

le portique

Le Portique

Revue de philosophie et de sciences humaines

10 | 2002

Les paradis artificiels

Dans les plis du produit : entre prise, emprise et méprise

Jean-Yves Trépos



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/leportique/156>

ISSN : 1777-5280

Éditeur

Association "Les Amis du Portique"

Édition imprimée

Date de publication : 1 septembre 2002

ISSN : 1283-8594

Référence électronique

Jean-Yves Trépos, « Dans les plis du produit : entre prise, emprise et méprise », *Le Portique* [En ligne], 10 | 2002, mis en ligne le 06 juin 2005, consulté le 04 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/leportique/156>

Ce document a été généré automatiquement le 4 mai 2019.

Tous droits réservés

Dans les plis du produit : entre prise, emprise et méprise

Jean-Yves Trépos

À mon fils, qui me demandait, quand il était petit :
« donne-moi mon p'tit camant »
et à tous les consommateurs de médocs, qui ne
sont pas tous amateurs de vin.

- 1 « Préliminaires à tout traitement » : est-ce bien raisonnable ? Soit, les préliminaires sont ce qu'oublie les traitements ; et pourquoi ne les oublieraient-ils pas une fois de plus (l'algorithme allège la mémoire et supporte mal l'anamnèse) ? Soit, les traitements ne sont que des préliminaires (pour se donner les moyens de s'en passer) ; et pourquoi réactiver le paradoxe d'Achille et de la tortue ? Quoi qu'il en soit, je ne saurais, quant à moi, assumer le projet très ambitieux qui figure sur le programme et traiter ici de LA prise de TOUT médicament, ni même au fond de la PRISE, qui demanderait le déploiement d'une sociologie de la perception, qui reste à faire, malgré la pose de fondements solides ¹.
- 2 Il sera ici question d'une trinité (les produits, les utilisateurs, les spécialistes du traitement de l'utilisation) et d'une triangulation (des relations à deux contre un, dans la belle tradition structuraliste). Pour dire finalement quoi ? La prise de produits psychotropes est l'histoire d'un agencement plus ou moins maîtrisé de deux contraintes : celle des plis qu'offre le produit ; celle des repères qu'y apposent les spécialistes du traitement. Pour qu'un produit soit prisé, il faut le déplier, parfois en suivant les repères qui y ont été posés, parfois en les ignorant ou en les dérégulant. Ce qui, inévitablement, conduit les spécialistes à élaborer de nouveaux repères ².
Les produits et leurs plissures
- 3 On sait bien que les sociétés construisent de nombreux enchantements sur la mise en scène des rapports de la nature et de la culture. La plupart d'entre eux sont des qualifications binaires de cette relation ; par exemple : le bon côté de la nature et le mauvais côté de la culture. Les produits et les plantes à effets psychotropes n'y échappent pas. De toutes manières, même lorsqu'elles sont issues directement d'un champ de pavots ou d'un mycélium mexicain, elles sont déjà de l'élaboré, du cultivé. Je parlerai donc de

produit, par commodité et aussi pour rappeler que la plante est produite pour son principe actif.

- 4 Pourquoi dire que ces assemblages moléculaires portent des plis ? Parce que, même s'ils sont industriels (les drogues de synthèse), ils n'agissent pas de façon lisse. L'un des plis scotomise l'individu lui-même : c'est la relation entre une molécule externe et un neurotransmetteur³. À bien des égards, l'individu va aller de surprises en surprises : il ne reconnaît plus son corps et l'accoutumance n'y change rien, puisqu'il faut sans cesse de nouveaux dosages. Il n'est pas le seul à être surpris : même les fabricants, même les médiateurs médicaux – autre nom pour dire médecins – sont parfois pris à contre-pied (on y prend la mesure des variables humaines : taille, poids, âge, sexe, état de santé, facteurs génétiques...). Mais n'allons pas croire que ces plis seraient seulement biologiques ou neuronaux : on sait bien qu'il y a des paquets de relations entre les endorphines, d'une part et les interactions affectives et plus généralement sociales⁴.
- 5 Faute de pouvoir tout envisager ici, considérons, à l'autre extrémité, un autre type de plis : ceux, apparemment moins aléatoires, puisque contrôlés expérimentalement, qu'installent les fabricants et leurs alliés, les chercheurs pharmacologues. J'englobe ici aussi bien les fabricants de produits d'intoxication que ceux qui élaborent des produits de traitement de l'intoxication. Ici, les plis sont ceux de la composition (séparation, mixage, coupage), ceux du dosage ou encore de la forme galénique.
- 6 Encore un mot, pour finir sur ce point : gardons-nous d'oublier que ce sont ces pliures qui font le charme du produit et l'incertitude qu'il conserve, même pour les professionnels aguerris, comme le montrent certaines overdoses. Nous en verrons d'autres, qui sont des signes de la prise (en fait des repères d'utilisateurs) et que j'ai gardés pour la troisième partie de ce texte. Mais j'insiste sur l'étrange mécanique par laquelle nous nous soumettons à l'incertitude des plis, à leurs contraintes.

