécificité de chacun. Cet enchevêtrement est illustré par les propos de ce magistrat belge :

« A l'inverse d'une affaire de coups, de vol, on ne sanctionne pas un comportement [dans les affaires de stupéfiants], on sanctionne un individu. Je trouvais que dans cette problématique-ci [l'usage de drogues], la connotation individuelle était prégnante par rapport à l'infraction. Et donc, dans mon raisonnement, je trouve d'autres intervenants dont l'action était plus pertinente ou en tout cas complémentaire à la mienne. J'ai donc pris tous des contacts (...) avec le monde de la prévention. J'ai parfois dû poursuivre des médecins ou des pharmaciens (...). Là aussi c'était délicat parce que je voulais être aussi partenaire, ce n'était pas toujours très facile. Evidemment, très rapidement, nous nous sommes heurtés à notre secret professionnel réciproque. (...) Nous sommes comme deux plaques tectoniques : elles se chevauchent, elles se heurtent mais il n'y aura pas de mélanges entre ces deux mondes parce que si le matériau est le même, les objectifs sont différents ».

Comme l'évoque Trépos, « le succès de ce travail de liaison dépend tout d'abord de la capacité du groupe professionnel de définir un équilibre entre deux exigences qui, poussées à bout, pourraient se révéler contradictoires. D'un côté, il faut réussir à démontrer que la compétence revendiquée par le groupe répond bien à un besoin social incontestable, dont la non-satisfaction serait dommageable. Cette opération peut être menée à bien si la réponse proposée (la compétence) peut se prévaloir de la science : un savoir, positif, neutre et universel. D'un autre côté, il faut écarter la menace d'abus de pouvoir que peut faire peser toute position de monopole (surtout lorsqu'elle peut se

réclamer de la science) » (Trépos, 1992, 43-44). Ces deux exigences (réponse à un besoin social et élimination de toute menace d'abus) ne semblent pas être remplies dans les situations exposées. Ainsi, la question du monopole et de la menace d'abus, principalement dans le secteur de la prévention, est au cœur des discussions. Les participants évoquent des dérives sécuritaires. Ils semblent craindre que le créneau de la prévention dans les écoles leur soit fermé dans le futur, à l'avantage du policier. Ce débat illustre une sorte de « guerre de territoires » pour la légitimité de ses propres actions.

La question du secret professionnel est également emblématique des résistances que peuvent manifester des acteurs qui se sentent menacés dans l'exercice autonome de leur pratique. Elle est d'ailleurs au cœur des différends entre le secteur sanitaire et judiciaire. Pour certains acteurs socio-sanitaires, créer un partenariat avec la police est synonyme de « collaboration ».

« La politique belge souhaite une justice ferme mais humaine. D'une part, on assiste à des dérives vers les rôles thérapeutiques (« Le juge ou les agents de justice doivent avoir un rôle presque thérapeutique »). D'autre part apparaît une optique sécuritaire (« Les éducateurs, travailleurs de rue, etc. ont aussi un rôle sécuritaire. Ils ont la mission d'assurer la tranquillité dans les rues, etc. »). La question du secret professionnel est alors mise en jeu par rapport au devoir de tout citoyen de dénoncer un danger pour autrui, etc. Sous prétexte que les secteurs doivent collaborer, que la politique se veut cohérente, ces dérives sont de plus en plus présentes. Pourquoi faut-il à tout prix toujours qu'il y ait cette fameuse interface où il faudrait faire ensemble la même chose au même moment pour que tout se passe bien ? ».

Trépos évoque à ce sujet les accusations de non légitimité de l'exercice d'une compétence et également les questions déontologiques émergeant également au cours des séances de travail. « Un autre travail doit être mené en direction des pairs, afin d'écarter toute accusation de concurrence déloyale, d'insuffisance de compétence (et de surcroît toute accusation de faute déontologique) » (Trépos, 1992, 47).

Un grand nombre de questions concernant les frontières du social et du sécuritaire apparaissent donc dans les discours des participants, qu'ils appartiennent au secteur socio-sanitaire ou judiciaire. La gestion des drogues renvoie-t-elle prioritairement à un problème de santé publique ou de sécurité publique ? Assiste-t-on à un mouvement de criminalisation de la santé publique ou au contraire à un mouvement de « médicalisation » d'un problème de sûreté ?

Ces réticences à la collaboration sont également évoquées en termes de « cultures professionnelles » distinctes, voire opposées, mais également comme une incapacité de certains champs de reconnaître leurs propres limites :

« Du côté judiciaire, je vois la difficulté de travailler avec d'autres partenaires, plus pour des problèmes de cultures. On est dans des milieux qui ont des cultures, des déontologies tellement différentes que le partenariat n'est pas donné d'emblée. (...) Je suis un peu surpris par l'attitude du judiciaire qui a un peu trop de certitudes par rapport à sa capacité à répondre aux problèmes posés socialement, dans la qualité des réponses, des décisions qui sont prises, dans l'efficacité des décisions. On s'aperçoit que ce n'est pas parce qu'il y a eu une décision de justice que les problèmes sont d'emblée résolus. Il y a quand même aussi une culture au niveau de la pratique des magistrats, notamment pour ceux qui ne sont pas des magistrats en lien avec le social : il y a une volonté de se couper dans la décision ou dans la dynamique judiciaire des autres partenaires en disant que « Bien juger, c'est ne pas trop se mêler avec les autres ». Plus on a du recul, plus on est isolé dans la décision, plus on est indépendant. Rencontrer d'autres partenaires, c'est prendre des risques de subir l'influence d'autres partenaires et donc de ne plus être indépendant dans la gestion et dans l'application du droit ».

« Chacun examine en effet la situation et la réponse institutionnelle à apporter selon sa discipline professionnelle – juridique, sociale, économique, thérapeutique – et, à l'intérieur de celle-ci, selon l'orientation qu'il entend privilégier dans l'exercice de sa mission (aide, soin, prévention, contrôle, sécurité, répression, etc.). Le cloisonnement des pratiques (...) se manifeste ici dans la dénonciation mutuelle de l'hermétisme des catégories de pensée et d'action des uns et des autres » (De Coninck et Hubert, 2005, 53). Cette problématique centrale apparaît dans la demande incessante de clarification des rôles et la répartition des rôles entre les acteurs des champs judiciaire, social, médical et préventif, comme le souligne ce travailleur social :

« Ce qui est fondamental, c'est que des accords clairs soient établis entre répressif et sanitaire mais également des limites claires. L'important est donc de reconnaître les limites et les différences de chacun plutôt que de vouloir toujours être semblables ».

Ainsi, si l'absence de repères clairs domine de plus en plus dans le champ de la toxicomanie (en raison, notamment, de l'acuité du débat prohibitionniste, des flous législatifs et de la malléabilité du rapport à la loi), les acteurs se trouvent désormais confrontés à la nécessité de tracer eux-mêmes les limites de leurs interventions et de redéfinir leurs positions respectives.

« Il faudrait apporter quelques précisions sur le partage des compétences. On parle de compétences partagées. Il faudrait insister sur les limites des compétences ».



Alors que le magistrat estime aujourd'hui nécessaire de s'ouvrir à d'autres référents que la loi pénale (ouverture aux définitions de situation produites dans le champ socio-sanitaire, par exemple) et se confronter à d'autres mondes (le monde médical, entre autres), il doit tracer les limites de son positionnement propre, en tension entre son rôle pénal et son rôle social et en tentant d'éviter toute confusion dommageable à lui-même et à l'utilisateur. Le même constat est à formuler pour les autres participants, notamment cette psychologue :

« Je crois que c'est vraiment important qu'il y ait des rencontres entre professionnels, mais parfois plus pour définir qui nous sommes et jusqu'où nous pouvons aller dans le dialogue et quelles sont les limites aussi. Dans la note politique gouvernementale de 2001, on disait « il faut trouver des accords clairs entre les acteurs de la justice, de la répression, du thérapeutique ». Je ne dis pas qu'il ne faut pas des accords clairs, mais il faut des limites, parce que des accords clairs, ça peut être des accords où tout le monde fait n'importe quoi ».

Bien que des partenariats soient effectifs dans le champ de la toxicomanie et que des pratiques innovantes émergent, les participants ont principalement discuté des difficultés concrètes, des incompréhensions et des tensions résultant de la complexité des échanges entre champs. Ces difficultés se marquent principalement entre le sanitaire et le judiciaire. Les pierres d'achoppement se situent notamment au niveau du secret professionnel, de la déontologie, des compétences légitimes à l'exercice de certaines activités, de l'hermétisme de quelques praticiens et de cultures professionnelles parfois présentées comme incompatibles. Les pratiques innovantes sont relativement peu évoquées par les participants. Ceux-ci semblent davantage inscrits dans une logique de « survie », dans un repli sur le plan financier. En effet, dans un contexte de restrictions budgétaires, de suppression notamment en France du dispositif emploi-jeune, les acteurs placent leur énergie dans la recherche de financements et mettent, par conséquent, en veilleuse l'innovation. Cette innovation demanderait en effet un certain confort, une tranquillité, des moyens pour se développer. Les politiques publiques actuelles n'incitent pas à l'innovation. Les dispositifs semblant « innovants » sont davantage dictés par les pouvoirs publics. Comme l'évoque Donzelot, l'Etat joue un rôle d'animation des différentes actions. Son objectif ne serait pas de proposer des actions nouvelles, mais davantage d'en réaliser des différentes avec les mêmes moyens et les mêmes acteurs, avançant une politique publique par la manière douce, en usant de persuasion et d'incitations budgétaires. « Animer, c'est inviter à l'action quand on ne peut y contraindre, susciter des dynamiques au lieu d'une attente passive de solutions

toutes faites » (Donzelot et Estèbe, 1994, 53). Ainsi, « lorsque l'Etat ne dispose plus, ou plus autant qu'autrefois, des moyens d'imposer une règle fondée sur des valeurs supérieures aux choix individuels et justifiant leur subordination – parce que les normes qu'il a prônées se révèlent inutiles ou ont perdu beaucoup de leur crédibilité – il lui reste la possibilité d'imposer une règle libérant les choix individuels mais de telle manière que la question de la production du lien social devienne leur affaire » (Donzelot et Estèbe, 1994, 232-233). L'exemple le plus probant de cette « animation » est la mise en place de consultations cannabis, largement liée à une incitation des pouvoirs publics, formatant par là même les actions mises en œuvre. Nous constatons ainsi que les pratiques innovantes émanent davantage de la réduction des risques. Son statut particulier lui permet ainsi d'innover dans le champ des pratiques.

Cette initiative de rassembler ces acteurs de différents champs permet de révéler l'état des relations entre les différents secteurs du champ des toxicomanies amenés à « travailler ensemble » selon les volets pensés par les pouvoirs publics. En Belgique, il semble clair que des frontières se soient dressées entre le pénal, la prévention et la réduction des risques. Au niveau pénal, nous avons souligné l'hétérogénéité des pratiques des parquets au niveau local, pouvant amener une réflexion sur l'existence véritable de politiques pénales en tant que telles. De nombreux soucis sont également liés à l'existence de nombreuses concertations, pensées aux différents niveaux de pouvoir, amenant les acteurs à participer à de nombreuses réunions (certains évoquent le retour de la fameuse « réunionite aigue »), dépensant ainsi une énergie considérable qu'ils ne fournissent dès lors plus dans leurs actions. La Belgique est, à cet égard, exemplaire du fait de la mise en place de nombreux lieux de concertation (au niveau de la santé mentale, de la toxicomanie,...) pensés par le fédéral, la participation à ces dispositifs étant la condition sine qua none à l'acceptation des financements des actions proposées.

La médecine générale peut être appréhendée comme en-dehors de ces préoccupations relationnelles, souvent présentée comme une pratique « en solo ». Or, les analyses de la deuxième partie de cette thèse ont souligné le poids important d'autres pratiques dans la prise en charge des usagers de drogues, allant du recours aux hôpitaux, aux psychiatres, aux travailleurs sociaux, etc. Toutefois, les liens entre la médecine générale et le secteur de la réduction des risques semblent assez ténus. A part quelques médecins investis dans

le secteur associatif et dans la problématique des drogues (nous pensons notamment aux présidents d'associations « généralistes et toxicomanie » ou encore Alto, à *Médecins du Monde* ou *Modus Vivendi*), nous avons constaté peu de processus de renvoi des médecins généralistes vers la réduction des risques. Dans le sens inverse, l'affirmation doit sans doute être nuancée, les associations de réduction des risques étant fréquemment en lien avec le secteur médical. Cette absence de contact peut-elle s'expliquer à partir des politiques publiques ? Pour la Belgique, nous pouvons faire l'hypothèse que la sectorisation du champ des toxicomanies influencerait ces processus de renvoi. La segmentation des pouvoirs et la multitude des niveaux de compétence ne seraient pas un moteur pour le développement de telles coopérations. En France, l'hypothèse de l'importance de l'identification de secteurs distincts freinerait ces initiatives, chacun des secteurs souhaitant protéger ses propres sources de financements.

Pour la plupart, ces acteurs se rencontraient pour la première fois. Il existe, en effet, peu de lieux informels qui pourraient contribuer à la mise en œuvre d'une politique publique intégrée. C'est dans ce sens que la recherche sociologique sur les questions des drogues devrait s'orienter par le biais de dispositifs novateurs, pouvant ainsi faire remonter certaines recommandations aux pouvoirs publics, dans un contexte où la question des drogues réapparaît dans l'agenda politique.

#### **4. De l'articulation des politiques publiques aux actions professionnelles**

La mise en œuvre des politiques publiques à travers diverses mesures ne va pas sans poser problème. Concernant le champ des toxicomanies, on constate des « frictions », voire des « barrages » entre les modes et les logiques d'intervention pouvant prendre la forme d'une série d'oppositions : santé / sécurité, soins / sanctions, risques / dangers, individuel / collectif, etc. Bien que ce schéma dual semble simpliste, il pose la question des incertitudes, des limites de l'identification des compétences entre les soins et la répression. La notion de santé publique est en soi complexe et polymorphe.

Le champ de la toxicomanie est révélateur de l'incertitude des pratiques et des positionnements. Il interroge le glissement entre protection des individualités et protection de la société. Il semble, au regard de nos analyses, que l'élément perturbateur des débats est la question de la sanction. La question, au cœur des débats, est alors : A

quoi sert la sanction dans le champ de l'usage de drogues (si on exempt le trafic) ? Alors que l'usage est « punissable », l'usager est « guérissable ». La problématique sécuritaire est contenue dans cette opposition : punir et guérir, soigner les individus et gérer les risques collectifs.

Concernant la question de l'incertitude, certains diront que la démocratie est le régime politique qui a mis l'incertitude comme principe fondamental de gouvernementalité. Il permet à l'incertitude d'exister. Elle est présentée comme la contrepartie de la liberté des individus. Or par le biais des politiques publiques, la tentation est forte de vouloir mettre un terme à cette incertitude. Le recours au politique est d'ailleurs une des réactions à cette incertitude, à savoir une demande de précisions quant aux limites à poser. La question des seuils est d'ailleurs au cœur de la gouvernementalité, le risque étant d'aller chercher du côté de la science la certitude que la politique ne peut fournir. Ainsi, dans le contexte récent sont posés des seuils de consommation au-delà desquels le danger est avéré, les seuils au-delà desquels l'usager doit être soigné ou puni. Des « experts » sont alors sollicités, ils permettent de formuler une réponse à ces incertitudes. Or le politique est pris dans les mêmes difficultés et incertitudes, devant notamment se situer entre un certain fantasme de la toute-puissance et la tentation constante du nécessaire. Ainsi, la question des risques est constamment présente, à l'heure où l'on évoque une judiciarisation de la vie politique. La nécessité est donc de multiplier les types d'espaces publics où on peut parler librement en ayant des points de vue différents.

En abordant la question des toxicomanies, on se rend compte que la subjectivité est devenue le problème central de la question sociale. La question est la suivante : Comment traiter les conséquences de la responsabilisation de l'individu, de la problématique de l'individu autonome ? Comment produit-on un individu qui soit 'gouvernementalisable' ? Ainsi, comment organiser une société qui soit telle que les individus soient suffisamment libres pour pouvoir se déployer comme ils l'entendent dans certaines limites ? Le rôle du politique est donc celui d'intervenir sur la manière dont les limites sont posées, soit dans le sens d'un élargissement des libertés ou d'une réduction de celles-ci. La logique assurantielle entre dans ce même schéma posant la question du « jusqu'où doit-on intervenir ? ». L'incertitude entre punir et guérir, les soins et les sanctions conduit le politique à calculer les risques et les coûts, mais cette

logique est également celle du professionnel (calculer les risques et les coûts de la mise en place de telle ou telle pratique) et celle de l'usager de drogues (calculer les risques des consommations ainsi que leurs coûts).

### **Conclusion : L'ère de la médicalisation contre l'ère sécuritaire ?**

Par rapport aux prescrits légaux et aux politiques publiques, cadres de référence incontestablement mobilisés par les professionnels du champ de la toxicomanie, on voit se dessiner diverses formes d'attitudes. La mise en œuvre de la critique est vraisemblablement le premier élément frappant du rapport à la norme. La loi conduit nécessairement à l'insatisfaction et elle est critiquée en Belgique comme en France pour son imprécision, son opacité, son inapplicabilité, son caractère figé et son inadéquation par rapport aux évolutions sociales.

On observe ensuite des formes et des procédés de distanciation, des stratégies de contournement, ou encore des modes d'appropriation de ces prescrits légaux par les acteurs des différents secteurs en toxicomanie mais aussi par les usagers de drogues. Les acteurs judiciaires comme les professionnels de l'aide et du soin composent à la fois malgré la loi et avec elle dans un rapport relativement ambigu à son égard : elle est à la fois nécessaire et encombrante. On apprend à s'en accommoder et à s'en servir. Dans ce contexte, les limites deviennent négociées, à l'intérieur et entre les champs d'intervention, dans le contexte local et avec les spécificités transfrontalières. Il semble qu'un bon accord entre professionnels vaut mieux qu'une mauvaise norme édictée, du moins en ce qui concerne les limites des interventions respectives.

Au milieu de ces préoccupations pour les normes encadrant la pratique, la question de l'interdit est sans doute un des éléments le plus souvent débattu : il semble que la norme pénale, norme d'interdit par excellence, ne soit plus en état de le soutenir, sans que pour autant il soit envisageable de verser cet interdit dans un autre texte... Cette difficulté à soutenir l'interdit par la norme pénale vient en partie des évolutions sociales et de la vivacité du débat antiprohibitionniste, mais surtout de l'incapacité de la norme elle-même à produire du sens dans son contexte d'application.

Par rapport à cette question, une piste est envisagée, celle du tracé des limites comportementales, en rapport avec la connaissance précise de ce que représente la consommation pour les usagers. Il n'y a en effet pas de constance dans la définition du

« trop » ou de l'abus. Le rapport à l'interdit se construit donc en situation et prend des formes variables, dans une approche que l'on pourrait qualifier, au sens large, de culturelle. Reste que s'il est question de déterminer, dans cette optique, non plus des limites strictes mais des seuils de consommation pour les usagers, la détermination implicite de ces seuils dans les prises en charge des professionnels occupe une place importante dans les pratiques.

Enfin, à travers ce thème des normes se pose indirectement la question des limites des divers champs d'intervention et de la difficulté, en matière de drogues, de se situer aux frontières des secteurs psychologique, social, médical, préventif, pénal. La loi pénale représente toujours l'élément butoir sur lequel se heurtent les pratiques de tous les acteurs, y compris les acteurs policiers et judiciaires. Ainsi, l'idée de « porosité » des frontières entre champs est sans cesse interrogée. Les professionnels montrent combien ils sont sensibles à ce qui se passe dans le secteur voisin et comment leurs pratiques se trouvent éventuellement influencées ou infléchies par les pratiques d'autres acteurs. Mais ce faisant, ils tracent également les limites de cette influence. Car si des collaborations entre secteurs se mettent aujourd'hui en place sans difficulté (le suivi thérapeutique sous injonction, par exemple), certaines vont apparaître impossibles (la dénonciation des « rechutes » de l'utilisateur, entre autres).

## CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE

Cette dernière partie éclaire à nouveau notre questionnement initial sur le micro- et le macro- sociologique en rendant compte des contraintes qui pèsent sur l'acteur et des stratégies qu'il met en place. Elle met également en exergue les effets pervers des politiques publiques sur les recours et les dispositifs de réduction des risques. Sans cette analyse particulière du transfrontalier, nous serions passée à côté d'éléments explicatifs centraux dans la compréhension de la situation belge et française en matière de soins aux usagers de drogues.

La question des drogues n'a pas été abordée de manière similaire dans les différentes zones étudiées. En Belgique, nous avons noté la prégnance d'une interrogation des parquets qui, à la fin des années 1980, a rencontré celle de médecins généralistes. En France, l'urgence s'est matérialisée par le biais des pouvoirs publics, relayant les préoccupations de précurseurs aux marges de la médecine. Les initiatives ont été relayées par les instances départementales et régionales qui ont, à proprement parler, lancé la dynamique des formations et des réseaux. Ce n'est que lorsque des financements ont été disponibles que les médecins se sont investis dans la problématique réfléchissant à la mise en place de réseaux thématiques.

Concernant les soins aux usagers de drogues, les contacts entre le Nord et le Hainaut remontent à une longue tradition prenant la forme d'échanges d'expériences, de pratiques, de modes d'intervention, de formations et d'intervision mais aussi de relais de patients. Au départ, dès les années 1980, ces échanges permettent de faire sortir le médecin français de l'illégalité, c'est toujours un peu le cas maintenant. Mais il s'agit surtout de donner l'opportunité à des patients d'échapper aux effets pervers d'un dispositif qui semble avoir été pensé pour certains types de patients et pas pour d'autres. En effet, les usagers problématiques et désinsérés que ce soit socialement ou professionnellement sont au cœur de ce dispositif. Les usagers festifs peuvent frapper à des portes différentes qui suscitent toujours les controverses dans les deux pays.

L'utilisateur inséré est moins pris en compte et l'utilisateur ayant connu différents échecs thérapeutiques voit ses possibilités assez réduites.

Lorsque l'on étudie les mobilités transfrontalières, c'est un ensemble de notions disparates qui vient se placer à l'avant plan de l'analyse. On trouve tout naturellement l'idée de frontière qui n'a pas perdu de son sens lorsque s'est mis en place un processus d'ouverture territoriale. On trouve aussi la notion de territoire qui s'impose dans la mise en œuvre d'une législation au sein d'un pays et qui transcende la réflexion sur les mobilités. C'est ensuite la notion de représentations qui vient, en amont, expliquer l'émergence d'une part des mobilités. Enfin, en aval, les notions d'ajustement et de résistance rendent compte des répercussions provoquées par les déplacements d'utilisateurs de drogues dans et hors de leur territoire national.

Nous l'avons noté, des différentiels législatifs entre la France et la Belgique induisent des adaptations de pratiques tant des utilisateurs, que des familles ou des intervenants. Ainsi, par leur recours à la Belgique, les acteurs français opèrent des stratégies d'adaptations et d'évitements par rapport au système français. Les familles se rendaient en Belgique au moment où les traitements méthadone n'étaient pas accessibles en France, certaines continuent de s'y rendre. D'autres passent la frontière en raison du manque de places dans les structures françaises. Les utilisateurs tentent d'échapper à une contrainte (liée au dispositif ou à la forme du traitement) qui ne leur serait pas adaptée. Les professionnels contournent la législation en vigueur lors des départs en vacances ou du déménagement de leurs patients.

Les différentiels législatifs marquent également les représentations des acteurs de terrain. La proximité de la frontière et les mobilités transfrontalières déjà anciennes ont un impact sur la représentation des acteurs au sujet des recours voisins. Ils produisent notamment des effets de réputation. Ceux-ci sont principalement liés aux réglementations en matière de soins. Les traitements de substitution ne bénéficieraient pas de la même notoriété de part et d'autre de la frontière, tant auprès des professionnels des soins que des utilisateurs ou des familles. Ainsi, sur le terrain, la prescription de méthadone en Belgique est encore souvent stigmatisée par les médecins français bien qu'il semble que de plus en plus de professionnels reconnaissent que ce mode d'accompagnement soit adapté à un certain type de public, principalement les personnes insérées professionnellement. La Belgique est parfois tellement perçue comme laxiste



que des intervenants, des usagers et des familles parlent de « médecins dealers ». Cependant si cette référence est mobilisée dans certains entretiens, c'est vraisemblablement dans une optique de différenciation d'avec les « *bons médecins* ». On constate effectivement des pratiques distinctes entre les professionnels des différents territoires, mais cette variabilité de pratiques est notable au sein d'un même territoire. Ainsi, une analyse détaillée fait apparaître différents profils de médecins généralistes en rapport aux usagers de drogues. Se note une hiérarchisation des pratiques de part et d'autre de la frontière allant de l'évitement de ces patients à la spécialisation dans la prescription de traitements de substitution.

Les politiques publiques et les différentiels législatifs permettent d'expliquer dans les grandes lignes les mobilités, que ces différentiels aient trait aux soins aux usagers de drogues ou à la politique de la sécurité sociale. Les mobilités ne décroissent pas et sont au cœur des préoccupations des praticiens, c'est moins le cas des pouvoirs publics.

Partant du constat de l'influence des recours des usagers de drogues sur les pratiques des médecins généralistes, nous avons souligné que ces passages de frontière configurent le champ des pratiques des médecins, ouvrant un champ de pratiques différenciées en fonction de la distance parcourue par le patient. Les praticiens semblent davantage assumer ces bricolages et ces pratiques hors la loi, la justifiant par un rejet de certains patients par le système français. En poussant plus loin le raisonnement, il s'agit d'apporter une assistance à une personne en danger ne pouvant se faire aider par les dispositifs mis en place dans son pays. Ces distances parcourues exacerbent les angoisses des médecins qui poursuivent tout de même l'activité.

La question de la frontière ouvre donc sur des interrogations sur les recours et sur les pratiques. Cette frontière interroge également les espaces d'intervention des différents secteurs et leur légitimité. Ainsi, en resituant les pratiques médicales à l'égard des usagers de drogues dans l'ensemble plus vaste des politiques en matière de drogues, on s'aperçoit que cette notion de frontière est opérante pour rendre compte des tensions qui existent entre la prévention, la justice et le soin, entre autres. Alors que la France et la Belgique tentent de proposer une politique intégrée et cohérente en matière de drogues, cet objectif est contrecarré par les logiques de territoire, de financement, de légitimité au cœur des logiques d'action des différents secteurs en toxicomanie.

La tendance à la médicalisation de l'usage de drogues semble aller de pair avec une montée du discours sécuritaire et le renforcement des contrôles des usagers et des professionnels des différents secteurs. Dans un cas comme dans l'autre, nous assistons à la mise en place de seuils à partir desquels une personne peut être soignée, une personne peut être interpellée ou un médecin peut pratiquer. Ainsi, outre le seuil de détention de produits illicites comme le cannabis, les pouvoirs publics accentuent la tendance en décrétant un seuil à partir duquel le médecin doit suivre certaines conditions (plus de un patient sous traitement de substitution), un autre seuil à partir duquel il ne respecte plus la norme (plus de 150 patients par médecin). L'appel aux experts et la limitation des pratiques par le biais de seuil de tolérance rend compte notamment d'une volonté des pouvoirs publics de gérer les incertitudes inhérentes au dispositif même.



# **CONCLUSION GENERALE**





Au terme de cette recherche, arrêtons-nous sur ce qui nous semble l'essence de cette thèse, non pas pour la résumer et encore moins pour en écrire le point final. Tout en reprenant quelques résultats fondamentaux de ce travail dans un premier temps, cette conclusion vise principalement à ouvrir l'analyse et à dégager de nouvelles pistes à explorer.

### **La médicalisation en question**

La médicalisation de l'usage de drogues est à la fois un objet ancien et nouveau, nous l'avons souligné. Alors que les traitements de substitution pour opiacés-dépendants sont légalement reconnus et largement pratiqués, l'émergence de « nouvelles consommations » pose la question de nouveaux traitements. De même, l'introduction de nouveaux dispositifs (aussi diversifiés que l'AMM du Suboxone®, l'UROD, la commercialisation de la méthadone en gélules en France, etc.) et les expérimentations en cours pourraient laisser croire en un consensus et une évolution linéaire vers une prise en charge plus adaptée, acceptée de tous. Or ces « nouveautés » suscitent toujours des débats et déchaînent les passions tant des professionnels que des pouvoirs publics ou des usagers eux-mêmes. Aborder l'usage de drogues sous un angle médical est loin d'être une évidence pour l'ensemble de la profession médicale et, plus globalement, pour la population générale. Pour certains citoyens, comme pour certains médecins, l'usage de drogues n'est pas une maladie, il ne relève pas du champ sanitaire. Ainsi, la médicalisation de l'usage de drogues est loin de faire l'unanimité bien qu'elle ait gagné du terrain. L'introduction de la réduction des risques allant de paire avec la représentation de l'usager de drogues comme acteur de sa propre trajectoire, ont pourtant permis aux mentalités d'évoluer.

L'étude des soins aux usagers de drogues nous informe sur les capacités de changement d'acteurs professionnels, mais aussi sur les résistances, les enjeux et les effets pervers de ceux-ci. Certains médecins généralistes ont opéré de véritables « ruptures » dans leurs pratiques. Refusant catégoriquement ces patients, ils se sont peu à peu spécialisés dans la problématique. Investis, d'autres ont mis fin à cette partie de leur activité. Certains médecins ont vu leur positionnement se renforcer sans cesse, qu'ils soient favorables ou non à l'accompagnement des usagers. D'autres trajectoires rendent compte de positionnements variés dans le temps, définis en fonction d'événements divers sur lesquels nous nous sommes arrêtés.

La capacité de résistance des acteurs professionnels se marque au niveau du refus catégorique de s'investir dans la problématique, au niveau d'un désinvestissement ou encore de la mise en place de « stratégies de réduction des risques » pour éviter les dérives. Ces résistances prennent la forme d'effets pervers, le champ belge étant notamment marqué par une désertion progressive des médecins investis et par le désintérêt des plus jeunes.

Cette analyse des soins aux usagers de drogues permet également de revenir sur une conclusion classique en sociologie de la santé et des professions, à savoir que la construction de pratiques professionnelles n'est pas homogène et figée. La médecine générale est en effet traversée par des tensions. La définition même de cette activité est l'objet de discussions. Les effets provoqués par cette médicalisation lente sont, de manière claire, la création d'un segment de professionnels se spécialisant dans la thématique (type de « l'acceptation assouplie ») et la création d'une périphérie opposée et opposante (type du « refus affiché ») véhiculant des représentations et des préjugés ayant un impact fort sur la nouvelle génération de praticiens. Entre les deux, se situent ceux que nous pourrions appeler les « modérés », ni contre, ni totalement pour, acceptant sous condition (type de « l'acceptation réservée »).

### **Santé publique et usage de drogues : de l'usager-délinquant au patient-acteur ?**

Revenons à présent sur une question posée au début de ce travail et à laquelle nous avons proposé des éléments de réponse : qu'est-ce qui fait qu'une réalité sociale va devenir un « problème » de santé publique et le rester ? La construction de ce « problème » répond à deux logiques. Elle est le fruit d'une double opération : la médicalisation et la politisation de faits sociaux. Ceux-ci ont fait et font toujours l'objet de l'intervention d'experts et de profanes, de médecins et de législateurs, de médias et d'associations qui les font exister. Il s'agit de ce que Fassin nomme une « sanitisation du social » ou la « réécriture d'un problème social en langage sanitaire » (Fassin, 2005, 29). L'usage de drogues illustre parfaitement cette double opération : d'une déviance relevant d'une logique répressive, cet usage est devenu, au cours des années 1980-1990, un enjeu majeur de santé publique, « non seulement par l'invocation du danger d'infections telles que le sida et l'hépatite, mais aussi par son rapprochement avec le tabagisme et l'alcoolisme en tant que dépendances pathogènes plutôt que pratiques illégales : construction sociale à la fois d'un risque et d'une équivalence qui permet de

traduire une menace sociale en un péril sanitaire » (Fassin, 2005, 30). Ainsi, pour rendre légitime et acceptable la prise en charge des usagers de drogues, il a fallu montrer qu'ils n'étaient pas des marginaux dangereux relevant de la répression, mais des êtres souffrant psychologiquement et présentant des risques infectieux (pour la population générale et pour eux-mêmes) nécessitant des mesures médicales, ou, comme c'est le cas pour certains, des citoyens acteurs de leur propre santé. Ce mouvement a-t-il abouti ? Notre travail nuance certainement la réponse. La balance oscille toujours entre ces deux logiques qui, nous l'avons souligné, ont du mal à se concilier et à trouver une place satisfaisante aux yeux de tous, au sein d'un même secteur mais également des autres secteurs concernés par la problématique. Le sanitaire et le pénal éprouvent notamment des difficultés à échanger sereinement et de vifs débats restent ouverts. De même, la majorité des médecins généralistes reste tiraillée entre proposer un accompagnement « classique » à l'utilisateur et organiser ses pratiques dans une logique de contrôle.

Nous avons montré comment un problème social en vient à s'inscrire dans l'agenda politique et se traduire dans un programme de santé publique. On a montré les effets pervers de ces dispositifs : la focalisation sur certaines populations cibles et l'incapacité d'intégrer d'autres usagers, la prégnance d'une matrice cognitive et normative et ses limites, l'ambivalence de la médecine et les tensions qui la traversent, les dérives des patients mais aussi des médecins, les discours publics et médiatiques se focalisant sur certains échecs semant le trouble dans l'opinion publique, mais aussi au sein des professionnels quant aux objectifs poursuivis et aux éventuelles retombées positives.

La santé publique engage la manière dont nous considérons le monde qui nous entoure. « Faire de la santé publique, c'est ainsi – pour le meilleur et pour le pire – changer à la fois notre regard et notre intervention sur le monde » (Fassin, 2005, 13). L'« entrée » de l'usage de drogues dans la « santé publique » a nécessité des changements de regards et de pratiques, a tenté d'induire un changement de mentalités, mais cette entrée n'a pas suffi. L'ambivalence prévaut toujours et nul n'a la réponse à la question : l'utilisateur de drogues relève-t-il de la médecine, et plus particulièrement de la médecine générale ? Les avis sont nombreux et souvent tranchés. Une politique pensée en termes répressifs et médicaux est-elle viable ?

Les structures sanitaires et les dispositifs, héritages de cette « entrée » en santé publique, se moulent dans des formes politiques spécifiques à chaque contexte. Le

développement des pratiques avant leur réglementation et une législation particulière a des effets directs sur le champ. Lorsque la législation précède ou accompagne le développement des pratiques, le paysage et le champ se configurent différemment.

La Belgique a oscillé, au fil des années, entre liberté thérapeutique et versant sécuritaire en matière de prise en charge sanitaire des usagers de drogues. Diversifiant les dispositifs du bas seuil aux protocoles de soins, les réponses ont varié, proposant à l'heure actuelle un champ diversifié tiraillé entre un contrôle plus important des prescripteurs et un assouplissement des conditions d'accès aux traitements, revendiqué par une partie du monde médical. Cette évolution remonte aux années 2000 avec l'introduction de textes législatifs visant à encadrer les pratiques des prescripteurs et délivreurs de traitements de substitution. Venant contraindre une pratique qui s'était ancrée dans une sorte de « routine », les réactions ne se font pas attendre. Soucieux de conserver leur liberté thérapeutique, les médecins tentent de se protéger. Les conséquences sont telles que certains abandonnent la pratique, d'autres la réduisent.

Bien que nombre d'acteurs judiciaires et politiques envisagent une réforme de fond de la loi de 1970, son esprit reste toujours prégnant en France. Un compromis entre mesures répressives et mesures sanitaires définit le cadre d'action des politiques actuelles. Toutefois, nous constatons une prédominance du sécuritaire sur le sanitaire ces dernières années.

Alors que ces deux chemins ont été pris, l'un par la Belgique et l'autre par la France, ces deux pays semblent actuellement prendre des orientations similaires avec des contrôles directs ou indirects accrus. Toutefois, la nature de ces contrôles n'est pas identique, d'un plan de contrôle pensé par la Sécurité sociale pour les uns, à une législation et un enregistrement obligatoire et spécifique pour les autres. Les enjeux sont évidemment bien différents dans les deux cas, les répercussions aussi. Pour les uns, il s'agit d'être plus vigilants, mais la pression qui s'exerce sur eux et les implications directes relatées sont relativisées par ces médecins qui, pour certains, n'en ont pas connaissance. Pour les autres, l'histoire du champ ponctuée d'affaires judiciaires notoires influence les pratiques et l'engagement des médecins généralistes. Ils y voient notamment une obligation (encore) pressante de formation, de spécialisation et par là-même une réduction de leur autonomie, déjà limitée à leurs yeux.



La santé publique est culturelle, elle s'inscrit dans des contextes particuliers qui en expliquent les spécificités. Les différences institutionnelles constatées sur notre terrain relèvent ainsi de conceptions différentes de l'intervention des pouvoirs publics sur la santé collective. L'histoire politique de chaque pays inscrit ainsi son empreinte sur l'ensemble des dispositifs sanitaires. Comme on a pu le constater dans cette thèse, c'est en quelque sorte « l'expertise médicale [qui] est mise au service de la décision politique » (Fassin, 2005, 23). La santé publique est donc une pratique culturelle. Nous l'avons souligné, les acteurs sociaux, en fonction des « cultures » font exister de manière différente un problème de santé, se traduisant par des réponses et des dispositifs singuliers. A la fois, les problèmes de santé ne sont donc pas de pures créations sociales, des acteurs sociaux jouent un rôle important pour leur donner une place dans l'espace public. Ainsi, « la culture de la santé publique ne se manifeste pas seulement dans sa façon de dessiner la maladie, elle le fait aussi dans sa façon de traiter les malades » (Fassin, 2005, 44). L'inscription de l'usage de drogues dans l'agenda politique et sa lente médicalisation, son inscription comme « problème » de santé en vient à modifier « la culture » de ceux auxquels elle s'adresse et dont elle entend transformer les représentations et les pratiques. Si on envisage que « la santé publique, comme pratique, est socialement construite à travers le travail des objets, des instruments et des acteurs » (Fassin, 2005, 52), l'usage de drogues nous apparaît donc clairement comme un « objet » de cette santé publique. On a vu comment des militants, peu formés mais engagés, se sont mobilisés. C'est en effet parce que certains, issus du monde hospitalier et humanitaire, aux marges de la médecine, mais également de secteurs non médicaux, ont fait de l'usage de drogues leur cause que la santé publique – française et belge – s'est dotée de dispositifs, de réglementations et plus largement ont pris conscience de l'importance des enjeux politiques et sanitaires.

### **L'hétérogénéité des pratiques : entre autonomie professionnelle et prise de risques**

Nous focalisant sur le médecin généraliste, nous envisageons au départ ses pratiques à l'égard des usagers de drogues comme la résultante de « bricolages ». L'hétérogénéité des positionnements des médecins semblait être une réponse adaptée aux demandes variées des patients, les pratiques professionnelles se créant en miroir de recours bricolés des usagers de drogues. C'est en effet en partie le cas, nous l'avons souligné.

Les recours des usagers configurent directement les pratiques des médecins. Ces derniers tentent de réduire la marge de manœuvre des usagers en proposant un cadre, mouvant, qu'ils maîtrisent en dernière instance, opérant un « tri » dans leur patientèle. Toutefois, certains, nous l'avons vu, se font prendre dans un « engrenage » duquel ils ont du mal de sortir. Le tri des patients opéré par le médecin et la tentative d'adéquation entre les attentes des patients et le cadre posé sont donc au cœur de la définition des pratiques, mais elles ne se réduisent pas à cet « ajustement ». Si c'était le cas, nous assisterions à un ajustement apparaissant comme « naturel » entre patient et praticien. Or les pratiques résultent de diverses stratégies mises en place par les uns et les autres pour répondre à leurs attentes, ne pas « dépasser » leur cadre, leurs limites et leur « seuil de tolérance ». A en rester là donc, nous serions passée à côté d'un enseignement majeur de cette thèse. Les pratiques seraient dès lors présentées comme instables, non définies, comme des « bricolages » individuels et multiformes sans autre rationalité qu'une (non) réponse mécanique à une demande.

Or ces pratiques sont fortement cadrées, elles font l'objet de réglementations et de recommandations spécifiques édictées notamment par ceux que nous avons nommés les « instances de contrôle ». Les médecins composent effectivement avec un cadre imposé. Les positionnements sont construits et défendus de manières spécifiques, le cadre différant selon les zones étudiées. La variabilité des pratiques constatée résulte ainsi de l'interprétation différentielle de ce cadre par les médecins généralistes. Elle reflète en quelque sorte l'activité des instances de contrôle et sa perception par les praticiens. Elle résulte d'un processus d'intégration plus ou moins fort des directives et autres réglementations. Ce cadre configure en dernière instance l'activité du médecin et ses priorités en terme de soins aux usagers de drogues.

Partant de la question suivante : « en quoi la variabilité des pratiques des médecins généralistes français et belges à l'égard des usagers de drogues interroge-t-elle les politiques de santé publique ? », nous avons mis en exergue le caractère culturel et mouvant de ces politiques, leurs effets pervers, leurs lacunes, les jeux d'acteurs, les stratégies qu'elles induisent, mais aussi la diversité de l'offre qu'elles créent répondant en partie à l'hétérogénéité des demandes.

Le positionnement du médecin généraliste résulte d'un processus associant des facteurs professionnels, structurels et personnels. Ces facteurs sont de quatre types :

l'influence des patients, celle des confrères, l'intervention directe ou indirecte d'instances de contrôle, les orientations des politiques publiques. Les pratiques avec les usagers de drogues confrontent le médecin à la question des risques. Prénante dans cette activité, la question du risque prend ici une forme différente. Réel ou imaginaire, ce risque est calculé et oriente ses choix et ses actes. Pour le « gérer », tenter de le maîtriser, conserver sa liberté thérapeutique, le médecin utilise les règles formelles et informelles de manière plus ou moins « stratégique ». Ainsi, nous avons mis l'accent sur la complexité des législations et leurs évolutions, mais aussi sur l'autonomie des acteurs par rapport à celles-ci. Il nous semble indispensable de nuancer la perspective : les pratiques ne se réduisent pas au choix d'accepter ou de refuser le patient. Au-delà du caractère contraignant du cadre de travail, nous avons voulu réaffirmer les arrangements et les aménagements de pratiques.

Partant de l'hypothèse que ces pratiques sont composées à partir de l'intégration plus ou moins forte des réglementations et des recommandations, nous défendons que, outre une multitude de facteurs<sup>285</sup> entrant dans la définition des pratiques du médecin généraliste, les politiques de santé publique les influenceraient en dernière instance et de manière déterminante. Le travail de terrain et une analyse plus fine des pratiques nuancent cependant notre hypothèse centrale. En effet, nous avons pu relever le rôle important joué par ceux que nous avons appelé les instances de contrôle. Le rôle de ces instances surdétermine les dimensions politiques et juridiques évoquées précédemment. En France, les actions de Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), menées à l'échelon local sous l'égide des différentes caisses primaires d'assurance maladie, conduisent à des disparités régionales et des contrôles plus nombreux à certains endroits. En Belgique, les Commissions médicales provinciales opèrent ces contrôles qui sont moins systématiques qu'en France, se basant sur des rumeurs ou des plaintes. On constate également des disparités locales. L'incursion du pénal dans la pratique médicale, dans le cas belge, a des effets directs sur celle-ci. Elle se traduit par une cristallisation des enjeux et des risques, certains médecins étant prêts à se confronter à

---

<sup>285</sup> Notamment la représentation des drogues et les contacts directs ou indirects avec celles-ci, la conception de l'identité professionnelle, les logiques de recours des usagers de drogues, le lieu d'installation, les liens entre le médecin et les autres professionnels médicaux, l'expérience personnelle du médecin, la valeur accordée aux résultats des traitements, le sexe du médecin, son origine et son environnement social, la possibilité de renvoi ou non sur des confrères ou des centres spécialisés, l'empathie à l'égard de certains patients ainsi que l'influence de l'univers des croyances du médecin,...

ces risques soit frontalement, soit en s'assurant des portes de sortie (ce que nous avons appelé les « stratégies de réduction des risques »), d'autres pas du tout. Le cadre différant selon les zones étudiées, les positionnements sont construits et défendus de manières spécifiques. Ils reflètent en quelque sorte l'activité de ces instances de contrôle. Résultant d'un processus d'intégration ou de non intégration des directives législatives et règlementaires, les pratiques sont le produit logiquement croisé d'une décision subjective et de l'objectivité des contraintes. Il s'agit d'un processus prenant la forme d'une négociation et d'arrangements. Ces contraintes évoluant au fil du temps, les pratiques sont redéfinies en fonction d'événements marquants impliquant principalement les confrères et les instances de contrôle.

### **La spécialisation comme frein à une normalisation des soins ?**

L'option prise par certains pays de « gérer » le « problème drogue » par le biais de dispositifs spécialisés a marqué les mentalités et les interventions ultérieures. Elle participe ainsi à une diffusion de la représentation de l'usage de drogues comme une pratique « à part », nécessitant un encadrement spécifique. Or au regard de cette thématique, nombre d'acteurs interviennent dans une optique plus « généraliste » appréhendant l'usager non pas comme un délinquant ou un malade, mais comme acteur de sa propre trajectoire. La parole est peu donnée à ces acteurs dans les recherches en sciences sociales et peu relayée, notamment dans les médias où les traits de l'usager comme délinquant ou malade sont souvent grossis. Or ces acteurs ont beaucoup à nous apprendre en termes de connaissances fines des usagers et de leurs styles de vie, permettant ainsi de mettre à mal certains stéréotypes alimentant les discours sur une nécessaire spécialisation.

Peu de médecins s'investissent dans le champ des addictions bien que nous ayons montré le rôle important d'une minorité dans la thématique. Cette minorité active, bien moins visible que d'autres acteurs de la réduction des risques, a largement contribué à une sorte de « normalisation » des soins, en permettant une prise en charge allant au-delà d'une approche médicale des usagers. Cette minorité pose ainsi la question de la spécialisation en médecine générale. Une interrogation de fond doit ainsi être pensée : faut-il laisser à tous l'opportunité d'accompagner quelques patients quitte à ce que quelques médecins hors de toute formation et connaissance prennent des risques avec

les patients, ou faut-il émettre des conditions strictes et invariables quitte à « faire fuir » des médecins potentiellement intéressés ?

« En matière de soins comme en musique, l'accompagnement, s'il vaut par le talent, vaut principalement par l'intention de celui qui accompagne : il peut soutenir comme il peut écraser » (Carpentier, 2000, 43-44). « Il en est de la médecine générale comme de la médecine en général. Elle est déchirée entre deux intentions : guérir ou soigner, autrement dit maîtriser ou accompagner » (Carpentier, 2000, 45). Là se trouve notamment l'enjeu des soins aux usagers de drogues.

### **Entre immobilisme et logique sécuritaire**

L'univers des pratiques des médecins généralistes à l'égard des usagers est captivant, pratiques hétérogènes et complexes relevant de différents positionnements et logiques. Ancré dans un système de ressources et de contraintes, le médecin généraliste mobilise différents arguments en fonction des définitions qu'il donne aux situations, aux usagers, à sa pratique professionnelle et en fonction de sa perception des risques que lui-même et (parfois) le patient encourent. Ces définitions variant au fil du temps et des expériences, nous avons noté la complexité du paysage, mouvant et indécis. Toutefois, sans vouloir présager du futur, le renforcement des contrôles et des conditions risque de figer, en tout cas pour un temps, le tableau esquissé dans ces pages. Cet espace de ressources et de contraintes dans lequel le médecin évolue est marqué de plus en plus du sceau de la normativité. Les perspectives qui se dessinent semblent davantage s'inscrire dans une logique sécuritaire. Les pratiques ne risquent-elles pas de souffrir de cette tendance et de trouver une place par défaut entre un contrôle des usagers et un contrôle des praticiens ?

Dans les soins aux usagers de drogues, comme dans les soins envers d'autres publics, l'ensemble des médecins ne présente pas des pratiques homogènes. Il s'avérerait dès lors intéressant de rendre compte de ce qui régule leurs modes d'intervention, nous venons d'en dire quelques mots. Les tendances sont variables et les frontières sont floues, l'usage de drogues faisant à la fois l'objet d'une attention sanitaire, mais également sécuritaire. Toutefois, le sécuritaire semble peu à peu reprendre le dessus, s'immisçant dans le domaine médical, imposant des normes de bonnes pratiques sous peine de sanction. Les priorités énoncées par les instances politiques et le monde professionnel ont évolué au fil du temps et leur traduction a abouti à la configuration sanitaire actuelle en la matière, soit un mélange des genres.

Une part d'immobilisme caractérise les soins aux usagers de drogues. Cette inertie est notamment marquée, en France, par le contenu de la loi de 1970, jamais révisée sur la question des soins. Il semble que nous soyons face à une répétition de l'histoire bien que des évolutions soient notées, mais la nouvelle législation belge et les contrôles mis en place par la Sécurité sociale risquent de nous ramener à la situation antérieure, à savoir au début des années 1980 lorsque des directives diverses mettaient en garde contre les soins aux usagers de drogues. D'accord, certains pionniers se sont renforcés dans leurs convictions, d'autres médecins se sont investis dans la problématique, mais les médecins moins investis risquent de reproduire le même schéma que précédemment. Il risque d'y avoir une concentration de ces usagers en soins chez quelques médecins alors que la spécialisation dans le domaine en médecine générale est décriée. La question refait donc surface : faut-il spécialiser la pratique ? Le médecin généraliste, investi dans la problématique et envahi de patients, peut-il espérer continuer une activité « normale » et diversifiée, une activité généraliste ? Par les mesures prises par les différentes instances de contrôle, ne se dirige-t-on pas inexorablement vers des lendemains frileux en terme d'investissement dans la pratique avec les usagers de drogues ?

Nous pouvons donc envisager la place de plus en plus importante qu'occupe la médecine dans le champ des addictions comme un retour vers un contrôle social qui ne s'exerce plus par les instances répressives, mais par d'autres biais. Loin de dire qu'il serait préférable que les usagers de drogues ne soient encadrés que par le répressif, soulignons que la médecine doit être consciente du rôle que certains souhaitent lui faire jouer. En effet, la réduction des risques, pour beaucoup, n'est pas envisagée comme un moyen de réduire les risques, mais plutôt comme une prise sur la délinquance, et plus largement sur les pratiques considérées comme déviantes. L'accompagnement des usagers de drogues est donc profondément empreint de questionnements politiques, éthiques et moraux qui dépassent largement le cadre d'une simple définition de pratiques. Les enjeux sont majeurs dans le sens où il en va de la représentation d'une « déviance », d'une « maladie », d'un « comportement à risques » dans la population générale. Peu de place a été laissée au volet préventif dans cette thèse, comme c'est le cas d'ailleurs dans les programmes politiques en matière de drogues. Une réalité peu décrite et analysée dans ces pages : quel est le rôle du médecin généraliste en terme de prévention de l'usage de drogues ? De quels outils dispose-t-il, de quelles connaissances

et comment les utilise-t-il ? La durée de consultation, la charge de travail du médecin et l'absence de relève dans certaines zones, en font-ils des partenaires pertinents de la prévention ?

Cette thèse offre ainsi également l'occasion de s'interroger sur la profession de médecin généraliste, dite en crise. Elle rend compte notamment de leurs acceptations de l'autonomie professionnelle. Revendiquée par une marge de la médecine qui décrit des tâches administratives de plus en plus lourdes, une demande de spécialisation et de polyvalence de plus en plus marquée et une concurrence avec quelques spécialités difficiles à gérer, la question de l'autonomie est au cœur de nos réflexions en ce qu'elle configure indirectement l'acceptation ou non des soins aux usagers de drogues.

Le médecin se dit de plus en plus sollicité comme « assistant social », c'est-à-dire qu'étant en contact avec l'ensemble de la population, il est amené à évoquer les aspects médicaux mais aussi sociaux. On lui demande, comme il dit, de faire du travail social, de la gestion administrative,... et plus uniquement de se centrer sur la sphère médicale. Certains médecins ne sont pas prêts à céder, engagés dans la profession par vocation et pour un idéal de la médecine qui ne correspond pas à ce qu'on leur demande de faire aujourd'hui. Alors que le médecin de famille a depuis toujours tenu en partie ce rôle, n'est-on pas peu à peu en train d'officialiser ce statut ? Le médecin généraliste va-t-il devenir l'assistant social de demain ?

### **De la nécessité d'un travail sur les représentations des drogues**

La médicalisation de l'usage de drogues est toujours une question profondément éthique et morale. Les soins aux usagers de drogues relèvent d'une activité spécifique au regard de l'ensemble des entretiens réalisés. Cet objet particulier permet d'interroger les enjeux actuels de la médecine générale, élevée au rang de spécialité tant en France qu'en Belgique. Rappelons quelques-unes des questions posées dans les pages précédentes : Jusqu'à quel point doit s'exercer le contrôle de l'activité médicale ? L'intrusion de la loi dans ces pratiques ne les stigmatisent-elles pas davantage ? Les effets pervers de cette « intrusion » peuvent-ils être maîtrisés ou certains médecins sont-ils voués à payer les pots cassés ? Comme le disent nombre de médecins rencontrés : « On nous demande de faire de tout, et toujours plus », doit-on dès lors s'orienter vers des généralistes se spécialisant dans quelques domaines et particulièrement celui des usages de drogues ?

Plutôt que de développer nos propres sentiments par rapport à ces questions, soulignons les perspectives de recherche qu'elles ouvrent.

Au cours de la recherche, nous nous sommes rendue compte qu'appréhender le comportement et le positionnement des acteurs qui agissent dans le champ des addictions ne peut se faire qu'en décomposant de manière méticuleuse les effets des nombreuses « contraintes » qui pèsent sur leurs actions. Nous avons également accordé une attention particulière à l'expérience et aux représentations de ces professionnels envisagés comme des êtres singuliers dont on constate que la volonté d'être « acteur », c'est-à-dire s'émanciper en partie d'un ensemble de contraintes et de déterminations, est non négligeable. Leurs positionnements sont d'ailleurs largement influencés par des représentations et définitions de situations alimentées notamment par les rumeurs et autres réputations.