Le marquage des repères

- 7 Lorsqu'on pose des repères, c'est évidemment pour s'y retrouver, pour s'orienter sans mal. Mais, d'un point de vue sociologique, un repère c'est un dispositif d'utilisation de l'objet. C'est ce dispositif qui installe une relation plus ou moins stable entre la prise d'un produit et la prise d'un traitement. Car traiter, c'est plus encore que soigner. Soigner, c'est prendre soin de, pourvoir aux besoins matériels et tenir propre. Traiter, c'est aussi s'occuper de ; être en traitement, c'est se soumettre à quelque chose pour obtenir une transformation, mais aussi négocier. C'est du moins ce que nous dit le *Dictionnaire historique de la langue française*. Donc, il y a des spécialistes qui construisent des dispositifs devant se substituer à ceux des utilisateurs dont il faut s'occuper.
- 8 La métaphysique de cette socialisation rectifiée du produit qu'est le repère professionnel, s'inscrit dans un triangle d'or : entre la *cura* (où prime la dimension du souci⁵), la *cure* (où il s'agit de s'entendre et de guérir par surcroît⁶) et le *care* (où prime la dimension d'assistance à⁷). Trois métaphysiques possibles (appelons-les grossièrement : philosophique, psychanalytique et sociologique), selon la mise en ordre vectorielle des relations entre les trois sommets du triangle.
- 9 La politique de cette métaphysique est produite par un autre triangle : entre la protoprofessionnalisation (la correspondance entre un mode d'emploi et des attitudes⁸), l'*activation* (la définition d'une relation contractuelle⁹) et l'*empowerment* (l'autonomisation protégée¹⁰). Voilà trois politiques de repérage, dont je prétends qu'elles coexistent, même si leurs visions du monde sont profondément différentes.

- 10 La technique de cette politique, c'est l'incessante recatégorisation des utilisateurs de produits, selon l'intensité (« usage/abus /dépendance » : telle est l'une des dernières apparues) ou selon la régularité (« consommateurs occasionnels », par exemple). Recatégorisation des produits eux-mêmes : qu'il s'agisse du nom donné aux drogues, de la distinction entre des drogues dures et douces, légales et illégales, etc. Recatégorisation, enfin, des traitements, considérés tantôt selon leur métaphysique (sevrage, maintenance, substitution), tantôt selon leur politique (définition de seuils, bas ou hauts ¹¹).
- 11 Je voudrais conclure sur cette notion de repères, dont les fondements sont métaphysiques, politiques et techniques. Ce sont des systèmes d'orientation dans l'espace du traitement. Ils peuvent se superposer (et donc les utilisateurs ne s'y retrouvent plus) ou se combiner (au nom du pragmatisme, on peut offrir, en un même lieu, une palette de traitements ou, comme dans le *circuitvorming* aux Pays-Bas, standardiser le passage d'un stade à l'autre ¹²).