Nous souhaitons revenir sur l'importance d'un travail sur la fameuse et durable dualité de l'usager comme délinquant et malade, comme relevant du champ sécuritaire ou sanitaire avec les quiproquos et dérives qu'elle induit. Proposer un travail de redéfinition des usages et des usagers, comme tend à le faire la réduction des risques, semble une priorité. Il doit être envisagé auprès de l'ensemble des acteurs sociaux, que ce soit au niveau de la justice, de la médecine, mais aussi de la population générale. Un travail sur les représentations semble donc nécessaire et l'ouverture d'alternatives thérapeutiques doit être maintenue.

Dans sa thèse portant sur les procédures pénales à l'égard des usagers de drogues, Marie-Sophie Devresse soulignait que l'institution pénale est marquée par une absence de prise en compte d'un savoir relatif à l'individu dont elle « s'occupe ». « La justice pénale (...) isole l'expérience pénale du reste des expériences sociales. (...) L'action pénale, processus pourtant dynamique dans son ensemble, semble opérer une résistance à appréhender « des affaires » ou des individus « en mouvement » et intègre plutôt la fiction que les usagers sont des individus inertes dont on peut figer la représentation dans une temporalité ou une catégorie comportementale données, ce qui la conduit à réduire cette personne à quelques caractéristiques, dont, bien entendu, la qualité de transgresseur de la norme » (Devresse, 2002, 427-428). Bien que nos objets ne soient pas identiques, ne souhaitant pas faire d'amalgame entre la relation entre un médecin généraliste et un patient, et un professionnel de la justice pénale et un « client », la



question de la représentation est au cœur de la définition des pratiques et des définitions de situation qui guident les actions des uns et des autres. Il semble important de comprendre comment les manières de penser caractérisent la culture médicale, freinent son avancée vers une médecine plus soucieuse de dépasser les *a priori*.

En matière de drogues, l'importance que revêt la notion d'ordre public empêche encore souvent de prendre en compte les véritables besoins des usagers sans devoir les mettre en balance avec la protection de la collectivité et dès lors penser sereinement la définition de la situation autant que sa « gestion » pour une meilleure qualité de vie de chacun. Imaginer d'autres manières de penser l'interdit et les soins, ne pas redouter la décriminalisation de certains comportements, ne pas redouter l'implantation de projets pilotes, sont des attitudes qui permettraient sans doute d'accéder à une connaissance des situations et des individus qui ne soit pas exclusivement étiologique ou normative.

En assumant notre nature idéaliste, ceci est l'énoncé d'un souhait dont nous nous faisons porteuse, même si au terme de nos analyses, le chemin à parcourir semble encore long. Nos travaux montrent que certains médecins, magistrats ou autres intervenants ont acquis ces connaissances et que les interactions avec les usagers de drogues sont bénéfiques, rencontrant en partie les objectifs des premiers et des seconds. Sans être utopique, le chemin à parcourir en termes de formation et de sensibilisation sera long. « Tenter de prendre distance par rapport à leurs propres représentations et par rapport aux opérations de catégorisation qui sont les leurs, aux réductions qu'ils opèrent lorsqu'ils définissent des situations ou lorsqu'ils confondent des personnes avec certains de leurs traits caractéristiques telles que des qualités sociales, morales, entrepreneuriales, sinon éthiques ou physiques... » (Devresse, 2002, 430). Pour une politique intégrée, le travail sur ces représentations est plus qu'urgent à mener : représentations de l'utilisateur de drogues, mais également représentations du travail préventif, répressif et médical. Il est donc indispensable que diverses initiatives soient soutenues et maintenues pour qu'un travail en profondeur soit mené.

Les critiques de la médicalisation de l'usage de drogues sont diverses. De nombreuses associations militantes participent à cette critique, les usagers de drogues eux-mêmes et les associations d'auto-support organisent, à leur niveau, des protestations collectives. Chacune de ces critiques participe à la construction d'images de l'usage de drogues notamment : ce qu'il est et ce qu'il n'est pas ; chacune d'elles détermine des

causes, des conséquences et des effets pervers de la situation actuelle. Ainsi, le « problème drogue » se construit au sein d'arènes publiques : médias, ouvrages, associations, journées de sensibilisation, etc. Chacune de ces perspectives critique les autres, argumente, propose (parfois) des solutions.

Se pencher sur les « nouveaux » dispositifs ou les démarches innovantes, institutionnelles ou non (que ce soit la DHCo, l'UROD, les cannabis clinic ou autres dispositifs peu connus), permettrait d'en savoir plus sur ces fameuses représentations. Plutôt que de s'interroger sur les représentations qu'a la population générale des différents produits, passer par une analyse en termes de dispositifs permettrait, à nos yeux, de creuser la question différemment. Ces « nouveautés » formeraient ainsi un objet sociologique fécond. D'un point de vue théorique, elles constitueraient un champ d'application privilégié pour prolonger les réflexions théoriques contemporaines des formes d'action collectives et de représentations et, d'un point de vue empirique, l'étude permettrait d'affiner l'analyse de la construction des connaissances sur la médicalisation de l'usage de drogues. Il est nécessaire de décrypter les discours producteurs de représentations de l'univers des drogues, qu'ils soient scientifiques, associatifs, politiques, militants pour pouvoir, à plus long terme, entamer un travail d'ouverture, de formation mais aussi et surtout de prévention.

Lille, le 25 septembre 2007



**BIBLIOGRAPHIE**





Abbott, A., 2001, *Time matters. On theory and method*, Chicago, The University of Chicago Press.

Adam, P. et Herzlich, C., 2003, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan Université/SEJER.

Aïach, P. et Delanoë, D., 1998, *L'ère de la médicalisation : ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos.

Aïach, P. et Fassin, D., 1994, *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos-Economica.

Akoun, A. et Ansart, P., 1999, *Dictionnaire de sociologie*, Le Robert/Seuil.

Albarello, L., 1999, *Apprendre à chercher. L'acteur social et la recherche scientifique*, Paris, Bruxelles, De Boeck Université.

Albarello, L., et al., 1995, *Pratiques et méthodes de recherche en sciences sociales*, Paris, Armand Colin.

Allsop, J. et Mulcahy, L., 1998, "Maintaining professional identity : doctor's response to complaints", *Sociology of Health and Illness*, 20, 6, p.802-824.

Alto-SSMG, 1994, *Les fruits d'une expérience, Accompagnement des toxicomanes par les médecins généralistes*, SSMG.

Alto-SSMG, 2005, *Rapport d'activités 2004-2005. Récolte de données statistiques auprès des médecins généralistes*, SSMG.

Amar, A., 1998, "Psychotropes et grossesse", *Le généraliste*, 1867, p.26-29.

ANAES et AFSSAPS, 2004, *Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés*, Service des recommandations professionnelles, Recommandations pour la pratique clinique.

ANAES et FFA, 2005, "Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés: place des traitements de substitution", *Le concours médical*, 127, 9, p.520-526.

Ansseau, M., et al., 2005, *DHCo. Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical. Etude de faisabilité et de suivi : rapport final*, Gent, Academia Press.

Arbaret-Schulz, C., 2002, "Les villes européennes, attracteurs étranges de formes frontalières nouvelles", in Reitel, B., et al., *Villes et frontières*, Collection Villes, Anthropos-Economica, p.213-230.

Aubert, J.-P., 1998, "Le toxicomane en médecine générale : les premières consultations", *La revue du praticien Médecine générale*, 440, p.17-22.

Aubert, J.-P. et Lejeune, C., 2000, "Grossesse et consommation de drogues : comment contrôler les risques ?" *La revue du praticien Médecine générale*, 14, 485, p.121-123.

Augé-Caumon, M.-J., *et al.*, 2002, *L'accès à la méthadone en France. Bilan et recommandations*, Rapport réalisé à la demande de Bernard Kouchner, Minsitre délégué à la Santé.

Auriacombe, M., 1992, *Buprenorphine and laudanum for opiate maintenance*, Annual meeting of the American Psychiatric Association, Washington DC.

Auriacombe, M., *et al.*, 2004, "Conférence de consensus : stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution." *Alcoologie et addictologie*, 26, 4, p.395.

Bachimont, J., *et al.*, 2006, "Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques? L'exemple du diabète de type 2", *Sciences sociales et santé*, 24, 2, p.75-101.

Bachmann, C. et Coppel, A., 1989, *Le dragon domestique. Deux siècles de relations étrangères entre l'Occident et la drogue*, Paris, Albin Michel.

Barbot, J., *et al.*, 1993, *La prise en charge des toxicomanes (héroïnomanes) par les médecins généralistes*, Paris, EVAL.

Barbot, J., *et al.*, 1994, "Comment le médecin généraliste perçoit-il sa place dans le traitement de la toxicomanie ?" *La revue du praticien Médecine générale*, 8, 259, p.24-31.

Barnett, J., *et al.*, 1998, "Declining professional dominance ?: trends in the proletarianisation of primary care in New Zealand", *Social science and Medicine*, 46, 2, p.193-207.

Barré, M.-D. et Benec'h Le Roux, P., 2004, *Approche sociologique des acteurs de première ligne, travaillant dans le cadre de la politique de réduction des risques liés à la toxicomanie. Étude d'un espace professionnel déviant. Rapport final*, MIRE, Paris.

Barry, C. A., *et al.*, 2000, "Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study", *British Medical Journal*, 320, p.1246-1250.

Baszanger, I., 1981, "Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine, futurs généralistes", *Revue française de sociologie du travail*, XXII, p.223-245.

Baszanger, I., 1983, "La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale", *Sociologie du travail*, 3, p.275-294.

Baszanger, I., 1985, "La construction d'un univers professionnel : entrée des jeunes praticiens de la médecine générale", *Sociologie du travail*, 3, p.275-294.

Baszanger, I., 1986, "Les maladies chroniques et leur ordre négocié", *Revue française de sociologie*, 27, 1, p.3-27.

Baszanger, I., 1995, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil.

- Bataille, P., 2003, *Un cancer et la vie : les malades face à la maladie*, Paris, Balland.
- Batel, P. et Balester-Mouret, S., 2003, "Réseaux de soins dans les conduites addictives : où en est-on ? Conduites addictives", *La revue du praticien*, 53, 12, p.1335-1339.
- Baudier, F., 1988, "Jeunes et toxicomanie", *Le concours médical*, 110, p.1329-1332.
- Baudour, J., 1987, *L'amour condamné. Esquisse d'une psychothérapie des toxicomanes*, P. Mardaga éditions.
- Bauherz, G., et al., 1992, *Le bon usage. Prévention du sida à l'adresse des usagers de drogues*, Agence de prévention du sida de la Communauté française, Bruxelles.
- Baumann, M., 2003, "La satisfaction des usagers à l'égard de leur praticien : de la coopération à l'engagement mutuel", in Cresson, G., et al., *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, ENSP, p.207-219.
- Beck, F. et Cytrynowicz, J., 2006, "Usages de drogues illicites", in Guilbert, P. et Gautier, A., *Baromètre santé 2005. Premiers résultats*, Inpes, p.49-58.
- Beck, F., et al., 2006, *Les niveaux d'usage de drogues en France en 2005*, Tendances, OFDT.
- Becker, O., et al., 1961, *Boys in White : Student Culture in Medical School*, Chicago, University of Chicago Press.
- Bégaud, B., et al., 1998, *Evaluer la mise à disposition du Subutex pour la prise en charge des usagers de drogues. Synthèse rapide de la littérature et des données disponibles et propositions pour un programme de recherche*, Rapport réalisé sous l'égide de l'INSERM, par un groupe de travail dans le cadre d'une convention avec le Secrétariat d'Etat à la Santé, Direction Générale de la Santé et le laboratoire Schering Plough.
- Bello, P., et al., 2003, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002. Quatrième rapport du dispositif national TREND*, OFDT, Paris.
- Bello, P., Y., et al., 2001, *Tendances récentes*, Paris, OFDT.
- Berg, M., et al., 2000, "Guidelines, professionals and the production of objectivity : standardization and the professionalism of insurance medicine", *Sociology of Health and Illness*, 22, p.765-791.
- Berger, P. et Luckman, T., 1996, *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand Colin.
- Bergeron, H., 1996, *Soigner la toxicomanie. Les dispositifs de soins : entre idéologie et actions*, Paris, L'Harmattan.
- Bergeron, H., 1999a, *L'Etat et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, Paris, PUF.

Bergeron, H., 1999b, "Politiques publiques et croyances collectives. Analyse socio-historique de la politique française de soins aux toxicomanes de 1970 à 1995", *Déviante et Société*, 23, 2, p.131-147.

Bergeron, H., 2001, *Dispositifs spécialisés "alcool" et "toxicomanie", santé publique et nouvelle politique des addictions. Analyse sociologique du fonctionnement de 4 dispositifs départementaux de prévention des pratiques d'alcoolisation et de prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool*, Paris, OFDT.

Bernat de Celis, J., 1996, *Drogues : consommation interdite. La genèse de la loi de 1970 sur les stupéfiants*, Paris, L'Harmattan.

Berridge, V., 1988, *Drug Research in Europe*, Institute for the Study of Drug Dependence, London.

Bertaux, D., 1976, *Histoires de vies ou récits de pratiques ? Méthodologie de l'approche biographique en sociologie*, Rapport CORDES, Paris.

Bertaux, D., 1980, "L'approche biographique : sa validité méthodologique, ses potentialités", *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 69, p.197-225.

Bertaux, D., 1997, *Les récits de vie*, Paris, Nathan Université.

Beylot, J., *et al.*, 1988, "Les infections à HBV et à HIV en milieu carcéral", *Le concours médical*, 110, 10, p.775-783.

Bidart, C., 2006, "Crises, décisions et temporalités : autour des bifurcations biographiques", *Cahiers Internationaux de sociologie*, CXX, p.29-57.

Binder, P., 1994, "Sevrage ambulatoire des toxicomanes aux opiacés", *Le concours médical*, 116, 13, p.1031-1036.

Binot, E., *et al.*, 1989, *Toxicomanie en Communauté française. Etat des lieux et recommandations*, Livre Blanc, à la demande du Ministre Charles Picqué.

Bismuth, C. et Galliot-Guilley, M., 2001, "Drogues psycho-actives des "rave-parties"", *Le concours médical*, 123, 23, p.1577-1581.

Blanchet, A., 1985, *L'entretien dans les sciences sociales*, Paris, Dunod.

Blanchet, A. et Gotman, A., 1992, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris, Nathan.

Blinder, P. et Borbe, G., 2000, "Les patients consommateurs d'ecstasy en médecine générale", *La revue du praticien Médecine générale*, 14, 484, p.91-94.

Bloch, J., *et al.*, 1998, *Evolution de la prise en charge des toxicomanes. Enquête auprès des médecins généralistes en 1998 et comparaison 92-95-98*, EVAL, Paris, OFDT.

Bloch, J., *et al.*, 1996, *Place des généralistes dans la prise en charge des toxicomanes*, Paris, EVAL.



- Boekhout Van Solinge, T., 1996, *L'héroïne, la cocaïne et le crack en France. Trafic, usage et politique*, Amsterdam/Paris, CEDRO.
- Boubilley, D., 1988, *Grossesse chez une femme toxicomane HIV*, Rapport des Premières Rencontres Régionales, Paris.
- Bouchayer, F., 1985, "Médecines différentes : parcours de généralistes", *Prospective et santé*, 34, p.43-50.
- Bouchayer, F., 2004, "L'inscription sociale de l'aide à autrui : à propos de la prestation de soins professionnalisée", in Schweyer, F.-X., et al., *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, ENSP, p.77-90.
- Boudon, R., 1989, "La théorie de l'action sociale de Parsons : la conserver mais la dépasser", *Sociologie et Société*, 21, 1, p.55-67.
- Bouhnik, P., 1990, "La drogue au quotidien", *Esprit*, 10, p.54-71.
- Boullenger, N., et al., 1992, "Les recherches françaises de terrain sur les toxicomanies", in Ehrenberg, A., *Penser la drogue. Penser les drogues. I. Etat des lieux*, Paris, Descartes, p.87-131.
- Bourdelaïs, P., 1980, "Contagions d'hier et d'aujourd'hui", *Sciences sociales et santé*, 7, 1, p.7-20.
- Bourdieu, P., 1986, "L'illusion biographique", *Actes de la recherche en sciences sociales*, 62-63, p.69-72.
- Bourdieu, P., 1992, *Réponses. Pour une anthropologie réflexive*, Paris, Le Seuil.
- Bourdieu, P., 1993, "Comprendre", in Seuil, *La misère du monde*, Paris, p.1389-1432.
- Bourgeois, I., 2006, *Des dynamiques d'adressage instables et risquées pour les médecins généralistes. Des médecins généralistes qui doivent prendre position entre patients et pairs*, Communication au colloque "Approches sociologiques de la médecine générale : Etat des recherches récentes et perspectives", AFS, ENSP, LAPSS, Rennes, 8 et 9 juin 2006.
- Britten, N. et Ukoumunne, O., 1997, "The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe : a questionnaire survey", *British Medical Journal*, 315, p.1506-1510.
- Broclain, D., 1994, "La médecine générale en crise ?" in Aïach, P. et Fassin, D., *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, p.121-160.
- Broclain, D., 1995, "Faire face à la toxicomanie", *Prescrire*, 15, 147, p.56-57.
- Bry, D., 1998, "Caractéristiques des patients suivis par les médecins généralistes d'un réseau ville-hôpital toxicomanie depuis plus de 6 mois en traitement de substitution", *La revue du praticien Médecine générale*, 12, 442, p.39-42.

- Bucher, R. et Strauss, A., 1961, "Professions in process", *American Journal of Sociology*, 66, p.325-334.
- Bulart, C. et Lahaye, D., 1988, *La toxicomanie et le sens commun: approche sociologique et psychosociologique des discours sur le phénomène de toxicomanie à partir de quatre études menées en Champagne-Ardenne*, Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi, IRS, Reims.
- Bungener, M. et Baszanger, I., 2002, "Médecine générale, le temps des redéfinitions", in Baszanger, I., *et al.*, *Quelle médecine voulons-nous?*, Paris, La Dispute/SNEDIT, p.19-34.
- Bungener, M. et Poisson-Salomon, A., 1998, *Travailler et soigner en réseaux*, Paris, INSERM.
- Cadet-Taïrou, A. et Cholley, D., 2004, *Approche régionale de la substitution aux opiacés 1999-2002. Pratiques et disparités à travers 13 sites français*, OFDT.
- Cadet-Taïrou, A., *et al.*, 2004, "Quel est le nombre d'usagers d'opiacés sous BHD?" *Tendances : "Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004"*, 37, p.1-2.
- Carpentier, J., 1994a, "Faire face à la toxicomanie en médecine générale", *Prescrire*, 14, 140, p.315-319.
- Carpentier, J., 1994b, *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale*, Paris, Ellipse.
- Carpentier, J., 2000a, *Des toxicomanes et des médecins, un drame en trois actes et quarante-sept tableaux*, Paris, L'Harmattan.
- Carpentier, J., 2000b, "La place de l'accompagnement dans la pratique d'un médecin généraliste", in Keller, P.-H. et Pierret, J., *Qu'est-ce que soigner? Le soin, du professionnel à la personne*, Paris, La Découverte et Syros, p.44-59.
- Carr-Hill, R., 1992, "The measurement of patient satisfaction", *Journal of Public Health Medicine*, 14, p.236-249.
- Carr-Saunders, A., 1928, *Professions : their Organization and Place in Society*, Oxford, Clarendon Press.
- Carricaburu, D. et Ménoret, M., 2004, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladie*, Paris, Armand Colin/SEJER.
- Cartuyvels, Y. et Hebberecht, P., 2001, "La politique fédérale belge de sécurité et de prévention de la criminalité (1990-1999)", *Déviante et société*, 25, 4, p.403-426.
- Castel, P., 2005, "Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique", *Revue française de sociologie*, 46, 3, p.443-467.

- Castel, P., 2006, "Les recommandations de bonnes pratiques comme objet heuristique pour la sociologie de la médecine. Commentaire", *Sciences sociales et santé*, 24, 2, p.105-112.
- Castel, P. et Dalgalarondo, S., 2005, "Les dimensions politiques de la rationalisation des pratiques médicales", *Sciences sociales et santé*, 23, 4, p.5-40.
- Castel, P. et Merle, I., 2002, "Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins", *Sociologie du Travail*, 44, 3, p.337-355, Article repris dans Cahiers de chirurgie, 118, 2003, p.112-124.
- Castel, R., 1981, *La gestion des risques. De l'antipsychiatrie à l'après-psychoanalyse*, Paris, Editions de Minuit.
- Castel, R., 1992, *Les sorties de la toxicomanie : types, trajectoires, tonalités*, Paris, GRASS-MIRE.
- Castel, R., 1994, "Les sorties de la toxicomanie", in Ogien, A. et Mignon, P., La documentation française, *La demande sociale des drogues*, Paris, p.23-30.
- Castra, M., 2000, "Devenir usager en soins palliatifs : la construction sociale d'un individu acteur de sa fin de vie", in Cresson, G. et Schweyer, F.-X., *Les usagers du système de soins*, Rennes, ENSP, p.159-177.
- Castra, M., 2003, *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*, Paris, PUF.
- Cauchie, J.-F. et Devresse, M.-S., 2001, "La nouvelle réglementation belge pour le cannabis. Une politique du clair-obscur", *Revue de Droit Pénal et de Criminologie*, 12, p.1165-1186.
- Cazorla, C., et al., 2005, "Complications infectieuses et mésusage de la buprénorphine à haut dosage", *La presse médicale*, 34, 10, p.719-724.
- Chantraine, G., 2002, *Expériences carcérales en maison d'arrêt. Approche socio-historique et biographique d'une institution totale*, Thèse de doctorat, Université des Sciences et Technologies de Lille.
- Charles-Jones, H., et al., 2003, "Transforming general practice : the redistribution of medical work in primary care", *Sociology of Health and Illness*, 25, p.71-92.
- Charpak, Y. et Hantzberg, P., 1989, "Recours des héroïnomanes aux institutions et perception de leur situation", *Sciences sociales et santé*, 7, 3, p.27-46.
- Charpak, Y., et al., 1994, "La prise en charge des toxicomanes (héroïnomanes) par les médecins généralistes", *Epidémiologie et Santé Publique*, 42.
- Charras, I., 1998, "L'Etat et les "stupéfiants" : archéologie d'une politique répressive", *Les Cahiers de la sécurité intérieure*, 32, p.7-28.
- Cholley, D. et Weill, G., 1999, "Traitement de substitution par buprénorphine haut dosage", *Le concours médical*, 121, 20, p.1552-1555.

Citadelle, Cèdre Bleu, 1999, *Accompagnement et suivi de toxicomanes sous substitution*, Programme Interreg II, Rapport intermédiaire.

Citadelle et Alto-SSMG, 2007, *Usage de drogues. Des professionnels vous en parlent. Pratiques partagées autour des assuétudes*, Luc Pire.

Clement, R., *et al.*, 1999, "Subutex-benzodiazépines : attention danger mortel", *Le concours médical*, 121, 12, p.915-917.

Clemessy, J. et Baud, F., 1998, "Intoxication aigüe par les opiacés, la cocaïne et l'ecstasy", *Le concours médical*, 120, 1, p.24-27.

Collin, J., 2002, "Médicaments et personnes âgées. Observance et fonctions symboliques du médicament", *Gérontologie et société*, 103, p.141-159.

Colomb, S., *et al.*, 2001, *Evolution de la prise en charge des toxicomanes. Enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 92-95-98-2001*, Paris, OFDT.

Comité stratégique du programme national hépatites virales, 2005, *Propositions d'actions pour renforcer le dépistage et la prévention et améliorer la prise en charge des hépatites B et C*, Paris.

Coninck de, F. et Godard, F., 1989, "L'approche biographique à l'épreuve de l'interprétation. Les formes temporelles de la causalité", *Revue française de sociologie*, XXXI, p.23-53.

Conrad, P., 1975, "The Discovery of Hyperkinesis : Notes on the Medicalization of Deviant Behavior", *Social Problems*, 23, p.12-21.

Conrad, P., 1985, "The Meaning of Medications : Another Look at Compliance", *Social Science and Medicine*, 20, p.29-37.

Conrad, P., 1992, "Medicalization and social control", *Annual Review of Sociology*, 18, p.209-232.

Conrad, P. et Schneider, J. W., 1985, *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*, Columbus, Merrill Publishing Company.

Coppel, A., 1996, "Vivre avec les drogues. Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France", *Communications*, 62, p.65-109.

Coppel, A., 2002, *Peut-on civiliser les drogues? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, Paris, La Découverte.

Coppel, A., 2003, "Country reports : France", in Meuwissen, K., *et al.*, EMCDDA, *Legal aspects of substitution treatment. An insight into nine EU countries*, Lissabon, EMCDDA.

Coppel, A., *et al.*, 1990, *Recherche-action : prostitution et santé publique - Rapport final*, Paris.

- Cornish, J. W., *et al.*, 1998, "De la cocaïne au crack : La naissance d'une épidémie et ses conséquences." *La presse médicale*, 27, 7, p.312-318.
- Costes, J.-M., *et al.*, 2005, "Épidémiologie des usages de cannabis : Cannabis", *La revue du praticien*, 55, 1, p.17-22.
- Costes, J.-M., *et al.*, 2003, "Les addictions en France : état des lieux : Conduites addictives", *La revue du praticien Médecine générale*, 53, 12, p.1299-1303.
- Couteron, J., 2006, "Le Subutex entre thérapeutique et mésusage", *Le concours médical*, 128, 31-32, p.1275-1278.
- Couturier, E., *et al.*, 1991, "Prévalence de l'infection VIH chez les femmes enceintes de la région parisienne : une enquête anonyme non corrélée, PREVAGEST", *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 33, p.139-140.
- Cresson, G., 2000, "La confiance dans la relation médecin-patient", in Cresson, G. et Schweyer, F.-X., *Les usagers du système de soins*, Rennes, ENSP, p.333-350.
- Cresson, G., *et al.*, 2003, *Coopérations, conflits et concurrence dans le système de santé*, Rennes, ENSP.
- CSH, 1994, *Traitement de substitution à la méthadone. Conférence de consensus*, Ministère de la santé publique et de l'environnement, Bruxelles.
- CSH, 2000, *Rapport de suivi de la conférence de consensus sur la méthadone. Prophylaxie des Maladies de Civilisation (section 1) : assuétudes (sous-section 1.1)* Ministère des Affaires Sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, Bruxelles.
- Curtet, F., 1980, "Attitudes pratiques devant la toxicomanie", *Le concours médical*, 36, supplément, p.1-48.
- d'Houtaud, A., 1998, *Sociologie de la santé*, Paris, L'Harmattan.
- d'Houtaud, A., 1999, *La santé à travers les sciences humaines et sociales*, Paris, Masson.
- d'Houtaud, A., 2003, *A la recherche de l'image sociale de la santé*, Paris, L'Harmattan.
- Daly, J., 2005, *Evidence-based medicine and the search for a science of clinical care*, Berkeley, University of California.
- Danjou, P., 1989, "'Ecstasy" : le cheval de Troie", *Le concours médical*, 115, 25, p.2144-2146.
- Daulouède, J. et Tignol, J., 1994, "L'expérience de l'utilisation de la buprénorphine à Bayonne", *Actes du Colloque Toxicomanies-Hépatites-Sida*, Saint-Tropez, p.173-198.
- Davidson, F. et Choquet, M., 1980, *Les lycéens et les drogues licites et illicites*, Paris, INSERM.

Davidson, F., *et al.*, 1982, "Recherche d'une typologie des jeunes toxicomanes", *Psychiatrie de l'enfant*, 25, 2, p.295-318.

De Certeau, M., 1982, *L'invention du quotidien. Tome 1 : Arts de faire*, Paris, UGE.

De Coninck, F. et Hubert, G., 2005, *Déplacement des compétences de la justice : une analyse en groupes d'acteurs et de chercheurs*, Service fédéral de la politique scientifique, Rapport de synthèse, Bruxelles.

De Ruyver, B., *et al.*, 1993, *Les traitements de substitution à la drogue: état de la question, encadrement psycho-médico-social, pistes de réflexion, mise en garde*, Ministère de la Santé publique, de l'Environnement et de l'Intégration sociale, Fondation Roi Baudouin.

Defraye, A. et Sasse, A., 2004, "Preliminary results of STI Sentinel Surveillance System in Belgium", *Archives of Public Health*, 62, p.259-270.

Deglon, J.-J., 1997, "Faut-il sevrer les toxicomanes de la méthadone ?" *Psychotropes*, 3, 1, p.45-58.

Demailly, L., *et al.*, 2000, "Usagers et mésusagers en santé mentale", *in* Cresson, G. et Schweyer, F., *Les usagers des systèmes de soins*, Rennes, ENSP, p.125-143.

Demazière, D. et Dubar, C., 1997, *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple de récits d'insertion*, Paris, Nathan.

Denig, P., *et al.*, 1988, "How physicians choose drugs", *Social science and Medicine*, 27, 12, p.1381-1386.

Deniker, P., 1988, *Les drogues : trafic et contagion*, Paris, Plon.

Denis, B., *et al.*, 2003, "Traitements méthadone : les généralistes d'Alto évaluent leur pratique", *La revue de la médecine générale*, 204, p.282-287.

Denis, B., *et al.*, 2001, *Evalumet. Evaluation des traitements de substitution (méthadone) menés par des médecins généralistes en Communauté Française de Belgique*, Alto-SSMG, Bruxelles.

Denquin, S. et Ferrand, A., 2004, "La coopération et la pluridisciplinarité comme principes normatifs : les réseaux de soins en cancérologie", *in* Schweyer, F.-X., *et al.*, *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, ENSP, p.177-184.

Depunoy, D., *et al.*, 2003, "Prise en charge des patients toxicomanes", *La revue du praticien Médecine générale*, 17, 624, p.1139-1143.

Dervaux, A. et Laqueille, X., 1999, "Traitement de substitution : les règles de prescription", *la revue du praticien Médecine générale*, 13, 473, p.1589-1592.

Deschepper, R., 1999, "The user perspective project (TUPP) : een internationale studie over geneesmiddelengebruik vanuit het perspectief van de gebruiker", *Kwalon*, 4, 12, p.50-54.

- Devresse, M.-S., 2002, *Usagers de drogues et nouvelles procédures pénales. Constructions institutionnelles et expériences singulières*, Thèse de criminologie, Faculté de droit, Département de criminologie et de droit pénal, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve.
- Devresse, M.-S. et Cauchie, J.-F., 2000, "Nouvelles politiques publiques belges sécuritaires en matière de toxicomanie : à la recherche d'une logique d'alliance...", *Criminologie*, 33, 2, p.109-127.
- Dodier, N., 1993, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métaillé.
- Dodier, N., 2003, *Leçons politiques de l'épidémie du sida*, Paris, EHESS.
- Dodier, N. et Camus, A., 1997a, "L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital", *Annales. Histoire, sciences sociales*, 4, p.733-763.
- Dodier, N. et Camus, A., 1997b, "L'hospitalité de l'hôpital : l'accueil et le tri des patients aux urgences médicales", *Communications*, 65, p.109-119.
- Donzelot, J. et Estèbe, P., 1994, *L'Etat animateur. Essai sur la politique de la ville*, Paris, Esprit.
- Dray, J., 1992, *Rapport d'information sur la violence des jeunes dans les banlieues*, Rapport n°2832 déposé par la Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales, Assemblée Nationale, 25 juin 1992, Paris.
- Dubar, C. et Tripier, P., 2003, *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin/VUEF.
- Duburcq, A., et al., 2002, *Evolution de la prise en charge des toxicomanes. Enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 92-95-98-2001*, Tendances, n° 20, mars 2002.
- Dugarin, J., 2003, *Les enjeux et l'évolution des traitements de substitution à l'héroïne*, XVIe colloque international G&T : La substitution aux opiacés en France : raison ou désillusion ?, G&T, Paris.
- Duprez, D. et Hermant, S., 2004, *Fêtes techno et consommation de drogues : Introduction à une analyse des conduites à risques dans la région transfrontalière franco-belge*, Interreg III, Rapport de recherche intermédiaire.
- Duprez, D. et Kokoreff, M., 2000, *Les mondes de la drogue*, Paris, Odile Jacob.
- Duprez, D., et al., 2001, *Carrières, territoires et filières pénales. Pour une sociologie comparée des trafics de drogues*, Paris, OFDT.
- Duprez, D., et al., 2005, *Les politiques publiques au carrefour des usages de drogues transfrontaliers. Résultats d'une analyse en groupe réalisée avec des professionnels en toxicomanie belges et français*, Clersé, Interreg III.
- Durand, J.-P. et Weil, R., 1997, *Sociologie contemporaine*, Paris, Vigot.

- Durieux, P., 1994, "Les recommandations pour la pratique clinique", in Matillon, Y. et Durieux, P., *L'évaluation médicale. Du concept à la pratique*, Paris, Flammarion, p.48-59.
- Ebert, J., 1988, *Maternité et toxicomanie : approche clinique et proposition d'un type de prise en charge expérimentale*, Université Paris 6, Mémoire C. E. S. Psychiatrie, Paris.
- Ehrenberg, A., 1989, "L'individu sous perfusion : société concurrentielle et anxiété de masse", *Esprit*, 7-8, p.36-48.
- Ehrenberg, A., 1991, *Individus sous influence. Drogues, alcools, médicaments psychotropes*, Paris, Le Seuil Esprit.
- Ehrenberg, A., 1992a, *Penser la drogue. Penser les drogues. I. Etat des lieux*, Paris, Descartes.
- Ehrenberg, A., 1992b, *Penser la drogue. Penser les drogues. II. Les marchés interdits de la drogue - Evaluation européenne des connaissances*, Paris, Descartes.
- Ehrenberg, A. et Schiray, M., 1992, *Penser la drogue. Penser les drogues. III. Bibliographie*, Paris, Descartes.
- Ehrenberg, A., 1995, *L'Individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy.
- Emanuel, E. J. et Emanuel, L. L., 1992, "Four Models of the Physician-Patient Relationship", *JAMA*, 267, 16, p.2221-2226.
- Escaffre, N., et al., 2002, "Représentations et prise en charge médicale des usagers de drogue: Les addictions : Addiction, identité et modèle", *Psychologie française*, 47, 4, p.73-81.
- Fabre-Jaury, M. et Jaury, P., 2004, "Le généraliste, le toxicomane et le psychanalyste", *La revue du praticien Médecine générale*, 18, 646-647, p.432-435.
- Facy, F., 1988a, *Toxicomanes consultants dans les institutions spécialisées, étude épidémiologique 1986-1987, vers une base de données en toxicomanie*, INSERM, Paris.
- Facy, F., 1988b, *Toxicomanes et partage des seringues*, INSERM, Paris.
- Facy, F., 1994, *Toxicomanes consultants dans les institutions spécialisées. Etude épidémiologique 1991-1992. Base de données en toxicomanie : deuxième bilan*, INSERM, Paris.
- Facy, F., 1997a, "Epidemiological study of drug-addicts on methadone prescription in 1995", *ITACA*, 2, 3, p.83-100.
- Facy, F., 1997b, *Toxicomanes incarcérés : étude épidémiologique auprès des antennes 1992-1995*, Sèvres, Editions EDK.
- Facy, F., 1998, "Usages de drogues et toxicomanies. Toxicomanes incarcérés." *Actualité et dossier en santé publique*, 22, p.6-7.



- Facy, F., 1999, *Toxicomanes et prescription de méthadone*, Paris, Editions EDK, Editions Médicales et Scientifiques.
- Facy, F., *et al.*, 1996, "Méthadone. Etude épidémiologique des toxicomanes bénéficiant de prescription de méthadone en 1995", *Psychotropes*, 2, 4, p.73-86.
- Facy, F., *et al.*, 1995, "Toxicomanies", *La revue du praticien*, 45, 11, p.1343-1391.
- Facy, F., *et al.*, 1993, *Drogues et toxicomanies : neurobiologie, épidémiologie*, Paris, INSERM, Nathan, Dossiers documentaires.
- Fainzang, S., 1998, "Alcoolisme et marginalité : un croisement des regards ", *Informations sociales*, 68, p.58-63.
- Fanello, S., *et al.*, 2006, "Conduites addictives depuis l'introduction de la buprénorphine haut dosage : Évaluation chez 118 usagers de drogues", *La presse médicale*, 35, 2, cahier 1, p.212-218.
- Fassin, D., 1994, "Les réseaux ville-hôpital, agitateurs depuis 1985. Une approche localiste de la prise en charge des malades du sida", *Prévenir*, 27, p.117-125.
- Fassin, D., 1996, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF.
- Fassin, D., 1998, "Les politiques de médicalisation", in Aïach, P. et Delanoë, D., *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos.
- Fassin, D., 2005, *Faire de la santé publique*, Rennes, ENSP.
- Fassin, E. et Bensa, A., 2002, "Les sciences sociales face à l'événement", *Terrain*, 38, p.5-20.
- Fatseas, M., *et al.*, 2006, "Sevrage aux benzodiazépines des sujets dépendants aux opiacés en traitement de substitution." *La presse médicale*, 35, 4, p.599-606.
- Feder, G., *et al.*, 1999, "Using clinical guidelines", *British Medical Journal*, 323, p.1100-1102.
- Felder, C., *et al.*, 1999, "Oral and intravenous methadone use : some clinical and pharmacokinetic aspects", *Drug and Alcohol Dependence*, 55, p.137-143.
- Feroni, I., 2004, "La substitution au Subutex® en médecine de ville : tension des normes et hétérogénéité des pratiques médicales", in Schweyer, F., *et al.*, *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, Editions ENSP, p.197-208.
- Feroni, I., *et al.*, 2005, "Collaboration entre médecins et pharmaciens pour le suivi des patients sous buprénorphine haut dosage : Pratiques des médecins prescripteurs", *La presse médicale*, 34, 17, p.1213-1219.
- Feroni, I., *et al.*, 2004, "Prescription de buprénorphine haut dosage par des médecins généralistes ", *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 52, 6, p.511-522.

- FFA et Anaes, 2004, *Conférence de consensus. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution*, Lyon.
- Field, M. J. et Lohr, K. N., 1990, *Clinical Practice Guidelines : Directions for a New Program*, Washington, National Academies Press.
- Fontaa, V., 1996, *Le médecin et le toxicomane*, Éditions Heures de France.
- Fontaa, V., 2000, *Le médecin et le toxicomane : guide pratique*, Thoiry, Heures de France.
- Fontaa, V. et Bronner, C., 2001, "Persistance de la pratique d'injection chez des patients substitués par méthadone ou buprénorphine haut dosage : Etude sur 600 cas ", *Annales de médecine interne*, 152, 7, p.2S59-52S69.
- Foucault, M., 1988, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, PUF.
- Freidson, E., 1970, *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, University of Chicago Press.
- Freidson, E., 1984, *La profession médicale*, Paris, Payot.
- Fumeau, B., *et al.*, 2001, "Subutex : attention aux patients nomades et aux coprescriptions de benzodiazépines : deux mois d'observation à partir des données SIAM en 1998", *La revue du praticien Médecine générale*, 533, p.764-768.
- Gagnon, A., *et al.*, 2000, "Substitution des opiacés : place et rôle des réseaux. Analyse d'une enquête auprès des médecins généralistes", *La revue du praticien Médecine générale*, 14, 509, p.1627-1635.
- Giami, A. et Levinson, S., 2006, *Les médecins généralistes et la sexualité : entre la spécialisation et le bricolage*, Communication au colloque "Approches sociologiques de la médecine générale : Etat des recherches récentes et perspectives", AFS, ENSP, LAPSS, Rennes, 8 et 9 juin 2006.
- Gibier, L., 1996, "Quelle place pour le Subutex ?" *Dans-Cités*, 7, p.30-31.
- Girault, V., 2002, "L'Académie de médecine s'inquiète de la banalisation du cannabis", *La presse médicale*, 31, 10, p.439.
- Goffman, E., 1974, *Les rites d'interaction*, Paris, Minuit.
- Goffman, E., 1975, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Editions de Minuit, Collection Le sens commun.
- Gothill, M. et Armstrong, D., 1994, "Dr No-body : the construction of the doctors as an embodied subject in British general practice 1955-97", *Sociology of Health and Illness*, 21, 1, p.1-12.

- Gourmelon, N., 2004, "Gestion des risques et populations limites : le rôle des dispositifs de coordination dans l'institution de nouvelles normes professionnelles", in Schweyer, F., et al., *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, ENSP, p.209-219.
- Gourmelon, N., 2005, *Les toxicomanes en temps de sida ou les mutations d'une prise en charge*, Paris, L'Harmattan.
- Grémy, J.-P. et Le Moan, M.-N., 1977, "Analyse de la démarche de construction de typologies dans les sciences sociales", *Informatique et sciences humaines*, 35.
- Grossetti, M., 2006, "L'imprévisibilité dans les parcours sociaux", *Cahiers Internationaux de sociologie*, CXX, p.5-28.
- Guichard, A., et al., 2006, "Rapports des usagers au Subutex : de la reconquête de l'autonomie à la spirale de l'échec", *Sciences sociales et santé*, 24, 4, p.5-42.
- Guillain, C., 2001, "La politique du gouvernement en matière de drogues : la clarté s'impose?" *Les Cahiers de Prospective Jeunesse*, 6, 1, p.20-26.
- Guillain, C., 2003, "La politique pénale du gouvernement arc-en-ciel en matière de drogues", *Courrier hebdomadaire*, 1796, CRISP.
- Guillain, C., 2005, "La loi sur les stupéfiants à l'aune du principe de légalité des incriminations et des peines", *Journal des Tribunaux*, 61-66, p.63-35.
- Guillain, C. et Devresse, M.-S., 1999, "Les nouvelles politiques socio-pénales en matière de toxicomanie", in Mary, P. et Cartuyvels, Y., *L'Etat face à l'insécurité*, Bruxelles, Labor, p.115-129.
- Hall, O., 1946, "The informal organization of the medical profession", *Canadian Journal of economics and political science*, 12, 41, p.32-33.
- Hareven, K. T. et Masaoka, K., 1988, "Turning points and transitions : perceptions of the life course", *Journal of Family History*, 13, 3, p.271-289.
- Harrison, S. et Dowswell, G., 2002, "Autonomy and bureaucratic accountability in primary care : what English general practitioners say", *Sociology of Health and Illness*, 24, 2, p.208-226.
- Hartley, H., 2002, "The system of alignments challenging physician professional dominance : an elaborated theory of countervailing powers", *Sociology of Health and Illness*, 24, 2, p.178-207.
- Hautefeuille, M., 1991, "Le Temgésic : nouveau produit, vieille illusion", *Interventions*, 30-31, p.27-29.
- Haxaire, C., 2002, "Les médicaments : des prescriptions aux usages. "Calmer les nerfs" : automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes", *Sciences sociales et santé*, 20, 1, p.63-88.

- Henrion, R., 1995, *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Paris.
- Henrion, R., et al., 1989, *Infection par VIH chez la femme enceinte*, Paris, Flammarion.
- Herzlich, C., 1973, "Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière", *Revue Française de Sociologie*, 14, p.41-59.
- Herzlich, C., 2003, "La maladie et la santé comme objets sociologiques", in Berthelot, J.-M., *La sociologie française contemporaine*, Paris, PUF.
- Herzlich, C., et al., 1993, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français 1930-1980*, INSERM Douin.
- Herzlich, C. et Pierret, J., 1984, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot.
- Herzlich, C. et Pierret, J., 1989, "The construction of a social phenomenon : AIDS in the French press", *Social Science and Medicine*, 29, p.235-242.
- Hofoss, D., 1986, "Health professions : the origin of species", *Social science and Medicine*, 22, 2, p.201-209.
- Hughes, E. C., 1956, "The Making of a Physician : general statements of ideas and problems", *Human Organization*, 14, 4, p.21-25.
- Hughes, E. C., 1981, *Men and their work*, Westport, Greenwood Press Publishers.
- Hughes, E. C., 1996, *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, EHESS.
- Husson, R., 1985, "Une stupéfiante mésaventure", *Le concours médical*, 18, p.1761-1762.
- Hutten, J., 1998, *Workload and provision of care in general practice*, NIVEL, thesis, Utrecht.
- Illich, I., 1975, *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil.
- Ingold, R., 1985, *Les toxicomanes incarcérés*, Paris, Institut de Recherche en Epidémiologie de la Pharmacodépendance, EHESS.
- Jacob, E., 1997, "Les réseaux ville-hôpital : instruments de recomposition du système de prise en charge ou outils de requalification professionnelle?" *Prévenir, Ville et Santé*, 2, 32, p.189-201.
- Jacques, J.-P., 1999, *Pour en finir avec les toxicomanies. Psychanalyse et pourvoyance légalisée des drogues*, Bruxelles, De Boeck et Larcier.
- Jacques, J.-P. et Figiel, C., 2006, *Drogues et substitution. Traitements et prise en charge du sujet*, Bruxelles, De Boeck.
- Jacquiez, O., 2003, "Un traitement substitutif aux opiacés. Oui, mais lequel?" *Annales de Médecine Interne*, 154, Hors série I, p.1S55-51S57.

- Jamoulle, P., 2000, *Drogues de rue. Récits et styles de vie*, Bruxelles, De Boeck.
- Jamoulle, P., 2002, *La débrouille des familles. Récits de vies traversées par les drogues et les conduites à risques*, Bruxelles, De Boeck.
- Jamoulle, P., 2005, *Des hommes sur le fil. La construction de l'identité masculine en milieux précaires*, Paris, La Découverte.
- Jeanmart, C., 2004, *L'usage de produits psychotropes. L'offre d'accompagnement en territoire transfrontalier franco-belge* Clersé, Université de Lille 1, Rapport de recherche intermédiaire Interreg III.
- Jeanmart, C., 2005, *Des usagers de drogues et des familles. Analyse de trajectoires de recours en territoire transfrontalier franco-belge* Clersé, Université de Lille 1, Rapport de recherche final Interreg III.
- Jeanmart, C., 2007, "Compte-rendu de lecture : Van Campenhoudt L., Chaumont JM., Franssen A., La méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux", *Revue Française de Sociologie*, 48, 2, p.432-435.
- Jeanmart, C., à paraître, "Ca vaut le déplacement ! ». Méthadone et Subutex : d'un côté à l'autre de la frontière franco-belge...", *Journal de Pharmacie de Belgique*.
- Kaminski, D., 1996, "Approche globale et intégrée : de l'usage politique des drogues », in De Ruyver, B., *Approches sécuritaire et socio-sanitaire : complémentaires ou contradictoires?* , Gestion des drogues en 2000, Anvers, Bruxelles, Maklu, Bruylant, p.233-242.
- Kaminski, D., 2004a, "La réduction des risques : une forme de prévention comme les autres", *Cahiers de Prospective Jeunesse*, Dossier : Drogues et réduction des risques, 8, 3, p.2-7.
- Kaminski, D., 2004b, "Prohibition et réduction des risques", *Louvain*, 147, p.24-27.
- Kaminski, D., et al., 2005, *L'usage problématique de drogues (illégales). Recherche concernant l'opérationnalisation du concept dans un contexte légal*, Gand, Academia Press.
- Kaminski, D. et Mary, P., 1999, "Politiques (criminelles) en matière de drogues : évolution et tendances en Belgique", *Déviance et Société*, 23, 2, p.205-220.
- Karpik, L., 1996, "Dispositifs de confiance et engagements crédibles", *Sociologie du travail*, 4, p.527-551.
- Kaufmann, J.-C., 1996, *L'entretien compréhensif*, Paris, Nathan.
- Keller, P.-H. et Pierret, J., 2000, *Qu'est-ce que soigner?*, Paris, La Découverte et Syros.
- Kerleau, M., 1998, "L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des politiques de maîtrise des dépenses de santé", *Sciences sociales et santé*, 16, 4, p.5-32.

- Kernbaum, S., 1988, "Devenir des sujets infectés par le virus HIV1", *Le concours médical*, 110, 44, p.4033-4038.
- Kipman, S., 1998, "Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés : Texte court de la conférence de consensus", *La presse médicale*, 27, 32, p.1628-1634.
- Koselleck, R., 1990, *Le futur passé. Contribution à la sémantique des temps historiques*, Paris, EHESS.
- Kuty, O., 1973, *Le pouvoir du malade. Analyse sociologique des unités de rein artificiel*, thèse de doctorat en sociologie sous la direction de Michel Crozier, Paris V, Paris.
- Lacoste, M., 1993, "Langage et interaction : le cas de la consultation médicale", in Cosnier, J., *et al.*, *Soins et communications*, Lyon, PUL, p.33-61.
- Lagrée, J. et Lew-Fai, P., 1985, *La galère. Marginalisations juvéniles et collectivités locales*, Paris, CNRS.
- Lalande, A. et Grelet, S., 2001, *Tensions et transformations des pratiques de substitution en ville. Suivi des patients usagers de drogues en médecine générale. Approche qualitative*, Paris, OFDT.
- Laperrière, A., 1997, "Les critères de scientificité des méthodes qualitatives", in Poupart, J., *et al.*, *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Paris, Casablanca, p.365-389.
- Lapostolle, F., *et al.*, 1999, "Produits de substitution : attention à l'overdose", *La revue du praticien Médecine générale*, 470, p.1395-1398.
- Laqueille, X., 2005, "Troubles psychiatriques liés, induits ou associés au cannabis : Cannabis", *La revue du praticien*, 55, 1, p.30-34.
- Leclerc-Olive, M., 1997, *Le dire de l'événement (biographique)*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion.
- Le concours médical, 1989, "La toxicomanie en France. Etat actuel, accroissement du risque de sida", *Le concours médical*, 111, 5, p.372.
- Ledoux, Y., 2003, *Evaluation de la délivrance de méthadone en Belgique*, Service public fédéral de programmation politique scientifique, Association Pharmaceutique Belge.
- Ledoux, Y., 2005, *Evaluation de la délivrance de Méthadone en Belgique : rapport final*, Gent, Academia Press.
- Lehalle, D., *et al.*, 1998, "La santé des Français", *Le panorama du médecin*, 4577, S/0023.
- Le quotidien du médecin, 1985, "Drogue, alcool, tabac... chez les "teenagers" français", *Le quotidien du médecin*, 3519, p.27-33.

- Le quotidien du médecin, 1989, "Les drogues illicites parmi les 11-20 ans et attitudes face au SIDA", *Le quotidien du médecin*, 4364, p.38-40.
- Leroy, B., 1992, "Les aspects législatifs de la lutte contre la toxicomanie en Europe : des législations très différentes mais toutes axées autour de mesures pour inciter les toxicomanes à se soigner", *La revue du praticien*, 6, 180, p.1309-1316.
- Lert, F., 1989, "Vieux débats et problèmes actuels de la prise en charge des toxicomanes, commentaire", *Sciences sociales et santé*, 7, 3, p.47-54.
- Lert, F., 1994, "Toxicomanie, VIH et santé publique", *La santé de l'homme*, 314, p.6-8.
- Lert, F., 1999, "Mortalité et toxicomanie", *SWAPS*, 11, p.9-10.
- Lert, F. et Fombonne, E., 1989, *La toxicomanie : vers une évaluation de ses traitements*, Paris, La documentation française.
- Letourmy, A., 2000, "Les politiques de santé en Europe : une vue d'ensemble", *Sociologie du travail*, 42, p.13-30.
- Leurquin, P., *et al.*, 2000, *Belgian national report on drugs 2000*, Scientific Institute of Public Health, Bruxelles.
- Liberalotto, N. et Bachimont, J., 2006, *La catégorisation des patients dans la mise en place d'actions de prévention : entre reproduction et réduction des inégalités sociales de santé*, Communication au colloque "Approches sociologiques de la médecine générale : Etat des recherches récentes et perspectives", AFS, ENSP, LAPSS, Rennes, 8 et 9 juin 2006.
- Light, D. W., 2000, "The Medical Profession and Organizational Change : From Professional Dominance to Countervailing Power", in Bird, C., *et al.*, *Handbook of Medical Sociology*, New Jersey, Prentice Hall, p.201-216.
- Linke, J.-C., *et al.*, 1999, "Toxicomanies : nouveaux comportements, nouvelles substances", *La revue du praticien Médecine générale*, 13, 480, p.1998-2002.
- Lupton, D., 1997, "Doctors on medical profession", *Sociology of Health and Illness*, 19, 4, p.480-497.
- Mallaret, M., *et al.*, 2005, "Effets somatiques liés à la consommation de cannabis : Cannabis", *La revue du praticien*, 55, 1, p.41-50.
- Matheï, C., *et al.*, 2005, "The epidemiology of hepatitis C among injecting drug users in Belgium", *Acta Gastro-Enterologica Belgica*, 68, 1, p.50-54.
- Mauger, G., 1984, "L'apparition et la diffusion de la consommation de drogues en France (1970-80) : éléments pour une analyse sociologique", *Contradictions*, 40-41, hors série, p.131-148.
- Membrado, M., 1993, "La construction médicale de la relation thérapeutique : pour une définition des enjeux", *Ethnologie française*, 23, 4, p.526-533.

Menger, P.-M., 1997, *La profession de comédien. Formations, activités et carrières dans la démultiplication de soi*, Paris, La documentation française.

Merton, R. K., 1957, *The Student Physician. Introductory studies in the sociology of medical education*, Cambridge, Harvard University Press.

Midy, F., 2003, "Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières. Revue de la littérature 1970-2002", *Questions d'économie de la santé*, 65.

Mignon, F., 1991, "Drogue, jazz et pop music : la démocratisation de la bohème", in Ehrenberg, A., *Individus sous influence : drogues alcools médicaments psychotropes*, Paris, Esprit, p.103-122.

Milburn, P., 2002, "La compétence relationnelle : maîtrise de l'interaction et légitimité professionnelle. Avocats et médiateurs", *Revue Française de Sociologie*, 43, 1, p.47-72.