La prise et l'emprise

- 12 Reste le troisième terme, celui qui nous préoccupe (qui nous fait souci) : le preneur de médicaments à effet de modification psychique. En parler à ce stade, c'est évidemment le considérer comme construit par la triade (que certains appelleront « système », mais il n'est pas sûr que cela en soit un), comme subissant, plus ou moins volontairement une emprise. Mais de quoi ou de qui ? Ces questions sont posées depuis fort longtemps (en termes de dépendance ou d'addiction) : il faut peut-être mettre en mouvement les réponses. Et peut-être résister un peu au poids des catégorisations professionnellement disponibles.
- 13 L'utilisateur de produits – quels que soient ces produits – cherche à opérer une prise : il cherche à avoir prise sur. Mais attention : cela ne veut pas dire qu'il ne veut pas en même temps que le produit ait prise sur lui ¹³. En tout cas, « prise » veut dire : absorption et perception (voire représentation) de cette absorption en un seul tenant. D'où l'intérêt de la notion de prise, par rapport à celle, plus courante en psycho-sociologie, de représentation. Au cours de cette prise, on peut grosso modo, s'attendre à trouver trois attitudes : ce qu'on appelle l'observance ou la compliance (c'est-à-dire la fidélité au traitement ou au mode d'emploi, le détournement (de la forme galénique, du dosage, du cycle d'absorption, etc.) et l'appropriation (c'est-à-dire l'inscription de repères propres à l'utilisateur). On peut imaginer sans mal que la compliance est la réponse correspondant à la protoprofessionnalisation : qu'ils s'y plient ! L'appropriation est la réponse à l'*activation* ou à l'*empowerment*. Reste donc le détournement, c'est-à-dire : la surprise (à la fois l'inconnu, l'inattendu et le quelque chose en plus). On voit ici qu'il n'y a pas de grande différence entre ce qu'on appelle couramment le toxicomane et le cadre d'entreprise ou l'athlète dopé, qui fabriquent et absorbent leurs cocktails vitaminés. Pour prendre une focale plus large encore : comment situer « l'intoxication volontaire » ¹⁴ ?
- 14 Regardons d'abord la compliance ¹⁵. Passons sur l'anglicisme et acceptons, par « oulipisme », l'étymologie approximative. C'est sans nul doute une prise : le protocole de soins fonctionne comme un algorithme fiable qui me donne prise sur le monde du traitement. C'est une prise sans souci (le souci est pour le thérapeute, qui cherche à mesurer la compliance), une forme de pilotage automatique de soi, qui déconnecte les heuristiques personnelles antérieures et qui ne recourt qu'à la mnémotechnie (il faut repérer les plis et s'y plier et, plus on le fait, plus c'est facile, comme la métaphore de la feuille pliée chez Descartes).

- 15 À l'autre bout, le détournement nous confronte à un autre type de prise. Il nous rapproche de l'automédication. Dans le détournement, je refuse clandestinement un usage recommandé, voire imposé¹⁶. La sociologie a longtemps cherché un terme pour caractériser la production domestique à usage privé : tantôt, on parle d'auto-consommation (comme s'il s'agissait de se manger soi-même), tantôt d'autoproduction¹⁷. Ce n'est pas satisfaisant, mais cela participe de cette constellation de pratiques. Évidemment, on pourra penser que je désigne ici l'autoproduction de cannabis, alors que je suis seulement en train d'accomplir un de ces gestes métaphoriques dont Everett C. Hughes a montré la fécondité en sciences sociales : je cherche à lier production de légumes ou de confits de canards, avec le détournement du Subutex®, de la méthadone ou du Néocodion®, chez les toxicomanes ou de la Ventoline® chez les coureurs cyclistes. C'est-à-dire, de m'aider de la connaissance d'une pratique pour en comprendre d'autres.
- 16 Entre le deux, peut-être, l'appropriation. C'est la prise rêvée, puisqu'elle correspond à l'idée d'autonomie. Rêvée pour qui ? Pour ceux qui veulent mon bien, contractuellement ou par délégation de responsabilité ? Pas forcément rêvé pour tout le monde, pour moi en particulier : j'ai peut-être décidé de prendre des médicaments parce qu'il m'est impossible d'être autonome, que l'idée m'est insupportable. Et on me propose donc une prise autonome de médicaments. Finalement, eux aussi croient que l'équipement peut me donner l'autonomie. Dans l'appropriation, quoi qu'il en soit, la prise affirme le plaisir. Il peut y avoir une base socio-psycho-biologique à cette recherche, on l'a vu (le rétablissement ou le maintien d'un équilibre par la prise d'opiacés). On peut observer trois types d'effets de la prise : la sommation (sommation d'effets sur des sites différents : alcool + médicaments), l'additivité (sur un même site récepteur : héroïne + codéine) et la potentialisation (par synergie, comme celle de l'alcool et des benzodiazépines ou par antagonisme partiel, comme pour l'héroïne et la buprénorphine)¹⁸.
Pour conclure...
- 17 Quel intérêt d'avoir parlé de médicaments, plutôt que de drogues ou de la drogue comme médicament¹⁹ ? On s'inscrit ainsi dans une histoire, qui permet de faire se rejoindre le traitement de la douleur chez des personnes malades chroniques ou chez celui qui vient se faire soigner une dent, la conduite dopante²⁰, le recours aux anti-dépresseurs, la consommation cultivée de la cocaïne, l'utilisation de produits de substitution, l'injection d'héroïne, etc. Est-ce pour rendre tout équivalent ? Non, répond le sociologue : il s'agit ensuite de voir quels sont les contextes d'usage, en termes de trajectoires et de situations sociales. En termes de taille aussi : si la prise est une invention, le dopage est une innovation (il suppose une petite entreprise).
- 18 On ne peut comprendre la prise de médicaments, sans faire cette sociologie politique de la perception, que je résume ici par un double mouvement de politisation et de cristallisation : les repères sont des équipements de politisation de la consommation, la prise fonctionne comme une cristallisation personnelle.