Moatti, J., et al., 1998, "French general practitioner's attitudes toward maintenance drug abuse treatment with buprenorphine", *Addiction*, 93, 10, p.1567-1575.

Morel, A., 1997, "Les intervenants en toxicomanie et la loi de 1970 : la fin du compromis historique", *Psychotropes*, 3, 4, p.81-91.

Morel, A., 1998, "Histoire et changements des intervenants en toxicomanie en France face aux pharmacothérapies", *Lyon méditerranée médical, Médecine du Sud-Est*, 34, 1, p.21-24.

Morel, A., 2000a, *Prévenir les toxicomanies*, Paris, DUNOD.

Morel, A., 2000b, "Traitements de substitution à la buprénorphine : l'expérience française", *Toxibase*, 3, p.1-37.

Morel, A., et al., 1998, "Traitements de substitution par la buprénorphine : évaluations, risques et résultats (revue bibliographique)", *Interventions*, 67, p.3-19.

Morfini, H. et Tortay, I., 1999, *Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire*, DGS/DHOS, Paris.

Morin, M., et al., 1997, *La médecine générale face au sida*, Paris, INSERM.

Muller, P., 2000, "L'analyse cognitive des politiques publiques, vers une sociologie politique de l'action publique", *Revue française de science politique*, 50, 2, p.189-207.

Muller, P., 2002, *Les politiques publiques*, Paris, PUF, Que sais-je?

Muller, P., 2003, *L'analyse cognitive des politiques publiques. Vers une sociologie politique de l'action publique*, Communication au séminaire du MESPI, Mutation de l'Etat dans les sociétés post-industrielles, novembre.

Muller, P. et Surel, Y., 1998, *L'analyse des politiques publiques*, Paris, Montchrestien.



- Negrone, C., 2005, "La reconversion professionnelle volontaire : d'une bifurcation professionnelle à une bifurcation biographique", *Cahiers Internationaux de sociologie*, XIX, 311-331, p.311-331.
- Nory-Guillou, F., *et al.*, 1997, "Les médecins généralistes face aux toxicomanes en 1995", *Psychotropes*, 3, 1, p.71-94.
- Obadia, Y., *et al.*, 2001, "Injecting misuse of buprenorphine among French drug users", *Addiction*, 96, 2, p.267-272.
- Obradovic, I., 2006, "*Consultations cannabis*" : enquête sur les personnes accueillies en 2005, Paris, OFDT.
- OCRTIS, 1985, *Toxicomanie et trafic de drogue en France*, Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation, Paris.
- OFDT, 1999, *Drogues et toxicomanies. Indicateurs et tendances*, Paris, OFDT.
- OFDT, 2000, *Tendances récentes, Rapport TREND*, Paris, OFDT.
- OFDT, 2003, *Substitution aux opiacés. Synthèse des informations disponibles de 1996 à 2001 en France*, Paris, OFDT.
- OFDT, 2004, "Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004 ", *Tendances*, 37.
- Ogien, A., 1992, "Situation de la recherche sur les toxicomanies en Europe et aux Etats-Unis", in Ehrenberg, A., *Penser la drogue. Penser les drogues. I. Etat des lieux*, Paris, Descartes, p.49-85.
- Ogien, A., 2000, "Médecine, santé et gestion", in Cresson, G. et Schweyer, F.-X., *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Rennes, ENSP, p.133-148.
- Ogien, A. et Weinberger, 1992, "Le développement de la recherche sociologique et ethnographique sur les pratiques de l'usage de drogues", in Ehrenberg, A., *Penser la drogue. Penser les drogues. I. Etat des lieux*, Paris, Descartes, p.27-47.
- Olivenstein, C., 1983, *La drogue ou la vie*, Paris, Laffont.
- Padieu, R., 1990, *L'information statistique sur les drogues et les toxicomanies*, INSEE/DGLDT, Paris.
- Panunzi-Roger, N. et Castel, B., 2001, "Les soins de toxicomanie en zone frontalière: situation dans le Hainaut et le département du Nord", *Psychotropes*, 7, 3-4, p.101-125.
- Parquet, P. et Bailly, D., 1988, "Toxicomanie et grossesse", *Revue de neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 36, 2, 3, p.109-117.
- Parsons, T., 1951b, *The Social System*, Glencoe, Free Press.

- Passeron, J.-C., 1989, "Biographies, flux, itinéraires, trajectoires", *Revue française de sociologie*, XXXI, p.3-22.
- Pelc, I., et al., 2003, *Les prises en charge par traitements de substitution en Belgique. Développement d'un modèle d'évaluation des diverses filières de soins et des patients*, Rapport final de 1ère phase, Service Public Fédéral de programmation politique scientifique, Bruxelles.
- Pelc, I., et al., 2001, *Evaluation des maisons d'accueil socio-sanitaire pour usagers de drogues. Rapport de synthèse global*, SSTC.
- Pelc, I., et al., 2005, *Les traitements de substitution en Belgique. Développement d'un modèle d'évaluation des diverses filières de soins et de patients*, Gent, Academia Press.
- Pelletier, M., 1978, *Problèmes de la drogue*, Paris, La Documentation française.
- Peneff, J., 1992, *L'hôpital en urgence*, Paris, Métaillié.
- Pennec, S., 2006, *La médecine générale, une "profession consultante" entre profession savante et prestations de services*, Communication au colloque "Approches sociologiques de la médecine générale : Etat des recherches récentes et perspectives", AFS, ENSP, LAPSS, Rennes, 8 et 9 juin 2006.
- Peretti-Watel, P., 2005, *Cannabis, ecstasy : du stigmaté au déni. Les deux morales des usages récréatifs de drogues illicites*, Paris, L'Harmattan.
- Petit, J.-L., 1991, *L'événement en perspective*, Paris, EHESS.
- Petryna, A., 2002, *Life exposed. Biological citizens after Chernobyl*, Princeton, Princeton University Press.
- Phan, O., et al., 2005, "Cannabis à l'adolescence : accueil et prise en charge", *Le généraliste*, 2322, p.1-7.
- Pignarre, P., 1995, *Les deux médecines. Médicaments psychotropes et suggestion thérapeutique*, Paris, La Découverte.
- Pinell, P., 1989, "De la dépendance à l'indépendance. Pour une sociologie des usages sociaux de la notion de dépendance", *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 38, p.186-189.
- Pinell, P., 2004, "Article Spécialisation", in Lecourt, D., *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF.
- Pinell, P., 2005, "Champ médical et processus de spécialisation", *Actes de la recherche en sciences sociales*, 156-157, p.4-36.
- Piquet, J., et al., 1997, "La prise en charge des toxicomanes en milieu hospitalier", *Le concours médical*, 119, 12, p.902-905.

Poindron, P., 2002, "Recommandations de pratiques cliniques : connues mais peu employées", *Le concours médical*, 124, p.35.

Poindron, P., 2006, "Traitements de substitution aux opiacés : lutter contre le mésusage", *Le concours médical*, 128, 13, p.589-590.

Poirier, J., *et al.*, 1996, *Les récits de vie : théorie et pratique*, Paris, PUF.

Pompidou, C. d. I. E. G., 2002, *Grossesse et toxicomanies : état des lieux en l'an 2000.*, Strasbourg, Séminaire du Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants. Groupe Pompidou.

Pons, D., *et al.*, 2004, "Initialisation hospitalière d'un traitement substitutif par méthadone, recommandations de prescription", *La presse médicale*, 33, 13, p.858-861.

Poupart, J., 1997, "L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques", in Poupart, J., *et al.*, *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Paris, Casablanca, Gaëtan Morin, p.173-209.

Poupart, J., *et al.*, 1997, *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Paris, Casablanca, Gaëtan Morin.

Prescrire, 1996a, "Médicaments, soins ambulatoires et hospitaliers : buprénorphine en traitement de substitution", *Prescrire*, 5.

Prescrire, 1996b, "Médicaments, soins ambulatoires et hospitaliers : méthadone", *Prescrire*, 5.

Prescrire, 2003, "Prescription d'héroïne en Europe", *Prescrire*, 23, 240, p.464-465.

Quivy, R. et Van Campenhoudt, L., 1995, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod.

Ramirez-Jonville, A., 2006, "Toxicomanies : la politique de réduction des risques en France et en Espagne", *La presse médicale*, 35, 7-8, p.1151-1161.

Reisinger, M., 1985a, "Buprenorphine as new treatment for heroin dependence", *Drug and Alcohol Dependence*, 16, 3, p.257-262.

Reisinger, M., 1985b, "Essai de traitement des héroïnomanes par la buprénorphine", *Psychotropes*, 2, 1, p.76-82.

Reisinger, M., 1985c, "Les antiopiacés : vers une révolution thérapeutique", *Psychotropes*, 2, 1, p.72-75.

Reisinger, M., 1990, *Arrêter l'héroïne*, Complexe.

Reisinger, M., 1995, *Methadone as normal medicine*, Forum Européen de l'association pour la méthadone, AMTA Methadone Conference, Phoenix, 31 octobre.

- Reisinger, M., 1996, "Methadone in Belgium : Physicians regaining therapeutic freedom", *Addiction Research*, 3, 4, p.369-374.
- Reisinger, M., 1999, "Quinze ans de traitement à la buprénorphine", *THS La Revue*, p.50-53.
- Reisinger, M., 2000a, "Au delà de la réduction des risques", *THS La Revue des Addictions*, 2, 5.
- Reisinger, M., 2000b, "Traitements de substitution, traitements interminables ?" *THS La revue des addictions*, 2, 6, p.387-389.
- Reitox, 2004, *France : New development, trends and in-depth information on selected issues*, EMCDDA, Reitox.
- Reitox, 2006, *2006 National report to the EMCDDA. France, new development, trends and in-depth information on selected issues*, EMCDDA, Reitox.
- Reynaud, M., et al., 1999, *Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*, Direction générale de la santé, Rapport remis au secrétaire d'Etat à la santé, Paris.
- Ricoeur, P., 1983, *Temps et récit*, Paris, Seuil.
- Robelet, M., 2003, "La grande désillusion des médecins libéraux : entre la tentation de la division et l'espoir de l'unité retrouvée", in de Kervasdoué, J., *La crise des professions de santé*, Paris, Dunod, p.199-232.
- Roques, B., 1999, *La dangerosité des drogues*, Rapport au secrétariat d'Etat à la santé, Odile Jacob.
- Rosenzweig, M., 1998, *Les drogues dans l'histoire. Entre remède et poison. Archéologie d'un savoir oublié*, Paris, Bruxelles, De Boeck & Belin.
- Routelous, C., 2006, *Posture libérale et autonomie des patients*, Communication au colloque "Approches sociologiques de la médecine générale : Etat des recherches récentes et perspectives", AFS, ENSP, LAPSS, Rennes, 8 et 9 juin 2006.
- Ruggiero, V. et South, N., 1996, "La ville de la fin de l'ère moderne en tant que bazar : marchés de stupéfiants, entreprise illégale et les 'barricades'", *Déviance et Société*, 20, 4, p.317-333.
- Ryngaert-Maurupt, C., et al., 2005, "Substitution par buprénorphine haut dosage lors d'une incarcération : Prise en charge de détenus pharmacodépendants aux opiacés", *La presse médicale*, 34, 7, p.487-490.
- Sackett, D., et al., 1996, "Evidence based medicine : what it is and what it isn't", *British Medical Journal*, 312, 7023, p.71-72.

- Saliba, J., 1994, "Les paradigmes des professions de santé", in Aiach, P. et Fassin, D., *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos-Economica, p.43-85.
- San, L., et al., 1992, "Assessment and management of opioid withdrawal symptoms in buprenorphine-dependent subjects", *British journal of addiction*, 87, 1, p.55-62.
- Sanfourche, C., 2004, "Dossier Toxicomanie", *Le généraliste*, 2307, p.1-4.
- Sanfourche, C. et Roux, F., 2003, "Le dossier professionnel : cannabis au cabinet. Le joint, ni fatal, ni banal", *Le généraliste*, 2260, p.20-23.
- Santucci, J., mars avril 2002, "Evolution des pratiques de soins en toxicomanie. De Marmottan aux traitements de substitution", *Les cahiers de l'Actif, Drogues et Toxicomanies. Vers de nouveaux d'intervention* 310-311, p.131-142.
- Schaut, C., 2000, "Travail social et nouveaux dispositifs : entre tensions et redéfinitions", in Van Campenhout, L., et al., *Réponses à l'insécurité. Des discours aux pratiques*, Bruxelles, Labor, p.129-151.
- Schlatter, J., et al., 1997, "Le crack : une forme de cocaïne inhalée", *La presse médicale*, 26, 35, p.1695-1698.
- Schnapper, D., 1999, *La compréhension sociologique. Démarche de l'analyse typologique*, Paris, PUF.
- Schweyer, F.-X., 2004a, "La transformation des normes professionnelles des médecins hospitaliers", in Schweyer, F.-X., et al., *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, ENSP, p.119-134.
- Schweyer, F.-X., 2004b, "Les territoires de santé et la médecine libérale. Les enjeux d'une convergence", *Lien social et Politiques - RIAC*, 52, p.35-46.
- Schweyer, F.-X., 2005, "Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils", *Sociologies pratiques*, PUF, n°11, p.89-104.
- Schweyer, F.-X., 2006, *Les réseaux de santé. L'outil qui cache la réforme*, Communication au colloque "Approches sociologiques de la médecine générale : Etat des recherches récentes et perspectives", AFS, ENSP, LAPSS, Rennes, 8 et 9 juin 2006.
- Schweyer, F.-X., et al., 2005, *Les non adhérents aux réseaux de santé*, LAPSS, Université de Rennes 1.
- Schweyer, F.-X., et al., 2002, *Créer et piloter un réseau de santé*, Rennes, ENSP.
- Schweyer, F.-X., et al., 2004, *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, ENSP.
- Ségrestin, D., 1985, *Le phénomène corporatiste. Essai sur l'avenir des systèmes professionnels fermés en France*, Paris, Fayard.

- Sentilhes, N. et Garnier, R., 1982, "Inhalation de solvants chez les enfants d'âge scolaire", *Le concours médical*, 104, 28, p.4337-4341.
- Setbon, M., 1993, *Pouvoirs contre le sida. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède*, Paris, Seuil.
- Setbon, M., 2000, "La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective?" *Sociologie du travail*, XLII, 1, p.51-68.
- Setbon, M. et Calan, J., 2000, *L'injonction thérapeutique. Evaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés*, CNRS-GAPP, OFDT, Etude n°21.
- Seyer, D., *et al.*, 1998, "Traitement de substitution par buprénorphine haut-dosage : les recommandations sont-elles suivies ?" *Thérapie*, 53, 4, p.349-354.
- Siavellis, H., 1996, "Conduite "sous influence"", *Le généraliste*, 1688, p.12-29.
- Siegler, M., 1985, "The progression of medicine : from physician paternalism to patient autonomy to bureaucratic parsimony", *Archives of Internal Medicine*, 145, p.713-715.
- Simmat-Durand, L., 2006, "Grossesses sous buprénorphine haut dosage", *Sciences sociales et santé*, 24, 4, p.44-52.
- Simmat-Durant, L., 1999, "L'obligation de soins : une pratique ambiguë", *Déviance et Société*, 23, 4, p.421-436.
- Simmat-Durant, L., 2002, "Grossesse et drogues illicites", *Déviance et société*, 26, 1, p.105-126.
- Simmat-Durant, L. et Rouault, T., 1997, "Injonctions thérapeutiques et autres obligations de soins", *Toxibase*, 3, p.1-28.
- Simmel, G., 1990, *Philosophie de la modernité II. Esthétique et modernité, conflit et modernité*, Paris, Payot.
- Singh, R., A, *et al.*, 1992, "Cases of buprenorphine abuse", *Acta psychiatrica Scandinavica* 86, 11, p.46-48.
- Sleiman, S., 2003, *Belgian National Report on Drugs 2003*, Scientific Institute of Public Health, Bruxelles.
- Sleiman, S., 2004, *Belgian National Report on Drugs 2004*, Scientific Institute of Public Health, Bruxelles.
- Sleiman, S., 2005, *Belgian National Report on Drugs 2005*, Scientific Institute of Public Health, Bruxelles.
- Sleiman, S. et Roelands, M., 2006, *Belgian National Report on Drugs 2006*, Scientific Institute of Public Health, Bruxelles.

- Sleiman, S. et Sartor, F., 2002, *Belgian National Report on Drugs 2002*, Scientific Institute of Public Health, Bruxelles.
- Smith, H., 1955, "Two lines of authority : the hospital's dilemma", *Modern Hospital*, 84, p.59-64.
- Solignac, M., 1993, "Les drogues de substitution dans la toxicomanie", *Le concours médical*, 115, 19, p.1578-1580.
- Soulet, M.-H., 2002, *Gérer sa consommation. Drogues dures et enjeu de conventionnalité* Fribourg, Academic Press.
- Stengers, I. et Ralet, O., 1991, *Drogues, le défi hollandais*, Paris, PUF.
- Strauss, A., 1992a, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.
- Strauss, A., 1992b, *Miroirs et masques. Une introduction à l'interactionnisme*, Paris, Métailié.
- Sykes, G. et Matza, D., 1957, "Techniques of neutralization : A theory of delinquency", *American Sociological Review*, 22, p.664-670.
- Szasz, T. et Hollender, M., 1956, "The basic models of the doctor-patient relationship", *Archives of Internal Medicine*, 97, p.585-592.
- Timmermans, S. et Berg, M., 1997, "Standardization in action : achieving local universality through medical protocols", *Social Studies of Science*, 27, p.273-305.
- Timmermans, S. et Mauck, A., 2005, "The Promises And Pitfalls Of Evidence-Based Medicine", *Health Affairs*, 24, 1, p.18-28.
- Todts, S., 2003, "Country reports : Belgium", in Meuwissen, K., et al., *Legal aspects of substitution treatment. An insight into nine EU countries*, Lissabon, EMCDDA, p.28-46.
- Touati, M. A., et al., 1999, "La prescription médicale d'héroïne injectable", *Psychotropes*, 5, 4, p.75-89.
- Touraine, A., 1978, *La voix et le regard*, Paris, Seuil.
- Toussirt, M., 1991, "Investigations ethnographiques de la prostitution à Paris", *Retrovirus*, 9, p.44-48.
- Touzeau, D., 1989, "Qui doit prendre en charge les toxicomanes infectés par le VIH ou malades du sida ?" *La revue du praticien*, 74, p.71-75.
- Touzeau, D., et al., 1991, "Les toxicomanies", *Soins*, 545, p.3-58.
- Trautman, C., 1990, *Lutte contre la toxicomanie et le trafic des stupéfiants*, Paris, La Documentation française.

Trépos, J.-Y., 1992, "Réseaux contre toiles d'araignées. Une construction de la cause des toxicomanes face au sida", *Politix*, p.36-50.

Tripier, P., 1986, *Travailler dans les transports*, Paris, L'Harmattan.

Turner, B., 1987, *Medical power and social knowledge*, London, Sage.

Urfalino, P., et al., 2001, *Les recommandations à l'aune de la pratique. Le cas de l'asthme et du dépistage du cancer du sein*, Centre de Sociologie des Organisations CNRS-FNSP, Union Régionale des Médecins Libéraux du Poitou-Charentes.

Van Campenhout, L., et al., 2005, *La méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux*, Paris, Dunod.

Van Hulst, R., et al., 2001, "Determinants of change in the intention to use benzodiazepines", *Pharmacy World & Science*, 23, 2, p.70-75.

Vanthournout, A., 2001, *Techno, rêves... et drogues? Rencontrer les jeunes dans les nouveaux lieux d'extase*, Bruxelles, De Boeck & Belin.

Vassy, C., 1997, *Le travail en équipe à l'hôpital. Comparaison de l'organisation de six services de neurologie en Allemagne, France et Grande-Bretagne*, thèse de doctorat. Institut d'études politiques de Paris, sous la direction de E. Friedberg.

Vassy, C., 1999, "Travailler à l'hôpital en Europe. Apport des comparaisons internationales à la sociologie des organisations", *Revue Française de Sociologie*, 40, 2, p.325-356.

Véga, A., 2005, *Rapports professionnels et types de clientèle : médecins libéraux et salariés (médecine générale, gériatrie, urgence, gastro-entérologie, psychiatrie)*, Post-enquête "Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé", Document de travail, Série Etudes, n°51, juin 2005, DRESS.

Verboud, M., 1998, "Drogues : le marché noir des produits de substitution", *Politique Santé*, 3, p.14-16.

Vidal Treca, G. et Boissonnas, A., 2001, *Usagers de drogues injectables et buprénorphine haut dosage. Analyse des déviations de son utilisation*, Paris, OFDT.

Vigour, C., 2005, *La comparaison dans les sciences sociales. Pratiques et méthodes*, Paris, La Découverte.

Weber, J. et Kopperschmitt, J., 1998, "Les traitements de substitution chez le toxicomane", *La presse médicale*, 27, 39, p.2088-2099.

Weber, M., 1965, *Essais sur la théorie de la science*, Paris, Plon.

Weber, M., 1971, *Economie et société*, Paris, Plon.

Weil-Halpern, F., 1988, "Sida, la mère et son bébé", *Psychothérapies*, 4, p.199-204.

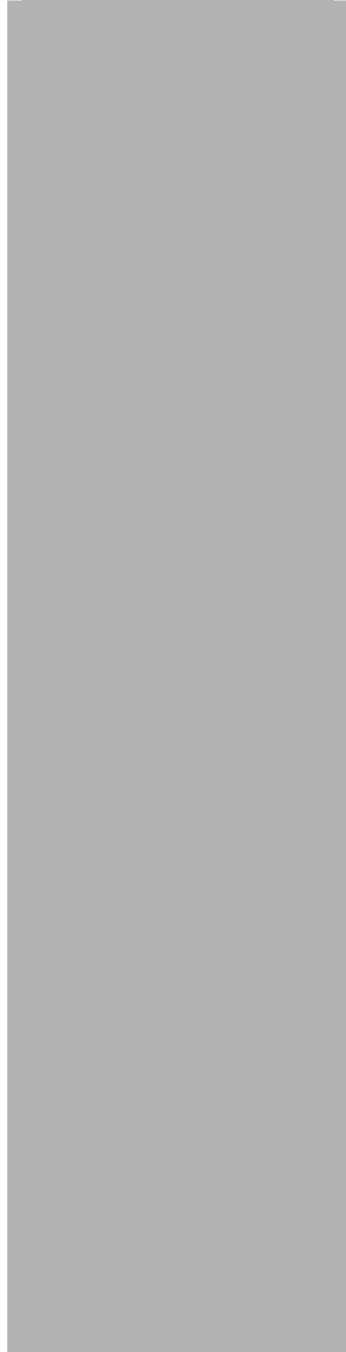


- Weill, C., 1990, "Attitudes professionnelles et diffusion de la connaissance scientifique : les conférences de consensus sont-elles susceptibles de modifier les comportements des praticiens?" *Sciences sociales et santé*, VIII, 4, p.91-114.
- Weiss, M. et Fitzpatrick, R., 1997, "Challenge to medicine : the case of prescribing", *Sociology of Health and Illness*, 19, 3, p.297-327.
- Wieviorka, S., 2003, "Comorbidités", in *Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point - France, drug situation 2002*, Paris, OFDT, p.99-101.
- Wojciechowski, J.-B., 1999, "Drogues et toxicomanies : nouvelles représentations, nouveaux enjeux", *Psychotropes*, 5, 4, p.19-32.
- Wojciechowski, J.-B., 2005, "Les conduites de consommation à l'adolescence. Pratiques médicales et usages de drogues : linéaments de la construction d'un champ", *Psychotropes*, 11, 3-4, p.179-207.
- Xiberras, M., 1989, *La société intoxiquée*, Paris, Méridiens Klincksieck.
- Zafiropoulos, M., 1988, "Le toxicomane n'existe pas", *Analytica*, 54, p.7-104.
- Zafiropoulos, M. et Pinell, P., 1982, "Drogues, déclassement et stratégies de disqualification", *Actes de la Recherche en sciences sociales*, 42, p.61-75.
- Zarifian, P., 1995, *Le travail et l'événement*, Paris, L'Harmattan.





# **ANNEXES**





## Annexe 1. Profil des médecins (récits de vie)

Médecins belges							
	Sexe	Age	Lieu d'exercice	Type de cabinet	Activités complémentaires	Membre de réseau spécialisé	# UD suivis en cabinet privé (approximation)
MG 1	F	26	U	CG	médecine scolaire	non	aucun
MG 2	F	29	R	CI	petite enfance	non	aucun
MG 3	F	36	R	CI		non	aucun
MG 4	H	38	SU	CI		non	50 B + 3 F
MG 5	H	45	SU	CI		non	aucun
MG 6	F	45	SU	CI		non	aucun
MG 7	M	46	R	CI	urgentiste	non	12 B/F
MG 8	M	46	SU	CI		non	2-3 B
MG 9	M	46	SU	CI	médecine tropicale	non	aucun
MG 10	F	47	R	CI	centre spécialisé UD	oui	15 B
MG 11	F	47	R	CI		non	aucun
MG 12	M	47	R	CI	établissement pénitentiaire	non	aucun
MG 13	M	49	U	CI	médecine tropicale	non	aucun
MG 14	M	50	U	CG		oui	80 B + 40 F
MG 15	M	52	SU	CI		non	20 B/F
MG 16	M	52	SU	CI	centre spécialisé UD	oui	100 B + 50 F
MG 17	M	52	R	CI		non	1 B
MG 18	M	52	U	CI		oui	10 B + 40 F
MG 19	M	53	SU	CI		oui	150 B/F
MG 20	M	54	R	CI		oui	35 B + 350 F
MG 21	M	55	U	CI		oui	25 B + 110 F
MG 22	M	56	R	CI		non	3 F
MG 23	M	56	U	CI	médecine scolaire	non	1 B
MG 24	M	59	U	CI	CSST français	oui	50 B/F
MG 25	M	63	U	CI		oui	60 B/F
MG 26	M	75	R	CI		oui	13 F

## Médecins français

	Sexe	Age	Lieu d'exercice	Type de cabinet	Activités complémentaires	Membre de réseau spécialisé	# UD suivis en cabinet privé (approximation)
MG 27	M	41	U	CI	génétique et psychiatrie	non	5-10 F
MG28	M	41	SU	CG		oui	10 F
MG29	M	43	U	CI		oui	10 F
MG30	F	43	R	CI	psychiatrie	non	5-10 F
MG31	F	44	U	CI		non	1 F
MG32	M	44	U	CI	addictologue	non	NC
MG33	M	46	SU	CI		oui	30 F
MG34	M	48	U	CI	CSST	oui	10-15 F
MG35	F	48	U	CI		non	aucun
MG36	F	49	U	CG		oui	30 F
MG37	M	49	U	CI	CSST	oui	4 F
MG38	F	50	U	CI		oui	NC
MG39	M	50	U	CI		oui	2 F
MG40	M	52	U	CG		oui	NC
MG41	M	52	R	CI		oui	20 F
MG42	M	52	U	CG		oui	25 F
MG43	F	52	U	CG		oui	5F
MG44	M	55	SU	CG		oui	10 F
MG45	M	56	U	CI		oui	5-10 F
MG46	M	58	SU	CI		oui	2-5 F
MG47	M	59	SU	CI		oui	5 F
MG48	M	60	U	CI		non	1 F
MG49	F	64	R	CI		oui	10 F
MG50	M	67	SU	CG		non	50 F
MG51	M	70	U	CI		non	aucun

**Sexe :** F : femme  
H : homme

**Lieu d'exercice :**  
R : zone rurale  
U : zone urbaine  
SU : zone semi-urbaine

**Type de cabinet :**  
CI : cabinet individuel  
CG : cabinet de groupe

**Nombre d'usagers de drogues (UD) suivis en cabinet privé (approximation) :**

B : usager résidant en Belgique  
F : usager résidant en France  
NC : non communiqué

## **Annexe 2. Liste des abréviations et des sigles**

AFMPS	Agence fédérale des médicaments et des produits de santé
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
Alto	Alternatives aux toxicomanies
AMGM	Association des médecins généralistes de Mons
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANIT	Association nationale des intervenants en toxicomanie
ASBL	Association sans but lucratif
ASUD	Association d'auto-support des usagers de drogues
BHD	Buprénorphine haut dosage
BIM	Bénéficiaire de l'intervention majorée (anciennement VIPO)
BSR	Brigade de surveillance et de recherche
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CCAD	Communauté de concertation alcool et autres drogues
CEIP	Centre d'évaluation et d'information sur les pharmacodépendances
CERMES	Centre de recherche médicale et sanitaire
CMP	Commission médicale provinciale
CMU	Couverture maladie universelle
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
COCOF	Commission de la Communauté française
COCOM	Commission communautaire commune

CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPAS	Centre public d'aide sociale
CRIPS	Centre régional d'information et de prévention du sida
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSH	Conseil supérieur d'hygiène
CSST	Centre spécialisé de soins en toxicomanie
DDASS	Direction départementale des affaires sociales et sanitaires
DGLD	Délégation générale de lutte contre la drogue
DGLDT	Délégation générale de lutte contre la drogue et la toxicomanie
DGS	Direction générale de la santé
DHCo	Délivrance d'héroïne sous contrôle médical
DRASS	Direction régionale des affaires sociales et sanitaires
EHESS	École des Hautes Études en Sciences Sociales
EMCDDA	European monitoring centre for drugs and drug addiction
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (OFDT)
ESPAD	European school survey project on alcohol and other drugs
FEDITO	Fédération wallonne des institutions pour toxicomanes
FFA	Fédération française d'addictologie
INAMI	Institut national d'assurance maladie invalidité
ILS	Infraction à la législation sur les stupéfiants
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut national de veille sanitaire
IPHEB	Institut de pharmaco-épidémiologie de Belgique
ISP	Institut scientifique de la santé publique



IVG	Interruption volontaire de grossesse
MASS	Maison d'accueil socio-sanitaire
MG	Médecin généraliste
MILAD	Mission de lutte anti-drogue
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MILT	Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie
MPLT	Mission permanente de lutte contre la toxicomanie
OCRTIS	Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPPIDUM	Observatoire des produits détournés de leur utilisation médicamenteuse
PACA	Région Provence-Alpes-Côte d'Azur
PES	Programme d'échange de seringues
PRS	Programmes régionaux de santé
REITOX	Réseau européen d'information sur les drogues et toxicomanies
RDR	Réduction des risques
SESI	Service des statistiques, des études et des systèmes d'information du Ministère des Affaires sociales
SIAMOIS	Système d'information sur l'accessibilité au matériel d'injection et de produits de substitution (InVS)
SINTES	Système d'identification national des toxiques et des substances (OFDT)
SSMG	Société scientifique de médecine générale
TREND	Tendances récentes et nouvelles drogues (OFDT)
UD	Usager de drogues
UDIV	Usager de drogues par voie injectable

UROD	Ultra rapid opioid detoxification
VAD	Vereniging voor alcohol en andere drug problemen
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VIPO	Veuve, invalide, pensionné, orphelin (actuellement BIM)

### Annexe 3. France-Belgique : chronologie des faits importants

#### France

#### Belgique

**1916 (12 juillet)** : loi concernant l'importation, le commerce, détention et l'usage de substances vénéneuses, notamment l'opium, la morphine et la cocaïne.

**1921 (24 février)** : loi concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes.

**1930 (30 décembre)** : arrêté royal relatif au trafic des substances soporifiques et stupéfiantes.

Dès la **fin des années 1960**, quelques médecins, bien souvent des psychiatres, commencent à recevoir les usagers de drogues dans les hôpitaux psychiatriques ou les centres antipoison.

**1969 (été)** : « drame de Bandol ».

**1970 (31 décembre)** : loi n°70-1320 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.

**1970-71** : propositions d'un décret et de deux circulaires permettant la délivrance d'héroïne sous contrôle médical (rapidement abandonnés).

**1970 (6 février)** : décret n°70-127 concernant la diacé morphine (héroïne), ses sels et leurs préparations.

**1970 (11 juin) et 1971 (13 janvier)** : circulaires DGS n°68 et DGS n°149 concernant la désignation des établissements hospitaliers habilités à détenir ces produits.

**1971 (juillet)** : ouverture de Marmottan, première structure de soins spécialisée pour toxicomanes.

**1971 (28 septembre)** : circulaire relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie.

**1972 (13 mars)** : décret n°72-200 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie. L'accès aux seringues est restreint par l'obligation de justifier son identité.

**1972 (29 mars)** : circulaire DGS/591/MS1 relative à l'organisation sanitaire de la toxicomanie. Elle formalise les phases de soins (cure, sevrage, postcure).

**1972 (26 avril)** : arrêté autorisant l'utilisation thérapeutique expérimentale de la méthadone chez l'homme.

**1973** : ouverture de deux programmes méthadone expérimentaux dans deux services psychiatriques parisiens (Fernand-Widal et Sainte Anne).

**1973** : circulaire du Garde des Sceaux du 30 mars. Elle précise la notion de détention en disposant que « la détention de stupéfiants pour la consommation personnelle doit être assimilée à l'usage » et qualifie d'« errements » les poursuites d'usagers pour ce type de détention.

**1962 (1<sup>er</sup> janvier)** : AMM du Méphénon® sous forme de tablette indiqué dans le cadre du traitement de la douleur.

**1975 (9 juillet)** : loi modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes.

**1976** : premier avis du Conseil de l'Ordre des médecins concernant le traitement des usagers de drogues. Il met l'accent sur la liberté thérapeutique dans le choix du traitement.

**1978** : rapport Pelletier : « Problèmes de la drogue ».

**1978 (7 mai)** : circulaire d'application de la loi de 1970 (inspirée du rapport Pelletier), dite « circulaire Peyrefitte ». Elle préconise une simple admonestation de l'utilisateur de cannabis, ne le considérant pas comme un toxicomane. Cet usager ne relève pas d'une cure de désintoxication, ni de l'injonction thérapeutique.

**1980** : création de l'ANIT.

**Années 1980** : développement, chez les usagers de drogues, d'une « substitution sauvage » et naissance des premières mobilités transfrontalières de Français vers la Belgique dans le cadre des traitements à la méthadone.

**Début des années 1980** : quelques médecins commencent à prescrire de la méthadone de manière expérimentale aux usagers de drogues. Les premiers des décès par overdose de méthadone sont relatés à Bruxelles.

**1982 (8 janvier)** : décret relatif à la création de la MPLT.

**1982** : création du CILT.

**1983 (27 juillet)** : circulaire n°83.287 : « Politique de prévention du Ministère de l'Éducation nationale en matière de lutte contre les toxicomanies ».

**1983** : premières expérimentations mondiales de buprénorphine dans le cadre du traitement des héroïnomanes par Dr Marc Reisinger.

**1983 (13 avril)** : AMM du Temgesic® (comprimé sublingual) indiqué dans le traitement de la douleur.

**1981-84** : diffusion d'une série de circulaires et de recommandations du conseil de l'Ordre des médecins et les commissions médicales provinciales à propos de l'utilisation de la méthadone. Le médecin y est mis en garde et est peu encouragé à prendre en charge les usagers de drogues.

**1983** : ouverture des premières consultations du projet Lama.

**1983** : condamnation du Dr Baudour pour prescriptions de méthadone et  
du Dr Nystrom pour prescriptions de bezitramide.

**1984 (20 novembre)** : circulaire relative à l'injonction thérapeutique, dite « circulaire Badinter ». L'injonction thérapeutique est présentée comme ayant montré ses limites. Ouverture d'une période répressive durant laquelle l'utilisateur-revendeur est assimilé au trafiquant et poursuivi pénalement.

**1984** : création d'une base de données nationale sur les usagers de drogues fréquentant les centres de soins.

**1985** : création d'équipes de « personnes ressources » dans les établissements scolaires dans le cadre de la prévention des toxicomanies.

**1985 (7 février)** : décret relatif à la mise en place de la MILT.

**1986** : création de l'association Toxibase.

**1986 (décembre)** : première campagne nationale de prévention : « La drogue, parlons-en avant qu'elle ne lui parle ».

**1987 (17 avril)** : AMM du Temgesic® sous forme injectable indiqué dans le traitement contre la douleur.

**1987 (12 mai)** : circulaire relative à l'injonction thérapeutique, dite « circulaire Chalandon ». Pour la première fois, une distinction est

établie entre « usager simple », « usager-trafiquant » et « trafiquant ». L'injonction thérapeutique est préconisée pour les usagers récidivistes, quel que soit le produit concerné.

**1987 (13 mai)** : décret relatif à la libéralisation des seringues, dit « décret Barzach ». Il autorise, pour une durée d'un an, la mise en vente libre des seringues en pharmacie pour les personnes majeures. Il s'agit de la première mesure officielle de réduction des risques infectieux liés à l'usage de drogues.

**1987** : création de la FEDITO.

**1987-88** : durcissement des recommandations de l'Ordre des médecins cadrant les prescriptions aux usagers de drogues. « Les traitements de substitution sont limités aux équipes médico-psycho-sociales incluant un psychiatre compétent dans le domaine de la toxicomanie ».

**1988** : rapport du Dr Jean-Pierre Jacques : « Mission exploratoire - prévention sida et toxicomanie », remis au Ministre-Président de la Région Bruxelles-Capitale, Charles Picqué.

**1988** : le laboratoire Schering Plough acquiert la licence pour le Temgésic® comme médicament contre la douleur.

**1988** : le Dr Jean Carpentier commence à prescrire des opiacés aux usagers de drogues dans son cabinet parisien.

**1989** : parution du Livre Blanc : « Toxicomanie en communauté française », à la demande du Ministre Charles Picqué. La principale recommandation porte sur le développement de l'accès aux traitements de substitution.

**1989** : lancement des premières opérations « boule-de-neige », prévention sida par les pairs auprès des usagers de drogues injecteurs, à Bruxelles, à Charleroi et à Liège.

**1989** : ouverture dans quelques services hospitaliers de consultations spécialisées pour les soins aux toxicomanes malades du sida.

**1989** : rapport Trautmann : « La lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants ».

**1989 (31 juillet)** : circulaire DGS/2D n°895 relative au dispositif spécialisé d'accueil et de soins pour toxicomanes.

**1989 (11 août)** : décret n°89-560 modifiant le décret n°72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter

contre l'extension de la toxicomanie. Il officialise et pérennise la vente libre de seringues aux personnes majeures.

**1989 (6 décembre)** : décret relatif à la création de la DGLD.

**1990** : la circulaire n°2/1990 du Conseil de l'Ordre des médecins du Brabant stipule que « la prise en charge et le traitement de patients toxicomanes non sevrés peuvent être assurés par un médecin isolé quelle que soit sa qualification à la condition impérative que ce médecin s'abstienne de toute prescription de médicaments pouvant donner lieu à une assuétude (exemple : Méthadone, Temgesic, Rilatine, etc...) ».

**1990** : Initiative Déontologique Médicale introduit au Conseil d'Etat une demande d'annulation de certaines directives de l'Ordre des médecins et des conseils provinciaux.

**1990** : commercialisation du Temgesic® sous forme de comprimés, indiqué dans le traitement de la douleur.

**1990** : *Médecins Du Monde* ouvre le premier programme d'échange de seringues.

**1990** : ouverture d'un 3<sup>ème</sup> programme expérimental de méthadone au Centre Pierre-Nicole à Paris.

**1990 (9 mai)** : adoption par le Conseil des ministres d'un programme d'actions de 42 mesures de lutte contre la drogue (prévention, sanitaire, social, répression, évaluation, recherche).

**1990 (15 mai)** : circulaire DAS-DGS/405 modifiant le protocole méthadone de 1973 et ouvrant à la prescription de ce traitement.

**1990 (25 juillet)** : décret fusionnant la MILT et la DGLD, donnant naissance à la DGLDT.

**1990 (décembre)** : rapport Padieu : « L'information statistique sur les drogues et la toxicomanie ».

**1990 (décembre)** : création de Drogue Info Service.

**1991** : première proposition de modifications de l'article 3 de la loi du 21 février 1921, dite « proposition Lallemand et Erdman ». L'objectif est d'excepter de la répression pénale les traitements de substitution et d'introduire une définition légale de ceux-ci.

**1991** : création de Généralistes et toxicomanie 59/62.

**1991 (4 juin)** : circulaire relative à la création des réseaux ville-hôpital.

**1992** : création de l'association ASUD.

**1992 (23 mars)** : circulaire relative à l'injonction thérapeutique précisant les missions de la DDASS.

**1992 (29 juin)** : décret 92-590 relatif à la création de centres de soins spécialisés pour toxicomanes. Il officialise l'action des structures existant depuis plusieurs années.

**1992 (1<sup>er</sup> septembre)** : obligation d'utiliser les carnets à souches pour prescrire le Temgésic®.

**1992** : création des « contrats de sécurité » financés par le Ministère de l'Intérieur. Des projets de réduction des risques sanitaires, notamment l'échange de seringues, voient le jour dans le cadre du volet prévention de ces contrats.

**1992** : rapport « Le bon usage, prévention du sida à l'adresse des usagers de drogues », commandité par l'Agence de prévention du sida de la Communauté française.

**1992 (automne)** : organisation de la première formation francophone sur l'accompagnement des usagers de drogues à Mons.

**1993** : création de l'OFDT.

**1993 (14 janvier)** : circulaire ministérielle généralisant le recours à l'injonction thérapeutique pour les usagers n'ayant pas commis d'autres infractions et préconisant une réponse répressive en cas d'autres infractions.

**1993 (9 février)** : circulaire visant à systématiser le recours à l'injonction thérapeutique du fait qu'elle constitue, dans 60% des cas, le premier contact entre l'utilisateur et le personnel soignant, dite « circulaire Vauzelle-Kouchner ».

**1993 (15 février)** : circulaire relative à l'injonction thérapeutique précisant les missions de la DDASS.

**1993 (avril)** : création de l'association Limiter la casse.

**1993 (8 juillet)** : « Toxicomanie et Sida », rapport et avis du conseil national du sida relatifs à l'infection VIH parmi les usagers de drogues.



**1993 (23 septembre)** : présentation par Simone Veil du plan gouvernemental de lutte contre la toxicomanie pour la période 1994-1996 introduisant des mesures de réduction des risques telles que la création de centres d'urgence, le développement des programmes d'échange de seringues, le développement des traitements de substitution.

**1993 (9 novembre)** : circulaire DGS n°72 relative aux orientations dans le domaine sanitaire du plan de lutte contre la drogue. Elle permet « à toute institution médico-sociale associative ou hospitalière pouvant garantir une prise en charge globale des toxicomanes, de solliciter jusqu'à 50 places méthadone ».

**1993** : création d'Alto, premier réseau francophone de médecins généralistes sur les questions de toxicomanie.

**1993** : création de Modus Vivendi (association de prévention du sida et de réduction des risques liés à l'usage de drogues), autorisée et soutenue par la Ministre de la Santé de la Communauté française, Laurette Onkelinx.

**1993** : suite au recours d'Initiative Déontologique Médicale, annulation par le Conseil d'Etat de deux directives des conseils provinciaux et du conseil national de l'Ordre des médecins, se basant sur le principe de liberté de choix des moyens thérapeutiques.

**1993 (28 août)** : première modification de l'article 37 du Chapitre II concernant la qualité des soins du code de déontologie. Il s'agit de tout mettre « en œuvre pour prévenir toute assuétude. Dans les limites de sa compétence, il [le médecin] s'efforcera de traiter et de sevrer ses malades de leur assuétude ».

**1994 (7 mars)** : circulaire DGS n°14 relative au cadre d'utilisation de la méthadone dans la prise en charge des toxicomanes. Sa délivrance est réservée aux centres spécialisés ayant obtenu un agrément.

**1994 (7 mars)** : circulaire DGS/DH n°15 relative aux lits réservés pour les cures de sevrage dans les services hospitaliers et au développement des réseaux ville-hôpital, dans le cadre de la prise en charge des usagers de drogues.

**1994 (7 mars)** : arrêté relatif à la création et à la composition de la commission consultative des traitements de substitution de la méthadone.

**1994 (23 novembre)** : rapport sur les toxicomanies du comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé.

**1994 (8 décembre)** : circulaire DH/DGS/DSS/DAP n°45 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale, et guide méthodologique.

**1990-2000** : discussion de nombreux projets de modification de l'article 3 de la loi de février 1921, sans aboutissement.

**1994** : première conférence de consensus sur les traitements de substitution, organisée par le Ministère de la Santé.

**1994** : ouverture à Liège des trois premiers comptoirs d'échange de seringues.

**1994 (10 février)** : loi introduisant la médiation pénale.

**1994 (19 mars)** : deuxième modification de l'article 37 du Chapitre II concernant la qualité des soins du code de déontologie.

**1995** : rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie, dit rapport Henrion. Il recommande notamment le développement des dispositifs de réduction des risques et des traitements de substitution.

**1995 (11 janvier)** : circulaire DGS n°4 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes. Augmentation de la capacité d'accueil pour les traitements méthadone.

**1995 (7 mars)** : décret n°95-255 modifiant le décret n°72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie. Il permet aux personnes physiques et aux associations à but non lucratif de délivrer des seringues stériles.

**1995 (31 mars)** : circulaire DGS/SP3/95 n°29 relative au traitement de substitution pour toxicomanes dépendants des opiacés (méthadone et Subutex®). Elle autorise la prescription de Subutex® par tous les médecins.

**1995 (avril)** : AMM de la méthadone indiquée dans le traitement des dépendances majeures aux opiacés.

**1995 (28 avril)** : circulaire interministérielle visant à harmoniser les recours à l'injonction thérapeutique en mettant en avant le caractère de nécessité sanitaire, en préconisant le recours à des enquêtes de personnalité, en offrant l'option d'un suivi social complémentaire et encourageant son recours même pour des mineurs dans des cas précis de consommation importante ou de polytoxicomanie.

**1995 (9 mai)** : arrêté relatif à la création de la MILAD.

**1995 (31 juillet)** : AMM du Subutex® indiqué dans le traitement des dépendances majeures aux opiacés.

**1995** : adoption par le gouvernement fédéral du « Programme d'Action Toxicomanie-Drogue » (10 points) préconisant notamment la création de MASS et donnant un cadre officiel à l'échange de seringues.

**1995** : ouverture du premier comptoir d'échange de seringues à Bruxelles.

**1996 (février)** : premières commercialisations du Subutex®.

**1996 (3 avril)** : circulaire DGS/DH n°96-239 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes.

**1996 (3 avril)** : circulaire DGS/DH n°96-259 relative aux équipes de liaison en toxicomanie.

**1996 (24 avril)** : décret relatif à la mise en place de la MILDT.

**1996 (5 décembre)** : circulaire DGS/DH/DAP n°739 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire.

**1997** : rapport Parquet : « Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives ».

**1997 (7 juin)** : rapport du groupe de travail parlementaire sur la problématique de la drogue.

**1997 (juillet)** : première expérience de testing de pilules au festival de Dour.

**1997-2003** : création de 9 MASS (Gent en janvier 1997, Anvers en mars 1997, Genk/Limbourg en avril 1997, Charleroi en avril 1997, Liège en janvier 1998, Mons en février 1998, Ostende en février 1998, Bruxelles en septembre 1999 et Brabant flamand en avril 2003).

**1998** : première enquête française sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire.

**1998** : rapport Roques : « La dangerosité des drogues ».

**1998 (23 et 24 avril)** : conférence de consensus: « Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendants des opiacés », organisée par la FFA.

**1998** : le projet « Boule de neige » est étendu à l'Union Européenne.

**1998** : proposition d'une législation permettant l'usage médical de cannabis.

**1998 (17 novembre)** : loi modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques et l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif aux professions de santé. Cette nouvelle révision législative est nécessaire pour permettre l'échange de seringues.

**1998** : loi autorisant la distribution de seringues à titre gratuit.

**1999 (31 mars)** : décret n°99-249 relatif aux substances vénéneuses et à l'organisation de l'évaluation de la pharmacodépendance, modifiant le code de la santé publique. Il supprime les carnets à souches et instaure les ordonnances dites « sécurisées ».

**1999 (15 juin)** : circulaire DGS/SP3/DH/EO 2 n° 99-346 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les toxicomanes.

**1999 (17 juin)** : circulaire relative à l'injonction thérapeutique visant à la recentrer sur « les usagers majeurs les plus dépendants », soit principalement les héroïnomanes et les polytoxicomanes.

**1999 (17 juin)** : circulaire du Ministre de la Justice recommandant que les actions policières ne contrecarrent pas les efforts entrepris en matière d'échange de seringues.

**1999 (18 juin)** : loi n°99-505 portant diverses mesures relatives à la sécurité routière et aux infractions sur les agents des exploitants de réseau de transport public de voyageurs, dite « loi Gayssot ». Elle prévoit l'instauration d'un dépistage systématique des stupéfiants pour les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation.

**1999 (16 mars)** : loi modifiant la loi relative à la police de la circulation routière, coordonnée le 16 mars 1968. Elle permet aux forces de police de procéder à des contrôles « drogues » dans le cadre de la circulation routière.

**2000** : l'Ordre des Pharmaciens ainsi que l'Académie Nationale des Pharmacies appellent à la simplification de la délivrance de tous les stupéfiants.

**2000 (8 février)** : arrêté modifiant les modalités de prescription de la méthadone. La durée maximale de prescription est désormais limitée à 14 jours contre 7 jours précédemment. Par contre la délivrance reste fractionnée pour une durée de traitement ne pouvant excéder 7 jours.

**2000 (8 septembre)** : circulaire DGS/DHOS n°2000-460 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives.

**2000** : organisation d'un suivi de la Conférence de Consensus de 1994, organisé par le Ministère de la Santé.

**2000 (14 février)** : AMM du Subutex®.

**2000 (5 juin)** : arrêté royal relatif aux programmes d'échange de seringues. Il en fixe le cadre légal.

**2000 (5 décembre)** : directive du Ministre de la Justice destinée aux services de police, relative à la loi du 16 mars 1999 modifiant la loi du 16 mars 1968 relative à la police de la circulation routière.

**2001 (27 août)** : décret d'application de la loi Gayssot du 18 juin 1999.

**2001** : première commercialisation du Subutex®.

**2001 (19 janvier)** : note politique du gouvernement fédéral relative à la problématique des drogues, dite « Note Aelvoet ». Elle tente de réinscrire la question des drogues dans le domaine de la santé publique.

**2002** : remise du rapport « L'accès à la méthadone en France. Bilan et recommandations » à Bernard Kouchner, Ministre délégué à la santé.

**2002 (2 janvier)** : loi rénovant l'action sociale et médico-sociale.

**2002 (30 janvier)** : circulaire DGS 2002/57 relative à la prescription de méthadone par les médecins exerçant dans les établissements de santé. Elle étend la possibilité d'initialiser un traitement à la méthadone à ces médecins.

**2002** : travaux préparatoires à des études cliniques sur la délivrance contrôlée d'héroïne.

**2002** : ouverture de la 'clinique du cannabis' au CHU Brugmann à Bruxelles.

**2002** : opposition du Ministre de la Justice, Marc Verwilghen, aux actions de réduction des risques avec testing de pilules.

**2002 (24 juin)** : déclaration commune des Ministres de la Santé Publique relative à l'accord de coopération pour une politique de drogues globale et intégrée.

**2002 (22 août)** : loi visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution.

**2002 (9 septembre)** : accord de coopération entre l'Etat fédéral, les Communautés, la Commission Communautaire Commune et les Régions pour une politique de drogues globale et intégrée.

**2003** : le président de l'association de prévention *Techno+*, Jean-Marc Priez, est poursuivi pour provocation et facilitation à l'usage de stupéfiants pour avoir mis sur Internet un flyer intitulé "*Sniffer propre*".

**2003 (3 février)** : loi n°2003-87 relative à la conduite sous influence de substances et plantes classées comme stupéfiants, dite « loi Marilou ». Elle prévoit des contrôles et des peines plus sévères pour les conducteurs sous l'emprise de cannabis ou d'alcool.

**2003 (4 juin)** : publication du rapport de la commission d'enquête sénatoriale sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites : « Drogue : l'autre cancer ».

**2003 (4 avril et 3 mai)** : lois modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes et antiseptiques, et l'article 137 du Code d'instruction criminelle. Elles visent à opérer, dans les politiques des poursuites, une distinction entre le cannabis et les autres drogues illégales.

**2003 (15 mai)** : décret relatif à la prévention de proximité dans les villes et communes de Wallonie.

**2003 (1<sup>er</sup> août)** : remboursement du Subutex® par l'INAMI.

**2003 (27 novembre)** : décret relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes.

**2003 (28 novembre)** : la FEDITO, Infor-Drogues, la Ligue des droits de l'Homme et Prospective Jeunesse introduisent un recours en annulation auprès de la Cour d'arbitrage contre l'article 16 de la loi du 3 mai 2003.

**2004** : l'Assurance Maladie propose la définition d'un protocole de diagnostic et de soins destiné aux patients sous Subutex® ou sous méthadone, sans aboutir.

**2004** : lancement par l'Assurance-maladie d'un « plan d'action » visant à contrôler les prescriptions de Subutex®.

**2004** : introduction des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogues (CAARRUD) dans le Code de Santé publique.

**2004 (23 et 24 juin)** : conférence de consensus de Lyon : « Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution », organisée par la FFA.

**2004 (30 juillet)** : publication du plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool.

**2004 (9 août)** : loi n°2004-806 relative à la politique de santé publique. Cette loi reconnaît officiellement la réduction des risques.

**2004 (23 septembre)** : circulaire DGS/DHOS/DGAS/2004/464 relative à la mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille.

**2004 (19 mars)** : arrêté royal réglementant les traitements de substitution.

**2004 (3 juin)** : arrêté du gouvernement wallon portant exécution du décret du 27 novembre 2003 relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes.

**2004 (20 octobre)** : suite au recours introduit par la FEDITO, Infor-Drogues, la Ligue des droits de l'Homme et Prospective Jeunesse, arrêt de la Cour d'arbitrage annulant l'article 16 de la loi du 3 mai 2003 modifiant la loi du 24 février 1921.