NOTES

- 1.. C. BESSY et F. CHATEAURAYNAUD, *Experts et faussaires*, Paris, A. M. Métailié, 1995.
- 2.. Les plaisirs, cachés par tous ces replis et le paradis, ornés de tous ces surplis, ne sont donc pas donnés directement à voir dans cette contribution, qui ne fonctionne pas sur le mode du dévoilement.
- 3.. Le jeu du consommateur et du traiteur (qui parfois livre à domicile) avec les peptides opioïdes endogènes consiste à activer les récepteurs et à inhiber le récepteur. Le jeu mimétique du spécialiste de la maintenance, on le verra, consiste à trier entre les agonistes forts (la méthadone, la morphine), les agonistes faibles (la codéine), les agonistes partiels (la buprénorphine), les agonistes-antagonistes (pentazocine, nalbuphine). Quant au jeu polémique du thérapeute, il s'appuie sur les antagonistes (naltrexone, naloxone).
- 4.. Les peptides opioïdes jouent un rôle dans la mémorisation des affects liés aux contacts sociaux et dans la diminution des comportements agressifs (ce qui permet de comprendre l'auto-médication comme un effort de maintien d'équilibre psycho-affectif). On y revient plus loin à propos de la prise de produits de substitution.
- 5.. Heidegger définit le souci, non par l'accablement ou l'insouciance, mais comme structure fondamentale de l'être-là, fondement ontologique de ses « préoccupations » ou de son « dévouement », qui en sont les déterminations ontiques. En faisant remarquer « l'ambiguïté » du mot « cura », qui signifie à la fois « préoccupation angoissée » et « soin » et « dévouement, Heidegger tient à désigner « la constitution fondamentale unique de cet étant, mais qui le fait exister selon la structure essentiellement double du pro-jet jeté [au monde]. » (M. HEIDEGGER, *L'Être et le Temps*, trad. R. Boehm et A. de Waelhens, Paris, Gallimard, 1964, p. 243).
- 6.. Entre mille références possibles : J. LACAN, *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 324-325.
- 7.. Le *community care* britannique, envisagé dans les années cinquante comme une forme d'alternative à l'hospitalisme (il s'agit d'un soutien de proximité, une assistance fournie dans la communauté), a ensuite évolué, sous l'effet des politiques thatchériennes, vers une désinstitutionnalisation et un désengagement de l'État : l'assistance est fournie par la communauté, c'est-à-dire bénévolement, voire familialement (C. MARTIN, « Vieillesse, dépendance et solidarités en Europe. Redécouverte des solidarités informelles et enjeu normatif », in C. Attias-Donfut (dir.), *Les Solidarités entre les générations*, Paris, Nathan, 1995, p. 232-235). Plus récemment, le *care* s'est enrichi de dimensions nouvelles, plus nettement reliées à une vision du monde autonomiste et il s'est étendu à de multiples interventions sur les dépendances.
- 8.. La notion introduite par Abram DE SWAAN (*Sous l'aile protectrice de l'État*, Paris, PUF, 1995, p. 325-326), renvoie à une série d'attitudes que le patient est supposé présenter à l'institution s'il veut être reconnu par elle comme patient. J'en ai proposé d'interpréter en ces termes certaines interactions dans le cas d'injonctions thérapeutiques (J.-Y. TRÉPOS, « Contribution à une ethnographie des dépendances », in J.-M. PRIVAT et S. CHEVALIER (dir.) *Actes du Colloque Norbert Elias et l'ethnologie*, Université de Metz, 2002).
- 9.. Il s'agit par exemple de la contractualisation du sevrage, de la mise sous protocole de méthadone ou encore des conditions d'entrée dans les dispositifs de réduction des risques

ou encore le projet PROVE (prescription d'héroïne). Voir : A. UCHTENHAGEN, « Prescription médicale de narcotiques. Un projet national de recherche suisse », in U. NIZZOLI et A. GRASSELLI, *De la réduction des risques aux services multidisciplinaires intégrés*, Le Cahier de T3E n°7, Beauvais/Londres. Sur les rapports entre activation et empowerment, voir W. DE GRAAF, G. HOOGENBOEZEM, R. MAIER, *Possibilities and limits of empowerment*, University of Utrecht (Draft), 2001.