**2005** : demande du Ministère de l'Intérieur, relayée par la MILDT, de classer le Subutex® comme stupéfiant.

**2005** : publication du rapport d'évaluation des consultations cannabis : « 'Consultations cannabis' : enquête sur les personnes accueillies ».

**2005 (8 avril)** : circulaire du Garde des Sceaux et du Ministre de la Santé relative à la lutte contre les toxicomanies et les dépendances.

**2005 (8 avril)** : décret relatif aux missions des CAARRUD.

**2005 (14 avril)** : décret n°2005-347 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques auprès des usagers de drogues. Il complète ainsi le code de la santé publique en introduisant « un axe de réduction des risques dans la politique sanitaire de la toxicomanie ».

entre la prévention primaire et le soin ». Il définit les objectifs des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues.

**2005** : publication du rapport « DHC0. Délivrance d'Héroïne sous Contrôle médical. Etude de faisabilité et de suivi : rapport final » commandité par la Politique Scientifique Fédérale.

**2005 (21 mars)** : décret portant assentiment à l'accord de coopération entre l'Etat fédéral, les Communautés, la Commission Communautaire Commune et les Régions pour une politique de drogues globale et intégrée, conclu le 2 septembre 2002.

**2005 (mai)** : note relative à la santé mentale du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

**2006 (1<sup>er</sup> janvier)** : ouverture des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD).

**2006 (30 mars)** : AMM de la buprénorphine Arrow®.

**2006 (6 octobre)** : arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant les traitements de substitution.

**2007** : création de centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ayant pour objectif de refondre le dispositif en intégrant à la fois les CSST, les CCAA ainsi que les récentes « consultations cannabis ».

**2007 (14 mai)** : décret n° 2007-877 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

**2007 (16 mai)** : circulaire DGS/6B/DHOS/02/2007/203 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge des soins en addictologie.

**2007 (18 septembre)** : l'Afssaps donne son feu vert à la commercialisation de la méthadone en gélules.

**2007 (fin d'année)** : mise sur le marché (annoncée) de la Suboxone®, dite Subutex® « in-shootable ».

**2008** : selon l'Afssaps, la commercialisation de la méthadone en gélules sera effective en début d'année.

**2007** : démarrage (annoncé en automne) du projet-pilote de délivrance d'héroïne sous contrôle médical à Liège.

**2007** : mise sur le marché (annoncée) de la Suboxone®, dite Subutex® « in-shootable ».



**Annexe 4. Modalités de prescription et de délivrance de méthadone  
et de Subutex® en France et en Belgique : tableau comparatif**

	FRANCE		BELGIQUE	
	Méthadone	Subutex®	Méthadone	Subutex®
Liste	Stupéfiant	Liste I des substances vénéneuses	Stupéfiant	Médicament réglementé par l'A.R. du 6/10/2006
Forme	Sirop (et bientôt gélules)	Comprimés sublinguaux	Sirop et gélules	Comprimés sublinguaux
Dosage	5mg – 10 mg – 20mg – 40mg – 60mg	0,4mg – 2 mg – 8mg	Tous possibles	Subutex® 2 - 8 mg Temgesic® 0,2 mg
Conditionnement	Flacon de sirop	Boîte de 7 comprimés	Flacon de maximum 300 ml Préparation magistrale de 60 gélules maximum (pour être remboursé)	Boîte de 7 comprimés
Voie d'administration	Orale	Sublinguale	Orale	Sublinguale
<b>Conditions de prescription</b>				
Durée maximale	14 jours	28 jours	Pas de restriction légale, mais recommandé pour 28 jours	
Type d'ordonnance	« Sécurisée »		Manuscrite, en toutes lettres	« Normale »
Primo-prescription	Médecin de CSST ou établissement de santé (sauf accueil et urgences)	Tout médecin généraliste ou spécialiste	Tout médecin généraliste ou spécialiste, selon les conditions de l'A.R. du 6/10/2006	
Mentions obligatoires	Nom du prescripteur et du patient En toutes lettres : nombre d'unités thérapeutiques par prise, nombre de prises, dosage		Nom du prescripteur et du patient En toutes lettres : nombre d'unités thérapeutiques par prise, nombre de prises, dosage et mode de délivrance (quotidien ou dérogation pour plusieurs jours)	
Renouvellement	Interdit		Interdit	
<b>Conditions de délivrance</b>				
Durée	14 jours	28 jours	Pas de restriction (voir A.R. 6/10/2006)	
Fractionnement	Oui, sauf mention « à délivrer en une fois »	Oui 7 jours, sauf mention « à délivrer en une fois »	Normalement délivrance quotidienne mais dérogation possible à l'A.R., mention dans le dossier médical	
Délai de présentation de l'ordonnance	72 heures, au lieu de 24 heures précédemment		Une ordonnance est valable 3 mois, le mois de prescription non compris (condition du remboursement)	Une ordonnance est valable 3 mois, le mois de prescription non compris (condition du remboursement)
Chevauchement	Interdit sauf mention du prescripteur		Interdit sauf mention du prescripteur	



**Annexe 5. Loi du 22 août 2002 visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution et modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques (1 et erratum)**

Publié au Moniteur belge le 1<sup>er</sup> octobre 2002

**MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE  
PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT**

22 AOUT 2002. - Loi visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution et modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques (1)

ALBERT II, Roi des Belges,  
A tous, présents et à venir, Salut.

Les Chambres ont adopté et Nous sanctionnons ce qui suit :

Article 1<sup>er</sup>. La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

Art. 2. A l'article 3 de la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques, remplacé par la loi du 9 juillet 1975 et modifié par la loi du 17 novembre 1998, sont apportées les modifications suivantes :

1. l'alinéa 1<sup>er</sup> actuel devient le § 1<sup>er</sup>;
2. les alinéas 2 et 3 actuels deviennent le § 2;
3. l'alinéa 4 actuel devient le § 3;
4. l'article est complété par un § 4, rédigé comme suit :

« § 4. Ne peuvent être sanctionnés, en vertu du paragraphe précédent, les traitements de substitution dispensés par un praticien de l'art de guérir.

On entend par traitement de substitution tout traitement consistant à prescrire, administrer ou délivrer à un patient toxicomane des substances stupéfiantes sous forme médicamenteuse, visant, dans le cadre d'une thérapie, à améliorer sa santé et sa qualité de vie, et à obtenir si possible le sevrage du patient.

La liste des substances stupéfiantes et psychotropes sous forme médicamenteuse autorisées pour le traitement de substitution est déterminée par le Roi sur proposition du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Sur proposition du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, le Roi détermine, par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, les conditions relatives à :

- 1<sup>o</sup> la délivrance et l'administration du médicament;
- 2<sup>o</sup> l'enregistrement du traitement par le Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement moyennant le respect de la réglementation relative à la protection de la vie privée.

Pour les substances médicamenteuses qu'Il détermine, le Roi prévoit, sur proposition du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, des conditions concernant :

- 1° le nombre de patients pouvant être pris en charge, par médecin;
- 2° l'accompagnement du traitement et la formation continue du médecin;
- 3° la relation que le médecin prescripteur établit avec un centre spécialisé ou avec un réseau de soins. »

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'Etat et publiée par le Moniteur belge.

Donné à Châteauneuf-de-Grasse, le 22 août 2002.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre de la Protection de la Consommation, de la Santé publique et de l'Environnement,

Mme M. AELVOET

Scellé du sceau de l'Etat :

Le Ministre de la Justice,

M. VERWILGHEN

---

Note : Documents du Sénat :

11 - SE 1999 :

N° 1 : Proposition de loi de M. Mahoux et consorts.

2 - 11 - 2000/2001 :

N° 2 : Amendements.

N° 3 : Avis de la commission des Affaires sociales.

N° 4 : Amendements.

N° 5 : Rapport.

N° 6 : Texte adopté par la commission.

N° 7 : Amendements.

N° 8 : Texte adopté en séance plénière et transmis à la Chambre des représentants.

Annales du Sénat : 17 et 18 avril 2002.

Publié au Moniteur belge le 20 décembre 2002

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE  
L'ENVIRONNEMENT

22 AOUT 2002. - Loi visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution et modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques. - Erratum

Au Moniteur belge du 1<sup>er</sup> octobre 2002 il convient, en ce qui concerne la loi précitée, d'ajouter à la Note figurant à la page 44263, le texte suivant :

« (2) Documents de la Chambre des représentants :

50-1749/1 tot 5/2001-2002 :

N° 1 : Projet transmis par le Sénat.

N° 2 : Amendement.

N° 3 : Rapport de la Commission Santé publique, Environnement et Renouveau de la Société.

N° 4 : Amendement.

N° 5 : Texte adopté en séance plénière et soumis à la sanction royale.

Rapport intégral : 10 juillet 2002. »



## **Annexe 6. Arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution**

**Publié au Moniteur belge le 30 avril 2004**

### **SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT**

19 MARS 2004. - Arrêté royal réglementant le traitement de substitution

ALBERT II, Roi des Belges,  
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes, notamment l'article 3, § 4, inséré par la loi du 22 août 2002;

Vu la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments, notamment l'article 6, modifié par l'arrêté royal du 8 août 1997 et par les lois du 20 octobre 1998, 12 août 2000 et 30 décembre 2000;

Vu l'arrêté royal du 31 mai 1885 approuvant les nouvelles instructions pour les médecins, pour les pharmaciens et pour les droguistes, notamment l'article 26bis, remplacé par l'arrêté royal du 9 janvier 1992 et modifié par les arrêtés royaux des 21 octobre 1999, 26 juin 2001, 22 août 2002 et 29 juin 2003 et l'article 35, remplacé par l'arrêté royal du 3 mai 1999, les arrêtés royaux du 22 août 2002, 26 mars 2003, 4 avril 2003 et 29 juin 2003;

Vu l'Action commune du 16 juin 1997 adoptée par le Conseil sur base de l'article K.3 du Traité de l'Union européenne, concernant l'échange d'informations, à l'évaluation des risques et au contrôle des nouvelles drogues de synthèse;

Vu les avis de l'inspection des finances, donnés le 2 et le 12 avril 2001;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 5 juillet 2001;

Vu l'avis de la Commission de la Protection de la Vie Privée, donné le 14 avril 2003;

Vu l'avis 36.379/3 du Conseil d'Etat, donné le 20 janvier 2004 en application de l'article 84, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, des lois coordonnées par le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et de l'avis de Nos Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

#### **CHAPITRE I<sup>er</sup>. – Définitions**

Article 1<sup>er</sup>. Pour l'application du présent arrêté, on entend

- par le Ministre : le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

- la Cellule politique de Santé en matière de drogues : la Cellule politique de Santé en matière de drogues instituée par le protocole d'accord conclu entre le Gouvernement

fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la constitution, concernant la création d'une politique de santé intégrée en matières de drogues.

## CHAPITRE 2. - Conditions de participation et enregistrement des médecins

Art. 2. § 1. Tout médecin qui prescrit habituellement des traitements de substitution doit :

- soit être un médecin spécialiste qui a, durant ou après sa formation, été formé spécifiquement à la prise en charge de patients usagers de drogue(s) et à l'instauration d'un traitement de substitution ou qui dispose, au moment de l'entrée en vigueur du présent arrêté, d'une expertise en cette matière;
- soit un médecin généraliste agréé qui a suivi une formation spécifique à la prise en charge de patients usagers de drogue(s) et à l'instauration d'un traitement de substitution, ou qui dispose, au moment de l'entrée en vigueur du présent arrêté, d'une expertise en cette matière;

Par formation spécifique à la prise en charge de patients usagers de drogue(s) par traitement de substitution, on entend une formation organisée par des organisations scientifiques de médecins généralistes, de médecins spécialistes, par un centre d'accueil pour toxicomane, par un réseau de prise en charge de patients usagers de drogues ou par un centre spécialisé.

Par expertise, on entend la formation spécifique et la formation continue, la connaissance de la pharmacologie, les publications scientifiques et l'expérience dans les traitements de substitution. Le centre d'accueil, le réseau pour usagers de drogue(s) ou le centre spécialisé juge si l'expertise du médecin candidat à l'enregistrement pour les traitements de substitution est probante.

Tout médecin qui administre des traitements de substitution doit pouvoir apporter la preuve qu'il suit une formation continue, lit des articles en rapport avec cette matière et participe aux activités d'un centre d'accueil, d'un réseau pour usagers de drogue(s) ou d'un centre spécialisé.

§ 2. Tout médecin qui administre des traitements de substitution doit être enregistré auprès d'un centre d'accueil, d'un réseau pour usagers de drogue(s) ou d'un centre spécialisé; lors de son enregistrement, il s'engage :

1° à prendre en charge des patients usagers de drogue(s) de manière conforme aux recommandations scientifiques en vigueur;

2° à veiller à leur accompagnement psychosocial;

3° à consigner dans son dossier médical les caractéristiques, l'évolution et le suivi du patient, le traitement prescrit, son dosage et ses modalités d'administration ainsi que les avis multidisciplinaires ou spécialisés qui auraient été demandés et reçus et à communiquer ces données, à sa demande, au médecin responsable du centre d'accueil ou du réseau pour usagers de drogue(s).

L'enregistrement d'un médecin qui prend en charge des traitements de substitution est communiqué à l'Institut de Pharmaco-Epidémiologie de Belgique, à l'inspecteur pharmaceutique et à la Commission médicale compétente.

## CHAPITRE 3. - Conditions d'agrément des centres d'accueil et des réseaux de prise en charge pour usagers de drogues

Art. 3. § 1<sup>er</sup> Est considéré comme un centre d'accueil pour toxicomane, tel que visé à l'article 6, alinéa 2, 2°, de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 un centre qui comprend au



moins 2 médecins généralistes dont un répondant aux conditions visées à l'article 2, un psychiatre ou un psychologue ainsi qu'un travailleur social, tous ayant l'expérience dans la prise en charge des usagers de drogues.

Il est agréé pour les missions qui lui sont confiées par le présent arrêté et au maximum pour cinq ans, sur avis de la commission médicale provinciale compétente, par le Ministre.

Lorsqu'il n'existe pas de centre d'accueil pour usagers de drogue(s) dans une province, le centre d'une autre province peut remplir les missions qui lui sont confiées par le présent arrêté.

§ 2. Un réseau de prise en charge des usagers de drogue(s) est une personne morale composée notamment de médecins,

- qui veille à l'accompagnement psycho-social, à la qualité des soins pour les usagers de drogue(s) relevant du réseau,
- ainsi qu'à la formation continue et au peer-review pour les professionnels de la santé du réseau;

Il est agréé pour les missions qui lui sont confiées par le présent arrêté et au maximum pour cinq ans, après avis de la commission médicale provinciale compétente, par le Ministre.

§ 3. Sont considérées comme centres spécialisés, les institutions de soins agréées par l'autorité compétente pour la mise en oeuvre des traitements de substitution ainsi que les hôpitaux et services spécialisés d'hôpitaux qui soignent régulièrement des usagers de drogues.

#### CHAPITRE 4. - Les médicaments de substitution

Art. 4. Les médicaments de substitution sont :

- la méthadone;
- la buprénorphine.

#### CHAPITRE 5. - Délivrance et administration du médicament de substitution

Art. 5. Les médicaments utilisés dans le cadre d'un traitement de substitution sont délivrés par un pharmacien d'officine et par toute personne autorisée par le Roi à délivrer des médicaments en vertu de l'article 4, § 2, 6°, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif aux professions de santé ainsi que par des médecins autorisés à tenir dépôt de médicaments et cela, dans un emballage avec une fermeture de sécurité pour les enfants.

Sauf les cas visés à l'article 7 de cet arrêté, tout traitement de substitution est délivré au patient lui-même en doses journalières. Les centres d'accueil pour usagers de drogue(s) et spécialisés peuvent procéder à la division de grands conditionnements en plus petits conditionnements en doses journalières et par patient, sans qu'aucune modification ne soit apportée aux propriétés du médicament de substitution.

Art. 6. Le médicament est administré, dans le respect de l'intimité du patient, si possible dans une partie de l'officine qui, pour le public, est hors de vue, quotidiennement, sous forme orale, soit en présence du pharmacien qui le délivre ou d'une autre personne agissant sous sa responsabilité, soit, dans un centre d'accueil, dans un réseau pour usagers de drogue(s) ou dans un centre spécialisé en présence d'un prestataire de soins se trouvant sous la responsabilité du médecin prescripteur.

Art. 7. Par dérogation aux dispositions de l'article 6, le médecin prescripteur peut fixer d'autres règles pour l'administration du médicament si la situation médicale ou psychosociale du patient le justifie.

Art. 8. Dès que le patient ne respecte pas les conditions de délivrance et d'administration fixées à l'article 6 ou déterminées par le médecin prescripteur en vertu de l'article 7, la personne qui délivre ou administre le médicament de substitution avertit, sans délai, le médecin prescripteur.

#### CHAPITRE 6. - Enregistrement des traitements de substitution

Art. 9. Les données de la prescription relatives aux traitements de substitution sont rassemblées, encodées par les Offices de tarification agréés en vertu de l'arrêté royal du 15 juin 2001 déterminant les critères d'agrément des offices de tarification. Les données du patient sont anonymisées par cet office de tarification et transmises à l'Institut Pharmaco-Epidémiologique belge (Ipheb) pour y être traitées dans le cadre du monitoring.

Les données de la prescription anonymisées qui proviennent des centres d'accueils et spécialisés qui délivrent des traitements de substitution sont adressées à l'Institut Pharmaco-Epidémiologique Belge (Ipheb) selon le modèle des prescriptions rassemblées et encodées par les offices de tarification.

Ces données anonymisées sont également utilisées par l'Ipheb à des fins scientifiques et dans le cadre d'analyses épidémiologiques.

Lorsque l'Institut de Pharmaco-Epidémiologie de Belgique constate qu'un code identique de patient apparaît sous le nom de médecins différents, il prend contact sans délai avec ces médecins, avec la Commission médicale compétente ainsi qu'avec l'office de tarification concerné afin que celui-ci transmette sans délai le nom du patient au médecin prescripteur.

Art. 10. Les données, les aspects techniques, épidémiologiques ainsi que les protocoles d'enregistrement et de transmission sont définis et traités, par une cellule technique constituée au sein de la Cellule politique de Santé en matière de drogues instituée par le protocole d'accord conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la constitution, concernant la création d'une politique de santé intégrée en matières de drogues.

#### CHAPITRE 7. - Modalités complémentaires de traitement de patients utilisateurs de drogues

Art. 11. Le nombre de patients pris en charge par un médecin ne peut dépasser le chiffre de 150 patients différents par année.

Cette disposition n'est pas d'application pour les médecins administrant des traitements de substitution dans un centre d'accueil pour usagers de drogue(s).

Art. 12. Le centre d'accueil pour patients toxicomanes, le réseau pour usagers de drogue(s), le centre spécialisé peut d'initiative contacter le médecin enregistré auprès de lui qui administre des traitements de substitution notamment en ce qui concerne la réinsertion sociale du patient, les risques liés à la consommation d'autres médicaments,

substances psychotropes ou stupéfiantes, et la charge du travail liée au nombre de patients qu'il prend en charge.

Ils communiquent à la Commission médicale compétente et à l'Institut de Pharmacologie-Epidémiologie de Belgique la liste des médecins enregistrés auprès d'eux et qui répondent aux obligations visées à l'article 2.

Art. 13. La prise en charge d'un patient non stabilisé dont la résidence est située en dehors du territoire belge est, au-delà d'une période de trois mois, conditionnée par la présence dans le dossier médical d'une attestation émise par un centre ou réseau compétent du pays de résidence d'où il ressort que le patient a effectivement consulté ce centre.

Art. 14. Il peut être dérogé aux articles 2,3, 9 en 11 pour des services structurés qui s'occupent de la prise en charge de patients usagers de drogue(s) détenus et qui sont organisés et agréés par le Ministre de la Justice.

CHAPITRE 8. - Modification de l'arrêté royal du 31 mai 1885 approuvant les nouvelles instructions pour les médecins, pour les pharmaciens et pour les droguistes

Art. 15. A l'article 26bis de l'arrêté royal du 31 mai 1885 approuvant les nouvelles instructions pour les médecins, pour les pharmaciens et pour les droguistes, remplacé par l'arrêté royal du 9 janvier 1992 et modifié par les arrêtés royaux des 21 octobre 1999, 26 juin 2001, 22 août 2002 et 29 juin 2003, les modifications suivantes sont apportées :

1°) au § 1<sup>er</sup>, l'alinéa 2 est complété comme suit : « ou si celles - ci sont pris en charge par un médecin qui est enregistré auprès d'un centre d'accueil pour usagers de drogue(s) visée à l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution »;

2°) au § 1<sup>er</sup> la première phrase de l'alinéa 4 est remplacée comme suit :

« Il est en outre interdit à un pharmacien de délivrer un médicament via un mandataire à des personnes vivant en communauté ou à des personnes qui sont traitées par un médecin qui est enregistré auprès d'un centre d'accueil pour usagers de drogue(s) visée à l'article 2 de l'arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution, si cette communauté ou ce centre ne se situe pas dans la même commune où la pharmacie est implantée ou dans une commune limitrophe. »;

3°) au § 1<sup>er</sup>, alinéa 5 les mots « ou par plusieurs médecins qui répondent aux conditions fixées à l'article 9 de l'arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution » sont ajoutés après le mot « communautés »;

4°) au § 2 les mots « ou à des personnes qui sont traitées par un médecin qui répond aux conditions fixées à l'article 9 de l'arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution ou qui sont traitées dans un centre d'accueil pour usagers de drogue(s) » sont ajoutés dans la première phrase après les mots « vivant en communauté »;

5°) au § 2, 1°, 4°, 5° et 6° les mots « ou la personne traitée » sont ajoutés après le mot « résident »;

6°) au § 2, 2° les mots « ou les personnes traitées » sont ajoutés après le mot « résidents ».

Art. 16. A l'article 35 du même arrêté, remplacé par l'arrêté royal du 3 mai 1999 et modifié par l'arrêté royal du 22 août 2002, sont apportées les modifications suivantes :

1°) à l'alinéa 1<sup>er</sup> il est inséré un point 4°, rédigé comme suit :

« 4° la Commission médicale dont il ressort dans la mesure où cette Commission estime que ces informations sont utiles pour l'exercice de sa mission décrite à l'article 37 de l'arrêté royal du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé ».

2°) l'alinéa 2 est supprimé.

#### CHAPITRE 9. - Dispositions finales

Art. 17. Notre Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 19 mars 2004.

ALBERT

Par le Roi:

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,  
R. DEMOTTE

**Annexe 7. Arrêté royal du 6 octobre 2006 modifiant l'arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution**

**Publié au Moniteur belge le 21 novembre 2006**

**SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT**

6 OCTOBRE 2006. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution

ALBERT II, Roi des Belges,  
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 24 février 1921 concernant le trafic de substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et de substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes, notamment l'article 3, § 4, inséré par la loi du 22 août 2002;

Vu la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments, notamment l'article 6, § 2, inséré par l'arrêté royal du 8 août 1997 et modifié par les lois des 12 août 2000, 30 décembre 2001 et 22 décembre 2003;

Vu l'article 26bis de l'arrêté royal du 31 mai 1885 approuvant les nouvelles instructions pour les médecins, pour les pharmaciens et pour les droguistes, remplacé par l'arrêté royal du 9 janvier 1992, et modifié par les arrêtés royaux des 21 octobre 1999, 26 juin 2001, 22 août 2002, et 29 juin 2003;

Vu l'arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution;

Vu les lois sur la comptabilité de l'Etat, coordonnées le 17 juillet 1991, notamment l'article 12, alinéa 3;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 6 juin 2006;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 30 juin 2006;

Vu l'avis n° 30/2006 de la Commission de la protection de la vie privée, donné le 26 juillet 2006;

Vu l'avis 40.918/1/V du Conseil d'Etat, donné le 18 août 2006 en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et de l'avis de Nos Ministres qui en ont délibéré en conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1<sup>er</sup>. L'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution est modifié comme suit :

« Article 1<sup>er</sup>. Pour l'application du présent arrêté, on entend par :

- le Ministre : le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions;

- la commission médicale : la commission médicale telle que visée aux articles 36 et 37 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. »

Art. 2. L'article 2 du même arrêté est remplacé comme suit :

« Article 2. § 1<sup>er</sup>. Tout médecin qui prescrit des traitements de substitution doit :

1° prescrire les médicaments de substitution de manière conforme aux recommandations scientifiques en vigueur;

2° veiller à l'accompagnement psychosocial du patient;

3° noter dans son dossier médical les caractéristiques, l'évolution et le suivi du patient, le traitement prescrit, le dosage, les modes de délivrance et d'administration, ainsi que les avis multidisciplinaires ou spécialisés qui auraient été demandés et reçus.

§ 2. Tout médecin qui prescrit des traitements de substitution à plus de 2 patients simultanément doit en outre, durant ou après sa formation, avoir suivi une formation spécifique à la prise en charge d'usagers de drogue par traitement de substitution, ou disposer, dès l'entrée en vigueur du présent arrêté, d'expertise en cette matière.

Par formation spécifique à la prise en charge d'usagers de drogue par traitement de substitution on entend une formation organisée sur ce sujet par des organisations scientifiques de médecins généralistes, de médecins spécialistes, par un centre d'accueil, par un réseau de prise en charge pour usagers de drogue, par un centre spécialisé ou par une université.

Par expertise on entend la formation continue, la connaissance de la pharmacologie et des publications scientifiques, et l'expérience dans les traitements de substitution.

Tout médecin qui prescrit des traitements de substitution à plus de 2 patients simultanément doit pouvoir apporter la preuve qu'il suit une formation continue, lit des articles scientifiques en rapport avec cette matière et participe aux activités d'un centre d'accueil, d'un réseau de prise en charge pour usagers de drogue ou d'un centre spécialisé.

Tout médecin qui prescrit des traitements de substitution à plus de 2 patients simultanément doit être enregistré auprès d'un centre d'accueil agréé, d'un réseau de prise en charge pour usagers de drogue agréé ou d'un centre spécialisé agréé. Le centre d'accueil, le réseau de prise en charge pour usagers de drogue ou le centre spécialisé communique sans délai cet enregistrement à l'Institut Pharmaco-Epidémiologique Belge (IPhEB), qui le communique ensuite sans délai à la Direction générale Médicaments du Service public fédéral Santé publique et à la commission médicale compétente. »

Art. 3. L'intitulé du chapitre 3 du même arrêté est remplacé comme suit :

« Critères d'agrément des centres d'accueil et des réseaux de prise en charge pour usagers de drogue. »

Art. 4. L'article 3 du même arrêté est remplacé comme suit :

« article 3. § 1<sup>er</sup>. Est considéré comme un centre d'accueil pour toxicomanes, tel que visé à l'article 6, alinéa 2, 2° de l'arrêté royal du 10 octobre 1986, un centre qui comprend au moins 2 médecins généralistes dont un répondant aux conditions visées à l'article 2, § 2, un psychiatre ou un psychologue, ainsi qu'un travailleur social, tous ayant de l'expérience dans la prise en charge des usagers de drogue.