10.. Ce sont par exemple : le soutien aux associations d'usagers. Pour une mise au point récente de la notion, voir C. WALLACE, "Youth, Citizenship and Empowerment", in H. HELVE and C. WALLACE (eds.), *Youth, Citizenship and Empowerment*, Aldershot, Ashgate, 2001, p. 11-31.

11.. Voir sur ce point J.-Y. TRÉPOS, « La force des dispositifs faibles : la politique de réduction des risques en matière de drogues », *Cahiers Internationaux de Sociologie* (à paraître en 2003).

12.. La formation d'un circuit rationalisé (*circuitvorming*), permettant de définir une trajectoire des utilisateurs de drogues d'une institution à l'autre, a été bien décrite. Voir R. MAIER et W. DE GRAAF, *Gestion des risques et citoyenneté*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 1994.

13.. Je n'insisterai pas sur la parenté entre la prise de tabac (« à priser ») et la prise de cocaïne par le « sniff ».

14.. Sloterdijk fait retour sur l'idée de *pharmakon*, en insistant, non sur son ambivalence, mais sur sa dialectique du remède et du poison. L'intoxication par son époque est le prix traumatique à payer pour être immunisé : « Un bon philosophe est une sorte de toxicomane éclairé et son savoir consiste précisément en une polyphonie de l'empoisonnement [...], le résultat d'une sorte de succès immunologique » (P. SLOTERDIJK, *Essai d'intoxication volontaire*, Paris, Calmann-Lévy, 1999, cité par C. FLEURY, *Pretium doloris. L'accident comme souci de soi*, Paris, Pauvert, 2002, p. 126)

15.. La notion même invite à mesurer les écarts, voire les incartades. Pour un point spécialisé, voir M. MORIN, « De la recherche à l'intervention sur l'observance thérapeutique : contributions et perspectives des sciences sociales », *L'Observance aux traitements contre le VIH/sida*, Paris, ANRS, 2001.

16.. Voir la prise de benzodiazépines en parallèle au Subutex, souvent interprétée comme une forme de détournement pervers. On pourrait aussi y voir une auto-médication de l'angoisse.

17.. Voir une mise au point déjà ancienne : M. PINÇON, « Autoproduction, sociabilité et identité dans une petite ville ouvrière », *Revue Française de Sociologie*, XVII-4, 1986.

18.. Voir une présentation très abordable dans A. MOREL, F. HERVÉ, B. FONTAINE, *Soigner les toxicomanes*, Paris, Dunod, 1997.

19.. On retrouve ici le *pharmakon* et le *toxikon* si fortement analysés par J. Derrida dans « La pharmacie de Platon » (J. DERRIDA, *La Dissémination*, Paris, Seuil, Points Essais, 1972, p. 79-213). L'arbitrage entre les deux se pose comme un problème pratique pour les surveillants de prison. Ils sont alors à la recherche de différences substantielles (comment, dans une cellule, distinguer un médicament d'une drogue ?), quand il apparaît que ces différences sont toujours l'objet de définitions arbitraires. Au Luxembourg, un médecin de l'administration pénitentiaire a fort logiquement proposé l'installation de boîtes à digicode dans les cellules : est, dès lors, drogue tout ce qui n'est pas dans la boîte.

20.. Sur le continuum contenu dans la notion de « conduite dopante » (par opposition à la substantialisation que contient la notion de dopage), voir P. LAURE, *Dopage et société*, Paris, Ellipses, 2000.

RÉSUMÉS

La prise de produits psychotropes est l'histoire d'un agencement plus ou moins maîtrisé de deux contraintes : celle des plis qu'offre le produit ; celle des repères qu'y apposent les spécialistes du traitement. Pour qu'un produit soit prisé, il faut le déplier, parfois en suivant les repères qui y ont été posés, parfois en les ignorant ou en les dérégulant. Pour éclairer cet univers de prises, reprises, surprises et méprises, il faut faire une sociologie politique de l'équipement du traitement et des innovations addictives.

Drug addiction is the management of an uncertain way between the folds of the product and the marks affixed on it by the specialists of treatment. To be taken and appreciated, the product has to be unfold, sometimes by following the marks, sometimes ignoring them, sometimes changing them. To be better understood, this world needs a political sociology of addiction.