Sur base d'une demande introduite par le centre d'accueil, il est agréé, selon les règles approuvées par le Ministre, pour les missions qui lui sont confiées par le présent arrêté, et au maximum pour cinq ans, sur avis de la commission médicale compétente.

Lorsqu'il n'existe pas de centre d'accueil dans une province, le centre d'une autre province peut remplir les missions qui lui sont confiées par le présent arrêté.

§ 2. Un réseau de prise en charge pour usagers de drogue est une personne morale, composée notamment de médecins, qui veille à :

- l'accompagnement psychosocial et à la qualité des soins pour les usagers de drogue recevant un traitement dans le réseau;
- ainsi qu'à la formation continue et à l'intervision pour les professionnels de la santé du réseau.

Sur base d'une demande introduite par le réseau de prise en charge pour usagers de drogue, il est agréé, selon les règles approuvées par le Ministre, pour les missions qui lui sont confiées par le présent arrêté, et au maximum pour cinq ans, sur avis de la commission médicale compétente.

Lorsqu'il n'existe pas de réseau de prise en charge pour usagers de drogues dans une province, le réseau d'une autre province peut remplir les missions qui lui sont confiées par le présent arrêté.

§ 3. Sont considérés comme centres spécialisés : les institutions de soins agréées par l'autorité compétente pour la mise en oeuvre des traitements de substitution, ainsi que les hôpitaux et services spécialisés d'hôpitaux qui prennent en charge régulièrement des usagers de drogue. »

Art. 5. Le texte français de l'article 4 du même arrêté est remplacé par la disposition suivante :

« Les médicaments de substitution sont :

- la Méthadone;
- la Buprénorphine. »

Art. 6. L'article 5 du même arrêté est remplacé comme suit :

« Article 5. Les médicaments de substitution sont délivrés par un pharmacien d'officine ou par toute personne autorisée par le Roi à délivrer des médicaments en vertu de l'article 4, § 2, 6° de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif aux professions de santé, et ce dans un emballage avec une fermeture de sécurité pour les enfants. Les médicaments liquides sont conditionnés en doses journalières.

Les centres d'accueil et les centres spécialisés peuvent procéder à la division de grands conditionnements en plus petits conditionnements en doses journalières et par patient, sans qu'aucune modification ne soit apportée aux propriétés du médicament de substitution. »

Art. 7. L'article 6 du même arrêté est remplacé comme suit :

« Article 6. Le médicament de substitution est délivré au patient lui-même et administré, dans le respect de l'intimité du patient, sous forme orale et quotidiennement :

- soit, si possible, dans une partie de l'officine qui pour le public est hors de vue, en présence du pharmacien qui le délivre ou d'une autre personne agissant sous sa responsabilité;
- soit dans un centre d'accueil ou un centre spécialisé, en présence du médecin prescripteur ou d'une autre personne agissant sous sa responsabilité. »

Art. 8. L'article 7 du même arrêté est modifié comme suit :

1° dans le texte actuel, qui formera l'alinéa 1<sup>er</sup>, les mots « la délivrance ou » sont ajoutés après le mot « pour »;

2° il est inséré un alinéa 2 rédigé comme suit :

« Dans tous les cas, les modes de délivrance et d'administration sont mentionnés sur la prescription et dans le dossier médical du patient. »

Art. 9. Dans le texte français de l'article 8 du même arrêté les mots « Dès que » sont remplacés par le mot « Si ».

Art. 10. L'article 9 du même article est remplacé comme suit :

« Article 9. Les officines, ouvertes au public, envoient toutes les données de la prescription relatives aux traitements de substitution aux offices de tarification agréés en vertu de l'arrêté royal du 15 juin 2001 déterminant les critères d'agrément des offices de tarification.

Le Ministre désigne un office centralisateur parmi les offices de tarification. Cet office sera chargé du traitement des données relatives aux prescriptions des patients non couverts par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Les données des prescriptions qui proviennent des centres d'accueil et des centres spécialisés qui délivrent des traitements de substitution sont envoyées à l'office centralisateur selon le modèle des prescriptions rassemblées par les offices de tarification.

Les offices de tarification codent les données des patients de manière à ce que ceux-ci ne puissent être directement identifiés. Ces données codées sont ensuite transmises à l'IPhEB.

Lorsque l'IPhEB constate qu'un code identique de patient apparaît sous le nom de médecins différents, il alerte sans délai ces médecins et leur transmet le numéro de la prescription, ainsi que le nom et le numéro de téléphone du pharmacien qui a exécuté leur prescription afin que celui-ci révèle le nom du patient au médecin.

L'IPhEB informe également la commission médicale provinciale compétente des résultats de l'alerte, et ce suivant les dispositions de l'article 10 de cet arrêté.

Les données codées sont également utilisées par l'IPhEB à des fins d'analyses épidémiologiques, pour la promotion et la protection de la santé publique, et ce suivant les dispositions de l'article 10 de cet arrêté.

Un budget annuel de euro 48.000 servant à couvrir les tâches définies dans cet arrêté sera réparti entre tous les offices de tarification, selon les règles approuvées par le Ministre. Ce budget est à charge de l'Institut National de Maladie Invalidité (INAMI). Un budget complémentaire est prévu pour l'office de centralisation. Ce budget est à charge de l'IPhEB.

Un budget annuel de euro 375.000 est réservé à la conclusion de conventions avec l'IPhEB. euro 200.000 sont à charge du service public fédéral Santé publique. euro 175.000 sont à charge de l'INAMI. »

Art. 11. L'article 10 du même arrêté est remplacé comme suit :

« Article 10. Les données, les aspects techniques et épidémiologiques, les protocoles d'enregistrement et de transmission de données, ainsi que la procédure d'alerte sont définis par le Ministre sur proposition d'une cellule technique constituée par le Ministre et sur avis de la Commission de la protection de la vie privée. »

Art. 12. L'intitulé du chapitre 7 du même arrêté est remplacé comme suit :

« Modalités complémentaires pour le traitement. »



Art. 13. L'article 11 du même arrêté est remplacé comme suit :

« Article 11. Un médecin ne peut prendre en charge par traitement de substitution plus de 120 patients simultanément.

Cette disposition n'est pas d'application pour les médecins qui prescrivent des traitements de substitution dans un centre d'accueil ou un centre spécialisé. »

Art. 14. L'article 12 du même arrêté est remplacé comme suit :

« Article 12. Le centre d'accueil, le réseau de prise en charge pour usagers de drogue ou le centre spécialisé peut d'initiative contacter le médecin enregistré auprès de lui notamment en ce qui concerne la réinsertion sociale du patient, les risques liés à la consommation d'autres médicaments, substances psychotropes ou stupéfiants, et la charge du travail liée au nombre de patients qu'il prend en charge. »

Art. 15. L'article 13 du même arrêté est remplacé comme suit :

« Article 13. Sauf cas d'urgence, la prise en charge d'un patient dont la résidence est située en dehors du territoire belge est conditionnée par la présence dans le dossier médical d'une attestation émise par un centre ou réseau compétent du pays de résidence du patient d'où il ressort que le patient a effectivement consulté ce centre ou réseau. »

Art. 16. L'article 14 du même arrêté est remplacé comme suit :

« Article 14. Il peut être dérogé aux articles 2, 3, 9 et 11 pour des services structurés qui prennent en charge des usagers de drogue détenus, et qui sont organisés et agréés par le Ministre de la Justice. »

Art. 17. A l'article 26bis de l'arrêté royal du 31 mai 1885 approuvant les nouvelles instructions pour les médecins, pour les pharmaciens et pour les droguistes, remplacé par l'arrêté royal du 9 janvier 1992, et modifié par les arrêtés royaux des 21 octobre 1999, 26 juin 2001 22 août 2002, et 29 juin 2003, les modifications suivantes sont apportées :

1° au § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, le mot « pris » est remplacé par le mot « prises », le mot « drogue » est remplacé par le mot « drogues », les mots « articles 1<sup>er</sup> » sont remplacés par les mots « article 3 »;

2° au § 1<sup>er</sup> la première phrase de l'alinéa 4, le mot « drogues » est remplacé par le mot « drogue », les mots « article 2 » sont remplacés par les mots « article 3 »;

3° au § 1<sup>er</sup>, alinéa 5 les mots « article 9 » sont remplacés par les mots « article 2 »;

4° au § 2, à la première phrase, les mots « article 9 » sont remplacés par les mots « article 2 » et le mot « drogues » est remplacé par le mot « drogue ».

Art. 18. Notre Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 6 octobre 2006.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
R. DEMOTTE



**Annexe 8. Circulaire DGS/DHOS n° 2002/57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés.**

**DIRECTION GENERALE  
DE LA SANTE**

Sous-direction santé et société  
Bureau SD6B

**DIRECTION DE L'HOSPITALISATION  
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS**

Sous-direction de l'évaluation  
Et de l'organisation hospitalières  
Bureau O2

**La ministre de l'emploi  
et de la solidarité**

**Le ministre délégué à la santé  
à**

**Madame et Messieurs  
les préfets de région  
Direction régionale des affaires sanitaires  
et sociales  
(pour information)**

**Mesdames et Messieurs  
les préfets de département  
Direction départementale des affaires  
sanitaires et sociales  
(pour information)**

**Mesdames et Messieurs  
les directeurs des agences régionales de  
l'hospitalisation  
(pour attribution et diffusion aux  
établissements de santé)**

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

**Date d'application :** immédiate

**Mots-clés :** toxicomanie - traitement de substitution – méthadone – prescription initiale – établissements de santé – milieu pénitentiaire.

**Textes de référence :**

- circulaire DGS n°14 du 7 mars 1994 relative au cadre d'utilisation de la méthadone dans la prise en charge des toxicomanes.
- circulaire DH/DGS/DSS/DAP n°45 du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale, et guide méthodologique.
- circulaire DGS n°4 du 11 janvier 1995 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des des toxicomanes en 1995.
- circulaire DGS n°29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes
- dépendants aux opiacés.
- circulaire DGS/DH n°96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes.
- circulaire DGS/DH/DAP n°739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire.
- circulaire DGS/DH n°346 du 15 juin 1999 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes toxicomanes.
- circulaire DGS/DHOS n°2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives.
- note interministérielle MILDT/DGS/DHOS/DAP n°474 du 9 août 2001 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive.

**Pièce -jointe :**

Cadre d'utilisation de la méthadone.

La présente circulaire et le cadre d'utilisation annexé ont pour objet de déterminer les conditions dans lesquelles la possibilité de prescrire la méthadone, dans le cadre de l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs à un produit opiacé, est étendue aux médecins qui exercent en établissement de santé. Cette possibilité était jusqu'alors réservée aux médecins des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST).

L'autorisation de mise sur le marché de la méthadone est modifiée en conséquence.

Cette évolution a pour principal objectif de créer les conditions permettant de rendre la méthadone plus accessible, de toucher des personnes qui ne fréquentent pas les centres spécialisés de soins et, ainsi, de répondre aux besoins d'un plus grand nombre de patients usagers de drogues. Il s'agit de diversifier les lieux et les situations dans lesquels peut être entrepris, dans le cadre d'un suivi médico-psycho-social adapté, un traitement de substitution.

Elle s'intègre dans une démarche globale visant à mieux équilibrer le nombre de patients en traitement de substitution, entre ceux qui sont traités par la méthadone (environ 12000 patients) et ceux qui sont traités par la buprénorphine haut dosage (environ 80000)'. La primo-prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé constitue un des objectifs en matière de substitution du plan triennal (1999-2001) de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances. Elle

correspond également aux attentes formulées par de nombreux intervenants en toxicomanie.

Les situations permettant d'envisager la primo-prescription d'un traitement à base de méthadone en établissement de santé sont les suivantes :

un séjour en établissement de santé peut, dans certains cas, constituer une opportunité pour commencer un traitement de substitution, en particulier s'agissant d'hospitalisation pour suivi obstétrical, soins psychiatriques, pathologies somatiques graves de type infectieux, traumatologie et soins de suite.

la primo-prescription d'un traitement de substitution par des médecins exerçant en établissement de santé, donc par les médecins des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et des secteurs de psychiatrie doit également permettre de résoudre certaines difficultés spécifiques qui se posent en milieu pénitentiaire dans l'accès aux traitements de substitution.

une consultation à l'établissement de santé en ambulatoire. Cette éventualité ne peut être envisagée que si l'organisation proposée par l'établissement de santé permet de garantir le respect des conditions fixées dans le cadre d'utilisation, ci-joint, conditions qui visent à assurer la sécurité de la prescription et un suivi pluridisciplinaire de la personne toxicomane. La primo-prescription en consultation externe constitue une solution permettant de répondre à des situations particulières de difficultés d'accès à la méthadone et n'a aucunement vocation à se substituer au dispositif spécialisé. L'organisation d'un relais doit être envisagée dans les meilleurs délais possibles.

Dans tous les cas, les modalités concrètes de relais à l'issue de la prise en charge en établissement de santé ou, en établissement pénitentiaire, à l'issue de la détention, soit vers un centre spécialisé, soit vers un médecin de ville, devront être systématiquement examinées, avec le patient, dès l'indication de la prescription.

La prescription d'un traitement de substitution à base de méthadone en établissement de santé s'intègre nécessairement dans le dispositif général d'accueil, de prise en charge et d'orientation des personnes toxicomanes au sein de l'établissement de santé.

Il convient ici de rappeler le rôle que sont amenées à jouer en ce sens, au sein des établissements hospitaliers, les équipes de liaison et de soins en addictologie, dont la circulaire DHOS/DGS n°2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives vise le renforcement ou la création. Ces équipes ont en effet pour principales missions de former et d'assister les équipes soignantes de l'hôpital, d'élaborer les protocoles de soins et de prise en charge et de développer les liens avec le dispositif de prise en charge permettant un suivi médico-psycho-social.

Le traitement de substitution s'intègre dans un processus global d'accompagnement, de suivi médico-psychologique et socio-éducatif et de réinsertion de la personne dépendante, aspects qui impliquent un travail en réseau, une démarche inter-institutionnelle.

Par ailleurs, cette évolution dans les conditions de prescription de la méthadone devra être intégrée dans le programme de travail des comités départementaux de suivi, mis en place à la suite de la circulaire du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés, qui ont notamment pour mission de contribuer à l'organisation de la prescription et de la délivrance des médicaments de

substitution. Il doit en conséquence être envisagé d'associer aux réunions du comité un médecin exerçant en établissement de santé qui prescrit la méthadone.

Précisons enfin que le souci de rendre la méthadone plus accessible ne remet aucunement en cause le cadre imposé par le statut du médicament, qui prévoit une surveillance particulière pendant le traitement.

Vous trouverez en annexe le nouveau cadre d'utilisation de la méthadone. Il intègre la possibilité donnée aux médecins exerçant en établissement de santé de primo-prescrire la méthadone, et actualise les éléments d'ordre général ou spécifiques aux CSST.

La mise en place de la primo-prescription de la méthadone par des médecins exerçant en établissement de santé doit s'accompagner d'une démarche d'évaluation et de suivi au sein de l'établissement concerné.

Vous voudrez bien nous tenir informés des difficultés rencontrées.

Toute information complémentaire pourra être obtenue auprès des bureaux O2 (organisation de l'offre régionale de soins et des populations spécifiques) de la DHOS et SD6B (pratiques addictives) de la DGS.

## **CADRE D'UTILISATION DE LA METHADONE DANS LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES**

### **• Principes généraux.**

La prescription initiale de la méthadone est réservée aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et aux médecins exerçant en établissement de santé, pour le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés.

Les responsables des centres ainsi que les responsables des établissements de santé s'engagent au respect du cadre d'utilisation ci-après.

La méthadone est un outil à utiliser dans la prise en charge de certains toxicomanes. Les objectifs de cette utilisation sont de favoriser :

- une insertion dans un processus thérapeutique et une facilitation du suivi médical d'éventuelles
- pathologies associées psychiatriques et/ou somatiques,
- une stabilisation de la consommation de drogues issues du marché illicite (notamment l'héroïne),
- une limitation du recours à la voie injectable, source de transmission du VHC et du VIH et de complications infectieuses locales ou générales,
- une insertion sociale.

L'objectif, à terme, est de permettre à chaque patient d'élaborer une vie sans dépendance, y compris à la méthadone.

### **• Les indications.**

Traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés.

Le traitement est réservé aux personnes de plus de quinze ans, volontaires.

Le patient doit être dépendant majeur et avéré à un produit opiacé.

### **• La prescription.**

Tous les médecins exerçant en CSST ou en établissement de santé, remplissant les conditions définies aux articles L.4111-1 et suivants du code de la santé publique, sont habilités à prescrire de la méthadone afin d'initier un traitement de substitution.

Les services d'accueil et de traitement des urgences des établissements de santé, compte tenu de leurs modalités de fonctionnement, ne constituent pas un contexte adapté à la primo-prescription de la méthadone.

S'agissant d'un stupéfiant, la prescription doit être faite sur une ordonnance répondant aux spécifications fixées par l'arrêté du 31 mars 1999 (ordonnances sécurisées). La durée maximale de prescription est limitée à 14 jours. La délivrance est fractionnée par périodes de 7 jours.

Les patients sont volontaires et doivent accepter les contraintes de la prise en charge :

- venir régulièrement au centre de traitement ou dans l'établissement de santé,
- se soumettre à des analyses urinaires périodiques de contrôle.

Il devra toujours être proposé une prise en charge adaptée et diversifiée, avec, en fonction des besoins de la personne, un suivi sur le plan médical, social et psychologique ainsi qu'un accompagnement éducatif. La prise en charge du patient doit être globale et coordonnée.

**Le relais à l'issue de la prise en charge en établissement de santé ou en établissement pénitentiaire, à l'issue de la détention, soit vers un médecin de ville, soit vers un centre spécialisé, constitue un aspect fondamental de la prise en charge et doit être envisagé, avec le patient, dès l'indication de la prescription.**

a). La mise en place du traitement.

La prescription de la méthadone relève de la décision du seul médecin, qui tient compte des besoins et des difficultés sanitaires et sociales de la personne. La prescription ne constitue cependant pas un acte solitaire, le prescripteur devant s'entourer des avis utiles. Ainsi :

- en CSST, la prescription engage également fortement l'ensemble de l'équipe du centre, qui réalise conjointement la prise en charge médico-psychologique et socio-éducative du patient. Il convient que l'équipe soit non seulement informée mais aussi consultée.
- en établissement de santé, le prescripteur s'assure d'une évaluation pluridisciplinaire, en interne (équipe de liaison, assistante sociale) et en externe (l'avis d'un médecin ou d'un intervenant de CSST pourra être recueilli). De manière générale, il apparaît pertinent que le prescripteur puisse s'adresser à un CSST, positionné comme pôle ressource.

La mise en place du traitement par des médecins qui exercent en établissement de santé correspond aux cas suivants :

- à l'occasion d'une hospitalisation, notamment, pour suivi obstétrical, pathologies somatiques
- graves de type infectieux, soins psychiatriques, traumatologie et soins de suite,
- en milieu pénitentiaire, prescription par un médecin d'UCSA, de SMPR ou de secteur de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire. Dans chaque établissement pénitentiaire, un accord sera conclu entre l'équipe en charge des soins somatiques et l'équipe psychiatrique, afin de déterminer laquelle des deux sera en charge de la prescription de méthadone.
- en consultation à l'établissement de santé en ambulatoire.

Une première analyse urinaire permettra de vérifier la réalité d'une consommation récente d'opiacés et l'absence de prise de méthadone (qui comporte un traceur spécifique). Un soin particulier doit être porté à cette première analyse puisqu'elle permet de s'assurer qu'un même patient ne bénéficie pas de deux suivis avec prescriptions de méthadone.

b). Le suivi du traitement.

Pendant les trois premiers mois de prescription, les analyses urinaires de contrôle<sup>2</sup> sont pratiquées une à deux fois par semaine. Ensuite, elles sont pratiquées deux fois par mois. Il convient de préciser que les conditions dans lesquelles s'effectue le recueil urinaire, en vue des analyses, doivent permettre de respecter l'intimité des personnes.

La recherche et le dosage de l'ensemble des produits listés ne sont pas systématiques. Le choix des substances toxicomanogènes à doser doit s'appuyer sur des notions cliniques, thérapeutiques et pharmacologiques. La détermination de la fréquence de prescription des analyses urinaires est sous la responsabilité du médecin prescripteur.

Le traitement est administré en une prise unique quotidienne.

Les modalités du relais, vers un CSST ou un médecin de ville, doivent être envisagées dès le début du traitement. Le relais doit s'opérer dès que le traitement est stabilisé. Les conditions de stabilisation permettant d'envisager le relais sont appréciées par le médecin prescripteur en charge du suivi du traitement. La décision d'une orientation vers un médecin de ville est conditionnée par :

- la capacité du malade à gérer de façon autonome son traitement,
- une posologie de méthadone stabilisée,
- des dosages urinaires négatifs aux opiacés.

*Pour ce qui concerne les CSST.*

Le médecin du centre de soins spécialisés détermine, en collaboration avec l'équipe de soins, l'opportunité de l'orientation du patient vers un médecin de ville pour la poursuite du traitement. Ce médecin de ville sera choisi par accord entre le patient et le prescripteur initial. Au moment du relais, l'ordonnance du prescripteur initial devra mentionner le nom du médecin choisi.

*Pour ce qui concerne les établissements de santé.*

Dès que les conditions l'autorisent (équilibre personnel du patient, absence de consommation d'autres produits, conditions sociales favorables), la personne est orientée vers un médecin de ville.

Si cette orientation n'est pas jugée opportune par le médecin, le relais s'effectue vers un CSST.

Le médecin de ville ou le CSST sera choisi par accord entre le patient et le prescripteur initial. Au

moment du relais, l'ordonnance du prescripteur initial devra mentionner le nom du médecin choisi.

C'est sur un fonctionnement en réseau, préexistant, que les articulations seront proposées. La circulaire DGS/DHOS relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes toxicomanes du 8 septembre 2000 présente le cadre général de ces articulations.

Pour ce qui concerne le milieu pénitentiaire, la continuité des soins et de la prise en charge doit être assurée à la sortie du détenu, conformément aux termes de la circulaire du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH.

Dans tous les cas, lors de la prescription par un médecin de ville, celui-ci devra déterminer, en accord avec le patient, le pharmacien qui réalisera la dispensation du traitement. Le pharmacien choisi doit être contacté par le médecin de ville. Le nom du pharmacien qui assurera la dispensation sera inscrit sur l'ordonnance répondant aux



spécifications de l'arrêté du 31 mars 1999 (ordonnances sécurisées) établie par le médecin. La prescription pourra, en cas de nécessité, préciser que la dispensation par le pharmacien d'officine doit se faire quotidiennement.

c). Posologie.

La première dose quotidienne est habituellement de 20 à 30 mg selon le niveau de dépendance

physique et doit être administrée au moins dix heures après la dernière prise d'opiacés.

La posologie est ensuite adaptée progressivement sous surveillance médicale, en fonction des besoins de chaque patient, jusqu'à 40 à 60 mg en une à deux semaines en fonction de la réponse clinique pour prévenir les signes de sevrage ou un possible surdosage.

La dose d'entretien est obtenue par augmentation de 10 mg par semaine et se situe habituellement

entre 60 et 100 mg/jour. Des doses supérieures peuvent être nécessaires. Les modifications de posologies sont alors déterminées après réévaluation clinique et des prises en charge associées.

d). L'arrêt de la prescription.

L'arrêt de la prescription est de la responsabilité du médecin, au vu de l'évolution de l'état clinique, des consommations et de la situation personnelle et sociale du patient. Il peut, notamment, être motivé par un constat d'inefficacité de cette modalité de prise en charge se manifestant, par exemple, par des prises régulières d'autres stupéfiants, mais également par des actes de violence au sein du CSST ou de l'établissement hospitalier. L'arrêt brutal du traitement entraîne l'apparition d'un syndrome de sevrage opiacé et une diminution de la tolérance acquise. L'arrêt du traitement doit donc se faire par diminution progressive de la posologie par paliers, au moins hebdomadaires, de 5 à 10 mg.

En cas de reprise du traitement, les mêmes précautions que lors de la mise en place du traitement

doivent être prises.

• **Délivrance**

*En CSST.*

Le traitement est délivré quotidiennement au centre sous contrôle médical ou infirmier. Le médecin pourra, en fonction de la situation du patient et notamment au regard de sa stabilisation, lui confier jusqu'à sept jours de traitement.

*En établissement de santé.*

Dans les cas où le patient est hospitalisé, le traitement est délivré quotidiennement en présence d'un infirmier. La méthadone est fournie par la pharmacie à usage intérieur de l'établissement. En termes de responsabilité et de conditions de stockage, le produit bénéficie du droit commun pour la détention des stupéfiants.

- Pour ce qui concerne la consultation externe, le médecin prescripteur devra déterminer, en accord

- avec le patient, le pharmacien qui réalisera la dispensation du traitement. Le pharmacien choisi doit être contacté par le médecin. Le nom du pharmacien qui assurera la dispensation sera inscrit sur l'ordonnance répondant aux spécifications de l'arrêté du 31 mars 1999 (ordonnances sécurisées) établie par le médecin. La prescription pourra,

en cas de nécessité, préciser que la dispensation par le pharmacien d'officine doit se faire quotidiennement.

- En milieu pénitentiaire, la méthadone est fournie par l'hôpital de rattachement de l'UCSA, en référence au paragraphe 271 du chapitre 1<sup>er</sup> du guide méthodologique annexé à la circulaire du 8 décembre 1994 mentionnée en référence. Les analyses urinaires sont réalisées par le même hôpital. La dispensation de la méthadone se fait conformément à la circulaire interministérielle du 5 décembre 1996 mentionnée en référence.

• **La détention de la méthadone.**

La détention de la méthadone en CSST doit bénéficier des conditions de sécurité suivantes :

- chaque centre devra disposer d'un moyen sûr de stockage du médicament (coffre-fort) afin de prévenir le vol,
- une attention particulière doit être portée aux conditions de transport du produit et de livraison du
  - centre par la pharmacie de l'hôpital, le grossiste répartiteur, ou le fabricant,
  - chaque centre doit établir tous les six mois un état indiquant la quantité de méthadone administrée
  - et celle qui reste en stock, afin que l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé puisse en permanence assurer l'approvisionnement du produit conformément aux conventions internationales en vigueur. Un état trimestriel des entrées et sorties des médicaments est adressé à
- l'inspection régionale de la pharmacie.

En établissement de santé, c'est le droit commun pour la détention des stupéfiants qui s'applique.

\*\*\*

Pour toute information complémentaire sur les contre-indications, mises en garde, précautions d'emploi et interactions médicamenteuses, il convient de se reporter au résumé actualisé des caractéristiques du produit.

L'enquête INSERM, initiée dans le cadre d'utilisation de la méthadone annexé à la circulaire DGS n°4 du 11 janvier 1995, est terminée depuis 1998, conformément au protocole qui prévoyait qu'une étude serait menée sur les 5000 premiers patients : les équipes ne sont donc plus tenues de remplir les fiches correspondantes.